

La « mission aptitude » devrait aboutir à une réforme de la Médecine du Travail



D'où vient l'importance de l'aptitude en médecine du travail ?

Le principe de la Médecine du travail de 1946 comportait 3 axes :

- 1°) - Une sélection physiologique des travailleurs,
- 2°) - Établir un état des lieux à l'embauche qui servira de référence pour un éventuel contentieux,
- 3°) - Enfin, agir sur le poste de travail en veillant à une utilisation physiologique de l'ouvrier.

En réalité, les deux premières orientations prendront le pas sur l'action préventive en direction du milieu de travail. **L'aptitude domine la médecine du travail au détriment de la prévention...** Eh pourtant la mission de la Médecine du Travail est, depuis l'origine, « **exclusivement préventive !** »

Reprenons ces principes de 1946 :

1°) - **Mettre en œuvre une sélection physiologique** par l'aptitude

A cette époque l'état sanitaire était dégradé, la tuberculose sévissait, de nombreux sujets étaient dénutris ... les premiers médecins du travail (surtout des médecins militaires), devaient sélectionner les sujets qui pouvaient travailler : **c'était apte ou inapte** (la notion de poste de travail n'était pas aussi caractérisé qu'aujourd'hui). Ainsi le principe de 1946 était le **tri de la main d'œuvre**. Vu le contexte de l'époque on peut comprendre cette pratique.

2°) - **Mais aussi une médecine assurancielle** : Depuis 1898, les accidents du travail sont pris en charge de façon automatique et leur coût est reporté sur les employeurs. Se posait à l'époque le problème de l'état antérieur : comment savoir ce qui est imputable à l'accident et ce qui relève de l'état antérieur du salarié. Une solution, pour les médecins légistes Leclercq et Mazel : faire subir à l'ouvrier, au moment de **l'embauchage, un examen médical minutieux** permettant de préciser quelles sont les lésions constitutionnelles ou acquises au moment de l'examen, puis enregistrer ces constatations sur une fiche particulière, la **fiche médicale**.

A l'évidence ce système ne marche pas : Par exemple, les visites d'embauches aboutissent à plus de 90% à une décision d'aptitude ! Les quelques restrictions n'encouragent pas les employeurs à garder ces salariés au delà de la période d'essai !

Pourquoi la visite d'embauche est inopérante ? Un sujet au chômage depuis plusieurs années, postule à un poste de chauffeur PL. Il est épileptique, traité et équilibré (sans crise depuis plus de 5 ans) ; s'il le signale au médecin du travail, au cours de la visite d'embauche, il sera inapte. Retour au chômage... S'il veut réellement le poste, il ne dira rien, puisque ça peut se retourner contre lui. Il préfère ce poste (qu'il estime pouvoir assurer) au chômage (qu'il vit très mal). C'est le cas habituel des visites d'embauche...

Si l'employeur, au cours de la période d'essai, constate que son salarié a des difficultés pour assumer le poste proposé, ou si le sujet a des difficultés pour assumer le poste, la visite d'embauche serait alors pertinente et correspond aux « visites sur demande ».

Cela signifie que le barrage à l'entrée ne fonctionne que pour les salariés qui, par naïveté ou par crainte, informent le médecin de leurs problèmes de santé. **Sont donc principalement menacés par l'inaptitude à l'embauche ceux qui se sont confiés au médecin du travail !**

3°) **Adapter le travail à l'Homme et non l'inverse**. L'objectif de la Médecine du Travail, en 1946, était extrêmement ambitieux : « **éviter toute altération de la santé du fait du travail** ». En effet la mission de prise en charge de la santé au travail est confiée aux seuls médecins, ce qui met un coup d'arrêt au développement de l'hygiène industrielle, et le principal outil confié à ces médecins pour assumer leur mission est le **certificat d'aptitude !**

Il a fallu attendre :

- **1979** pour que les médecins, pendant au moins un tiers de leur temps, sortent de leurs cabinets pour aller sur le terrain pour observer et comprendre le travail réel !
- **1989** pour que la Directive Européenne (89-391 CEE) impose par
 - l'art. 6 : les **Principes Généraux de Prévention** qui commencent toujours par essayer **d'éviter** le risque, puis d'évaluer le risque qui n'a pu être évité (c'était une approche anglo-saxonne et, selon le législateur, nouvelle pour la France) et par
 - l'art. 7 : Depuis cette Directive, en Europe chaque entreprise doit **nommer un salarié** pour s'occuper des « **activités de protection et de prévention des risques professionnels** ». Ces salariés doivent avoir les « **capacités nécessaires** », « **disposer des moyens requis** », « **disposer d'un temps approprié** » et « **être en nombre suffisant** ». Depuis le début (1989) le législateur s'est assuré que cette obligation pouvait être assurée, en France, par le médecin du travail (car la médecine du travail est financée et organisée par les employeurs et elle est obligatoire pour toutes les entreprises). Au début la CEE a accepté.
- **1997** - Mais en 1997 la CEE met en demeure la France de compléter l'offre de ses services de médecine du travail au motif qu'ils ne comportaient que des compétences médicale d'où la loi de Modernisation sociale de 2002 (art.193) : Les services de Médecine du travail deviennent des Services de Santé au Travail (SST) en faisant appel à des compétences techniques et organisationnelles.
- **2004** – L'introduction des IPRP dans les SST permet d'avoir, enfin, une approche globale du travail pour satisfaire à l'article 7 de la Directive de 89. (Apport de compétences techniques et organisationnelles).
- **2011** - La loi du 20/7/2011, dans son article L.4622-2¹, confère au SST des missions propres. Notez que dans cet article fondamental, on ne parle pas d'aptitude !
 La 1^{er} mission du SST est de **conseiller** à « **éviter** » le risque, à « **prévenir** » la pénibilité... ce n'est que l'application du **1^{er}** des Principes Généraux de Prévention de la Directive de 1989 (art.6). Vient après la surveillance individuelle de l'état de santé qui est fonction de **ces** risques pour lesquels on **aura du conseiller** l'entreprise à les **supprimer** sinon à les **réduire** (traçabilité+++).
 La circulaire du 9/11/12 définit le contenu de ce **suivi individuel de l'état de santé du salarié**².

La circulaire de la DGT n°13 du 9/11/2012 rappelle à la page 57 le contenu du **suivi individuel de l'état de santé du salarié**. Il comporte l'examen médical qui se définit comme l'ensemble des moyens mis en œuvre afin de **recueillir des informations sur la santé** du salarié et sur le **lien entre sa santé et sa situation de travail**. A l'occasion de cet examen on doit informer le salarié des risques d'exposition à son poste de travail et lui indiquer les moyens de prévention et de la surveillance médicale à mettre en œuvre...

Quand on parle de **suivi individuel de l'état de santé du salarié**, on devrait remplacer les expressions « visite médicale », « examen médical »... par **Entretien Santé Travail (EST)** qui, d'une part, n'a pas de connotation Médecine du Travail mais plutôt Service de Santé au Travail et d'autre part cet EST est global et comprend les éléments, définit du suivi individuel, de cette circulaire du 9/11/12 :

- EST [
- **examen médical** (c'est recueillir des **informations** sur la santé et sur le **lien santé / travail**),
 - cet examen médical permet de **dégager des mesures individuelles appropriées** et de
 - recueillir des **informations utiles** pour l'action sur le milieu de travail
 - **informer des risques d'exposition** à son poste et
 - **indiquer les moyens de prévention** et la surveillance à mettre en œuvre.

¹ Article L4622-2 : « Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils :

- 1°) Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- 2°) Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les **dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter** ou de diminuer les risques professionnels, **d'améliorer les conditions de travail**, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, **de prévenir** ou de **réduire la pénibilité au travail** et la **désinsertion professionnelle** et de **contribuer au maintien dans l'emploi** des travailleurs ;
- 3°) Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en **fonction des risques** concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la **pénibilité** au travail et de leur **âge** ;
- 4°) Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire ».

² **Suivi individuel de l'état de santé du salarié** : (Circulaire DGT n°13 du 9/11/12, p 57) : « Le suivi de l'état de santé du salarié se fait à l'occasion de l'examen médical. L'examen médical, en médecine du travail, se définit comme l'ensemble des moyens mis en œuvre par le médecin du travail, dans le cadre de la visite médicale, afin de recueillir des informations sur la santé du salarié et sur le lien entre sa santé et sa situation de travail. Cet examen permet, à la fois, de dégager des mesures individuelles appropriées et de recueillir des informations utiles pour l'action sur le milieu de travail. A l'occasion de cet examen, le médecin du travail informe le salarié des risques d'exposition à son poste et lui indique les moyens de prévention et de surveillance à mettre en œuvre ».

EVOLUTION des Services de Santé au Travail

La réforme de la médecine du travail est nécessaire non pas à cause de la pénurie progressive de médecins du travail (qui ne pourront plus délivrer des aptitudes selon le principe de la médecine du travail de 1946), mais simplement pour mettre, **réellement** en application l'article L.4622-2 sur les missions des SST, sans être perturbé par l'aptitude (qui se fait au détriment de la prévention primaire). Cette réforme devrait permettre de mettre en application, enfin, le principe initié en 1946 « **Conseiller à éviter toute altération de la santé du fait du travail** ». La mission du SST étant toujours exclusivement préventive.

Conseiller à éviter toute altération de la santé du fait du travail : **c'est de la prévention primaire.**

La délivrance de l'aptitude n'a jamais été un acte de prévention et même et très souvent pour de nombreux salariés et employeurs le fait de délivrer une aptitude **à un poste de travail contraignant valide ces conditions de travail** quelle que soit leur qualité ! En effet ces conditions de travail peuvent être mauvaises, mais l'idée sous tendue par l'aptitude est la suivante : « puisque je suis apte (salarié), ou puisqu'il est apte (employeur) c'est que les conditions de travail sont bonnes... sinon il ne serait pas apte ! » CQFD.

Ainsi ces aptitudes peuvent démotiver l'employeur à améliorer les conditions de travail ! Ceci avec une complicité inconsciente du médecin : en effet le plus souvent ces fiches de conclusions de visite ne comporte que le mot « Apte » sans conseils de prévention primaire en rapport avec les risques connus de l'entreprise, les risques vécus du salarié... Le seul mot « apte » peut être interprété comme « tout va bien », « rien à signaler », « il peut continuer à travailler », sous entendu, avec les mêmes conditions de travail !

Eh pourtant « *Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver...* » **Cet article L4624-3 issu de la Loi du 20/7/2011 est-il appliqué ?** Ce devrait être la pratique principale des SST, loin devant la délivrance des aptitudes (qui en fait interviennent après la gestion des risques connus des SST !). Même si la dernière évolution de la Médecine du Travail date seulement de la Loi du 20/07/11, la mise application n'a pas encore réellement eu lieu (toujours priorité aux visites médicales / aptitudes). Eh même, dans l'agrément, actuellement, un IPRP par SST peut suffire !

Est ce que le concept de la prévention primaire est compris par le législateur ? On peut se poser la question.

Les missions :

1°) Action sur le Milieu du Travail (AMT) : Pour jouer le rôle de « **Service de protection et de prévention** » selon l'art.6 de la Directive 89/391/CEE, ces AMT sont les premières actions de prévention primaire à réaliser. Ce qui suppose un certain nombre d'IPRP, pour assurer à tous les adhérents, régulièrement, un **repérage des situations de travail à risque, chercher les conditions de travail à améliorer, puis évaluer la prévention déjà mise en place et proposer, si nécessaires, une ou des préconisations, pour éviter toute altération de la santé du fait du travail.** Le SST pouvant accompagner ces entreprises dans leurs actions (R. 4623-38). Tout ceci est à formaliser à travers la Fiche d'Entreprise (FE) **qui doit être au SST ce qu'est le Document Unique aux entreprises** : un document de traçabilité des conseils pour installer une culture de la prévention des risques professionnels.

2°) Un suivi de la santé de l'état de santé du travailleur en fonction de son poste et conditions de travail. **Ce suivi s'appuyant sur la Fiche d'Entreprise.** Suivi assuré par l'infirmier. Une attestation de suivi délivré à chaque visite dont la périodicité devrait être adapté à la population suivie. Par exemple, dans le BTP, tous les travailleurs de chantiers tous les 2 ans, pour les sujets de bureaux tous les 3 ans. Périodicité pouvant être adapter en fonction de la sinistralité reconnu, par branche professionnelle, par population à risque... (à préciser dans le Projet de Service).

L'obligation actuelle de la fiche d'aptitude pourrait être remplacé par 2 obligations

- par la **réalisation de la Fiche d'Entreprise** (Obligation du SST d'établir cette FE pour conseiller l'entreprise (traçabilité) et adapter le suivi individuel (qui ne peut se faire qu'après la réalisation de la FE)).
- par une « **attestation de suivi médico-professionnel** ». (Obligation de l'Entreprise d'avoir cette attestation de suivi qui pourrait comporter des préconisations où l'IPRP pourrait intervenir).

Les moyens :

- **Les infirmiers** assureraient les visites **d'embauches** (le rapport Gosselin prévoyait de les supprimer). Il est utile que le sujet soit vu à l'embauche pour lui expliquer son poste de travail, les risques auxquels il va être exposé, les moyens de prévention.... Bien entendu si l'infirmier a un doute ou si le sujet pense ne pas pouvoir assumer ce poste là, il sera orienté vers le médecin.
Les infirmiers assureraient également les **visites périodiques** dont la périodicité devrait être variable en fonction de la population suivie, en fonction des conditions de travail, en fonction de l'âge... (à définir dans le Projet de Service). Il est utile d'ouvrir le DMST le plus tôt possible donc à l'embauche.
- **Les médecins** assureraient les autres visites : les visites de reprises de travail, les visites sur demandes, les visites qui peuvent poser un problème de maintien dans l'emploi (sélectionnées par les infirmiers), les visites d'aptitudes au poste de sécurité (grutier... à définir), et les visites d'inaptitudes. Le Tiers Temps pouvant passer à un Mi-temps ou plus.
- **Les IPRP** : Si on veut prioriser la prévention primaire, il faut de nombreux IPRP dans les SST. La plupart des SST sont restés des services de médecines du Travail : priorité aux visites médicales avec peu d'IPRP. Le projet de service doit définir les besoins d'IPRP en fonction des besoins des entreprises : par exemple dans les SSTi BTP des IPRP anciens chef de chantier BTP puis formés par l'OPPBTP sont dans ces SSTi, des IPRP adaptés à la population BTP suivie.

Le fonctionnement

Le nombre de médecins, d'infirmiers, d'IPRP... devait être fonction de la population suivie et surtout du niveau de culture de prévention des Entreprises. Il devrait être déterminé dans le projet de service qui devrait s'appuyer sur les **besoins des entreprises** (qui peuvent être différents, par exemple, pour les entreprises de moins de 10 salariés et les plus de 50 (=CHSCT)).

CONCLUSION

La « mission aptitude » devrait montrer les limites d'un système fondé sur l'aptitude. Il faut donc évoluer. Les quelques propositions faites dans ce document ou d'autres, n'ont d'intérêts que, si elles sont retenues, elles soient **réellement mises en application**.

En France, très souvent, en matière de prévention, la réglementation existe mais elle n'est pas appliquée. Pourquoi ? Parce pas applicable ? Ou surtout parce qu'il n'y a **pas de volonté réelle** d'appliquer (pas de contrôle réel)... Exemple : le Document Unique, combien sont exploitables ?

Si l'on doit rester dans l'alibi social, autant ne rien faire, ça sera moins hypocrite...

Sur les autoroutes la plupart des automobilistes respectent le 130 km/h, pourquoi ? Parce qu'il y a des contrôles réels (radars, radars tronçons et demain entre l'entrée et la sortie).

Cf. le document « **Les désordres du travail** » (présenté en 2005 au Sénat par Philippe ASKENAZY (économiste, chargé de recherches au CNRS) - (http://www.senat.fr/evenement/rendez_vous_citoyens/eco2005/askenazy.html))

« L'exemple américain ne relève pas du miracle, mais de la **combinaison** de forces de marché très dynamiques et d'une **liberté d'information infiniment plus grande qu'en Europe**.

- Imagine-t-on, de ce côté-ci de l'Atlantique, que l'inspection du travail mette en ligne sur Internet les résultats de ses enquêtes en citant nommément les entreprises concernées ?
- Imagine-t-on que les assureurs en tirent des conclusions logiques et fassent payer lesdites entreprises ?
- Imagine-t-on que les salariés aient accès à ces dossiers et prennent par là la mesure collective du problème ?

C'est pourtant la combinaison de tous ces facteurs qui a conduit les entreprises américaines à réévaluer l'intérêt de la prévention, de la sécurité, de l'ergonomie, du bien-être au travail ».

« La situation française, est marquée par **l'indifférence de l'Etat, l'insensibilité du patronat et l'atonie des politiques**. Et, au total, par la **casse humaine, d'un côté, et l'aberration économique, de l'autre** ».

(Philippe ASKENAZY)

