

L'AVENIR INCERTAIN
DE LA REFORME DE LA SANTE AU TRAVAIL
Deuxième partie
Docteur Michel Blaizot – septembre 2012

Au delà des questions de gouvernance, l'avenir de la réforme est surtout grevé par l'absence de mesures fortes destinées à neutraliser les facteurs qui déstabilisent les SIST depuis de nombreuses années, notamment la pénurie de médecins et le fonctionnement de la pluridisciplinarité.

A l'horizon des dix années à venir, toutes choses égales par ailleurs, la pénurie de médecins du travail n'a guère de chances de se combler. Certes, le numerus clausus à l'entrée des études de médecine a doublé depuis 1998, mais il semble que les structures hospitalo-universitaires d'accueil soient pratiquement saturées par la centaine de médecins du travail entrant actuellement en formation chaque année par l'internat étudiant et l'internat européen. Il y a peu de chances que les contraintes budgétaires permettent une extension ou une multiplication de ces structures d'accueil, ce qui exigerait des créations de services hospitalo-universitaires et des nominations d'enseignants. En outre, à la pénurie de médecins s'ajoute une pénurie de vocations de médecin du travail. Le rang de classement à l'examen national classant, qui a remplacé l'internat en 2004, montre bien que le choix de la médecine du travail résulte partiellement d'une sélection par l'échec. D'ailleurs, l'an dernier, 27 % des postes disponibles n'ont pas été pourvus. A vue d'homme, il faudra donc « faire avec » cette pénurie, en sachant qu'elle est durable et très inégale d'une région à l'autre.

Face à cette situation, les pouvoirs publics ont choisi de maintenir un principe resté intangible depuis 1946, que certains ont appelé le principe d'universalité, et qui veut que tous les travailleurs salariés bénéficient d'une surveillance médicale clinique. Ainsi, la réforme maintient la visite d'embauche pour tous. A lui seul, ce maintien revient à reconstituer une « formalité impossible ». En effet, les services médicaux du travail ne comptent pas plus de 5 500 médecins en équivalent temps plein¹ à 35 heures hebdomadaires ; ils ne peuvent donc prétendre réaliser annuellement plus de 13 millions de visites médicales. Or, en 2010, le nombre de déclarations uniques d'embauche (DUE) a été de 19,4 millions dont plus de 12 millions pour des CDD de moins d'un mois². L'argument, qu'on ne manquera pas d'avancer, selon lequel toutes les visites d'embauche ne sont pas demandées, n'est évidemment pas recevable. On ne publie pas une réglementation en tablant a priori sur le non respect de ses dispositions par le justiciable.

La réforme maintient aussi le principe d'une visite médicale périodique pour tous avec une périodicité de 24 mois. Mais elle introduit³ une possibilité de dérogation à cette périodicité « *sous réserve d'assurer un suivi médical adéquat du salarié* » et à condition que le SIST mette en place des entretiens infirmiers et des actions annuelles pluridisciplinaires. Du coup, c'est le principe d'égalité de traitement des travailleurs qui vole en éclats. Ce principe, également intangible depuis 1946, voulait que, après classement par l'employeur en surveillance médicale simple ou renforcée, les salariés placés dans la même situation bénéficient tous d'une surveillance clinique au même rythme et avec la même qualité. Impossible de prétendre respecter ce principe quand certains salariés bénéficieront d'une visite médicale tous les 24 mois et d'autres tous les trois, quatre ou cinq ans⁴.

¹ Des statistiques fiables sur le nombre précis de médecins en équivalent temps plein manquent cruellement. Le Conseil national de l'ordre donne pour 2011 un nombre de 5 713 médecins du travail mais ne fournit pas un décompte en fonction du temps de travail. Le Rapport annuel sur les conditions de travail publié par le ministère pour 2011 (www.travailler-mieux.gouv.fr) donne en page 121 un nombre de 6 153 médecins du travail, insiste sur l'importance du calcul en équivalent temps plein mais ne donne pas ce calcul. Et, en page 138, on trouve 7 030 médecins représentant 6 435 temps complets !

² CNAMTS-www.acoss.urssaf.fr

³ Art. R 4624-16

⁴ La dérogation est accordée par l'agrément, dont la validité est de cinq ans.

Sans nier l'intérêt d'un entretien infirmier « protocolisé », peut-on considérer que le niveau de qualité de la surveillance clinique est préservé ? Quel sens peut-on donner à l'incidente « *sous réserve d'assurer un suivi médical adéquat* » ? Qui apprécie cette adéquation ? Cette rupture de l'égalité de traitement entre travailleurs placés dans la même situation repose en réalité sur une décision administrative de l'autorité de tutelle, selon des critères non médicaux, et qui sera, par définition, variable d'un SIST à l'autre et d'une région à une autre. Est-ce acceptable au plan éthique ?

Et que dire, dans cet esprit, du sort réservé, par la réforme, à la surveillance médicale renforcée ?

Le principe en est maintenu et l'article R 4624-18 en modifie sensiblement les motifs. Cette modification était nécessaire tant la réglementation antérieure était devenue obsolète et incohérente, notamment l'arrêté du 11 juillet 1977. Elle était d'ailleurs réclamée, en vain, depuis des années par tous les acteurs de la médecine du travail (et promise par les pouvoirs publics !). Mais quel savant expert nous expliquera les motifs qui ont présidé à la disparition de la SMR en cas d'exposition à des agents chimiques dangereux très toxiques, toxiques, nocifs ou allergisants et le maintien en SMR des expositions aux agents biologiques pathogènes ?

Les premiers peuvent être responsables de pathologies à effets différés pour lesquelles une surveillance clinique paraît pleinement justifiée, quand les seconds sont généralement responsables de pathologies aiguës⁵ plus proches d'un accident que d'une maladie professionnelle et dont la prévention justifie donc moins une surveillance clinique régulière. En outre, les agents chimiques dangereux sont un facteur de pénibilité reconnu par la réglementation sur les retraites anticipées. L'employeur sera donc tenu de transmettre au médecin du travail une fiche d'exposition aux agents chimiques dangereux. Comment expliquer à cet employeur et aux salariés concernés que ce signalement restera sans conséquence sur le rythme de la surveillance clinique par le médecin ? Le député Guy Lefrand, rapporteur de la loi du 20 juillet 2011, a expliqué à la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale que, selon l'administration, cette liste de SMR résultait d'études scientifiques. Où sont donc ces études ?

L'article R 4624-19 précise que cette surveillance comporte au moins « *un ou des examens de nature médicale* » selon une périodicité n'excédant pas 24 mois. On s'est avec raison interrogé sur ce qu'était un examen « *de nature médicale* ». Naïvement, nous avons été quelques-uns à croire qu'il s'agissait d'un examen clinique réalisé par un médecin du travail. Le rapport 2011 sur les conditions de travail est venu nous détromper. Il pourra en effet s'agir d'entretiens infirmiers « protocolisés » qui ne déboucheront donc pas sur une aptitude⁶. Dès lors, en matière de surveillance clinique, entre un salarié en surveillance simple et un autre en surveillance renforcée, il n'y a plus de différence, hors l'absence de dérogation possible à l'entretien infirmier bisannuel.

On fera valoir que l'important c'est l'action collective et technique en milieu de travail (prévention primaire) qui pourra être modulée en fonction du classement en surveillance simple ou renforcée. C'est oublier que les individus ne sont pas égaux devant le risque et qu'il y a toujours des composantes individuelles dans la genèse des pathologies professionnelles. Ce concept, nourri depuis l'origine par la médecine du travail française et sans lequel l'intervention d'un médecin en prévention n'a plus guère de sens, paraît aujourd'hui complètement abandonné, y compris par certains médecins.

Le même article R 4424-19 laisse au médecin du travail toute liberté pour fixer les modalités de la surveillance renforcée « *en tenant compte des recommandations de bonne pratique existantes* ». Pour assurer cette liberté, un arrêté du 2 mai 2012 a abrogé une série d'instructions ou recommandations aux médecins, publiées antérieurement par décret ou arrêté ministériel⁷. Les recommandations de bonne pratique existantes en médecine du travail sont actuellement au nombre d'une dizaine (cf. les sites de la

⁵ Tétanos et leptospirose en égot par exemple.

⁶ Rapport sur les conditions de travail 2011-Page 143 « *dans ce cadre, la périodicité des examens périodiques par le médecin du travail d'un salarié relevant de la SMR peut excéder les 24 mois* ».

⁷ Port de charges, poussières arsenicales, amines aromatiques, exposition au benzène, exposition aux bruits, travail hyperbare, rayonnements ionisants, manutention manuelle, poussières d'amiante.

Haute autorité de santé et de la Société française de médecine du travail⁸) dont la moitié correspond à des situations visées par la SMR⁹.

L'expérience montre qu'il faut environ 4 à 5 ans pour publier une recommandation de bonne pratique élaborée par les sociétés savantes et validée par la HAS. Dans l'état actuel des choses, la référence aux recommandations de bonne pratique est donc un rideau de fumée, d'autant que ces recommandations ne sauraient avoir la valeur contraignante d'un arrêté ministériel. Chaque médecin du travail établira donc son protocole personnel pour chacune des SMR. On peut être assuré de retrouver une variabilité entre médecins comparable à celle rencontrée, avant l'entrée en vigueur de la réforme, dans le dénombrement des SMR par les médecins.

Encore une fois, le principe d'égalité de traitement des salariés placés dans des situations identiques est bafoué. Cette situation, injustifiable auprès des salariés et des employeurs, pourrait engendrer une insécurité juridique pour les médecins, pour leur SST et pour les entreprises. En effet, il y aura toujours, en cas de contentieux, un expert judiciaire pour estimer que le protocole de surveillance appliqué ne répondait pas aux données les plus récentes de la science, et l'obligation de sécurité de résultat qui pèse sur les employeurs pourra être recherchée.

En définitive, ces dispositions relatives à la SMR paraissent scientifiquement contestables, éthiquement inacceptables et juridiquement dangereuses.

Face à la pénurie de temps médical, il y avait pourtant une autre approche possible. Les pouvoirs publics auraient pu faire le choix inverse, en abandonnant le principe d'universalité mais en préservant celui de l'égalité de traitement des salariés placés dans des situations identiques.

Il aurait suffi d'appliquer à la lettre le 3° de l'article L 4622-2 de la Loi du 20 juillet 2011, qui confie aux SST le soin d'assurer la surveillance médicale individuelle en fonction des risques, de la pénibilité et de l'âge. La surveillance clinique par le médecin du travail aurait été réservée aux salariés exposés à certains risques professionnels (à définir), à ceux affectés à des postes de sécurité ou à ceux dont l'âge nécessite une attention particulière (seniors). Cette surveillance aurait inclus la visite d'embauche, la visite périodique bisannuelle, les visites de pré-reprise et de reprise, et celles demandées par le salarié ou l'employeur. Pour tous les autres salariés, un entretien infirmier, renouvelé périodiquement à un rythme par exemple de 3 à 5 ans, se serait substitué à l'examen par le médecin.

En somme, il s'agissait, au lieu de la réduire comme une peau de chagrin, de revisiter la SMR, de lui fixer un nouveau périmètre certainement élargi (postes de sécurité, seniors...) et de confier à l'infirmière la surveillance de tous les autres salariés, y compris à l'embauche, à la reprise du travail après un mois d'arrêt et en pré-reprise après trois mois d'arrêt, sous réserve de renvoyer le salarié vers le médecin du travail si elle l'estime nécessaire. On objectera que l'embauche et la reprise nécessitent la délivrance d'une aptitude qu'il n'est pas possible de confier à une infirmière. Cette objection est légitime mais contestable. La détermination de l'aptitude pour des salariés en surveillance simple n'est pas toujours indispensable, alors qu'elle devrait l'être pour les SMR, ce que la réforme ne prévoit pas. Une infirmière bien formée peut apprécier les cas, rares, où l'aptitude est en cause et orienter le salarié vers le médecin. Elle devrait également être capable, de son propre chef, de mobiliser assistante sociale et IPRP pour lutter contre la désinsertion professionnelle.

Évidemment, l'établissement de la nouvelle liste des SMR aurait demandé une réflexion approfondie, difficile, et des concertations multiples. Mais l'État dispose d'agences sanitaires nationales, comme l'InVs ou l'Anses, où il peut puiser sans peine les compétences nécessaires à cette tâche. Ces mêmes agences sont parfaitement en mesure d'établir rapidement et de tenir à jour les instructions indispensables à une

⁸ www.has-sante.fr et www.chu-rouen.fr/sfmt/

⁹ Travail de nuit, agents cancérigènes chimiques : application aux cancérigènes pour la vessie, exposition interne aux radio-nucléides en INB, expositions aux substances toxiques chez la femme enceinte, asthme professionnel, leptospirose, poussières de bois.

surveillance clinique harmonisée en s'affranchissant de la course d'obstacles que représentent les recommandations de bonne pratique élaborées par les sociétés savantes et validées par la HAS. Cette démarche, il est vrai, engagerait la responsabilité de l'État, ce qu'il ne souhaite sans doute pas. Il s'agit pourtant d'une question de santé publique qui relève de son pouvoir régalién.

Cette solution pour faire face à la pénurie de médecins du travail, inverse de celle qui a été retenue, aurait évité la « formalité impossible »¹⁰, préservé le principe de l'égalité de traitement des salariés placés dans des conditions identiques, préoccupation éthique forte pour un médecin, et recentré l'activité clinique des médecins sur les salariés qui en ont le plus besoin, comme le veut le simple bon sens et comme semblait l'avoir voulu le législateur.

(A suivre)

Docteur Michel Blaizot
septembre 2012

¹⁰ Une simulation grossière montre qu'avec un ratio d'un médecin pour 5 000 salariés et 50% de SMR, le nombre de visites périodiques bisannuelles pourrait être de 1 250 auxquels il convient d'ajouter 500 embauches + 200 reprises et pré-reprises soit 1 950 examens, laissant une marge de 200 à 250 examens pour les demandes du salarié, de l'employeur et de l'infirmière.