

Conseil National
de l'Ordre des
Médecins
180, Boulevard
Haussmann

QUESTION OUVERTE AU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Mesdames, Messieurs, Chers Confrères,

Question ouverte au Conseil de l'Ordre

L'exercice infirmier sous délégation du médecin selon le Medef

Est-ce au médecin de déclarer les risques et de vérifier les effectifs ?

La supervision du médecin vue par X Darcos

Un conseiller qui partage les responsabilités

L'ordre défend-il la spécialité ?

Une prévention limitée aux risques signalés

Expériences, expérimentateurs et cobayes

Le médecin du travail et l'IPRP

J'aimerais avoir la position du Conseil de l'Ordre sur différents points concernant les modalités d'exercice dans les services de santé au travail et principalement sur les modalités de collaboration avec les infirmières actuellement recrutées dans ces services au motif de la pénurie des médecins du travail :

Dans trois services de santé au travail proches, des infirmières ont été recrutées avec ou sans l'accord des médecins ou de leurs représentants

Dans ces services, l'infirmière travaille auprès de un ou de plusieurs méde-

cins. Dans tous les cas, l'infirmière est rattachée, dans l'organigramme, directement à l'administration du service (les services étant administrés par des employeurs).

A aucun moment dans les cas exposés il n'a été prévu de dépendance administrative vis à vis de l'employeur et de dépendance technique vis à vis des médecins ; de ce fait il s'agit explicitement ou implicitement d'un transfert de tâches et non d'activités déléguées sous la responsabilité des médecins.

Comment est-ce possible en particulier dans le cadre de relations médecins/infirmiers ?

Certaines de ces infirmières ont accès aux dossiers médicaux, et, compte tenu de ce qui est dit plus haut et de la diminution du nombre des médecins du travail, ne va-t-on pas arriver à une disparition du secret médical ?

D'autant que certains services envisagent sérieusement de centraliser tous les dossiers médicaux du service (ou l'ont déjà fait) ce qui rend ou rendra difficile la mise en œuvre de la responsabilité personnelle du médecin vis-à-vis des dossiers des salariés dont il assure le suivi en santé au travail. Et pourrait faciliter l'accès des employeurs au contenu des dossiers, soit par la

Suite page 2

L'exercice infirmier sous délégation du médecin

« la visite périodique est fixée réglementairement, sans excéder trois ans, pour les salariés qui ne sont pas exposés à des risques spécifiques.

Ces derniers bénéficieront, dans l'inter-

valle, d'un ou plusieurs entretiens « m é d i c o - professionnels » assurés par un infirmier(e) en santé au travail, sous délégation du médecin du travail.

L'infirmier(e) en san-

té au travail évalue le besoin d'une visite auprès du médecin du travail, qui est seul compétent pour se prononcer sur l'aptitude médicale. » (Medef Sept 2009)

Mesdames, Messieurs, Chers Confrères (suite)

centralisation de l'archivage, soit par l'accès aux dossiers médicaux de personnels placés sous la responsabilité directe des employeurs.

Certaines de ces infirmières pratiquent des entretiens médico-professionnels. Une infirmière peut-elle pratiquer un entretien médico-professionnel ? Un service appelle ces entretiens : entretiens médico-professionnels infirmiers. (ci-joint un exemple de contenu).

D'autres infirmières, ont des activités en milieu de travail. Parmi les actions menées, je vous cite deux exemples :

Vaccination des salariés contre la grippe (ce qui sauf situation épidémique exceptionnelle n'est ni une priorité de santé au travail ni une priorité de santé publique dans les tranches d'âge concernées).

Ces infirmières vaccinent

donc, sans prescription médicale, des salariés de moins de 65 ans, n'ayant pas forcément de facteur de risque et dont c'est parfois la première vaccination.

Quelle est la légitimité de ces actions décidées par les seuls employeurs, et concernant des salariés dont le suivi en santé au travail est théoriquement sous la responsabilité des médecins du travail ?

Promotion de l'hygiène de l'alimentation et du sommeil chez des travailleurs de nuit en 4x8 alternant, en lieu et place de réflexion sur l'organisation du travail de nuit (par exemple : le travail de nuit est-il indispensable, peut-on envisager de constituer des équipes de nuit fixes, de faire appel au volontariat... ?

On le voit, ce type d'action est loin de la prévention primaire des risques (élimination du risque à sa source lorsque cela est possible), et pose des questions éthiques.

Je sollicite donc votre avis sur ces différents points qui m'inspirent de vives inquiétudes déontologiques.

D'autant que ces états de fait s'installent à bas bruit, sans débat, sans véritable résistance non plus des médecins du travail, dont il faut bien dire à leur décharge qu'ils croulent actuellement sous le travail (crise socio économique, souffrance au travail (et sa médiatisation), grippe A H1N1 (et sa médiatisation), effectifs de salariés suivis importants, complexité croissante des situations de santé au travail, judiciarisation de l'exercice, formalité impossible car il est actuellement impossible de réaliser l'ensemble des tâches prescrites dans les textes qui régissent la médecine du travail.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, Chers Confrères, l'assurance de ma considération respectueuse.

Le 23 novembre 2009

Qui doit signaler les risques et les effectifs ?

X Darcos répond à cette question : ce doit être le médecin du travail ! : *« la fiche d'entreprise établie sous la responsabilité du médecin du travail sera enrichie pour contenir, outre l'identification des risques professionnels et des effectifs de salariés qui y sont exposés, des éléments révisés périodiquement (tous*

les cinq ans au moins) concernant les actions que l'équipe de santé au travail entend mener dans l'établissement .»

Charger le médecin du travail d'identifier les risques à la place de l'employeur, c'est permettre à ce dernier de ne pas prendre cette responsabilité, donc de ne pas avoir à reconnaître leur existence. Et que dire

des effectifs ? Le médecin du travail devrait-il compter les salariés ? L'effectif est de la responsabilité de l'employeur. De même, puisqu'il a une responsabilité dans la prévention des risques, il faut qu'il les identifie lui même; le document unique d'évaluation des risques lui en fait d'ailleurs obligation.

Les « Axes » de X. Darcos :

« Le rôle des médecins du travail au sein des services de santé au travail demeure fondamental et le médecin doit rester au centre du service de santé au travail.

Toutefois, l'action en santé au travail ne peut rester centrée sur l'activité des seuls médecins mais s'ouvrir réellement à l'intervention des autres acteurs de la prévention.

C'est pourquoi, en pratique, les interventions dans les entreprises en matière de santé au travail seront réalisées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail. [...]

Ceci devrait permettre de mieux conjuguer une approche individuelle et une action collective et

ainsi **d'optimiser le temps médical disponible.**

Toutefois, le rôle de chaque membre de l'équipe de santé au travail se doit d'être précisément défini dans le respect des dispositions du code de la santé publique.

Ainsi, le **suivi médical individuel des salariés doit rester sous la supervision et la responsabilité du médecin** mais certaines tâches doivent pouvoir être **dévolues** à des infirmières ou des assistantes des services de santé au travail. [...]

Les actions de prévention, **d'information, de sensibilisation des employeurs ou des salariés** pourront être ré-

parties entre les différents acteurs de l'équipe de santé au travail en fonction des circonstances.

En tout état de cause, **la coordination** des actions en santé au travail en direction des entreprises et de leurs salariés appartiendra au médecin du travail.

L'organisation des services de santé au travail doit permettre de passer plus encore d'un

exercice individuel de la médecine du travail à une pratique collective de la **prévention sanitaire** en milieu de travail dans le cadre de l'équipe de santé au travail» (XD 4 Déc. 2009)

« être dévolu »
?

« être attribué ou transféré à quelqu'un en vertu d'un droit ou d'une loi; et, par extension : être attribué de droit »

Un conseiller qui partage les responsabilités ?

La commission Copé reprend le rôle de conseil du médecin du travail, « mais qui doit peut-être s'accompagner de la **possibilité d'imposer des changements** s'ils apparaissent nécessaires ». C'est-à-dire que le conseiller **partagerait ainsi avec l'employeur la responsabilité de l'insécurité du travail.**

C'est d'ailleurs ce que propose X Darcos : « lorsque le médecin du travail constate, [...] la persistance d'un risque pour la santé de plusieurs travailleurs, [il faudrait que] l'employeur soit tenu de prendre en considération les préconisations du médecin du travail et, en cas de refus, de faire connaître par écrit

les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. De la même manière, le médecin du travail doit être tenu de répondre par écrit aux demandes que l'employeur lui adresse sur un problème de prévention » (X.D. Déc 09).

L'Ordre doit défendre la spécialité

La défense de la spécialité, puisqu'elle existe, relève de l'action des médecins du travail eux-mêmes avec leurs structures de formation initiale et permanente et leur Ordre. Pour le Medef il est parfaitement acceptable que les tâches des médecins du travail soient confiées à des médecins sans la spécialisation requise. Ainsi, pour «*les salariés employés par des particuliers employeurs, les partenaires sociaux rappellent l'urgence de mettre en place un suivi médical adapté et appellent les pouvoirs publics à confier cette*

visite à des médecins dûment habilités et formés. (Medef Sept 09). Cette proposition est reprise par X. Darcos, ministre du travail, qui n'hésite pas à dire : «*On peut prévoir à titre expérimental et après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins que le Conseil d'administration du service interentreprises sur un vote à la majorité qualifiée comportant une majorité de voix du collège employeurs et une majorité de voix du collège salariés décide de*

signer une convention avec des médecins généralistes pour participer sur certains types de missions au suivi médical de certains salariés. La charge financière des actions concernées restera assurée par le service de santé au travail.» (XD 4 Déc 09)

La spécialisation des médecins du travail, seuls à même d'apprécier à la fois les conditions du travail et du poste et l'état de santé du salarié, n'a plus d'importance. C'est pourtant la base de l'enseignement et de la qualification ordinaire de cette spécialité.

Une prévention limitée aux risques signalés !!

La prévention des risques professionnels selon XD n'a plus rien à voir avec le principe législatif qui prévaut depuis plus de 60 ans «éviter l'altération de la santé du fait du travail» c'est de la surveillance des risques connus qu'il s'agirait maintenant : «*La fréquence des visites médicales périodiques du travail est en principe fixée à deux*

ans mais les moyens de la médecine du travail seront réorientés vers ceux qui en ont le plus besoin, à savoir les travailleurs affectés à des postes à risques et sous réserve de la surveillance médicale renforcée qui sera actualisée pour prendre en compte l'évolution des techniques (cf. notamment travail sur écran)» Il faut surveiller la tolérance des salariés, ce n'est plus de la prévention.

D'ailleurs JF Copé, qui décline la réforme Medef-Darcos pour la souffrance au travail, prévoit une «*visite d'aptitude lors de l'entrée dans la vie professionnelle, [un] bilan de suivi en milieu de carrière, pour prendre en compte l'éventuelle usure, et envisager [...] une requalification et une réorientation, [un] bilan de fin de carrière [...] pour un suivi post professionnel*»

[http://
www.slmt.fr/](http://www.slmt.fr/)

Expériences, expérimentateurs et cobayes

Un médecin du travail relate son expérience Il part d'un constat admis comme un postulat intangible : « *L'augmentation de l'effectif joint à la quasi-impossibilité de recruter de nouveaux médecins nous a obligés à remettre en question notre mode de fonctionnement* » Il oublie un peu vite que ce n'est pas aux médecins de dégrader leur exercice en fonction de la pénurie, mais bien aux employeurs de fournir aux médecins les moyens d'un exercice déontologiquement acceptable.

Le deuxième postulat est que le médecin ne doit s'occuper que des problèmes : « nous avons,

pendant 5 mois, vérifié l'hypothèse que sur la moyenne de 12 personnes convoquées par

demi-journée, statistiquement, 6 à 8 ne posent aucun problème de surveillance médicale particulière. Elles peuvent donc être prises en charge par une infirmière, agissant dans le cadre précis d'un interrogatoire protocolisé » Curieuse conception de la prévention qui ne s'adresse qu'aux malades.

Il met en place à partir de ce postulat un mode d'exercice « médical » nouveau sans jamais le soumettre à la commission de contrôle, absente de son exposé : « *tous les salariés sont reçus d'abord par l'infirmière puis accompagnés, en fin d'entretien, dans le bureau du médecin. Si cela est nécessaire, ou si le salarié le demande, le médecin poursuit l'entretien[...]*

Mais dans tous les cas, qu'il poursuive ou non l'entretien, le médecin du travail signe la fiche d'aptitude. »

Ainsi, lorsque l'entretien n'est pas poursuivi par le médecin, **il signe sans avoir examiné ni même interrogé le salarié**. Quelle est cette médecine par délégation et quel est ce déni des qualifications respectives du médecin et de l'infirmière ? Si l'infirmière est assez compétente pour faire elle-même l'interrogatoire et décider que l'entretien ne doit pas être poursuivi par le médecin, **pourquoi ne signerait-elle pas l'avis d'aptitude ?**

« *Le médecin doit rester au centre du service de santé au travail. [...] en pratique, les interventions dans les entreprises en matière de santé au travail seront réalisées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail. [...] ainsi d'optimiser le temps médical disponible. [...] Ainsi, le suivi médical individuel des salariés doit rester sous la supervision et la responsabilité du médecin mais certaines tâches doivent pouvoir être dévolues à des infirmières ou des assistantes des services de santé au travail.*

Les actions de prévention, d'information, de sensibilisation des employeurs ou des salariés pourront être réparties entre les différents acteurs de l'équipe de santé au travail en fonction des circonstances.

En tout état de cause, la coordination des actions en santé au travail en direction des entreprises et de leurs salariés appartiendra au médecin du travail.

(X.Darcos Déc 09)

Autre expérience l'IPRP à double casquette

« *L'IPRP à double compétence (préventeur et ancien chef de chantier du BTP). Il connaît leur métier et surtout leurs difficultés. Il peut facilement optimiser l'organisation du travail et apporter des solutions techniques d'amélioration des conditions de travail.* » Il faut souligner que l'IPRP détient alors un rôle d'organisateur. Aurait-il **une délégation de pouvoir**

de l'employeur pour se permettre « d'optimiser l'organisation du travail » ?

Peu importe, cette double casquette n'empêche pas que « *L'IPRP est ainsi totalement complémentaire de l'équipe médicale dans les actions en milieu de travail, à la demande du médecin ou de l'employeur avec comme seule règle la circulation de l'information dans les deux sens,*

sans esprit de hiérarchie, mais avec une solide volonté de synthèse au service des entreprises »

L'IPRP bénéficie-t-il de « *la circulation de l'information* » médicale ? Partage-t-il aussi le secret du médecin ?

Quoi qu'il en soit, avec sa « *solide volonté de synthèse au service des entreprises* » l'indépendance serait superflue.