

II. ÉVOLUTION DE LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES.

La résistance concernant l'ensemble des souches est présentée sur la figure 1. Cette figure prend en compte les données obtenues lors de l'enquête multicentrique réalisée en 1981 (*Pathologie et Biologie*, 1983, 31, n° 2). L'évolution vers la résistance est constante pour l'ampicilline, moins marquée pour la tétracycline, et ne concerne pas le chloramphénicol.

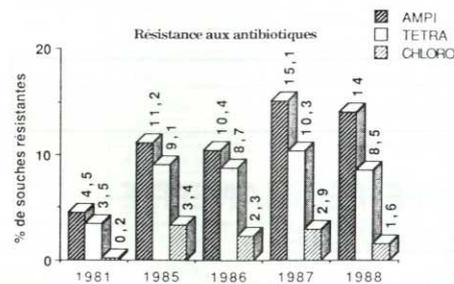


Figure 1. — *Haemophilus influenzae*

Les souches isolées de méningites montrent une augmentation constante du pourcentage de souches productrices de beta-lactamase et le niveau de 28,7 % observé en 1988 devient alarmant et atteint celui observé dans de nombreux états nord-américains. Cette augmentation est accompagnée de celle de la tétracycline mais ne semble pas concerner le chloramphénicol malgré une forte incidence en 1987, non retrouvée en 1988 (fig. 2).

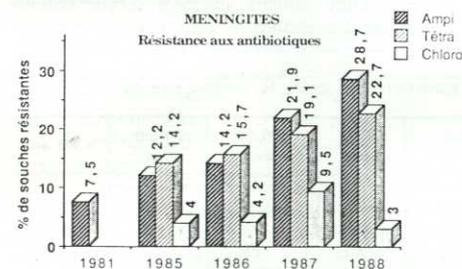


Figure 2. — *Haemophilus influenzae*

La situation est différente pour les sécrétions bronchiques où après le pic de 1986 l'incidence des résistances à ampicilline, tétracycline et chloramphénicol est en diminution.

L'évolution de la résistance pour les souches isolées d'otite moyenne est peu prévisible (fig. 3). À côté d'une diminution constante de la résistance au chloramphénicol, des fluctuations sont observées depuis 1985. En 1987, le pic à 18,3 % de souches résistantes à l'ampicilline, chiffre voisin de celui (17 %) observé en 1987 lors d'une étude bactériologique de l'otite moyenne aigüe chez l'enfant non hospitalisé (M. Simonet, M. Veron et P. Gehanno, *B.E.H.*, 1988, n° 51) n'est pas confirmé en 1988 où une diminution est observée tant pour l'ampicilline que la tétracycline.

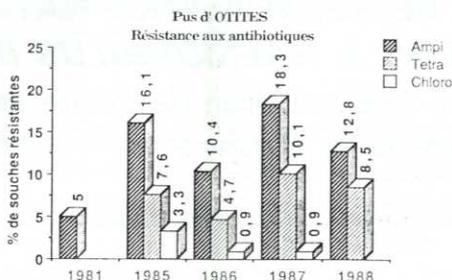


Figure 3. — *Haemophilus influenzae*

Les souches isolées de conjonctivites purulentes ont présenté en 1987 un très fort pourcentage de résistance à l'ampicilline, tous les antibiotiques subissant un accroissement notable, en particulier la kanamycine (15,2 % en 1987; 9,4 % en 1988), évolution parallèle à celle de l'ampicilline.

Les souches productrices de beta-lactamase ont fait l'objet d'une étude enzymatique (Prof. B. Joly, Clermont-Ferrand). L'enzyme de type TEM 1 est le plus fréquent, de rares souches produisant le type TEM 2 et une souche (premier isolement en France) produit l'enzyme ROB 1. Les caractéristiques de l'enzyme et le contenu plasmidique de la souche d'*Haemophilus influenzae* productrice de

ROB 1 sont similaires à ceux décrits pour la première souche productrice de ROB 1 aux États-Unis (Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis., 1988, 7, 583-585). Comme les enzymes de types TEM, il est inhibé par les habituels inhibiteurs de beta-lactamase. L'incidence de ce type d'enzyme, rencontré dans d'autres espèces bactériennes d'origine animale est faible et rien ne permet de prévoir son éventuelle diffusion.

Nous exprimons nos remerciements aux membres du réseau dont les noms suivent, qui ont bien voulu nous faire parvenir leurs souches et les informations correspondantes : Dr Sédallian (Annecy), Dr Chardon (Aix-en-Provence), Dr De Coquet (Brive), Pr Sirot (Clermont-Ferrand), Dr Darchis (Compiègne), Dr Geslin (Créteil), Dr Laborie (Lannion), Dr Marmonier (Le Mans), Pr Denis (Limoges), Dr Lionsquy (Longjumeau), Pr Fleurette (Lyon), Dr Darbas (Montpellier), Dr Trevoix (Mulhouse), Pr Courtieu (Nantes), Pr Bricout (Paris), Pr Cormier (Rennes), Dr Viole (Rochefort-sur-mer), Pr Didier (Toulouse), Pr Lareng (Toulouse), Dr Ghassia (Versailles), Dr Fèvre (Vienne), Dr Dublanche (Villevue-Saint-Georges), Dr Megraud (Bordeaux), Pr Bebear (Bordeaux), Pr Drugeon (Nantes), Dr Bousougant (Colombes), Pr Le Noc (Grenoble), Pr Monteil (Strasbourg), Pr Cluzel (Clermont-Ferrand), Dr Auberger (Laval), Dr Prieur (Romans), Pr Chastel (Brest).

LE POINT SUR...

SIDA ET MILIEU PROFESSIONNEL

INTRODUCTION

Au cours de l'année 1988, un groupe de travail créé dans le cadre du Conseil supérieur des risques professionnels, sous la présidence de M^{me} Grévisse, présidente de la section sociale du Conseil d'État, a élaboré une « charte » de principes juridiques fondamentaux, applicable dans les situations de travail où des problèmes liés à l'infection par le V.I.H. peuvent être posés.

Ce groupe de travail regroupait des représentants des partenaires sociaux (organisations patronales et de salariés), des pouvoirs publics (Direction des relations du Travail et Direction générale de la Santé) et des experts scientifiques.

Nous reproduisons ce texte, tiré du rapport du Conseil supérieur des risques professionnels, publié à la *Documentation Française*.

Un dépliant qui en reprend les principaux éléments sera diffusé par la Direction des Relations du Travail dans les entreprises.

INCIDENCE DE L'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNO-DÉFICIENCE HUMAINE SUR LE DROIT DES RELATIONS DU TRAVAIL

Le présent document traite des questions d'ordre juridique que peut soulever l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (V.I.H.) en milieu de travail, quelle que soit l'origine de la contamination du salarié.

Cette approche tient compte de plusieurs facteurs et en premier lieu des modes de transmission du virus. La contamination, ne pouvant s'opérer que par voie sanguine ou sexuelle, est exclue dans l'immense majorité des situations de travail où aucun acte de la vie professionnelle ou courante ne comporte de risque d'exposition du fait de la présence, dans une collectivité de travail, de personnes saines et de personnes porteuses du virus.

Elle se fonde également sur la doctrine tracée par les pouvoirs publics en matière de protection sanitaire qui, conformément à diverses résolutions internationales (1), fait de la recherche du

(1) Organisation internationale du travail, Organisation mondiale de la santé, Communautés économiques européennes, Conseil de l'Europe.

statut sérologique d'une personne, un acte volontaire et protégé par le secret.

Elle se fonde enfin, sur la législation relative à la protection de la vie privée (art. 9 du Code civil) et à la non discrimination en matière de moeurs (art. 416 du Code pénal, art. L. 122-35 du Code du travail).

Les éléments qui précèdent ainsi que l'ampleur du phénomène expliquent le caractère exclusivement conceptuel — à l'heure actuelle — de la réflexion, en l'absence de toute référence jurisprudentielle spécifique. La nouveauté, comme la rareté relative, des cas les plus graves parmi la population active n'ont pas suscité de contentieux significatifs et aucun, en tout cas, n'est à ce jour parvenu au stade d'un jugement définitif.

LE RECRUTEMENT ET L'EMBAUCHE

Pièces, documents et renseignements exigibles au moment de l'embauche

Le principe dégagé par la jurisprudence est que les renseignements que doit fournir le candidat, doivent avoir un lien direct et nécessaire avec l'emploi auquel il postule. C'est ainsi que, dans un arrêt du 17 décembre 1973, la chambre sociale de la Cour de cassation a posé le principe que « les renseignements et pièces demandés lors de l'embauche ont pour but de permettre à l'employeur d'apprécier les qualités du salarié, en tant qu'ouvrier, pour l'emploi sollicité par lui et ne peuvent concerner des domaines sans lien direct avec cette activité professionnelle.

L'employeur ne peut demander que des renseignements présentant un lien direct et nécessaire avec l'emploi proposé. Sauf dans les cas exceptionnels où un tel lien pourrait exister entre l'état de santé du salarié et l'emploi offert, il n'y a pas lieu de rechercher des informations sur cet état de santé et notamment si le salarié est porteur du virus de l'immuno-déficience humaine.

Visite médicale d'embauche et examens complémentaires

L'article R. 248-48 du Code du travail dispose : « Tout salarié fait l'objet d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai qui suit l'embauche ». L'article 30 du décret n° 82-397 du 11 mai 1982 prévoit des dispositions comparables pour les salariés du régime agricole.

L'examen médical a pour but de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection contagieuse

En l'état actuel des connaissances scientifiques, il est établi que la transmission du virus ne peut s'effectuer chez l'adulte que par voie sanguine ou sexuelle. Une éventuelle contamination professionnelle n'est donc possible que par contamination du sang dans des hypothèses très limitées : le contact infectant (par blessure, piqûre ou lésion cutanée) auquel peuvent être exposées des catégories bien déterminées de personnel appartenant notamment aux milieux de soins ou opérant (comme, par exemple, dans le secteur de la recherche) sur des liquides biologiques infectés.

Compte tenu du caractère théorique du risque de contamination d'un salarié par un autre, en situation normale de travail, le dépistage du virus n'est nullement justifié.

L'examen médical a également pour but de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter

L'article R. 241-52 du Code du travail prévoit que le médecin du travail peut prescrire des examens

complémentaires nécessaires au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail.

En l'état actuel des connaissances, seule une altération effective des défenses immunitaires — situation excluant les porteurs asymptomatiques du virus — pourrait dans des cas très circonscrits justifier une investigation sérologique, celle-ci restant à l'initiative du médecin du travail.

La fiche d'aptitude

L'article R. 241-57 du Code du travail précise qu'à l'issue de chaque examen médical, le médecin du travail établit une fiche d'aptitude en deux exemplaires dont un est remis au salarié et l'autre à l'employeur.

Cette fiche ne fait que mentionner l'aptitude ou l'inaptitude, partielle ou totale, du salarié. Elle ne doit comporter aucun renseignement confidentiel, tel que la nature ou l'origine de l'inaptitude ou des réserves éventuellement formulées.

Le médecin du travail, dans son activité médicale, conserve une pleine indépendance. Le code de déontologie médicale précise, en effet, en son article 10 que « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit » et l'article 75 prévoit quant à lui que « le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions ».

EXÉCUTION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Adaptation du poste ou affectation à un autre poste

Raisons médicales

L'article L. 241-10-1 du Code du travail précise que « le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment... à l'état de santé des travailleurs ».

Le médecin du travail qui a connaissance de l'état sérologique d'un salarié — qu'il soit porteur asymptomatique du VIH ou que ses défenses immunitaires soient altérées — peut, compte tenu des caractéristiques du poste, proposer une adaptation de celui-ci ou une affectation à un autre poste. Il n'a pas alors à indiquer à l'employeur l'origine des contre-indications à la tenue du poste initial.

L'employeur doit, conformément aux dispositions de l'article L. 241-10-1 du Code du travail, tenir compte de ces propositions et, en cas de refus, faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

En cas de difficulté ou de désaccord, l'article L. 241-10-1 du Code du travail prévoit que c'est l'inspecteur du travail qui prend la décision, après avis du médecin inspecteur du travail.

Troubles dans l'entreprise

Il convient également d'envisager l'hypothèse où l'employeur considérerait que, du fait de son état — si celui-ci vient à être connu — et de la réaction d'autres salariés ou de clients inquiets d'une éventuelle contamination, le salarié porteur du virus apporte un trouble au bon fonctionnement de l'entreprise.

Les tribunaux ont considéré que des circonstances extérieures à la vie professionnelle et tenant à la vie privée du salarié pouvaient parfois être prises en considération pour justifier un licenciement lorsqu'elles avaient une incidence sur la marche de l'entreprise (à titre d'exemple, conjoints travaillant dans des entreprises concurrentes, aspect physique, tenue vestimentaire inadéquate...).

Au cas présent, le trouble susceptible d'être apporté, ne reposerait sur aucun motif objectif ou légitime, compte tenu de ce qui a été déjà dit sur les modes de transmission du virus et sur le fait que la séropositivité asymptomatique n'a pas d'incidence sur les conditions d'exécution du contrat de travail.

Le droit de retrait

La question se pose de savoir si un salarié peut invoquer le droit de retrait prévu à l'article L. 231-8-1 du Code du travail pour se soustraire à toute situation susceptible de le mettre, du fait de son travail, en contact avec le virus.

Il convient, là encore, de rappeler la distinction fondamentale entre les professions qui ne comportent aucune exposition à l'infection par le V.I.H. et celles où le risque est présent.

Dans le premier cas, compte tenu des modes de contamination très spécifiques, il n'est guère concevable de rencontrer une situation où les relations de travail (avec un autre salarié, un client...) constitueraient « un danger grave et imminent », comme l'exige la mise en œuvre du droit de retrait. Ainsi privé de base objective, ce droit ne peut être mis en œuvre.

Dans les professions susceptibles de comporter un risque de contamination, une distinction supplémentaire peut être suggérée.

D'une part, il existe des activités de soins ou de secours où la mise en œuvre du droit de retrait rencontrerait le double obstacle de la règle posée par le Code du travail — ne pas créer pour autrui un nouveau risque grave et imminent — et d'autres obligations qu'elles soient déontologiques — dans le cas de professions médicales et paramédicales — ou pénales, à travers la notion de non-assistance à personne en danger. D'autre part, il existe des activités (de nature variée, allant de la recherche au nettoyage par exemple) comportant un risque potentiel de contact avec les liquides biologiques ou des objets infectés et non plus avec des personnes à soigner. Le fait contaminant, toujours accidentel, présente une nature grave et peut survenir de manière immédiate. Il ne serait alors pas exclu que le droit de retrait puisse recevoir ici une application mais seulement dans la mesure où le salarié n'aurait pas été à même, grâce à des mesures de protection appropriées prises par l'employeur, de se prémunir contre la contamination.

LICENCIEMENT

Compte tenu des caractéristiques de cette infection et des connaissances scientifiques, il apparaît qu'un licenciement ayant pour cause le statut sérologique d'un salarié ne pourrait être reconnu comme légitime par les tribunaux sauf dans les cas exceptionnels évoqués ci-dessus. Il en serait de même d'un licenciement fondé sur l'existence supposée d'un facteur de risque.

Par ailleurs, il convient de rappeler que si la maladie, quelle que soit sa nature et sa gravité, ne constitue pas, en tant que telle, une cause réelle et sérieuse de licenciement, selon une jurisprudence bien établie, un employeur peut licencier un salarié pour absences répétées ou absences prolongées résultant de la maladie lorsqu'il considère que le remplacement définitif du salarié se révèle nécessaire en raison de la perturbation que cette absence apporte dans le fonctionnement de l'entreprise.

En l'espèce, rien ne justifie que le problème posé par l'infection par le V.I.H. soit abordé d'une façon spécifique, différente des autres cas de maladies longues dont l'évolution est incertaine et peut avoir des incidences variables sur l'exécution du contrat de travail en fonction du temps et de la nature des activités.