

A.N.I.M.T.

ASSOCIATION NATIONALE DES INTERNES EN MEDECINE DU TRAVAIL

*Service de Pathologies Professionnelles et Environnement
CHRU de Lille
1 avenue Oscar Lambret
59037 Lille cedex
administration@animt.fr*

*Quel avenir
pour
la médecine du travail ?*

Positionnement de l'ANIMT après le rapport Issindou¹

Par

Dr Charlotte Pété-Bonneton (Présidente 2014-2015), 8^{ème} semestre, Lyon
Edouard Dalle (Trésorier 2014-2015, Président 2015-2016), 4^{ème} semestre, Lille
Camille Baschet (Secrétaire 2014-2015, Vice-Présidente 2015-2016), 2^{ème} semestre, Toulouse
Séverine Beyer (Référente Ouest 2014-2015), 6^{ème} semestre, Rennes

Septembre 2015

¹ *Rapport du groupe de travail : « Aptitude et médecine du travail »*, M. Issindou, C. Ploton, S. Quinton-Fantoni, AC. Bensadon, H. Gosselin, mai 2015

Préambule :

Le rapport Issindou relatif à l'aptitude médicale au poste et aux évolutions de la médecine du travail a été publié en mai 2015, soulevant de vives réactions. Peu de temps après, la loi Rebsamen sur le dialogue social et l'emploi était adoptée par le gouvernement, après un an de débat et de négociation, incluant des articles qui concernaient la santé au travail. La loi 2015-994 a été promulguée le 17 août 2015.

Les choses sont allées vite cet été 2015, nous laissant peu de temps pour nous concerter et nous positionner. Il est cependant crucial qu'un autre point de vue soit rapidement entendu sur ce sujet sensible qu'est l'avenir de notre profession : celui des jeunes médecins du travail.

Le présent texte a donc été rédigé par un groupe de travail mandaté le 16 juillet par le conseil d'administration de l'Association Nationale des Internes de Médecine du Travail (ANIMT). Il a été approuvé pour publication lors du conseil d'administration du 02 septembre 2015.

Il ne peut malheureusement pas prétendre représenter l'avis de l'ensemble des internes qui n'ont pu être consultés avant diffusion dans un souci de réactivité. Il se fonde néanmoins sur les nombreux échanges que l'ANIMT entretient avec ses adhérents.

I - Démographie médicale : la fin d'un métier ?

Il apparaît clairement que l'origine du rapport Issindou est la question de la démographie médicale qui ne permet plus à l'heure actuelle de satisfaire aux obligations des visites médicales réglementaires. On peut se demander si en l'absence de déficit de médecins, la conception de la santé au travail aurait été autant remise en question. Pourtant ces réflexions nous apparaissent incontournables pour de toutes autres motivations : remettre du sens dans la santé au travail, dans notre profession de médecin du travail, pour s'orienter vers des pratiques pertinentes dirigées enfin vers la prévention plutôt que vers la réparation.

Quoi qu'il en soit **ce déficit de temps médical est un constat réel, qu'il n'est plus possible de nier.** Nous ne pouvons plus exercer la médecine du travail d'hier et nous ne pouvons pas attendre des politiques qu'ils trouvent une solution immédiate pour renforcer l'effectif de 2000 médecins du travail : bien que de nombreux postes soient ouverts partout en France, ils ne sont pas pourvus par les étudiants en médecine.

Les facultés de médecine forment des médecins au sein d'un univers essentiellement hospitalier, ayant délaissé pendant longtemps la médecine de ville, avec encore peu de stages ouverts aux étudiants. C'est dans cette course vers l'hyper spécialisation à but thérapeutique que le deuxième cycle des études médicales néglige toute activité extrahospitalière, ne proposant que très peu de stages en médecine générale et cruellement peu voire pas de stages en médecine du travail ou en santé publique (autre spécialité peu connue avec laquelle on nous confond souvent). **Nous souhaitons ardemment que les universités offrent à notre spécialité une réelle place dans l'enseignement tant théorique que pratique du second cycle.** Les universitaires de médecine du travail, subissant le même sort que l'ensemble de la population médicale en termes de démographie, ont bien du mal à défendre leur spécialité au sein des universités. **Tout comme l'ont fait les généralistes, il appartient aux médecins du travail « de terrain » de renouer des liens avec les universités,** en acceptant de réelles formations au rôle de tuteur et en se proposant à des enseignements. Nous souhaitons que les universitaires s'investissent activement dans cette dynamique. Ces tuteurs seront alors capables d'accueillir des internes et des externes dans des stages formateurs et donc valorisant pour la spécialité. **Les ARS doivent également participer au financement de ces stages :** il est difficile de croire qu'un service de santé au travail (SST) rémunérant un interne subisse la baisse d'activité liée au temps

d'encadrement par le tuteur sans en attendre une contrepartie (qui correspond parfois à de l'abattage de visites par l'interne, à faible valeur pédagogique). Rappelons que les médecins généralistes tuteurs de stage sont indemnisés pour cette mission.

Actuellement, les étudiants en médecine perçoivent les médecins du travail comme des quinquagénaires prenant la tension artérielle de travailleurs sains après avoir jeté un œil sur les résultats d'une bandelette urinaire : une médecine pour des « médecins inaptes à faire du soin ». Nous prôtons autre chose : une spécialité nécessitant des connaissances multiples, de la psychopathologie à la rhumatologie, en passant par la toxicologie et l'ergonomie, qu'il faut acquérir au cours de l'internat comme dans toute autre spécialité. Nous nous engageons, du moins nous l'espérons, dans un métier comportant des visites médicales qui ont du sens (avec un examen clinique non pas systématique mais orienté par les risques que comporte le travail) et qui nous donne accès aux entreprises pour comprendre le travail, les organisations et les contraintes. Nous évoluons dans un univers juridique qui nous était parfaitement inconnu durant notre externat, pris dans le fonctionnement de l'hôpital public. En tant qu'internes nous mesurons dès notre arrivée dans les services de médecine du travail la complexité de notre tâche. Nous nous confrontons à nos lacunes qui motiveront nos recherches d'enseignement par toutes les voies dont nous disposons. Même si notre statut nous donne immédiatement toutes les prérogatives d'un médecin, nous acceptons naturellement un schéma de progression parfois long : simple observation puis visites périodiques (à priori non compliquées) puis embauches puis reprises simples, pré reprises, enfin visites à la demande.

A l'heure actuelle, il est envisagé d'embaucher des collaborateurs médecins (souvent des médecins généralistes en reconversion) pour combler le déficit de médecins du travail. Cela ne peut pas être la solution principale et ils ne doivent pas être considérés comme seul avenir de la profession. Toutefois ce statut existe et il est nécessaire de le réformer pour en supprimer les incohérences. Mais nous ne pouvons pas entendre que les collaborateurs médecins sont compétents d'emblée parce qu'ils ont une « expérience professionnelle », celle-ci leur est utile mais ils ont aussi besoin d'acquérir de nouvelles compétences en termes de prévention collective, communication auprès des employeurs, maintien dans l'emploi... Leur savoir reste à enrichir pour devenir des spécialistes de la santé au travail. **Aussi, nous demandons que les collaborateurs médecins puissent bénéficier d'un encadrement adapté à leur cursus et leurs connaissances, ayant comme l'interne un chemin de progression, toujours sous la responsabilité d'un médecin tuteur. Nous nous interrogeons également sur la pertinence de la formation dans un unique service : se former n'est-ce pas aller à la rencontre de multiples façons de faire ?**

Par ailleurs, est-il cohérent de conserver deux voies de réorientation ? D'une part les « concours européens » qui acceptent le retour à une condition d'interne (contraintes de salaire, de ville d'affectation, multiplicité de lieu de stage) et d'autre part celui des collaborateurs qui intègrent un unique service percevant le salaire d'un médecin en pleine fonction. En réalité le statut des collaborateurs n'est peut-être pas plus confortable et formateur : aujourd'hui, les services les emploient souvent à l'abattage de visites médicales dans des territoires en souffrance. Ce n'est pas une formation à la médecine du travail de demain ! Nous attendons beaucoup de la réforme du 3^{ème} cycle de l'internat dont on dit qu'elle aurait parmi ses objectifs de favoriser des passerelles plus précoces et mieux organisées. Ces passerelles doivent être envisageables dans les deux sens pour ne pas effrayer des internes hésitants à se lancer dans la médecine du travail. Du temps des CES de médecine du travail, de nombreux généralistes ont tenté un pas vers la médecine du travail, probablement rassurés par la possibilité de retour à leur pratique antérieure. Ils sont en majorité restés en santé au travail par intérêt véritable pour le métier. Un médecin du travail devrait lui aussi pouvoir évoluer vers la médecine de soin. Nous savons bien à quel point l'être humain a besoin de se réinventer périodiquement, et que la perspective d'une unique carrière n'est plus la règle dans notre société mouvante.

De plus, en s'interrogeant sur la démographie médicale en santé au travail, se pose également la distribution de cette compétence. En effet, nous pouvons actuellement observer de grandes disparités entre effectifs suivis par les médecins en inter-entreprises et en service autonome, où l'effectif alloué par spécialiste est de 500 à 1000 salariés dans certains SSTA. Devons-nous accepter une telle disparité ? Nous ne doutons pas que le travail ne manque pas en service autonome, mais **n'est il pas temps de réglementer les effectifs par médecin, tant en limite maximale que minimale pour améliorer la répartition de la ressource**

médicale ? Il ne s'agit pas de redistribuer les 10% de médecins occupés par une telle activité, mais nous nous inquiétons de voir au fil des années, une fuite de médecins de SSTI vers des autonomes qui n'hésiteront pas à proposer des contrats plus attractifs pour garantir plus que de la santé mais presque du confort à leurs salariés. Une telle réflexion peut faire craindre une opposition ferme des grandes entreprises, dont les salariés sont habitués à une présence médicale forte et qui bénéficient d'un pouvoir de pression sociale important, mais la question mérite d'être posée. D'aucuns se demandent si ce n'est pas en définitive niveler la santé de quelques uns vers le bas pour un résultat peu évident sur les autres. La question reste en suspens.

II - La compétence médicale : quelle est sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire ?

La compétence médicale est-elle pertinente à chaque action de prévention ? Oui, mais sous des formes différentes. Si l'on reprend les niveaux d'interventions décrits par Murphy en 1988 concernant les risques psychosociaux² (mais probablement transposables à tout risque), la place de chacun des acteurs au sein de l'équipe pluridisciplinaire devient plus claire. Le premier niveau d'intervention aussi appelé prévention primaire consiste en **l'élimination ou le contrôle du facteur de risque**. Il y a bien une action sur la cause et non sur les individus exposés. Nous pouvons aider par notre connaissance des atteintes à la santé engendrées par les facteurs extérieurs à identifier ces risques, mais les conseils d'élimination et de contrôle relèvent du champ de compétences d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire : ergonomes, toxicologues... On se rend ici compte que le médecin du travail n'exerce plus seul mais qu'il est entouré par une équipe multidisciplinaire dont chaque élément contribue à un suivi et à des actions adaptés à l'attention des salariés. Le rôle du médecin du travail est de coordonner cette équipe afin d'en utiliser au mieux les ressources, chacun restant toutefois maître de son travail.

Au 2^{ème} niveau d'intervention, la prévention secondaire, le risque est présent et il faut **aider les employés à gérer les contraintes et soulager d'éventuels symptômes**. On retrouve à ce niveau toutes les actions menées à destination des salariés, par le biais de sensibilisations collectives et d'entretiens individuels. A ce stade, les infirmiers en santé travail sont parfaitement compétents pour délivrer des informations généralistes ainsi que des conseils plus spécifiques à un individu compte tenu de son état de santé. Ces situations correspondent en partie aux visites d'embauche et aux visites systématiques, que les médecins peuvent craindre de confier en intégralité à un autre corps de métier, de peur de passer à côté de symptômes débutants et de signaux d'alerte. Personne n'a suggéré que le médecin en soit complètement écarté, il doit pouvoir dès qu'il le souhaite reprendre la main sur une entreprise, un risque particulier qui l'interpelle. Néanmoins la mise en place de protocoles, la réalisation de questionnaires récoltant des indicateurs en santé-travail tel Evrest, permettra de faire circuler et de conserver les informations au sein de l'équipe. Une délégation des tâches de l'activité du médecin à l'infirmier en santé au travail nous semble donc pertinente et souhaitable, à condition toutefois de respecter les conditions suivantes : une **formation initiale obligatoire de qualité** (niveau licence) et continue des infirmiers, une **protocolisation du système d'alerte** au médecin du travail, et des **temps de réunion formalisés**. Par ailleurs, nous parlons beaucoup des visites médicales comme moyen de prévention, mais elles sont loin d'être le seul outil que le médecin peut utiliser.

Enfin, le 3^{ème} niveau d'intervention est appelé souvent de manière très incorrecte la prévention tertiaire. Les individus souffrent ou ont souffert, et la compétence du médecin est ici la plus pertinente pour les **amener au processus de retour au travail et les suivre**. C'est le maintien dans l'emploi. D'où l'importance des visites de reprise et de pré-reprise. Dans cette étape, le praticien pourra se faire aider par d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire tels que l'assistante sociale, le ou la psychologue... Il peut également intervenir directement sur le poste, via une **action en milieu de travail, qui est un acquis dont on ne peut pas faire le sacrifice**. L'intervention sur le poste permet en effet une analyse plus fine et souvent bien mieux adaptée aux

² Rapport sur le suivi statistique des risques psychosociaux, Michel Gollac et Marceline Bodier, 2011

situations particulières. Si le cabinet est un lieu de confidentialité, il n'offre qu'une vision partielle de la réalité des conditions de travail. De plus, les salariés évoluent dans un environnement socio-économique et organisationnel dont le médecin doit tenir compte. En effet, les problématiques en médecine du travail, qu'elles soient individuelles ou collectives, trouvent souvent leur résolution dans des facteurs extérieurs au salarié. Que ce soit par la négociation, par la médiation ou par l'adaptation ergonomique du poste, les solutions à mettre en place ne sont pas que médicales. C'est pourquoi nous souhaitons être d'avantage formés à ces différentes compétences (techniques, organisationnelles, managériales, ergonomiques, économiques...), indispensables à la compréhension des entreprises. En effet, encore faut-il comprendre le monde du travail pour pouvoir analyser son impact sur l'état de santé. Il s'agit également d'en connaître le langage et surtout les enjeux, pour les utiliser comme leviers du changement. L'action en milieu de travail est également un outil crucial du maintien dans l'emploi, en parallèle des multiples organismes qui peuvent être sollicités (SAMETH, CARSAT, COMET, etc...).

Nous constatons donc que la compétence médicale est utile à tous les niveaux de prévention, mais pas systématiquement par une intervention directe du médecin auprès du salarié. L'analyse de la situation et la répartition des tâches aux membres de l'équipe pluridisciplinaire est un nouvel enjeu pour les médecins du travail. **La compétence médicale fait ici le lien entre l'état de santé et le poste de travail**, permettant de juger des besoins réels et surtout des compétences à mobiliser qui seront le plus adaptées à chaque problématique. Les médecins pourront ainsi se libérer du temps pour intervenir d'avantage sur les lieux de travail, coordonner et accompagner l'équipe, et réaliser les visites qui ne peuvent être déléguées. Ces différentes actions nous semblent plus importantes à privilégier que des visites périodiques chronophages, délivrant des aptitudes systématiques.

III - Suppression de l'aptitude : cherchons-nous uniquement à gagner du temps ?

Force est de constater que cette aptitude ne protège pas le salarié des risques professionnels auxquels il est soumis. Elle est de plus souvent mal comprise par les employeurs, qui peuvent y voir une caution médicale au maintien de conditions de travail inadéquates ou l'exonération à leur obligation de résultats. Elle fait enfin référence à une fonction de contrôle qui ne peut être endossée par le médecin du travail du salarié, et ce pour différentes raisons.

Tout d'abord, le texte fondateur de la médecine du travail du 11 octobre 1946 définit notre fonction ainsi : « ces services seront assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de «médecins du travail» et dont **le rôle exclusivement préventif** consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs ».

Le second point est en effet lié au **code de déontologie médicale (Article 100) et surtout au code de santé publique (article R.4127-100)**, ces deux affirmant qu' « *un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne* ». L'aptitude sécuritaire que nous délivrons aujourd'hui parfois nous oblige donc à aller contre le code de déontologie et à braver le code de santé publique pour répondre à des exigences de contrôle. Il existe là une profonde incohérence, que nous nous devons de corriger. Comment en effet assurer aux salariés que nous sommes garant du secret médical, nous qui ne respectons que partiellement le code de déontologie (qui est pourtant le fondement et vecteur commun de notre identité professionnelle) ? Comment ne pas perdre son identité, quand des injonctions contradictoires nous sont données ? Abandonner la fonction de contrôle n'est pour nous rien moins que retrouver notre cœur de métier et une orientation claire, en faveur des salariés. Notre expertise ne peut servir à la fois au conseil et à la sanction. C'est une vérité absolue dans toutes les autres spécialités médicales, pourquoi serait-elle relative en médecine du travail ?

Enfin, la notion d'aptitude est un **frein majeur à la relation de confiance** entre le salarié et le médecin. Aujourd'hui le salarié vient en consultation, de façon systématique et non dictée par une raison médicale, pour « chercher son aptitude » avec une vision binaire : « je peux continuer ou je ne peux pas continuer à travailler ». Mais notre expertise vaut mieux que cela : nous sommes des prescripteurs de conseils au salarié pour que le travail s'accorde au mieux avec son état de santé et que ce dernier ne soit pas dégradé du fait de son activité.

IV - Le contrôle : privilégier la sécurité au détriment de la prévention ?

Pour les raisons évoquées dans le paragraphe ci-dessus, nous souhaitons la fin de l'aptitude médicale. Mais poursuivis par la logique sécuritaire fortement ancrée dans le système français, la question des postes de sécurité revient sans cesse à nos esprits. Nous avons longuement médité le sujet et voici notre réflexion.

Dans un premier temps, nous nous sommes penchés sur un système où persisterait une aptitude aux postes de sécurité, tel que cela existe dans le ferroviaire ou l'aéronautique. Le poste de sécurité n'a actuellement pas de définition juridique générale. Pour le GNMSTBTP³ (Groupement National Multidisciplinaire de Santé au Travail dans le BTP) il s'agit d' « un poste de travail susceptible d'être à l'origine d'un risque d'accident collectif, à l'occasion d'une insuffisance d'aptitude ou d'une défaillance subite de l'opérateur » ; le rapport Issindou parle lui de postes « qui comportent une activité susceptible de mettre, du fait de l'opérateur, gravement et de façon imminente en danger la santé d'autres travailleurs ou de tiers ». Le risque d'une définition trop vague est évidemment de tomber dans une dérive sécuritaire, où tous les postes de travail pourraient être définis comme étant de sécurité ; fixer une liste nationale de ces postes ne pourrait cependant qu'être source de difficultés, de par la multiplicité des postes et activités au sein de ces derniers.

Une fois la limite de ces postes définie, il faudrait pouvoir déterminer les critères indispensables à leur tenue par les salariés. On peut évoquer la notion de vigilance que le Larousse définit comme « faire preuve d'une attention soutenue aux événements susceptibles de le concerner pour être prêt à se défendre contre toute atteinte éventuelle » : on serait alors tenté d'exiger une forme de perfection, incluant la fonctionnalité totale des sens, un psychisme et un physique sans failles, et donc l'éloignement de certaines pathologies chroniques. Comme le montre une pré-enquête sur les accidents de la route dans le cadre du travail réalisé en 2005 par P.Davezies et B.Charbotel⁴, les porteurs de pathologies chroniques ont très probablement des comportements plus prudents du fait de la connaissance de leur pathologie et du sur-risque qu'elle pourrait induire; ce n'est donc pas tant l'état pathologique qui est important à évaluer **mais l'adaptation du salarié à sa pathologie, couplé à l'interaction avec le poste de travail**. Mais la question de l'état de vigilance ne renvoie pas seulement à un état pathologique. Lorsque l'on parle de sécurité, le questionnement le plus fréquent concerne l'usage de substances psychoactives : alcool et cannabis en majorité ; allant de l'usage simple, qui renvoi à des caractéristiques comportementales, à la dépendance qui concerne le domaine de la pathologie. Si l'effet de l'alcool est très bien connu sur l'état de vigilance et que l'effet dose est objectivé dans l'analyse des accidents de la route, les effets du cannabis sont plus discutés. Nous ne sommes donc pas, tout comme dans le cas de l'aptitude/inaptitude, sur un mode binaire avec un statut de « consommateurs » à exclure d'office. On rappelle que l'usage d'alcool sur le lieu du travail est, selon les règlements intérieurs, strictement encadré voire interdit, et dès lors qu'un salarié est dans une situation de conduite (professionnelle ou personnelle) il doit respecter le code de la route qui fixe les valeurs d'alcoolémie autorisées ; quant au cannabis, son usage simple est puni par la loi. Ce danger est très régulièrement pris en charge par les

³ Postes de sécurité, GNMSTBTP, 30/11/2006

⁴ Eléments de réflexion concernant l'aptitude aux postes de sécurité, P. Davezies

médecins, pour évaluation et accompagnement vers le soin si nécessaire, presque déchargé par les employeurs qui attendent souvent une sortie par l'inaptitude. Mais rappelons que l'état d'ivresse au travail est sanctionnable, et que les employeurs doivent savoir prendre leurs responsabilités. Ils ont la possibilité juridique d'établir dans leur règlement intérieur une liste de poste pouvant faire l'objet de dépistage par alcootest. **Nous ne refusons pas, au contraire, d'accompagner les salariés vers un contrôle de leurs consommations mais nous voulons rappeler que certaines situations ne relèvent pas du médical mais du disciplinaire.** La question du cannabis est, elle, un vrai casse-tête, n'ayant pas d'éléments diagnostic d'imprégnation immédiate. Doit-on exclure le mardi matin, un salarié qui s'accorderait un joint tous les samedi soir ? Si la loi confirme sa volonté de renfort de l'aspect sécuritaire, les médecins vont éloigner massivement des consommateurs occasionnels qui rapidement mentiront à ces mêmes médecins. Nous perdrons tout espoir de prévention.

Ensuite, et en continuant dans ce mode, il faudrait qu'un médecin évalue l'aptitude au poste. Cette évaluation serait faite par un médecin autre que celui de prévention suivant le salarié, de façon périodique, à l'aide d'un interrogatoire, d'un examen clinique et de la réalisation d'examen complémentaires, le tout basé sur des grilles qui pourraient s'apparenter à la SYGICOP utilisée dans la médecine militaire.

On peut voir dans ce système d'aptitude aux postes de sécurité certaines incohérences telles que la notion de contrôle en elle-même qui n'encourage pas le salarié à se confier, la standardisation des examens cliniques qui ne prend pas en compte l'adaptation dans l'environnement de l'état pathologique, la périodicité qui ne présage pas de l'état de santé entre les deux visites, et enfin les retours d'expérience critiques sur les systèmes déjà existants. **Nous pensons donc qu'il faut passer cette étape et faire un grand pas en avant en abandonnant la notion de poste de sécurité et donc l'aptitude à celui-ci.** En effet, l'Homme est-il moins responsable au travail que dans sa vie privée ? La liberté de choix doit-elle s'arrêter avec la signature d'un contrat de travail ? Peut-on (et veut-on) encore d'une médecine du travail qui impose et infantilise ceux-là même qu'elle est supposée conseiller et aider ? Nous croyons que non. A l'instar des autres spécialités médicales nous voulons remettre les principes **d'information, de consentement, d'aide et d'indépendance** en première ligne tels qu'ils sont décrits dans le serment d'Hippocrate. Nous ne souhaitons plus imposer aux salariés nos choix, ils doivent être cosignataires de la réalisation d'examen complémentaires, d'aménagements de poste ou encore d'une inaptitude médicale.

Mais il reste un problème à l'application de ce système : se laisser un garde-fou pour la situation du « cas exceptionnel ». Que doit faire le médecin de prévention qui détecte une contre-indication majeure au maintien à son poste d'un salarié avec un risque imminent d'accident du travail impliquant des tiers, quand celui-ci refuse toute restriction ou une éventuelle inaptitude ? **Si le consentement ne peut être obtenu, doit-il être bravé ?** Le médecin du travail doit-il par exemple imposer une inaptitude à un chauffeur poids-lourd épileptique mal équilibré ? La réponse paraît sûrement évidente aux non médecins. Mais l'est-elle vraiment pour nous ? A-t-on en effet déjà vu un médecin généraliste imposer un arrêt de travail à un patient non consentant ? A l'heure actuelle, le certificat lui est donné, libre au patient d'en avoir ou non l'usage. Nous sommes évidemment responsables de la santé des tiers et des collègues, comme tout médecin en termes de santé publique. Pourtant, aucun médecin ne pourra dévoiler aux partenaires de son patient séropositif le statut de celui-ci sans son accord. Le respect du secret médical et de la liberté de chacun à décider après une information claire, loyale et appropriée prime. Toutefois, le législateur, sûrement éclairé par les remontées de situations difficiles auprès du Conseil de l'Ordre des médecins à prévu des dérogations, des levées de secret médical : signaler des sévices physiques, psychique ou sexuels, des informations préoccupantes sur un mineur en danger, certaines maladies contagieuses et surtout un état mental dangereux et le caractère dangereux de certains patients détenant une arme ou ayant exprimé la volonté d'en acquérir.

Peut-être pouvons-nous envisager, dans certains cas de danger imminent l'autorisation d'une inaptitude temporaire avec obligation de soins, pourquoi pas confirmée par un deuxième médecin du service qui pourrait analyser d'un œil nouveau le dossier médical de son confrère ? De plus, le communiqué du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 3 avril 2015⁵, qui venait en échos de la terrible

⁵ Communiqué du 3 avril 2015, *Secret médical et risque grave et imminent de mise en danger d'autrui* : <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1584>

tragédie aérienne du 24 mars, rappelle que « à titre exceptionnel et en cas de risque grave et imminent de mise en danger d'autrui, qu'il ne peut prévenir autrement, et après qu'il ait épuisé toute autre solution, le médecin peut selon le Conseil national de l'Ordre s'affranchir du secret médical en informant le médecin chargé de la santé au travail sinon en saisissant le Procureur de la République. Le médecin serait alors justifié à invoquer l'état de nécessité absolue, par analogie avec les dispositions de l'article 122-7 du code pénal, qui exonère de toute responsabilité pénale la personne qui accomplit « face à un danger actuel et imminent » un acte nécessaire et proportionné à la gravité de la menace ». Le médecin du travail n'est ainsi pas seul à pouvoir prévenir et écarter un salarié dangereux même en l'absence de fonction de contrôle, et donc de pouvoir de sanction. Et cette possibilité d'agir en cas de danger imminent ne se limite pas au médecin du travail et à l'inaptitude, elle s'applique à tout médecin.

Au-delà du débat touchant au contenu des visites médicales, se pose également la question de leur organisation. Si le contrôle nécessite une fréquence imposée, la prévention requiert elle une périodicité adaptée au niveau de gravité des différents risques.

V - Les entretiens systématiques : une pratique révolue ?

Selon un rapport de l'INSEE⁶, apportant un instantané sur la population en emploi en France en 2013 selon l'activité, on sait que le secteur de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche emploie 3% de la population Française, l'industrie 13,5%, la construction 6,2% et le tertiaire 76,2%. Il faut néanmoins se méfier du secteur tertiaire qui regroupe des professions parfois très éloignées (des transports aux activités de soins en passant par la restauration, les activités financières et le champ très vaste des fonctions publiques accueillant des forces armées).

L'enquête SUMER 2010 nous permet désormais d'aller plus loin pour connaître cette population et particulièrement ses risques avec un niveau de détail par métier pertinent. La lecture de cette enquête même pour des non initiés conduit très vite à ne plus ranger dans le même panier le maçon (exposé aux manutentions de charges, au bruit, aux produits chimiques, aux conditions climatiques difficiles...etc) et l'employé d'une agence bancaire (exposé « uniquement » aux contraintes d'un travail sur écran - fatigue visuelle, postures contraignantes, gestes répétés des membres supérieurs - et au contact avec du public). Leurs besoins de santé ne sont réellement pas identiques. Les conséquences de leur travail sur leur santé sont bien différentes. Le nier serait une grave erreur.

La visite d'embauche fait débat. D'un côté chacun reconnaît qu'il y en a trop et que face au déficit de médecins nous ne sommes plus capables de les honorer, d'un autre côté certains médecins s'offusquent lorsqu'on propose de les déléguer aux infirmiers au risque de perdre de l'information et de laisser accéder au travail des salariés en état de santé précaire. Pourtant le rapport Issindou nous le dit bien : 97 % d'avis répondent « apte » aux visites d'embauches. L'ANIMT avait proposé à la mission la délégation de « certaines » visites d'embauche⁷ et réitère cette proposition. Mais il va falloir avoir le courage de dire qu'on ne va pas assurer le même suivi à tous les salariés, car celui-ci doit être adapté en fonction du risque. La délégation est clairement envisageable pour certains emplois du tertiaire comme par exemple des postes majoritairement administratifs. Nous savons bien que cet entretien n'est que partiellement prédictif de l'état de santé réel des salariés, une pathologie pourra tout à fait être masquée, que ce soit au médecin ou à l'infirmier. C'est le cas par exemple de ces salariés jugés fragiles du fait d'un handicap et qui pourraient nécessiter des aménagements de poste : certains feront le choix de s'afficher clairement par une RQTH, quand d'autres au contraire ne diront rien même au médecin de peur de ne pouvoir accéder à l'emploi. Un infirmier bien formé

⁶ http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1516

⁷ *Courrier Mission Aptitude ANIMT*, Charlotte Pété-Bonneton, 14 Janvier 2015

est capable de recueillir ces informations et nous ne pensons pas que la fin de cette visite systématique auprès d'un médecin porte préjudice à ces salariés. **Nous proposons le remplacement de la visite d'embauche par une visite obligatoire d'information et de prévention réalisée par l'infirmier en santé au travail, que le médecin pourra toujours réaliser s'il le souhaite.**

Par contre, il pourrait s'avérer difficile pour certaines branches : le bâtiment, l'industrie, l'agriculture de se passer d'un examen clinique de référence observant les amplitudes articulaires, notant l'état cutané, l'auscultation pulmonaire. Peut-on, doit-on légiférer en ce sens ? **Doit-on encore et toujours contraindre ?** A-t-on légiféré pour imposer aux endocrinologues les modalités de suivi de leurs patients ? La réponse est non : ils réalisent une analyse individuelle des risques à la lumière des recommandations de bonnes pratiques et en tenant compte des spécificités de chaque patient. Pourquoi ne **pas rendre aux médecins du travail cette capacité de jugement et d'établissement d'un protocole de suivi éclairé par l'état des connaissances ?** En effet il nous semble pertinent de laisser au médecin le choix de la périodicité, en accord avec le salarié, comme cela est fait dans toutes les autres spécialités médicales. Et cessons de faire l'amalgame entre la fin de la notion d'"aptitude" et la fin de l'activité de suivi individuel des salariés en visite. Il s'agit seulement d'adapter le suivi aux besoins réels.

L'attestation de surveillance médicale (qui est bien l'activité essentielle que nous réalisons) est un terme clair bien mieux adapté que l'aptitude. Définie par un support juridique, elle permettrait de formaliser que la surveillance (réalisée par le médecin ou confiée à un infirmier) a eu lieu, indiquant que l'employeur s'est soumis à la surveillance médicale de ses salariés. Puisque c'est l'employeur qui expose le salarié « malgré lui » à des risques inhérents au travail, c'est donc à lui de l'adresser en visite au service de santé au travail, il aura ainsi la preuve de la présentation de son salarié. Mais quel que soit le format utilisé, l'important est que le salarié puisse continuer à disposer d'un accès direct et permanent au service de santé au travail.

VI – Les visites de pré-reprises et à la demande : peut-on favoriser l'accès aux médecins du travail ?

S'il est un pan de la santé au travail qui a besoin de la compétence médicale, c'est celui qui englobe les visites de salariés présentant un état de santé pathologique qui rend difficile voire compromet leur capacité à tenir leur poste, ou surtout dont on peut présager que le poste va particulièrement nuire à leur état de santé. La visite de pré-reprise nous apparaît comme un outil pertinent de retour au travail dans les meilleures conditions possibles et donc de maintien dans l'emploi. La durée de l'arrêt ne présageant pas de la gravité de la pathologie ou du besoin d'adaptation du poste, limiter cette visite aux arrêts de plus de 3 mois ne nous semble pas adapté. Les médecins généralistes et les salariés doivent pouvoir les déclencher quelle que soit la durée de l'arrêt.

Parfois, les employeurs restent sans nouvelle d'un salarié pendant de longs mois voire des années. Ils peuvent être tentés de le contacter directement ce qui peut à juste titre leur être reproché. En revanche, le médecin du travail prévenu de son absence par l'employeur pourrait réaliser cette prise de nouvelles dans l'intérêt du salarié (adaptation de poste, maintien dans l'emploi...). Il apparaît difficile de convoquer le salarié, en suspension de contrat de travail. Le contrôle et l'injonction de reprise du travail n'appartiennent qu'au médecin conseil de la caisse d'assurance maladie. Par contre il est intéressant de pouvoir lui faire parvenir par courrier, une invitation lui expliquant les objectifs de la visite, comme cela se fait dans certains services : le SST aurait alors un rôle de proposant uniquement. Le refus de prise de contact ne doit en aucun cas lui être préjudiciable.

A l'heure actuelle, il n'est pas rare de rencontrer les employeurs et de réaliser une étude de poste dans les suites d'une visite de pré-reprise. Le salarié en est regrettamment souvent écarté, celui-ci ne devant pas se trouver sur son lieu de travail pendant un arrêt. Il faudrait permettre la réalisation, si le salarié en est d'accord uniquement, d'un entretien tripartite après une première visite de pré-reprise, au sein même de l'entreprise et une étude de poste par un membre du SST en présence du salarié (si son état de santé le permet), pour évaluer au plus juste ses limitations. Et l'état de santé étant parfois fluctuant, la répétition de ces visites peut être nécessaire, suggérée par le médecin.

En filigrane, il apparaît ici **l'intérêt des visites à la « demande du médecin » qui n'ont jusqu'à aujourd'hui aucune existence juridique alors qu'elles sont largement réalisées.** Pour être « justifiées » à l'heure actuelle, de nombreux médecins utilisent des limitations d'aptitudes temporaires qui forcent à un nouvel entretien. Le médecin a parfois besoin de plusieurs entretiens et d'examen complémentaires pour se prononcer : il devrait pouvoir à lui seul enclencher une visite. De même, comme cité plus haut pour la visite de pré-reprise, l'absence du salarié ne doit pas pouvoir lui être reproché.

VII – L'avenir de la médecine du travail : que conclure ?

Cette crise démographique nous offre l'opportunité de repenser notre pratique, tant par ses objectifs que par ses moyens. C'est bien la **valorisation de la spécialité** qui est un levier crucial de la réponse à apporter au déficit démographique des médecins du travail. Aussi, nous souhaitons recentrer l'activité du médecin sur ses compétences médicales, qui lui permettent de résoudre avec une logique spécifique à sa formation des problématiques préventives de santé au travail et de maintien dans l'emploi. Nous ne souhaitons pas remplir des quotas de visites, mais pouvoir intervenir quand un besoin de santé nécessite notre expertise. C'est à cette condition que le médecin du travail pourra être reconnu comme un spécialiste du lien santé-travail. Auprès des salariés et employeurs d'une part, qui sauront le solliciter si besoin, et auprès de ses confrères, qui orienteront vers lui leurs patients. Le manque de reconnaissance est aujourd'hui un important frein au maintien des effectifs médicaux et à la pleine utilisation du potentiel des services de santé au travail. **Cette reconnaissance, nous devons la gagner en concentrant nos efforts sur les situations où notre formation de médecin est la plus pertinente.** Il s'agira donc d'analyser et de hiérarchiser les besoins, pour mieux répartir les différentes compétences présentes au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Les services de santé au travail pourront ainsi offrir des réponses toujours plus adaptées aux problématiques de l'entreprise, grâce à la nouvelle richesse de leurs ressources. Certains pensent que la médecine du travail est actuellement menacée par la remise en question de l'aptitude. Nous croyons au contraire qu'elle est une excellente occasion de la faire progresser. Nous souhaitons donc aller de l'avant, faire évoluer nos pratiques et les faire mieux connaître, sans jamais oublier notre objectif : « *Eviter toute altération de la santé physique et mentale des travailleurs du fait de leur travail* »⁸.

A propos de l'ANIMT

L'Association Nationale des Internes en Médecine du Travail a été créée le 9 février 2013 avec pour objet de veiller à la défense des droits et intérêts moraux de ces derniers et de concourir à une bonne formation des futurs médecins du travail. Elle rassemble à ce jour près de 250 adhérents, internes en médecine du travail ou médecins du travail en exercice, issus de toutes les villes universitaires de France et sur tout le territoire national.

www.animt.fr

⁸ Article L4622-3 du Code du Travail