

ATTESTER DU LIEN SANTÉ-TRAVAIL

# *LES CAHIERS*

## *S.M.T. N°27*

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

OCTOBRE 2013 20 €

ISSN 1624-6799

# CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL

**L**A CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL  
(UN TRAVAIL AVEC *E-PAIRS*)

**C**RISE DE SENS DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

**L**E MÉDECIN DU TRAVAIL

DANS LE PARCOURS DE SOINS

**É**CRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL

|  |  |  |           |
|--|--|--|-----------|
|  | <b>Éditorial</b>                                       | <i>Odile RIQUET</i>                                    | <b>3</b>  |
|  | <b>L a Clinique médicale du travail</b>                |  |           |
| Clinique médicale du travail : Origines, concepts, définitions, pratiques  |  | <i>Alain CARRÉ, Nicolas SANDRET, Huguette MARTINEZ</i> | <b>4</b>  |
| Les concepts, définitions  |  | <i>Alain CARRÉ</i>                                     | <b>7</b>  |
| Une histoire à comprendre ensemble   |  | <i>Annie DEVEAUX, Alain GROSSETÊTE</i>                 | <b>11</b> |
| Une démarche clinique au cœur des questions du travail   |  | <i>Odile RIQUET, Dominique HUEZ</i>                    | <b>18</b> |
| Ouvrir à la prévention individuelle et collective par la clinique médicale du travail                              |  | <i>Florence JÉGOU, Gérard LUCAS, Thérèse BURET</i>     | <b>24</b> |
|  | <b>Crise de sens de la médecine du travail</b>         |  |           |
| Vu de ma fenêtre...  |  | <i>D<sup>r</sup> SENTINELLE</i>                        | <b>30</b> |
| Inaptitude, un piège à désamorcer : en finir avec « l'aptitude »   |  | <i>Alain CARRÉ</i>                                     | <b>32</b> |
| Le médecin du travail et l'équipe médicale du travail dans la Commission Médecotechnique                           |  | <i>Benoît DELABRUSSE, Florence JÉGOU</i>               | <b>33</b> |
| L'alerte médicale collective du médecin du travail<br>(Compte rendu du Congrès de l'Ass. SMT)                      |  | <i>JEAN-MARIE EBER<br/>Alain RANDON</i>                | <b>37</b> |
| Le devoir d'alerte collective du médecin du travail  |  | <i>Dominique HUEZ</i>                                  | <b>39</b> |
| Un succès pour la médecine du travail : l'abrogation partielle du décret n°2012-137                                |  | <i>Alain CARRÉ</i>                                     | <b>42</b> |
| Préservation du métier face à la Réforme   |  | <i>Odile RIQUET</i>                                    | <b>44</b> |
|  | <b>Le médecin du travail dans le parcours de soins</b> |  |           |
| Médecin du travail et parcours de soins, un cas clinique   |  | <i>Annie DEVEAUX</i>                                   | <b>46</b> |
| Le médecin du travail dans le parcours de soins, introduction aux débats   |  | <i>Florence JÉGOU</i>                                  | <b>49</b> |
| Relais, emploi, insertion (RESI). Pour qui ? Pour quoi faire ?   |  | <i>JEAN-MARIE EBER</i>                                 | <b>51</b> |
| Le suivi post-professionnel, histoire d'une fiction  |  | <i>Alain CARRÉ</i>                                     | <b>54</b> |
| Parcours de soins et médecine du travail : le médecin du travail dans la continuité des soins                      |  | <i>Alain GROSSETÊTE,<br/>Odile RIQUET</i>              | <b>55</b> |
|  | <b>Écrits du médecin du travail</b>                    |  |           |
| Les médecins du travail ont-ils le droit d'attester d'un lien de causalité entre travail et atteintes à la santé ? |  | <i>Position de l'Ass. SMT</i>                          | <b>58</b> |
| Pétition d'alerte et de soutien aux D <sup>rs</sup> E. DELPUECH, D. HUEZ et B. BERNERON                            |  | <i>Pétition</i>  | <b>60</b> |
| Réponse au communiqué du CNOM du 16 mai 2013   |  | <i>Alain CARRÉ,</i>                                    | <b>63</b> |
| Un point sur la situation par le coordonnateur de la pétition  |  | <i>coordonnateur de la pétition</i>                    | <b>64</b> |
| Les écrits du médecin du travail   |  | <i>Alain CARRÉ,<br/>Dominique HUEZ</i>                 | <b>65</b> |
|  | <b>Bilan SMT 2012</b>                                  | <i>Alain RANDON</i>                                    | <b>72</b> |

## É D I T O R I A L

## ENJEUX DE TRAVAIL

*T*rois médecins du travail, membres actifs ou proches de l'association a-SMT poursuivis devant leur Conseil de l'Ordre, par des employeurs, pour avoir attesté pour des salariés d'atteintes à la santé en lien avec leur travail.

*Trois écrits de médecins du travail attestant d'une altération du lien santé-travail et mis en cause sur le fond et sur la forme par l'Ordre des médecins*

*Nous n'avons pas anticipé, nous n'avons pas choisi, ces trois affaires sont survenues ensemble ce printemps 2013, mais de ce qui arrivait là à ces trois confrères, médecins du travail, l'association a-SMT a décidé d'en faire un événement. Nous avons initié et coordonné une pétition pour soutenir les médecins poursuivis, pétition qui a recueilli près de 10 000 signatures dont celles de 811 médecins du travail et plus de 100 contrôleurs et inspecteurs du travail, pétition soutenue par de nombreuses organisations et associations, nous avons porté le débat dans l'espace public auprès des médias, et nous continuerons à leurs apporter notre soutien.*

*Avons-nous aujourd'hui la capacité de faire de cet événement une possibilité de développement de notre métier ? Pouvons-nous créer les conditions d'un débat sur nos écrits de médecins du travail ? Pouvons-nous mettre en visibilité les difficultés que nous rencontrons sur le terrain à propos de ces écrits réglementaires, attendus, exigés, contestés, critiqués, indispensables ?*

*Nous sommes indignés que des employeurs puissent poursuivre des médecins du travail auprès de l'Ordre des médecins au nom de leurs propres intérêts, et porter ainsi atteinte à l'indépendance professionnelle des médecins du travail. Nous estimons qu'en acceptant ces plaintes d'employeur, pour l'intérêt de l'employeur et non celui de la santé d'un ou plusieurs salariés, l'Ordre des médecins n'assure pas la défense de la déontologie médicale mais interdit la mise en visibilité des pathologies liées au travail.*

*Nous contestons que les recommandations de l'Ordre national des médecins puissent interdire aux médecins du travail le droit d'attester d'un lien de causalité entre conditions de travail et état de santé d'un patient, recommandations d'un rapport de 2006 qui ne prend en compte ni l'évolution des pratiques professionnelles des médecins du travail en terme de clinique médicale du travail, ni les profondes transformations du monde du travail qui sollicitent toujours plus l'engagement subjectif des hommes et des femmes dans leur travail.*

*Nous sommes attachés aux exigences d'objectivité nécessaires à la rédaction des écrits des médecins du travail mais nous pensons que l'Ordre des médecins méconnaît la démarche clinique en médecine du travail. Cette démarche, au-delà de la plainte, entend aider le salarié à exprimer les dimensions affirmatives de son engagement dans le travail et à élucider les conflits nés des nouvelles organisations du travail. Car, aujourd'hui, les questions de santé au travail se posent moins en termes d'observation des éléments objectifs au poste de travail qu'en termes de compréhension des tensions qui animent l'activité et déterminent les conditions matérielles, sociales et subjectives du travail.*

*Dans la consultation, nous questionnons le lien santé-travail dans la relation à soi, aux autres et au monde. Dans ce travail clinique dans lequel nous sommes engagés avec le salarié, la démonstration d'un lien de causalité n'est pas première, ni la recherche de la preuve héritée de l'imputation en terme médico-légal. Ce qui est essentiel dans ce travail clinique, ce sont les interrogations, les questionnements, les éléments de compréhension qui restent comme traces cliniques que le salarié emporte avec lui, qu'il se les réapproprie ou non et qui peuvent l'aider à retrouver son pouvoir d'agir.*

*Ainsi, la clinique médicale du travail nous permet d'acquérir une compréhension intime des tensions qui accompagnent le travail et de mieux saisir à leur origine les enjeux de santé. C'est à nous, médecins du travail, d'écrire pour attester du lien de causalité santé-travail, à partir de notre travail clinique. Les formes sont multiples, réglementaires, comme l'alerte collective sur les risques psychosociaux, les préconisations, le rapport annuel, les certificats de maladie professionnelle ou de maladie à caractère professionnel mais leur contenu nécessite que nous en débattions entre pairs. C'est pour nous un enjeu de travail mais aussi un enjeu de santé. Ce sera donc un des thèmes de notre prochain congrès : « Les écrits des médecins du travail ».*

Odile RIQUET

Présidente de l'association Santé et Médecine du Travail (SMT)

# CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

## ORIGINES, CONCEPTS, DÉFINITIONS, PRATIQUES

**Communication au Colloque E-Pairs – Association SMT,  
« La clinique médicale du travail », Contribution de la médecine du travail  
Vendredi 14 juin 2013**

**Alain CARRÉ, Nicolas SANDRET, Huguette MARTINEZ, médecins du travail**

**E**n 1946, pour la première fois, fut inscrit dans la Constitution de la République le droit individuel à la protection de la santé. Pour y concourir, en milieu de travail, s'agissant de santé, fut mis en place une institution « la médecine du travail » exercée par un corps de médecins spécialisés, les médecins du travail, exerçant, comme tout médecin, dans le cadre d'une obligation de moyens. S'agissant d'un droit individuel, le principe fondateur postulait que l'exercice serait un exercice de « première ligne », c'est-à-dire d'un exercice de consultation médicale. La tâche confiée à ces praticiens, à l'origine, et qui n'a pas varié depuis, est une action préventive destinée « à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Ce nouvel exercice tranche notablement avec l'exercice de la médecine de soin :

- Elle se déploie dans un cadre légal d'ordre public social qui impose par conséquent un double contrôle de l'autorité publique et des représentants des travailleurs qui en bénéficient, mais aussi des liens avec la santé publique.
- Cet exercice se situe, contrairement aux autres modes d'exercice médical, dans un lieu, l'entreprise, et un contexte, le travail, où la santé n'est pas une valeur « en soi ».
- C'est enfin une médecine préventive, spécialisée en prévention primaire, puisqu'il s'agit, en premier lieu d'éviter toute altération de la santé et non seulement toute atteinte à la santé. Cela implique une prise en compte de la subjectivité du travailleur dans un champ mal balisé par la séméiologie médicale classique. L'élément pathogène est à identifier dans le travail de chaque travailleur. Il s'agit ici du travail concret de chaque travailleur, c'est-à-dire du travail réel incarné et subjectif du travailleur, en interaction avec les conditions matérielles et humaines qui l'entourent

Ce contexte d'exercice des médecins du travail leur a imposé de développer une clinique médicale particulière, la clinique médicale du travail, qui complète et transcende la clinique médicale telle qu'on l'enseigne dans les facultés de médecine.

### **UNE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOMME AU TRAVAIL**

**C**ette clinique doit, pour remplir la mission liée à cet exercice, avoir pour référence « *Un modèle de l'homme qui rende compte du travail du point de vue de l'engagement actif du sujet et de ses enjeux de santé* » (Ph. DAVEZIES). Confrontés à cette difficulté académique, à partir des années soixante-dix, les médecins du travail, en référence aux sciences humaines, élaborent en commun une nouvelle clinique : « la clinique médicale du travail ». Les bases théoriques de cette clinique font donc de fréquents emprunts à l'ergonomie, à la sociologie, à la psychologie et la psychodynamique du travail.

*LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL CONSIDÈRE  
LE TRAVAILLEUR COMME UN SUJET EN RELATION AVEC SON  
ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL ET SA DIMENSION COLLECTIVE*

Pour sortir de l'approche classique et réglementaire qui s'intéresse à la cause des risques mais ignore les réponses activement produites par le travailleur considéré comme passif, les médecins du travail se rapprochent de l'ergonomie qui implique que « *Il n'y a pas de travail d'exécution. Tout travail impliqu(ant) une mobilisation de l'intelligence* » (A. WISNER).

Le travail n'est pas solitaire. Il se déroule dans un environnement humain collectif. Cela impose de prendre en compte la dimension sociale de l'activité de travail.

Ici, « *le travail est l'activité coordonnée entre les femmes et les hommes pour faire face à ce qui n'est pas prévu par l'or-*

ganisation du travail » (Ph. DAVEZIES). Il y a donc un travail prescrit par l'organisation du travail qui procède par instructions pour atteindre une tâche à accomplir et un travail réel déployé par les travailleurs dans un contexte collectif et qui engendre des échanges sur « comment faire » et « comment faire ensemble » afin de parvenir à un résultat faisant l'objet d'un consensus entre eux.

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL POSTULE  
QUE LA SANTÉ SE STRUCTURE AUTOUR DU POUVOIR  
D'AGIR. ELLE ANALYSE PAR CONSÉQUENT  
CE QUI S'OPPOSE AU POUVOIR D'AGIR DU SUJET

Dans l'esprit de l'article L.1111-4 du Code de la santé publique, cette clinique considère que « *la souffrance est l'amputation du pouvoir d'agir* » (P. RICOEUR) et « *qu'être en bonne santé c'est avoir les moyens d'un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique, mental et social* » (Chr. DEJOURS). « *La santé est un pouvoir d'action sur soi et sur le monde gagné auprès des autres. Elle se rattache à l'activité vitale d'un sujet, à ce qu'il réussit ou non à mobiliser de son activité à lui dans l'univers des activités d'autrui et, inversement, à ce qu'il parvient ou pas à engager des activités d'autrui dans son monde à lui* » (Y. CLOT).

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL CONSIDÈRE  
QUE LE SUJET CONSTRUIT SON IDENTITÉ À TRAVERS  
DES ACTIVITÉS QUI PARTICIPENT DE SON ACCOMPLISSE-  
MENT DE SOI EN ÉTROITE INTERACTION AVEC LES  
AUTRES. LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL INTÈGRE  
CETTE DIMENSION SUBJECTIVE ET VÉCUE DE L'ACTIVITÉ  
DE TRAVAIL ET EXPLORE SES RELATIONS.

La réalité mouvante impose de mobiliser d'autres ressources que des savoirs techniques. La relation dynamique aux objets du travail est incorporée. Des savoirs faire acquis d'expériences antérieures sont intégrés dans cette mémoire du corps.

Ne pas pouvoir exprimer ces relations indique une résistance au sens de la psychopathologie du travail.

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL CHERCHE  
À COMPRENDRE CE QUI SE JOUE POUR LE TRAVAILLEUR  
DANS CE CADRE ET CE QUI S'OPPOSE À SON PROJET

Le travailleur agit sous le regard des autres, avec eux, dans un système de valeurs partagées, en espérant être reconnu et en s'affrontant à la réalité pour atteindre un résultat qui fasse référence. C'est la résistance à cette activité qu'oppose l'organisation du travail et l'impossibilité d'accomplir ce qu'on voudrait faire ou d'aboutir au résultat qui pèse sur la santé du salarié

« *Le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – les échecs –, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense ou qu'on rêve pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter – paradoxe fréquent – ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire. Sans compter ce qui est à refaire.* » (Y. CLOT)

L'organisation est en désaccord avec le résultat du travail que je cherche à atteindre ou supprime mes marges de manœuvre ou ne me donne pas les moyens nécessaires. Elle isole chaque salarié en l'individualisant ou empêche le travail en commun ou la construction de valeur commune sur le travail et la façon de le faire.

L'organisation est en désaccord avec ce que j'estime être la qualité et le résultat de mon travail ne reconnaît pas ma valeur ou l'utilité de mon travail. L'isolement ne permet plus la reconnaissance symbolique de mon travail.

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL  
IDENTIFIE ET PREND EN COMPTE  
LES DÉFENSES DU SUJET CONTRE SA SOUFFRANCE

La psychodynamique du travail décrit les processus de pensée inconscients qui permettent au sujet de mettre à distance la souffrance. Elles les nomment: processus de défense, stratégies défensives, idéologies défensives (dénî péjoratif de l'encadrement, faire le Mal pour le Bien...). Ces processus inconscients comprennent les somatisations.

## L'OUVERTURE DE L'ESPACE CLINIQUE DU SIGNE AU SENS

L'ouverture de l'espace clinique implique un double mouvement qui tranche avec la posture médicale traditionnelle. Il s'agit en effet de « *Passer d'une situation où le salarié est en position d'objet d'étude à une perspective dans laquelle il redevient un agent actif de l'analyse, passer des discours généraux à l'analyse des situations dans leurs singularités concrètes* » (Ph. DAVEZIES).

## LA CONSTRUCTION DES HYPOTHÈSES DU SENS A LA SIGNIFICATION

Elle implique le déploiement d'une « écoute compréhensive », écoute particulière qui puisse permettre au médecin du travail d'entendre et donc d'identifier difficultés, souffrances, et défenses. Le terme ne fait pas uniquement référence à la **compréhension des situations** qu'elle permet au médecin. il désigne, en fait, sa finalité principale qui est de **permettre au patient d'accéder lui-même à la compréhension des situations auxquelles il est confronté.**

Il s'agit par conséquent d'une construction commune. Elle est **personnalisée** et se fait avec le salarié au regard de ce qu'il déclare de la situation, et de ce qu'il en comprend et fait comprendre au médecin. Elle est **conceptualisée**, par rapport à ce que le médecin a observé de la situation des autres travailleurs, de l'état des collectifs, de l'organisation du travail dans l'entreprise. Elle est **raisonnée**, en référence au corpus théoriques de la clinique médicale du travail.

La mise en place d'un **recueil formalisé « au fil de l'eau »** des témoignages des salariés sur leur vécu au travail permettra des hypothèses sur le lien santé-travail en les analysant. Parallèlement le repérage des risques permettra d'identifier les facteurs de risque liés à l'organisation du travail *a priori*, les effets de l'organisation du travail sur le travail réel et les comportements managériaux pathogènes.

## **LE DIAGNOSTIC DU LIEN SANTÉ-TRAVAIL**

Le diagnostic positif repose sur le recueil **systématique des indicateurs de santé mentale en rapport avec le travail** et peut s'appuyer sur des examens complémentaires de spécialité. Il prendra en compte les altérations « discrètes, paradoxales : (démobilisation professionnelle, hyperactivité) mais aussi les atteintes camouflées (TMS et psychosomatiques).

Le diagnostic étiologique permet de relier les atteintes à la santé au repérage des situations de travail pathogènes. C'est le résultat du travail d'élaboration (« **voit on le salarié travailler ?** »). Toute identification d'une pathologie doit s'accompagner de la description de ce qui l'influence négativement du côté du travail. **La pathologie est alors en rapport avec le travail et reliée à des caractéristiques de l'organisation du travail.** Le diagnostic étiologique s'élabore en référence avec la situation des autres travailleurs. Il doit être le plus précis possible pour préparer l'intervention.

## **LE DIAGNOSTIC DU LIEN SANTÉ-TRAVAIL EST SPÉCIFIQUE À LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL**

**D**iagnostic positif et étiologique de la situation de santé du travailleur et de ses rapports au travail sont issus d'une démarche clinique médicale argumentée qui participe de pratiques professionnelles évaluées collectivement et un préalable à toute action individuelle et/ou collective du médecin du travail.

### ***LES CAHIERS S.M.T.***

Publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail  
ISSN 1624-6799

**Responsable de rédaction : Jean-Noël DUBOIS**

**Responsable de publication : Odile RIQUET**

**Comité de rédaction : Alain CARRÉ, Josiane CRÉMON, Florence JÉGOU, Dominique HUEZ, Annie LOUBET, Jocelyne MACHEFER, Alain RANDON, Nicolas SANDRET, Jean-Louis ZYLBERBERG**

**Ont participé à ce numéro : Thérèse BURET, Alain CARRÉ, Benoît DELABRUSSE, Annie DEVEAUX, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Dominique HUEZ, Florence JÉGOU, Gérard LUCAS, Huguette MARTINEZ, Alain RANDON, Odile RIQUET, Nicolas SANDRET**

**Maquette : Jean-Noël DUBOIS**

**Imprimerie ROTOGRAPHIE — 93 100 Montreuil**

# LES CONCEPTS

## DÉFINITIONS

**Communication au Colloque E-Pairs – Association SMT,  
« La clinique médicale du travail », Contribution de la médecine du travail  
Vendredi 14 juin 2013**

**Alain CARRÉ, médecin du travail**

### **ACTION(1)**

« C'est par le verbe et l'acte que nous nous insérons dans le monde humain, et cette insertion est comme une seconde naissance dans laquelle nous confirmons et assumons le fait brut de notre apparition physique originelle. (...) Le fait que l'homme est capable d'action signifie que de sa part on peut s'attendre à l'inattendu, qu'il est en mesure d'accomplir ce qui est infiniment improbable.

(...) Cette énorme capacité de durée que possèdent les actes plus que tout autre produit humain serait un sujet de fierté si les hommes pouvaient en porter le fardeau, ce fardeau de l'irréversible et de l'imprévisible, d'où le processus de l'action tire toute sa force. (...)

La rédemption possible de la situation d'irréversibilité – dans laquelle on ne peut défaire ce que l'on a fait, alors que l'on ne savait pas, que l'on ne pouvait pas savoir ce que l'on faisait – c'est la faculté de pardonner. Contre l'imprévisibilité, contre la chaotique incertitude de l'avenir, le remède se trouve dans la faculté de faire et de tenir des promesses. (...)

L'acte ne prend sens que par la parole dans laquelle l'agent s'identifie comme acteur, annonçant ce qu'il fait, ce qu'il a fait, ce qu'il veut faire. (...)

L'action en tant que distincte de la fabrication, n'est jamais possible dans l'isolement ; être isolé, c'est être privé de la faculté d'agir. (...) La fabrication est entourée par le monde, elle est constamment en contact avec lui : l'action et la parole sont entourés par le réseau des actes et du langage d'autrui, et constamment en contact avec ce réseau. (...)

On dirait que chaque action était divisée en deux parties, le commencement fait par une personne seule et l'achèvement auquel plusieurs peuvent participer en "portant", en "terminant" l'entreprise en allant jusqu'au bout. (...) Parce que l'acteur se meut toujours parmi d'autres êtres agissants et par rapport à eux, il n'est jamais simplement agent, mais toujours en même temps patient. (...) L'acte le plus modeste dans les circonstances les plus bornées porte en germe la

1- Hannah ARENDT, *Condition de l'homme moderne*, Le Seuil, Paris, 1961

même infinitude, parce qu'un seul fait parfois un seul mot, suffit à changer toutes les combinaisons de circonstances. (...)

Le domaine politique naît directement de la communauté d'action, de la "mise en commun des paroles et des actes". (...) L'espace de l'apparence commence à exister dès que les hommes s'assemblent dans le mode de la parole et de l'action. (...)

Dans les conditions de la vie humaine il n'y a d'alternative qu'entre la puissance et la violence – contre la puissance la force est inutile – violence qu'un homme seul peut exercer sur ses semblables, et dont un homme seul ou quelques hommes peuvent acquérir les moyens et posséder le monopole. (...) Tandis que la force est la qualité naturelle de l'individu isolé la puissance jaillit parmi les hommes lorsqu'ils agissent ensemble et retombe dès qu'ils se dispersent. (...) La puissance n'est actualisée que lorsque la parole et l'acte ne divorcent pas, lorsque les mots ne servent pas à voiler des intentions mais à révéler des réalités, lorsque les actes ne servent pas à violer et détruire mais à établir des relations et créer des réalités nouvelles. »

### **ACTIVITÉ (EMPÊCHÉE)**

« Le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – les échecs –, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense ou qu'on rêve pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter – paradoxe fréquent – ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire. Sans compter ce qui est à refaire. » (Y. CLOT)

### **CONFIANCE**

Comme le rappelle Chr. DEJOURS(2), la place de la confiance est centrale dans le travail. C'est grâce à elle que se développent les conditions de la visibilité en particulier à l'égard d'autrui dans les rapports de parité. « Il n'y a pas de collectif qui ne soit fondé sur la dynamique de la confiance entre

2- Christophe DEJOURS, *Le facteur humain*, QSJ, PUF, 1995

*les membres de ce collectif.* » C'est « la condition sine qua non de la coordination et de la coopération ».

« La confiance s'inscrit (...) dans une dynamique de suspension, de mise en latence des rapports de force ». « La confiance ne repose pas sur des ressorts psychologiques mais sur des ressorts éthiques. »

Cette confiance repose donc sur le respect de l'autre : respect de son indépendance, accessibilité au déroulement de l'action, clarté sur les démarches et les résultats.

Elle naît aussi de la part de valeurs communes qui permettent d'agir dans la même direction. Il s'agit ici de créer une communauté de valeurs explicite ou implicite.

Elle est également sous-tendue par l'équité des jugements. Ceux qui donnent acte des « difficultés pratiques rencontrées effectivement (...) dans l'exercice du travail, mais aussi ceux qui portent sur la qualité des aménagements, ajustements, innovations trouvailles produits grâce à l'ingéniosité (...) ». Cette dernière catégorie s'exprime en terme d'utilité ou de beauté.

## **CONFIANCE** (médecine du travail)

Comme l'écrivait un médecin : « Il n'y a pas de bonne médecine sans confidences, pas de confidences sans confiance, pas de confiance sans secret. »

La confiance du patient, envers son médecin, est une des données fondamentales de tout acte médical. En médecine du travail, elle est d'autant plus importante que le consentement du patient n'est assuré qu'à travers l'agrément par un organisme paritaire : le Comité d'entreprise.

Cette confiance en médecine du travail peut être compromise si le médecin déroge à l'indépendance qu'exigent déontologie et réglementation. Elle pourrait l'être également si ses interlocuteurs craignent qu'il ne dissimule des données, se dérobe au débat ou méprise les organismes représentatifs dont il tient sa légitimité.

C'est dans son exercice personnel que le médecin doit maîtriser les différents paramètres de cette confiance. Il en est tout autrement en cas de coopération avec d'autres médecins du travail ou d'autres professionnels, puisque certaines caractéristiques de l'action peuvent lui échapper.

Comme sa responsabilité individuelle est par définition engagée, le médecin doit donc s'assurer que cette coopération et son résultat ne vont pas entamer le capital de confiance dont il jouit dans l'entreprise. Il ne peut en être assuré que si certaines conditions sont réunies. Celles-ci président à la confiance qu'il peut accorder dans ce domaine à ses partenaires.

Il paraît donc indispensable qu'une réflexion préalable entre partenaires s'organise autour des principes des pratiques et des perspectives de l'action envisagée.

Confiance qu'il doit inspirer, confiance qu'il doit accorder pour coopérer et qui conditionne en retour la première, la question de la confiance et « la question de confiance » se pose au médecin du travail à chaque instant.

## **COOPÉRATION** (médecine du travail)

Un outil essentiel de prévention de la santé au travail est la coopération entre les différents acteurs institutionnels impliqués, directions, représentants du personnel, services médicaux du travail, services sociaux.

Le but de la coopération est de favoriser le débat social dans l'espace public interne de l'entreprise sur les questions de santé au travail. Ce débat précède toute élaboration d'une politique de santé au travail.

Coopérer implique le respect de l'indépendance professionnelle des participants. La coopération est une démarche commune, volontaire entre des partenaires indépendants qui peuvent y mettre fin à tout moment. Il n'est pas de coopération sans confiance, ni de coordination sans volonté coopérative.

La démarche suivie doit être transparente et ses résultats accessibles. Lorsqu'un travail coopératif ponctuel est envisagé, un protocole doit être défini après une réflexion préalable. Il porte sur les principes, les pratiques et les perspectives de la démarche.

Pour qu'une coordination soit organisée son principe doit recueillir l'unanimité des participants. La ou les personnes chargées de la coordination sont l'objet d'un mandat précis unanime dont ils doivent rendre compte régulièrement.

Toute coopération dans le champ de la santé au travail concerne les organismes statutaires compétents qui en assurent le suivi et quelle que soit son origine sont saisis de son résultat et en débattent. La coopération des médecins du travail avec les employeurs et les représentants du personnel est une nécessité.

Toutefois actuellement, la coopération avec les premiers est devenue souvent difficile du fait de l'attitude de certains employeurs qui tentent d'imposer aux services médicaux du travail un fonctionnement managérial qui va à l'encontre des principes même de la médecine et des règles d'exercice en médecine du travail.

L'instrumentalisation des salariés, l'exclusivité des liens avec l'employeur, les pressions pour que les médecins du travail transgressent le secret médical, la fixation d'objectifs au médecin par les managers, l'obligation de résultat imposée aux médecins, la participation dans le cadre de la communication, la stérilisation des lieux de débat, l'entrave au contrôle social sont parfois et seraient des obstacles à une véritable coopération avec les employeurs.

Pour que la confiance s'installe entre médecins du travail et acteurs sociaux, il faut que ces derniers s'engagent, pas seulement en paroles, à respecter l'indépendance professionnelle et la lettre et l'esprit du contrôle social, à donner les moyens et à participer à un véritable débat sur les questions de santé au travail.

La confiance est la clé de voûte de toute médecine. C'est aussi celle de toute coopération. Pas de coopération sans confiance, pas de politique sans coopération, pas de politique de santé au travail sans confiance.



## COORDINATION

Coordonner (co-ordonner), c'est ne pas ordonner ensemble, c'est ordonner un ensemble. Si coordonner peut se faire avec le consentement des individus qui font l'objet de la coordination et si celle-ci peut être l'objet d'un contrôle, cela peut ne pas être illégitime.

Quoiqu'il en soit « coordonner » implique l'exercice d'une volonté extérieure pour obtenir un certain ordre dans un groupe.

La coordination de professionnels ne peut se concevoir sans leur coopération, elle implique donc, pour le coordonnateur éventuel d'avoir éclairci entre lui et les autres professionnels la question de l'action et de ses principes et d'accepter les bases sur laquelle se fondent la coopération.

Dans le triangle qui définit le travail : « Activité-Coordonnée-Utile », la coordination des activités et des intelligences singulières, si elle implique des arbitrages sans lesquels la coopération n'est pas possible, est aux antipodes d'une attitude autoritaire.

Cette activité normative nécessite obligatoirement un « espace de discussion » c'est-à-dire un espace où peuvent être formulés librement et surtout publiquement des avis éventuellement contradictoires.

C'est pourquoi la fameuse synergie que veut établir le management est par définition vouée à l'échec puisqu'elle prétend imposer au professionnel un ordre contraignant sans avoir pris la peine d'analyser les caractéristiques obligées de la coopération.

Reposant sur des bases purement idéologiques ce système ne peut engendrer la confiance car il ne peut porter sur autrui un jugement équitable. Or, « *ce jugement est équitable si les arguments pris en compte portent effectivement sur le faire (l'activité) et s'ils ne sont pas distordus par des arguments hétéronomes relevant de la stratégie d'autrui concernant le pouvoir et la domination* ».

Quelle qualité peut-on attendre d'une telle synergie imposée ? Car travailler ce n'est pas seulement accomplir des actes techniques, c'est aussi faire fonctionner le tissu social et les dynamiques intersubjectives indispensables à la psychodynamique de la reconnaissance.

## DÉFENSES

Encore appelées *procédures défensives*, les défenses sont des comportements destinés à sauver l'équilibre psychique du sujet ou de l'opérateur. Elles peuvent être individuelles et développées pour lutter contre l'anxiété. Elles peuvent aussi être collectives et sont alors spécifiques au cadre professionnel. Elles sont destinées à lutter contre la souffrance et peuvent se structurer en stratégies défensives ou en idéologies défensives(3).

.....  
 3- Christophe DEJOURS, *Psychopathologie et rapports sociaux au travail*, Rev. de Méd. psychosom. 20, 1989

## ÉCOUTE COMPRÉHENSIVE

Pour le médecin, agir sur l'organisation du travail du point de vue de la santé implique donc de développer une écoute particulière qui puisse lui permettre d'entendre et donc d'identifier difficultés, souffrances, défenses : l'écoute compréhensive.

Cette écoute aussi bien individuelle que dans l'espace public de l'entreprise relève d'une nouvelle clinique : celle de la santé du sujet.

Cette écoute est qualifiée de compréhensive. Cela ne fait pas uniquement référence à la compréhension des situations qu'elle permet au médecin. Ce terme désigne en fait sa finalité principale qui est de permettre au patient d'accéder lui-même à la compréhension des situations auxquelles il est confronté. Le rôle du médecin du travail est bien de soutenir cette quête du salarié vers la transformation des situations de travail.

## ESPACE PUBLIQUE EXTERNE

Situé à l'extérieur de l'entreprise, c'est l'ensemble des lieux qui permettent l'expression et la diffusion des idées dans la société, à travers la presse, les réunions, les congrès, l'enseignement et plus généralement les médias.

## ESPACE PUBLIC INTERNE

Situé à l'intérieur de l'entreprise, c'est l'ensemble des lieux de débat informels ou formels, où la question du travail peut être débattue. Les espaces institutionnalisés par le Code du travail sont par exemple les CHSCT et les comités d'entreprises, où se confrontent la prescription (contrat, conventions, organisation du travail, règles d'hygiène et de sécurité) et la réalité du travail.

## INTERSUBJECTIVITÉ

Modèle mis en œuvre par la psychodynamique du travail et qui diffère de celui de la communication. D'une part c'est à travers la subjectivité des opérateurs que sont repérés les éléments pathogènes de la situation ; d'autre part c'est à partir des effets du discours des salariés sur sa propre subjectivité – à partir d'une écoute de sa propre écoute – que le praticien propose ses interprétations et soutient le travail de recherche engagé par le collectif de travail(4).

## POUVOIR D'AGIR ET SANTÉ

« *Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne viendraient pas sans moi.* » (CANGUILHEM)

« *La santé, pour chaque femme, homme ou enfant, c'est avoir les moyens d'un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique mental et social.* » (Christophe DEJOURS)

.....  
 4- Philippe DAVEZIES, *Point de vue épistémologique*, Intervention introductive aux XXI<sup>e</sup> Journées Nationales de Médecine du Travail, Rouen, 1990

« La santé est un pouvoir d'action sur soi et sur le monde gagné auprès des autres. Elle se rattache à l'activité vitale d'un sujet, à ce qu'il réussit ou non à mobiliser de son activité à lui dans l'univers des activités d'autrui et, inversement, à ce qu'il parvient ou pas à engager des activités d'autrui dans son monde à lui. » (Y. CLOT)

## PRÉCARISATION

Employé souvent dans l'expression « précarisation du travail ». Plusieurs sources de précarisation du travail peuvent être distinguées à travers le statut de l'emploi, le statut du salarié sur son lieu de travail, mais aussi à travers les conditions même de travail. On prend ainsi en compte la dynamique dans laquelle se situe le salarié par rapport à la précarité : trop souvent processus d'entrée ou d'aggravation d'une situation précaire.

Le terme de précarisation semble aussi préférable, car la santé n'est pas un état stable, mais un terrain de lutte pour un sujet acteur de sa destinée ; la santé est une quête et une reconquête.

## RÈGLES DE MÉTIER

Concept introduit par D. CRU(5). Cet auteur a pu mettre en évidence que toute activité de travail est articulée autour de règles formelles ou informelles, construites et partagées par les membres d'une équipe ou d'un collectif. Ces règles non écrites, plus ou moins explicites dans leur formulation, orchestrent les différentes façons de travailler à partir de débats permanents sur le « comment faire » et le « comment faire ensemble ». Elles prennent en compte les différences entre les individus, aussi bien du point de vue de la personnalité que de l'expérience professionnelle, pour les orienter vers un but commun : le travail selon des modalités définies et acceptées par tous. Elles cimentent ainsi une équipe de travail dans des relations de confiance et d'efficacité.

## SOUFFRANCE

Le concept de souffrance est avant tout lié aux conflits de l'histoire infantile de chaque sujet. La psychanalyse pose ces conflits comme étant constitutifs de l'être humain et leur fait jouer un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité. L'énergie liée à cette souffrance première pousse le sujet à la transformer, dans le champ social, en expériences constitutives et structurantes. Elles le nourrissent en retour dans la construction de son identité et dans sa quête d'accomplissement. La psychodynamique s'intéresse au destin de la souffrance dans l'activité de travail. Si cette souffrance n'y trouve pas une issue socialement valorisée, le sujet est déstabilisé dans son identité et dans son organisation psychique et psychosomatique. Cette souffrance, cette fois inhérente à l'activité de travail, va faire écho à la souffrance première. Elle s'y ajoute et dans le pire des cas la redouble. Toute l'énergie du sujet est de ce fait mobilisée dans une économie de lutte contre la souffrance.

.....

5- Damien CRU, *Les règles de métier, Plaisir et Souffrance dans le Travail*, CNRS, 1987

## STRATÉGIE DÉFENSIVE

Encore appelées stratégies collectives de défense, il s'agit de mécanismes inconscients dans leurs mobiles, destinés à lutter contre la souffrance et qui en nie l'origine par un système d'interdit. Elle exige la participation sous peine d'exclusion de tous les travailleurs du groupe concerné. Dans un premier temps destinées à contrôler la souffrance, elles peuvent ensuite jouer un rôle de blocage des rapports de travail et de résistance au changement. Ces stratégies ne sont pas réservées aux seuls collectifs techniques, il existe des stratégies défensives de l'encadrement. Une stratégie défensive peut déboucher sur une idéologie défensive.

## TRAVAIL

Le travail réel implique la mobilisation d'hommes et de femmes dont la fonction essentielle est l'ajustement. Le travail, c'est l'activité coordonnée des hommes et des femmes pour faire face à ce qui, dans la production, ne peut être obtenu par la stricte exécution de l'organisation prescrite du travail. C'est-à-dire l'activité déployée par les femmes et les hommes pour faire face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail(6). Le travail est donc toujours humain par essence ou par définition : le travail c'est ce que dans la production, les automates ne peuvent pas faire(7). Il est le centre même du processus de socialisation qui révèle à l'humanité son unité et sa solidarité.

Le travail est l'élément fondamental de construction de la santé de chacun, facteur d'insertion sociale, de construction identitaire, socle de la citoyenneté(8).

Le travail, lorsqu'il n'est plus qu'alimentaire ou lorsque l'homme n'y est plus que l'instrument de la volonté d'autres hommes, compromet la santé.

Mais la santé peut se construire au travail si celui-ci préserve les conditions de la construction de la personnalité du sujet et l'approfondissement du lien social.

Du fait de la dualité entre travail réel et travail théorique (celui de l'application des consignes), le travail est avant tout « affrontement à la résistance du monde ».

« C'est à travers le lien social que se joue cet investissement de la personnalité. Le travail est toujours une expérience sociale. »

.....

6- Philippe DAVEZIES, *Éléments de psychodynamique du travail*, in *Comprendre le Travail*, Education Permanente n°116, 1994

7- Christophe DEJOURS, Exposé présenté au Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Genève, septembre 1993

8- Dominique HUEZ, Actualité et dossier en santé publique, Revue du Haut Comité en Santé Publique, novembre 1994

# UNE HISTOIRE À COMPRENDRE ENSEMBLE

Communication au Colloque E-Pairs – Association SMT  
« La clinique médicale du travail », Contribution de la médecine du travail  
Vendredi 14 juin 2013

**Annie DEVEAUX, Alain GROSSETETE, médecins du travail**

Les textes complets des monographies citées dans cette présentation, ont été publiés dans les Cahiers SMT :

- ♦ N° 20, pp. 7-10 : « À propos de la santé d'Arthur B... » (O. RIQUET)
- ♦ N°26 , pp.4-7 : « Une entreprise familiale » (A. LOUBET)

## INTRODUCTION

INSTRUIRE LE LIEN SANTÉ-TRAVAIL  
ET « COMPRENDRE ENSEMBLE »

Signifie à la fois : compréhension par le clinicien de ce qu'il a entendu, et compréhension par le sujet, après travail clinique, des dimensions de son activité (question de l'élaboration, du déplacement du point de vue initial, à partir des affects, du rapport subjectif au travail). Le travail clinique n'a pas pour objet d'aboutir à une analyse qui serait absolument commune. Ce qui compte ce sont les liens proposés et le déplacement du point de vue qu'ils peuvent produire.

EXPLORATION DU « TRAVAILLER » – L'HÉRITAGE  
DE L'ERGONOMIE ET DE LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Tout salarié dispose potentiellement d'un savoir sur son « travailler ». Mais il faut pouvoir accéder à ce qui constitue son « travailler » : une grande part de ce qu'il déploie pour travailler ne lui est que très partiellement accessible. Aller chercher ces éléments et les lui réexposer fait partie du travail clinique. D'autre part le travail n'est réellement exploitable que quand ça va mal : en l'absence de difficulté, le clinicien ne parvient que très difficilement à obtenir d'un salarié qu'il puisse parler de son travail(1), et pourquoi s'y engagerait-il puisqu'il nous indique que « ça va » ? – sauf à recueillir autre chose qu'un discours lisse, calqué sur le prescrit. D'expérience cependant, le clinicien chevronné peut parvenir à un accès à son « travailler » en lançant la discussion à propos d'un accident de travail survenu dans l'atelier, ou d'un fait d'actualité récent qui fait appel à son expertise sur son métier, à ses règles de métier. Enfin le consultant ne peut exposer ce qu'il vit et ce qu'il fait dans son travail que .....

1- En situation de crise, il est relativement possible cependant de se faire expliquer le travail, « quand ça allait bien », et par contraste avec la situation actuelle de crise.

s'il se sait autorisé à en parler, autrement dit, que s'il est assuré disposer de l'écoute nécessaire. Le travail du clinicien au cabinet de médecine du travail, est de soutenir dans son écoute auprès du salarié que ce qu'il expose, intéresse le médecin, est important, ce dont il doute très généralement. Ce qu'il raconte prend la forme d'un récit. Le récit comporte déjà un premier niveau d'élaboration. L'élaboration est aidée lorsque le salarié est invité à rentrer dans les détails (méandres, aléas) de son activité, ce qui l'aide à sortir d'un état de rumination, formé d'un discours généralisant et essentiellement victimaire. (« *Le chef, il ne fait rien qu'à, mes collègues ne m'adressent plus la parole, ce que je fais, ça ne va jamais* », etc.). Parler dans le détail de ce qu'il fait permet au salarié de produire un niveau d'élaboration plus complexe sur son travail, de prendre conscience des enjeux subjectifs de son activité dans laquelle il engage sa santé, et des dimensions conflictuelles que contient toute activité. Le récit met en scène son « travailler », donne du corps à son activité. Le médecin est à la fois très attentif à ce qu'il entend, manifeste son étonnement, intervient pour lui manifester ce qu'il ne comprend pas. Au cours de la consultation médicale il y a une double élaboration. De la part du sujet : qui découvre au travers du conflit qu'il expose, l'importance de son engagement subjectif au travail (ce qu'il y met de lui), ainsi que l'origine du conflit, qui porte sur le « travailler » ; du médecin du travail qui, au travers de ce qu'il entend et élabore, accompagne cliniquement le sujet au travail : l'aide à préserver ou retrouver son pouvoir d'agir, et émettre éventuellement des préconisations médicales.

QUAND C'EST COMPLIQUÉ, IL PEUT ÊTRE UTILE  
DE PASSER PAR L'ÉCRITURE POUR COMPRENDRE

À partir de ce qu'il a entendu et questionné/objecté, le clinicien note à la volée quelques éléments dans le dossier médical. Puis tente de les reprendre à tête reposée en essayant de comprendre ce qu'il a entendu, sur une feuille

blanche qu'il conserve dans le dossier médical. La spécificité du métier de médecin du travail se situe à ce moment. Le lien santé travail est exploré très finement, à partir de ce que sait le médecin de l'histoire de l'entreprise, de la trajectoire du salarié, des éléments de compréhension de l'organisation issus des entretiens cliniques avec d'autres salariés, des difficultés et conflits rapportés par d'autres salariés de l'entreprise, ou par l'employeur. Puis le médecin à partir de ses notes rédige la trame d'un récit dans lequel il raconte une histoire, qui est mise en scène, avec les éléments de sa réflexion clinique. Le travail sur la feuille blanche, retravaillé en un récit, fait partie du dossier médical. Une histoire clinique, ou monographie de clinique médicale du travail apparaît.

On utilise le terme de monographie(2) pour insister sur l'écrit. On peut aussi employer le terme de cas clinique, d'histoire clinique. L'important étant d'acter qu'au cabinet de médecine du travail, un tournant important dans les pratiques professionnelles s'est effectué avec le passage de « l'observation », recueil de symptômes, interrogatoire, données de l'examen clinique (réflexes, auscultation et TA), sur le modèle hérité de la médecine curative(3), à l'entretien de clinique médicale du travail dont la monographie(4) est la trace.

La clinique médicale du travail prend en compte tout à la fois :

- la subjectivité et le rapport subjectif que chacun entretient avec le travail : l'engagement subjectif dans le travail, ce qui s'y oppose. Les enjeux subjectifs du travail, dans les aléas de l'activité (ses impasses et ses réussites), la place reconnue au sujet dans cette clinique. Dans une monographie, il est important de retrouver ce que dit le salarié, sans parler à sa place, et de distinguer le propos de son interprétation.
- l'engagement corporel dans le travail, les savoir-faire incorporés (ce que l'oreille du mécanicien ou du musicien entend sans nécessairement écouter, ce que l'œil du menuisier voit sans scruter la pièce de bois [nœuds, fissures acceptables ou non selon la destination de la pièce], la plus ou moins grande solidité éprouvée à deux mains), les traces du travail sur le corps. Le médecin peut alors demander au salarié de mimer le geste ou la posture, car les mots ne sont pas toujours suffisants pour décrire cet engagement. Engagement corporel et corps outil, expliquent les traces du travail sur le corps mais aussi les modalités de transmission d'un métier par le compagnonnage.

La monographie de clinique médicale du travail peut en rester au niveau d'un travail individuel (par exemple une tentative d'écriture à partir d'éléments du dossier médical, pour chercher tout seul à y voir plus clair), ou collectif (présenta-

- 2- Le terme de monographie en médecine du travail serait un emprunt à la sociologie.
- 3- À la recherche d'éléments objectifs en vue du diagnostic.
- 4- Nous estimons qu'avant 1994, (Congrès de Besançon, 7 au 10 juin 1994) aucune monographie n'est rédigée en médecine du travail.

tion de l'histoire clinique devant un petit groupe de pairs afin de recueillir son avis et son aide ou encore, d'essai de contribution clinique destinée à éclairer par la clinique des éléments apportés par la recherche épidémiologique[5])

*INTÉRÊT ET PLACE DE LA MONOGRAPHIE EN CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL. LA MONOGRAPHIE, COMME TRACE DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL.*

**L**a monographie forme une histoire clinique, récit dans laquelle apparaît un salarié, son travail, avec ses contraintes et ses risques, ses traces, les aléas de son parcours et de son histoire professionnelle, ce qu'il porte dans le travail, son « travailler » avec ses affects et ses émotions, la relation avec ses collègues et la hiérarchie, la direction, et également, le travail du médecin du travail.

Nous insistons sur l'importance des monographies dans notre pratique. Les monographies impriment la trace d'un travail clinique. Elles forment le support pour en débattre. La rédaction de monographies a contribué à faire émerger une spécialité clinique(6). Elle permet d'explorer ce qu'est la clinique médicale du travail.

En clinique médicale du travail, une monographie porte sur la présentation, (à partir de notes ou totalement rédigée) sous forme d'un récit, d'une histoire dans laquelle il est important de retrouver ce que dit le salarié, ce que fait et dit le clinicien.

Il expose un point de vue clinique qui peut être mis en débat(7) par qui l'entend. Dans une monographie, Le passage à l'écriture a pour objet de tenter de comprendre ce qui a été mis en scène dans un récit recueilli et explorer ce qui s'y joue au niveau de la santé.

Les hypothèses formulées suite à sa présentation ne sont pas figées, peuvent évoluer, peuvent être revisitées, en fonction de l'expérience apportée par d'autres cas. Chaque monographie est vivante et ouvre à d'autres possibles (nous en avons fait le constat en les relisant).

## PRÉSENTATION DE DEUX MONOGRAPHIES

**À** titre d'illustration du propos, deux monographies sont à présent exposées. Pour chacune, l'objet de la présentation est de faire apparaître le travail clinique en consultation, un peu comme si nous nous placions derrière l'épaule du clinicien, en train de recevoir un salarié qui ne va pas bien au travail. Il s'agit de deux histoires cliniques, deux histoires absolument ordinaires, arrivant au cabinet médical, recueillies dans le cadre de visites médicales habituelles, en service interentreprise.

- 5- Programme interrégional SAMOTRACE-monographies cliniques.
- 6- Le terme de clinique médicale du travail est employé pour la première fois dans les Cahiers S.M.T dans deux articles du N°18, en juin 2003. La première présentation a lieu en 2006 au Congrès de médecine du travail de Lyon.
- 7- Un travail collectif sur les pratiques professionnelles, à partir de monographies, permet de les faire progresser (avis partagé par la HAS). C'est le travail effectué en GAPEP (avec l'organisme E-Pairs).

L'une, « Arthur », porte sur un examen d'embauche, suivie d'un examen périodique ; l'autre, « Une entreprise familiale », retrace plusieurs consultations avec Christian, effectuées dans la quasi-totalité pendant un arrêt de travail prolongé, lors de visites initiées par le salarié. Arthur est au début de sa vie professionnelle, Christian en fin de parcours.

**HISTOIRE D'« ARTHUR »  
(RÉSUMÉ CONDENSÉ)**

Arthur commence sa vie professionnelle comme boulanger, puis suite à une allergie à la farine, se retrouve en fabrication de fermettes. Dans ce dernier travail, il échoue. Des lombalgies apparaissent. Il démissionne et devient conducteur de presse en plasturgie. Il va mieux ensuite.

➤ **Nous reprenons en détail le contenu du travail clinique de la visite d'embauche, en mai**

♦ Arthur questionné sur le travail de montage des fermettes, en donne une description sommaire, du côté du prescrit (il faut positionner, puis il faut pré-enfoncer au maillet). L'entretien tournerait court sur le travail s'il était prolongé. D'ailleurs il se dit satisfait de ce travail. Tout au plus des lombalgies sont signalées.

♦ Rapidement la consultation s'oriente vers des symptômes (palpitations, vertiges). En effet ils sont évoqués spontanément, peut-être parce qu'ils inquiètent Arthur ? En tout cas ils intriguent le médecin du travail (d'autant que le bilan est entièrement normal ou négatif). D'où viennent-ils ? L'origine est recherchée dans le passé professionnel d'Arthur. et pour cela l'entretien porte sur les postes tenus précédemment. À la recherche d'une émotion (l'émotion passe par le corps, en court-circuitant l'appareil psychique, elle témoigne de quelque chose qui n'a pas été pensé). Les deux postes de boulanger tenus successivement sont évoqués en début professionnel. Rien de ce côté. Puis un poste en atelier de teinture.

♦ Après un questionnement précis (a-t-il eu AT ?), émerge l'évènement : oui, Arthur répond qu'il a eu un AT en teinture.

♦ L'AT n'est pas évoqué spontanément, une certaine réticence de la part d'Arthur semble être perçue, il a fallu convoquer cet évènement. Ce souvenir fait émerger une souffrance, il a failli perdre son bras. L'AT survenu en teinturerie n'a fait l'objet d'aucune sollicitude, et l'a bouleversé.

♦ Mais ensuite, Arthur fait resurgir les émotions ressenties après l'AT, il s'anime, en fait un récit, dans lequel il revit ses affects, ses émotions. Peur de mourir, absence de compassion de l'entourage professionnel, colère, injustice, solitude. Le lien entre l'AT et le symptôme est exploré. Le diagnostic de Syndrome subjectif post traumatique lui est proposé(8). Il introduit un élément nouveau pour Arthur. Le lien entre l'AT et les palpitations est présenté comme un élément de compréhension qui lui est avancé, il est amené à la conscience d'Arthur non comme un « verdict », fermé, un diagnostic médical qui s'imposerait à lui, mais comme un élément de réflexion, soumis à son entendement, un lien .....

8- Il semble que ce diagnostic n'ait pas été porté auparavant à la connaissance d'Arthur, voire jamais encore énoncé.

qu'il est invité à examiner entre un symptôme présent et un évènement professionnel passé. Arthur examine ce lien.

➤ **Le contact avec Arthur est engagé**

Il s'est passé des moments dans lesquels il y a place pour une élaboration. Arthur sera revu en visite périodique, en juillet. Les symptômes de vertige et de palpitations ont disparu à cette période. Quelle est la part du travail clinique dans cette extinction ? Ce qui a été proposé comme lien entre le symptôme et l'accident y a-t-il contribué ? En clinique médicale du travail il est fait des liens. Il semble que cela parle à Arthur ? La prudence reste de mise.

Les lombalgies persistent et sont à leur tour explorées. Comme pour les vertiges, Arthur est à nouveau invité à participer à leur investigation. Il ne semble s'y prêter qu'avec difficulté. Le clinicien échafaude des hypothèses et Arthur résiste à les examiner. Il semble faire la sourde oreille. Il résiste, Arthur à ce stade ne reconnaît aucune difficulté dans le travail et déclare souhaiter continuer. Mais il est « ailleurs », dort mal, et est sous anxiolytique.

L'activité gestuelle de travail apparaît pour le clinicien : il faut monter sur la table, taper au maillet, etc.

La consultation s'achève. Le contact avec Arthur est invité à être maintenu, le clinicien « reste à disposition, si sa santé ne lui permettait pas de continuer ».

➤ **Enfin Arthur vient donner de ses nouvelles**

Dans une troisième visite, trois mois plus tard à son médecin du travail. La situation s'est dégradée à la rentrée après les congés. Il est en arrêt. Il veut démissionner. La crise professionnelle est à présent manifeste. Elle témoigne en même temps d'un résultat d'élaboration. Un lien est fait entre les difficultés au poste actuel, la santé, son histoire professionnelle.

En fait, il raconte qu'il n'y arrive pas. « Il tape de travers ». Comment faudrait-il taper ? Les collègues sauraient-ils lui expliquer comment ils font ? L'expérience sensible lui manque. Le travail qui apparaît grossier, fait vraisemblablement appel à des savoirs-faire incorporés qu'il ne possède pas. Les fermettes doivent être résistantes pour soutenir un toit. Leur fabrication nécessite une bonne coordination des mouvements entre monteurs (taper sans défaire ce qu'a fait le collègue) et sans doute, d'autres critères. Comment présenter la pièce pour éviter qu'elle ne vibre, comment inspecter rapidement et rejeter une pièce de bois qui s'avèrerait défectueuse ou contiendrait des risques de fragilité. Arthur fait de son mieux. Cependant son mal de dos augmente. Les lombalgies ont pu contribuer à le rendre moins capable de taper correctement, de descendre rapidement de la table. À ce stade de fragilisation, Arthur fait part de son « ennui » vis-à-vis de ce travail. Il critique ce travail marqué par la répétitivité. C'est nouveau. Il a franchi une étape, prend de la distance avec ce travail. Serait-ce le signe d'un relâchement dans la répression de la subjectivité, qu'un travail répétitif peut comporter, indication de la reprise de l'activité psychique ?

Il s'arrête en arrêt maladie. Son absence contribue à dégrader ses relations avec l'équipe. En octobre, (ses lombalgies sont probablement augmentées par l'arrivée du froid et de l'humidité ? l'atelier est situé près de la rivière), il informe son médecin du travail qu'il démissionne dans un climat de rejet de ses collègues et de son chef d'atelier. Arthur a déjà connu une situation analogue de rejet lors de son accident de travail en teinture. Dans quelle mesure les deux situations entrent-elles en résonance pour lui ?

Il se retrouve ensuite en presse plasturgie (au chaud, comme auparavant en boulangerie(9) dans un travail où il est à nouveau dans une certaine autonomie. Son état s'améliore.

### ➤ **Que repérer du travail clinique à partir des symptômes exposés par Arthur ?**

- ◆ Le travail clinique porte sur l'investigation de symptômes (vertiges, allergie à la farine, lombalgies) qui alertent le clinicien, à partir d'un état de disponibilité, de vigilance et de curiosité. Chaque symptôme est passé au crible de l'investigation clinique.

- ◆ Des liens entre symptômes et travail sont proposés par le clinicien au salarié, lequel les prend en compte (lien entre vertiges et la peur apparue lors de l'AT) ou les rejette (lien entre stress et survenue de l'allergie chez le second boulanger). Ce qu'il en fait lui appartient et relève de sa propre capacité à réagir et se reprendre.

- ◆ L'exploration de l'origine de la lombalgie, en évitant de la cantonner à la seule pénibilité du poste, (la survenue d'une lombalgie considérée a priori comme attendue, et à banaliser, normalisée, chez un monteur de fermettes) invite Arthur à réorienter sa trajectoire professionnelle. Ainsi en est-il peut-être de sa décision de sa démissionner.

- ◆ Le travail clinique tente de faire des liens entre des éléments relatifs à la santé et l'activité. Ces liens peuvent se manifester de façon plus ou moins forte. Le salarié peut parfois en témoigner dans le registre des émotions (pleurs, visage qui s'éclaire, rougissement, etc.) montrant qu'il fait sien, incorpore ce qu'il entend et qui est en cours d'élaboration dans le travail clinique (en train de se faire avec lui) ou dans d'autres registres.

### « UNE ENTREPRISE FAMILIALE »

Il s'agit d'une petite scierie familiale, cinq salariés en tout. Créée par le père décédé à l'âge de 50 ans en 1973, trois fils qui y travaillent, âgés respectivement en 2009 de 60 ans, 55 ans, 51 ans avec deux autres salariés. Les deux frères .....

9- Avec la perte son premier emploi en boulanger, Arthur a perdu un travail dans l'autonomie, était son maître, et dans lequel la confiance de son patron était acquise.

Le travail de boulanger : travail exigeant, demandant beaucoup de concentration, anticipation, (il faut penser à l'opération suivante sans se laisser distraire), minuté, mais sans forte nécessité de s'entendre avec les collègues, travail individuel, chacun à sa tâche. Plasturgiste : travail individuel.

Travail au montage des fermettes : travail de forte exigence collective (coordination entre les monteuses) et travail dans l'instant (pas de projection nécessaire dans l'instant suivant, c'est fermette après fermette)

ainés occupent deux postes stratégiques : l'ainé le chariot de tronçonnage (plus la facturation, les relations avec les clients, le téléphone, le travail administratif car il avait une formation de comptable), le second pilote la scie (il a un BTS des métiers du bois). Christian le plus jeune conduit le camion grumier pour approvisionner la scierie, mais livre aussi des charpentes (il a commencé un CAP d'ajusteur) mais ne l'a pas terminé. Quand il ne conduit pas, il travaille comme manutentionnaire avec les deux autres salariés en sortie de scie pour trier ou délimiter les pièces et préparer les commandes.

### ➤ **Récit 2009 – juin 2011**

- ◆ Première rencontre en consultation en juillet 2009 pour la visite systématique : exposé de ses atteintes, certificat de déclaration MP épaules et coudes remis, visite de la scierie programmée. Désaccord exposé avec ses frères sur les investissements pour soulager sa manutention.

- ◆ À partir de la seconde consultation, Christian sera vu en arrêt, à chaque fois sur son initiative. Il verra le médecin du travail à six reprises ; il expose un programme de consultations spécialisées et de kiné ; le médecin prévoit une prise de rendez-vous avec le Service d'aide au maintien dans l'emploi (SAMETH) à l'entreprise en vue d'un pré-diagnostic pour aménager la manutention. La tension de Christian est perceptible: il redoute quand il reprendra, les douleurs du travail à la tronçonneuse, les douleurs liées aux manutentions mais aussi appréhende de se retrouver seul avec le frère cadet (« il est dur ») quand l'ainé sera retraité.

- ◆ Il indique ne pas voir ses frères, pense « ne pas pouvoir continuer à travailler avec eux ».

- ◆ Évocation d'une activité rêvée (sur un mode très infantile) : envisage sur le camion l'installation d'un grappin découpeur, d'une cabine mobile ascendante permettant de piloter la grue du grumier à l'abri et sans peine pour y accéder, mais aussi un portique avec ventouses pour les manutentions. Le grappin et la cabine existent sur des grumiers récents mais ce serait compliqué à installer sur son véhicule déjà ancien (1998). Quant au portique avec ventouses, il n'est à l'évidence pas adapté au poste de tri où toutes les pièces de bois sont retournées pour contrôle.

- ◆ Autre activité rêvée évoquée (plus réaliste) mais la rejette : « *Je ne peux plus faire de manutention, je ne peux que conduire et je ne veux pas aller au chariot de tronçonnage, parce que là, avec eux, ça n'ira jamais.* » Donc une activité rêvée que Christian refuse de soumettre à la confrontation avec le réel (en envisageant d'en parler avec ses frères) par peur du jugement des pairs qui sont ses frères, car à ce poste se joue la rentabilité de la scierie.

- ◆ Par la suite, en résumé des autres consultations, en 2011 dans un contexte d'aggravation de sa santé (multi impactée) dont une dépression professionnelle, une seule issue est exprimée par Christian : l'incapacité.

### ➤ **Arrêtons-nous à ce stade de l'histoire clinique**

Tentons de faire apparaître le travail clinique dans « Une entreprise familiale » :

♦ Le travail clinique est rendu possible dès la première rencontre. La confiance est là, elle s'est installée d'autant plus facilement que l'abord de Christian est le même qu'avec le médecin précédent, avec lequel la relation de confiance avait été construite au fil des ans. Christian est considéré comme un sujet capable de penser ce qui lui arrive. Pendant l'arrêt, le contact clinique maintenu permet au médecin et au salarié une élaboration qui ne cesse pas durant les dix-neuf mois qu'ont duré les divers entretiens cliniques.

♦ Le travail du clinicien est dans une présentation chronologique, au travers des dialogues retranscrits lors de chaque rencontre avec Christian. Il n'y a aucun commentaire du côté d'une tentative d'interprétation, aucune hypothèse échafaudée, jusqu'à un moment bien identifiable de basculement, prologue au dénouement de toute l'histoire clinique(10).

♦ Le médecin est dans une posture d'aidant. Il apporte à Christian un soutien clinique en situation de rupture prolongée avec le travail (arrêt maladie de plus de dix-huit mois). Durant toute cette longue période, il y a une prise en charge (en pointillé, rythmée par les visites de Christian, mais qui continue sur la durée), en coopération avec la médecine de soin, et déclaration de maladie professionnelle avec une écoute non directive, respectueuse, non substitutive de la pensée de Christian. Le clinicien ne se place pas en « sachant », il trace des perspectives d'ouverture pour l'aider de sortir de l'impasse dans laquelle il se trouve. Des éléments de compréhension sont disponibles pour que Christian à chaque temps de consultation, puisse être dans une aide à penser ce qui lui arrive. Christian utilise chaque rendez-vous pour exprimer ce qu'il ne parvient pas à dire ailleurs, en dehors du cadre clinique, il peine à le faire, à se faire entendre. Ses paroles sont retranscrites. Il apparaît dans la transcription clinique comme sujet qui dit « je ».

♦ L'évolution de son rapport au travail peut être tracée : la survenue de la dépression l'amène à réduire sa perspective d'action. Il passe successivement par les étapes suivantes, qui réduisent de plus en plus ses perspectives pour rebondir :

⌘ *Au début* il indique aimer conduire, déploie pendant plusieurs mois une réflexion autour des aménagements pour continuer à conduire le grumier, qu'il ne parvient pas à soutenir auprès de ses frères.

⌘ *Puis à défaut* d'accord sur l'utilité d'investissement de la part de ses frères, de guerre lasse, envisage de chercher ailleurs un emploi chauffeur.

⌘ *Enfin* souhaite être inapte à la conduite : Christian court professionnellement à la catastrophe.

Il s'agit là d'un tableau de « rabougrissement » du rapport subjectif au travail de Christian. Il paraît de moins en moins en capacité d'explorer les voies lui permettant de se sortir de l'impasse. Il « verrouille » même la seule possibilité qui lui reste, conduire un poids lourd. Cette analyse lui est ren-

.....  
**10-** Ce qui fait la différence avec une consultation Souffrance et Travail, dans un cadre d'extériorité, consultation pour laquelle clinicien dispose de beaucoup de temps pour comprendre.

voyée. Le médecin ne « colle » pas au discours de Christian, donne son avis, l'argumente, et tient bon. Par exemple lorsqu'il évoque son intention de chercher un emploi de chauffeur en dehors de l'entreprise familiale, il lui est objecté par son médecin du travail qu'il ne peut sérieusement l'envisager sans repasser auparavant sa FIMO, faute de quoi il resterait inemployable auprès de n'importe quel patron. Le médecin en se mettant à la place d'un employeur permet à Christian de mettre à l'épreuve du réel, ce qu'il rumine quand il est seul.

Quelle sera la place de Christian (en aura-t-il une ?) dans une nouvelle organisation de l'entreprise au départ en retraite de Jean-Pierre qui le mettra en contact direct avec cet autre frère qu'il craint beaucoup plus ?

♦ Ce qui précipite sa décompensation vers la dépression est la perspective d'un départ imminent du frère aîné (rempart vis-à-vis de l'autre frère jugé encore plus « dur »), d'avoir à travailler avec lui. Il tente de se protéger de la souffrance par l'arrêt de travail, qui s'éternise, et pendant lequel il fait le « gros dos ». (Ne peut envisager d'aller discuter de l'avenir avec ses frères).

♦ Les émotions (de Christian, celles du clinicien, et des autres) sont transcrites : l'expression des larmes, de la colère, de la peur. L'énigme ce sont les larmes de Christian. Elles intriguent. D'autant qu'elles sont présentes à chaque consultation : pendant dix-neuf mois, elles sont témoins d'une tension qui persiste.

Elles sont la marque d'une émotion. L'émotion passe par le corps. Le corps touché par une émotion est alors « en avance » sur l'appareil psychique. Rien ne les explique au clinicien. Elles sont probablement aussi énigmatiques pour Christian, solide quinquagénaire qui souffre de douleurs articulaires, dont la santé est en train de se dégrader. Avoir mal ne fait pas sortir de larmes. Seule expression d'un conflit (mais lequel), elles restent énigmatiques jusqu'au moment charnière, moment du basculement.

➤ **Terminons la présentation de l'histoire clinique**

♦ Juin 2011 : la dépression survient au moment où Christian renonce à conduire. Il émet le souhait que le médecin de la Commission du permis poids lourd ne l'autorise pas à conduire (ce qui revient à chercher un allié pour aller dans son sens, sans en porter le chapeau).

(Il s'agit d'une réactivation d'une dépression déjà survenue vers l'âge de vingt ans, cet élément non mis en relation avec le reste, à explorer).

Ne plus conduire le grumier serait lourd de conséquence pour le fonctionnement de l'entreprise familiale : il est le seul à détenir le permis PL. Il va falloir que Christian l'annonce d'une façon ou d'une autre à ses frères. Mais il ne va plus à la scierie pendant la journée, continue de les éviter, est réticent à leur parler.

Christian tâte le terrain auprès de ses frères. L'occasion de l'annonce lui est fournie lors d'un repas de famille. Christian s'adresse à ses voisins de table en expliquant que peut-être

le médecin de la Commission du permis ne lui renouvellera pas son permis PL. Mais le destinataire est bien le frère aîné, Jean-Pierre, vis-à-vis duquel il est fuyant, ne peut s'adresser à lui, n'a jamais pu le faire. Jean-Pierre laisse trainer son oreille et a entendu. Cela le décidera à intervenir auprès du médecin du travail et constitue l'épisode-clé de l'histoire clinique.

♦ Juillet 2011 : survenue de l'épisode-clé et qui éclaire alors le conflit. L'épisode-clé est représenté par la lecture par Jean-Pierre de la feuille dactylographiée par lui, en prenant rendez-vous auprès du médecin du travail :

« Voilà, j'ai essayé de réfléchir à la situation de mon frère et j'ai écrit l'histoire de la scierie X, je l'ai fait lire à mon frère Raymond et il est d'accord avec ce que j'ai écrit et d'accord pour que je vienne en parler avec vous. » « La scierie a été créée par mon père. Je suis l'aîné (né en 1949). Mon père est mort brutalement à 50 ans en 1973 – (là sa voix se brise) –. Moi j'avais fait des études de comptabilité, je travaillais à Lyon, Raymond finissait son BTS dans les métiers du bois, Christian avait 14 ans et était à l'école. Je suis revenu. Il a fallu salarier ma mère. Raymond, (né en 1954), a fini ses études et m'a rejoint ; ça n'a pas toujours été facile avec Christian, peu intéressé par les études : il a commencé un CAP d'ajusteur mais ce qu'il voulait c'était conduire. Il nous a rejoints en 1977. Il y avait déjà un chauffeur. Petit à petit Christian a pris ce poste. Avec Raymond, on a travaillé beaucoup de dimanches pour reconstruire la scierie. Christian était plus jeune, il fallait le cadrer.

Mes deux frères n'ont jamais travaillé dans une autre entreprise, ils ne sont pas souples. On n'est pas toujours d'accord pour les investissements, Christian est plus dépensier. Mais il ne s'intéresse pas à la gestion. Il n'a jamais été capable de faire une facture. Il n'a pas d'enfants, c'est peut-être ça. Sa femme ne travaille pas ou pas beaucoup, donc il n'a pas la même situation que nous.

Et surtout il passe son temps à se plaindre auprès de notre mère (la maison de la mère est contigüe au bureau de la scierie). Il lui téléphone tous les soirs pour lui raconter tous ses problèmes de santé ou c'est elle qui l'appelle. Elle se fait du souci et moi je la trouve souvent en train de pleurer. Mais il a toujours été comme ça : quand nous ne sommes pas d'accord sur la gestion de la scierie, il ne discute pas avec nous, il va se plaindre à notre mère.

Là il est passé, j'ai l'impression qu'il ne veut plus conduire. C'est comme s'il faisait une crise d'adolescence, qu'il n'a pas faite avant.

Moi je suis fatigué, je voudrais arrêter à la fin de cette année. »

À l'issue de cette entrevue qui aura duré deux heures, et dont Jean-Pierre regrettera qu'elle n'ait pas eu lieu plus tôt (« On se méfiait de vous »), le clinicien organise pour le mois de septembre les conditions de la reprise du travail de Christian.

Une lettre au psychiatre sera confiée à Christian :

(..) Il m'apparaît que M. Christian « craint » beaucoup ses frères, surtout Raymond et qu'il appréhende le départ en

retraite prochain (date encore imprécise) de Jean-Pierre, qui a maintenant 62 ans.

Par ailleurs, à la différence de ses frères, s'il est aussi marié, M. Christian, n'a pas pu avoir d'enfant.

Compte tenu de son âge, de ses problèmes de santé, il bénéficiera sans doute d'un taux d'IPP compris entre 10 et 20% taux qui interviendra pour un départ en retraite à 60 ans, mais il lui reste sept ans à travailler.

Il avait envisagé de rechercher un travail en dehors de l'entreprise, en conduite camion pour livrer des chantiers, mais de mon point de vue, il n'a aucune chance d'être embauché, s'il n'a pas refait valider dans son entreprise les formations associés au permis PL.

Il faut donc bien qu'il reprenne, au moins quelque temps, dans la scierie familiale. Si les choses se passent mal, je pourrai toujours faire une inaptitude, compte tenu de son handicap physique lié aux maladies professionnelles (donc avec préservation de tous ses droits).

Il me paraît très important que le problème familial puisse être discuté avec vous, car je ne vois pas de solution satisfaisante à court et à long terme pour lui, qui puisse se construire, sans un retour même temporaire dans l'entreprise familiale.

### ➤ Examen du travail clinique à partir de l'épisode-clé

♦ Le conflit intriqué (familial et professionnel dans lequel l'employeur est le frère et le patron de Christian) participe au stress chronique et à la fragilisation de Christian(11), exposé au quotidien à des sollicitations fortes du corps au travail des grumes et à la préparation manuelle de commandes.

♦ La confiance instaurée dès le premier contact avec Christian autorise l'accès du clinicien à l'histoire familiale par le frère aîné, qui demande à rencontrer le médecin au cabinet médical et forme un récit ouvrant à la compréhension de la dimension familiale et à sa mise en perspective.

♦ L'exposé par Jean-Pierre suivi de la lettre au psychiatre redistribue les cartes en ouvrant vers un déblocage de la situation rendant possible une nouvelle répartition des rôles à la fois dans le travail et dans la famille.

Christian va mieux. L'infléchissement d'un point de vue du salarié qui est initialement raidi, vers un déplacement de son point de vue, lui permet de sortir d'une situation apparemment figée

♦ Quelle relation peut être proposée entre travail clinique et amélioration de l'état de Christian ?

♦ Ce qui est constaté, c'est qu'à la fin, les larmes ont disparu. Christian va beaucoup mieux depuis qu'il a réussi à convaincre ses frères de l'achat d'un autre camion. Le .....

11- La bibliographie du côté de la place des phénomènes inflammatoires rendant compte à la fois des atteintes du corps et de la dépression professionnelle est très importante. Son apport commence à être exploré en médecine du travail.



camion, c'est sa spécialité : il a été écouté et entendu. Au niveau de ses frères, la situation a aussi évolué. Il découvre qu'on peut lui faire confiance. Il a accepté de se former pour piloter le chariot de tronçonnage. D'occuper un poste clé pour la rentabilité. Il s'inscrit dans une perspective de continuité de l'entreprise familiale, lui qui était regardé par ses frères comme un adolescent prolongé. Christian a réussi à redistribuer la donne. Tout à la fois : prendre sa place à leurs côtés, reprendre la place du frère aîné et chambouler les rapports à l'intérieur de l'entreprise(12).

➤ **Comment caractériser le travail clinique à partir de cette monographie ?**

L'objet du travail clinique ici est d'aider Christian à avancer dans sa situation vécue comme bloquée. Donc un travail dans la durée, sur sa ruminant, sur les situations professionnelles rêvées par lui, face à la résistance qu'oppose le réel.

Le travail clinique avec Christian consiste à soutenir et discuter pas à pas des transformations possibles d'une activité rêvée à une activité réalisable, ce qui a pu se traduire par des rapports temporairement difficiles du médecin avec l'employeur.

Plus généralement, le médecin soulevant le couvercle d'une casserole qui bout, peut se trouver face à des réactions (de colère, d'agressivité) d'employeur qui ne lui sont pas en réalité, adressées.

**CONCLUSION GÉNÉRALE**

*MULTIPLICITÉ DU MATÉRIEL OU MATÉRIAU CLINIQUE*

« Sentir » dans un récit de quoi il retourne, faire le vide, être disponible, sans a priori sur ce qui est relaté.

Les affects, émotions du sujet sont du matériel. En clinique médicale du travail, comment à la fois être attentif, observer les postures, et prendre des notes ?

➤ Les émotions des collègues de travail, de l'employeur (par ex sa colère) sont aussi du matériel. L'employeur est aussi un individu au travail et ses réactions (par exemple l'expression de son indignation, de sa colère vis-à-vis du médecin du travail) constituent aussi du « matériau clinique » dans le registre des émotions, comme celles du sujet reçu au cabinet médical.

➤ Les réunions de travail dans l'entreprise, avec le Sameth constituent aussi du matériau pour la clinique médicale du travail.

➤ Temporalité : le temps (déployé sur la durée) est aussi matériau clinique – le temps du travail clinique –, il n'y a pas de temps privilégié. Le médecin du travail laisse la porte ouverte au récit, que ce soit lors d'une visite d'embauche, d'une visite systématique ou lors de visite spontanée. Le temps d'élaboration pour le sujet et le clinicien

.....  
12- L'auteur de la monographie considère que cette histoire n'est pas réductible à une histoire familiale, pouvant être élargie à une entreprise non familiale, dont les rapports entre les salariés, et entre salariés et la hiérarchie, seraient également anciens.

– la monographie (et le temps nécessaire à sa construction) est une aide essentielle pour le travail clinique en médecine du travail(13).

Voici l'extrait(14) : « *La clinique médicale du travail ne peut naître et se déployer sans la prise en compte d'un tiers facteur qui est la temporalité, le déroulement du temps, qui permet aux événements de travail, puisque c'est d'eux dont il est question, de s'inscrire dans le corps, de s'y incorporer physiquement et psychologiquement, d'y laisser des marques. Ces éléments microhistoire en rapport avec l'activité de travail réellement déployée, et dynamique de construction ou de fragilisation de la santé au travail appréhendée par la clinique médicale du travail, ne peuvent être mis en relation et véritablement articulés, que si une observation régulière, avec prise en compte des faits notables et des non-faits, des bonheurs ou des malheurs, ou tous autres bouleversements, même minimes, est rendue possible par l'organisation systématique des recueils. Cette compilation constitue un matériel précieux et utile, le moment venu, afin de permettre une analyse donnant accès au sens des constats délégués* ».

*UN MOUVEMENT EN BOUCLE DE COMPRÉHENSION ET ÉLABORATION*

➤ **Quelles seraient les témoins d'une élaboration du sujet, après un travail clinique ?**

Le travail clinique consiste à faire des liens entre des éléments relatifs à la santé et l'activité, les exposer au salarié, dans un mouvement d'essai de compréhension/ élaboration. La recherche d'éléments de certitude pour rendre compte de la portée du travail clinique, comme résultat de la consultation, est une entreprise totalement vaine.

Ces liens peuvent se manifester de façon plus ou moins forte. Le salarié peut parfois en témoigner dans le registre des émotions (pleurs, visage qui s'éclaire, rougissement, etc.) montrant qu'il fait sien, incorpore ce qu'il entend, et qui est en cours d'élaboration dans le travail clinique en train de se faire avec lui) ou ne rien manifester(15).

La démonstration d'un lien de causalité n'est jamais obtenue ni recherchée. Le terme de recherche de la preuve hérité de l'imputation, du médico-légal, en rapport avec un souci d'indemnisation, n'a aucune place dans ce champ. Ce sont les interrogations, questionnements qui restent comme traces cliniques que le salarié emporte avec lui, qu'il se les réapproprie ou non, qu'il les incorpore ou non, qui constituent le travail clinique.

.....  
13- Voir article HUEZ BARDOT, 2003 prémonitoire.  
14- Extrait du même article *Clinique médicale du travail et souffrance au travail : les dépressions réactionnelles professionnelles*, F. BARDOT, D. HUEZ – Travail et Emploi, n°96, oct. 2003 pp. 55-66  
15- Ne rien manifester, comme dans l'alexithymie, état d'un sujet en répression permanente des affects (si on suit Chr. DEJOURS) ou qui n'a pas appris à exprimer ses émotions (en « défaut éducatif » des auteurs nord-américains). Le sujet alexithymique dispose d'une capacité à élaborer mais a des difficultés à rendre compte de ses affects et à les manifester.

# UNE DÉMARCHE CLINIQUE

## AU CŒUR DES QUESTIONS DU TRAVAIL

**Une pratique médicale clinique « intercompréhensive » pour accéder aux effets du travail et du « travailler » sur la santé**

**Communication au Colloque E-Pairs – Association SMT**

**« La clinique médicale du travail », Contribution de la médecine du travail**

**Vendredi 14 juin 2013**

**Odile RIQUET, Dominique HUEZ, médecins du travail**

**L**a clinique médicale du travail entend aider le salarié à élucider les conflits nés des nouvelles organisations. Les questions de santé au travail et de prévention se posent moins aujourd'hui en termes d'observation des éléments objectifs au poste de travail qu'en termes de compréhension des mouvements contradictoires qui animent l'activité et déterminent les conditions matérielles, sociales et subjectives du travail.

Il s'agit pour le médecin du travail, dans le cabinet médical, au-delà de la plainte, d'aider le salarié à exprimer les dimensions affirmatives de son engagement dans le travail. Cette démarche clinique ne se substitue pas à l'action du salarié, elle vise à la reconstruction de sa capacité à penser, débattre et agir.

Elle permet ainsi au médecin d'acquérir une compréhension intime des tensions qui accompagnent le travail. Ses investigations en milieu de travail en sont enrichies et lui permettent de mieux saisir à leur origine les enjeux de santé, et d'attester, dans certaines situations, du lien de causalité entre atteintes à la santé mentale et activité de travail

### **L'ÉMERGENCE D'UNE NOUVELLE CLINIQUE EN SANTÉ AU TRAVAIL**

**A**u début des années 1990, malgré les ressources apportées par l'ergonomie et la psychodynamique du travail, la pratique de la médecine du travail est profondément malmenée, entre une sélection réglementaire de la main d'œuvre via l'aptitude trop souvent vide de sens, et le déploiement maintenant à grande échelle de la précarisation du travail sous toutes ses formes.

Cette crise morale du métier de médecin du travail a incité un certain nombre de médecins du travail à tourner leur regard vers le contenu de leur pratique clinique. Comment le travail du sujet peut-il être la grille de lecture des processus délétères ou de construction de la santé au travail ? Comment discuter entre pairs d'une refondation médicale de la clinique du travail ? La confrontation compréhensive

entre médecins du travail, à partir de la mise en discussion de cas cliniques, de ce qui pouvait faire obstacle à leur pratique de préservation de la santé au travail, a été fondamentale.

Mais comment les médecins du travail pouvaient-ils rendre accessible le travail clinique qu'ils effectuaient dans l'isolement de leurs cabinets médicaux ? Comment décrire finement les interactions entre le travail du sujet, son activité déployée au long de sa trajectoire professionnelle et sa santé dont il est le principal acteur ?

Le passage à l'écrit comme support d'analyse, de réflexion et de discussion est alors apparu essentiel pour la construction du métier entre pairs. C'est ainsi que sont apparues pragmatiquement les monographies de clinique médicale du travail(1) comme outil de construction du métier de médecin du travail. Elles sont le reflet du travail clinique inter-compréhensif dans les consultations singulières.

Parallèlement, la monographie de clinique médicale du travail est apparue comme essentielle pour « laisser une trace » de l'étape d'un travail clinique avec un sujet, document médical de la responsabilité du médecin du travail. Elle est alors un « écrit médical » qui sédimente un « point d'étape » du travail clinique, et parfois le support médico-légal d'un tel travail.

### **LA CONSULTATION COMME ÉLÉMENT CENTRAL DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL**

*UNE RELATION DE CONFIANCE*

*ABANDON DE L'APTITUDE ET DE LA SÉLECTION*

La possibilité d'investiguer et de comprendre la question du lien sante-travail et des enjeux subjectifs de l'activité est au fondement de l'exercice de la médecine du travail.  
.....

1- En témoigne de façon spécifique l'ouvrage collectif – *Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail*, Syros Paris 1994, 357 p. – qui rassemble de nombreuses monographies de clinique médicale du travail.

L'accompagnement par le médecin du travail de la construction de la santé du sujet au travail lors d'entretiens cliniques participe à l'action en prévention primaire pour la collectivité de travail. Ce travail clinique peut permettre au sujet de retrouver une inscription sociale et collective dans son travail.

En effet les procédures psychiques défensives empêchent souvent d'agir pour transformer le travail. Les processus psychopathologiques eux-mêmes écartent souvent des collectifs de travail les sujets maltraités. Pour qu'il soit possible de parler du « travailler » dans la consultation médicale, il faut donc établir une relation de confiance, ce qui suppose en préalable l'abandon définitif de tout critère de sélection médicale et la remise en cause de la notion d'aptitude.

Du point de vue du sujet qui « entre dans une consultation médico-professionnelle », la confiance envers le médecin du travail n'est pas acquise *a priori*. Le salarié est de plus contraint par la posture médicale classique du « patient » passif vis-à-vis d'un sachant. Le médecin du travail devra lui permettre de sortir de cette posture passive qui fera obstacle au travail inter-compréhensif de la clinique médicale du travail.

#### LA QUESTION DE LA COMPRÉHENSION

La clinique quotidienne du médecin du travail explore en intercompréhension avec le sujet, la dynamique du « travailler ». Parler de clinique inter-compréhensive, cela ne signifie pas que le sujet et le médecin du travail comprennent exactement la même chose du lien santé-travail.

Pour comprendre les difficultés du salarié, il est nécessaire que le médecin « laisse à la porte de la consultation » ce qu'il croit savoir de la réalité des liens santé-travail de ce métier en général ou même de ce collectif professionnel dans lequel est inséré le sujet. L'effort du médecin du travail doit être entièrement tourné vers une « disponibilité à comprendre avec » qui naîtra de ce qui émergera du récit du sujet.

Cette tension pour comprendre de façon singulière, par le récit de l'activité, déployée, restreinte, contrainte ou empêchée, est « l'opportunité médicale » dont se saisira ou non le sujet salarié en quête de comprendre ce qui lui arrive et de retrouver des marges de manœuvre dans son travail.

Dans la consultation, le salarié raconte le travail prescrit, le travail réel, son engagement, ses émotions. Mais ce qui le malmène peut échapper à sa compréhension, parce que la quotidienneté de son travail le contraint « à faire avec », et donc à faire répression aux affects trop douloureux, « pour tenir malgré tout ».

Le salarié peut rejoindre « le cadre de compréhension » proposé par cette consultation, s'il y reconnaît une opportunité pour agir pour sa santé, dans un espace qui ne serait pas porteur de jugement sur ces actions professionnelles. Ce qui émergera éventuellement d'un « saut qualitatif » de la compréhension de difficultés professionnelles, continuera à cheminer en lui, nourri éventuellement d'autres opportunités.

#### LA QUESTION DE L'ÉLABORATION

La clinique médicale du travail prend en compte l'engagement subjectif dans le travail et la relation que celui qui travaille entretient avec son environnement, les autres et le monde. Comment accéder avec le salarié à ce travail réel qui n'est pas prévu par les prescriptions de l'organisation du travail ? Comment aider le sujet à penser ce qui, actuellement, semble lui échapper et ce dont il se défend ?

Même si le salarié n'éprouve aucune difficulté à parler de son travail, il existe une distance parfois très importante entre ce qu'il fait et ce qu'il est en mesure d'en dire. L'activité est en avance sur la raison et peut rester obscure aux yeux de celui qui la réalise. Mais cette énigme de l'activité est accessible à la prise de conscience et le lieu de la consultation peut ouvrir un espace d'élaboration entre une activité incarnée, vécue et la nécessité de la mettre en mots, dans un langage commun et d'en rendre compte

Quand le salarié doit faire face à des interrogations ou à des critiques, quand il s'interroge sur ce qu'il a fait, quand il constate l'écart entre son activité et ce qu'il voulait faire, ou entre son activité et les attentes d'autrui, son identité peut vaciller. Quand le salarié est en difficultés pour rendre intelligible son engagement subjectif dans le travail, le médecin du travail, dans le lieu et le temps de la consultation, peut proposer un temps d'élaboration nécessaire pour lui permettre de sortir des impasses de l'activité.

#### **CETTE CLINIQUE N'EST ACCESSIBLE QUE PAR LA PAROLE**

##### AU-DELÀ DE L'ÉCOUTE, LE QUESTIONNEMENT, LE RÉCIT

Il ne suffit pas d'écouter les salariés pour comprendre le travail. Il s'agit concrètement pour le médecin du travail de faire raconter par le sujet comment il fait dans le quotidien pour arriver à travailler, malgré ce qui y fait objectivement obstacle.

Il faut, pour le médecin, oublier ses idées préconçues et faciliter le récit en manifestant ses difficultés à comprendre l'activité du salarié pour ne pas coller au discours et éviter les chausse-trappes dans le récit qui s'accroche au relationnel et comportemental de collègues ou de la hiérarchie.

Le travail reste énigmatique aux yeux même de celui qui l'exécute. Les sujets expriment toujours en premier les relations professionnelles qui font écho ou qui se présentent comme la cause première de leur souffrance. Spontanément il y a une difficulté à mettre en mots le travail, le « comment on fait, comment on fait ensemble », ce qui fait problème maintenant dans telle situation de travail alors qu'auparavant cela se passait bien.

Il ne s'agit pas seulement de poser un certain nombre de questions sur l'organisation du travail : Est-ce que le salarié est satisfait de son travail ou éprouve-t-il le sentiment de ne pas avoir les moyens de faire ce qu'il faudrait faire ? Son activité quotidienne est-elle envahie par l'inflation de procédures ou par des impératifs de rentabilité immédiate qui

affectent la qualité de son travail et son désir de coopérer avec autrui ? Qu'est-ce qui a changé dans l'organisation du travail de ce sujet, organisation au sens de division des tâches ou des rapports sociaux ?

Il faut se faire raconter dans le détail une situation de travail dans laquelle le salarié a été mis en difficulté, les premiers incidents qui l'ont malmené. Quand le salarié peut mettre en récit et rendre compte des impasses de son activité, il ramène dans l'espace de la consultation des contradictions et des dilemmes qu'il affrontait seul dans l'isolement comme s'il s'agissait de questions personnelles sans lien avec le travail et les collègues.

#### *FACILITER LE RÉCIT, LA PLACE DE LA REFORMULATION.*

Est-il nécessaire que le médecin du travail acquière une compréhension des difficultés du travailler pour lui-même ? « Le travail du récit » est-il suffisant en lui-même pour permettre au sujet de cheminer à travers les difficultés de l'activité de travail qui font obstacle ou empêchement, pour recouvrer son pouvoir d'agir ? L'expérience d'accompagnement clinique dans le temps, permet à chacun, sujet et médecin du travail, d'envisager le lien santé travail de façon concrète, chacun à leur rythme, sans forcément de superposition des points de vue.

Pourtant, dans certaines situations professionnelles, il peut être nécessaire au médecin du travail de vérifier la compréhension des événements qu'il s'est forgé, afin de ne pas se fourvoyer. C'est dans ces circonstances que peut apparaître l'intérêt « de la reformulation » de ce que croit comprendre le médecin du travail en écho au récit du sujet.

Cette « reformulation » qui ne peut naître qu'après un certain temps de travail clinique, travail accumulé dans le temps ou après une longue consultation, doit être prudente au regard du risque de déstabilisation des processus défensifs professionnels, respectueuse du sujet, et ouverte à plusieurs possibles explicatifs. Quand un sujet « rebondit » sur la reformulation du médecin du travail et « débloque » le récit en y apportant de nouveaux éléments du côté de l'activité de travail, le travail d'élaboration peut à nouveau se déployer, un saut qualitatif dans la compréhension du lien santé-travail peut avoir lieu. Il n'y a évidemment pas de limite pour le sujet à ce qu'il peut comprendre de l'interaction de son travail avec sa santé.

#### *LE RÉCIT IMPOSSIBLE*

Quelquefois le médecin du travail ne comprend pas du tout. Si la situation actuelle est très douloureuse, en cas de difficulté importante pour appréhender la situation actuelle d'un salarié, il faut proposer de raconter des situations antérieures, il faut passer par la reconstruction de son parcours professionnel à la lumière de la clinique médicale du travail où le travailler ensemble permettait de construire sa santé au travail. Cela permet de voir, pour les situations passées, les dynamiques de l'activité de travail, le travail collectif, le déploiement ou non d'un engagement subjectif dans le travail, de son « travailler ». Le sujet effondré aujourd'hui reprend pied par son récit dans une activité de travail où son

pouvoir d'agir s'est construit dans la confrontation à la résistance du réel. Cette investigation compréhensive de la trajectoire professionnelle passée peut éclairer alors la situation actuelle.

Le médecin du travail pourra faire part de son incompréhension pour tel moment du récit, si dans la narration antérieure il a vu le sujet travailler, s'il l'a vu alors « se redresser » à l'évocation de son engagement très concret dans telle activité et « être comme un poisson dans l'eau » dans un travailler collectif. Le sujet est alors confronté à des processus psychiques défensifs qui perturbent sa perception des événements.

Dans les situations cliniques très difficiles, où le médecin du travail « ne comprend toujours pas » malgré son effort tendu vers une attention à « comprendre avec » à la lumière de l'activité de travail du sujet, des médecins du travail ont l'habitude de dire : « *Je ne vois pas le sujet travailler !* ». Dans cette situation, il est impossible au médecin du travail de comprendre la dynamique du travailler et d'instruire le lien santé-travail. Quelles en sont les causes ? Les conditions d'un travail clinique en confiance peuvent ne pas être réalisées. Une « idéologie défensive professionnelle » interdit toute représentation de l'activité de travail. Une pathologie mentale originaire ou réactionnelle fait empêchement à la mise en récit des difficultés majeures du « travailler ».

Mais le récit sur le travail du sujet peut aussi être lisse, « normalement lisse ! ». Le médecin du travail « ne voit pas le sujet travailler », ne se le représente pas. Il n'est alors pas en mesure de déployer une pratique en clinique médicale du travail. Le sujet peut en effet être alors submergé par les effets d'une pathologie psychiatrique qui fait obstacle à la possibilité du travail de la clinique médicale du travail.

## **RECONNAÎTRE L'IMPORTANCE DES AFFECTS**

#### *RECONNAÎTRE L'ÉMOTION*

Ces récits de l'activité de travail peuvent permettre d'approcher ce qui peut potentiellement faire souffrir les salariés, c'est-à-dire des vécus de surcharge, d'injustice, d'humiliation, de non reconnaissance de leur contribution, de marginalisation, d'isolement. Ils peuvent exprimer aussi l'impossibilité à pouvoir coopérer, à anticiper, le sentiment de devoir tricher avec les règles pour simplement pouvoir travailler, de devoir contraindre leurs propres émotions. C'est très souvent le sentiment, à l'atelier ou au bureau, de ne pas avoir les moyens de faire ce qu'il faudrait faire, et ne pas se reconnaître dans ce qu'on est contraint de faire.

Le fait de parler de son travail permet au salarié un niveau d'élaboration plus complexe, où sa problématique prend une nouvelle dimension, ce qui peut lui permettre de prendre conscience des enjeux de son activité et de ses dimensions conflictuelles. Notre attention se porte sur les signes évocateurs d'un affect, témoins de quelque chose d'impensé.

Dans la consultation quelque chose de singulier dans le récit fait parfois resurgir une émotion soustraite à la délibération

et à la volonté du sujet. C'est l'attention portée au détail, à la parole qui permet de reconnaître l'émotion du salarié comme un acte de connaissance sur son engagement dans le travail, comme l'expression de sa singularité, quelque chose de son histoire singulière auquel il tient, quelque chose qui le fait vivre mais aussi pour lequel il pourrait mettre sa vie en jeu et peut-être mourir. Dans la consultation, l'émotion se caractérise par l'auto-perception de changements corporels. En accusant réception de ces manifestations, le médecin reconnaît l'importance des affects, l'importance d'une émotion non résolue qui n'est pas allée à son terme et qui continue d'exister à l'état latent. Et le salarié fait l'expérience de la résistance de son propre corps à son pouvoir d'agir.

*PERMETTRE L'EXPRESSION DE LA DYNAMIQUE DU  
CONFLIT DANS LEQUEL LE SALARIÉ EST ENGAGÉ*

Dans l'espace entre travail prescrit et travail réel, être un bon professionnel, cela veut dire prendre en charge la situation dans ce qu'elle a de particulier. La distance que le professionnel interpose entre son activité et sa propre histoire, c'est son style propre et le salarié peut trouver là un espace de créativité. L'intelligence au travail est donc étroitement liée à l'engagement du corps, de la sensorialité, de l'affectivité. Et ces ressources mobilisées dans le travail débordent très largement le champ de la conscience.

Dans la consultation, l'émotion peut être reconnue dans l'effort d'élaboration comme témoin de ce que le salarié met de lui-même dans le travail. Quand le salarié revient sur sa propre activité, il endosse la responsabilité de ce qu'il a fait, tout en prenant de la distance, en se confrontant à autrui.

Dans le travail, le sujet ne peut se construire ni dans la solitude, ni seulement dans ce qui fait collectif, mais dans la tension entre la nécessité d'une activité subjectivante et la limitation de celle-ci. Les tensions entre son histoire personnelle et son travail, les règles de métier et l'organisation du travail, parfois entre des défenses psychiques professionnelles individuelles ou collectives qui sont l'envers des règles de métier, et l'organisation du travail alors maltraitante, le salarié les exprime sous forme de luttes pour conserver son pouvoir d'agir ou sous forme de renoncement à son pouvoir d'être affecté par le monde dans lequel il travaille.

**LES DÉFENSES PSYCHIQUES  
FACE À LA PEUR OU LA HONTE**

**L**es stratégies défensives psychiques visent à protéger les sujets. Mais en les empêchant de penser les causes de leurs difficultés, ces défenses les empêchent d'agir pour transformer leur travail. Permettre aux salariés par l'attention portée aux difficultés de leur travail, de retrouver la capacité de les repérer est alors essentiel.

*LA PEUR EMPÊCHE*

Souvent à l'origine d'une souffrance professionnelle délétère apparaît la peur de fauter et de perdre son emploi. Peur de ne plus arriver à faire ce qui est demandé, de couler dans son travail, de ne plus pouvoir tenir, de ne pas respecter les prescriptions parce que c'est impossible, peur de perdre son

emploi. Douleur morale avec un vécu d'injustice où quelque chose s'est cassé, que le sujet n'arrive pas à nommer, où pour lequel il ne fait pas lien avec ce qui lui arrive.

Permettre au sujet de tenir le seul point de vue du travail dans son récit, éviter dans la narration les jugements sur les personnes, faciliter des descriptions très précises de ce qui fait difficulté ou controverse dans l'activité de travail, mettre en lumière ce qui apparaît comme des désaccords non débattus, repérer pour en discuter des conduites professionnelles paradoxales, peut permettre au sujet de contourner ses défenses psychiques qui l'empêchent de penser les causes professionnelles de sa peur. Si le travail inter-compréhensif a structuré la confiance entre le sujet et le médecin du travail, le médecin du travail pourra esquisser différentes pistes interrogatives pour relancer le récit du sujet alors bloqué. Il peut ainsi évoquer d'éventuelles conduites collectives de collègues du sujet, en adéquation ou en opposition majeure avec son activité, conduites adossées à des règles professionnelles partagées, ou des conflits de règles qui font dispute voir conflit majeur.

*LA HONTE SIDÈRE LA CAPACITÉ D'AGIR*

La honte peut aussi émerger. Honte de faire ce qu'on réprouve et qu'on a du mal à nommer, de faire des choses contraires à la conception qu'on a de la qualité, du « beau travail », d'un travail dont on était antérieurement fier. Honte aussi d'avoir laissé faire des pratiques de management qui apparaissent comme injustes, honte d'avoir dû mentir aux clients, vendu ou délivré ou présenté des objets dont on sait que ce qu'on en dit est faux, de faire du sale boulot, un travail au bout du compte qu'on réprouve.

Devoir mal travailler, devoir faire ce que l'on réprouve génère la perte de sens du travail, la souffrance éthique, la désolation, qui génère la honte et la haine de soi. Cet engourdissement de la conscience morale est à l'origine d'un déni de ce qui fait souffrir le sujet, qui devient acteur actif ou passif d'actes qu'il réprouve. Cela ouvre aux pathologies de la solitude et peut libérer la pulsion de mort.

Dans le récit, la honte ne s'énonce pas. Elle émerge en creux, dans ce qui ne peut se dire alors, parce que le penser aujourd'hui serait trop douloureux. Il y a de véritables trous dans le récit du travail ; l'explicitation des conduites est alors incohérente.

Repérer avec le sujet les évolutions des organisations du travail qui peuvent induire des comportements honteux est très difficile à tenir dans le travail intercompréhensif de la consultation. En effet le médecin du travail ne doit pas casser les défenses psychiques du sujet et se garder des jugements moraux. Par contre il doit permettre au sujet de reconstruire des règles professionnelles au rythme de sa compréhension de ces mécanismes délétères du travail, morceau par morceau. Et à son rythme qui ne sera pas le temps de la consultation, le sujet pourra retrouver son pouvoir d'agir.

## PORTER ATTENTION AU CORPS ENGAGÉ DANS LE TRAVAIL

Il y a une connaissance corporelle de l'activité de travail, de la manière de travailler, il y a une intelligence du corps. Ce sont les caractéristiques de l'activité subjectivante : la perception sensible, le rapport à l'environnement, l'engagement, qui permettent au corps de faire sien quelque chose qui lui était extérieur, de se l'incorporer. Le sujet perçoit l'environnement non pas comme des objets étrangers extérieurs, mais comme une partie ou plutôt comme un prolongement de lui-même.

Il n'y a pas de « travailler » sans engagement du corps. C'est à ce corps là que nous avons à faire dans nos consultations. Le médecin ne doit pas appréhender le corps simplement comme un corps outil de travail abîmé par l'activité, mais le corps comme histoire, mémoire sédimentée, point de vue singulier.

Le travail est confrontation au réel, l'activité de travail est contrariée/contrariante, et le corps engagé dans le travail souffre. Le symptôme s'éprouve par le sujet comme une limitation de sa liberté, comme une résistance à son pouvoir d'agir, à sa capacité d'être affecté. L'émotion ressentie, reconnue comme tension entre ses mobiles et l'organisation du travail offre au salarié la possibilité d'ajuster ses choix à la réalité de son travail, ce qui ouvre d'autres issues possibles que la pathologie aux conflits qui le traversent. Le salarié acquiert des capacités nouvelles pour expliciter sa position face à autrui et la défendre.

Dans les situations de sur-engagement, le salarié n'a plus le sentiment du travail bien fait, le collectif de travail est déstabilisé ou fissuré. Le salarié perd alors la capacité de prendre soin de lui, qui lui permettait « d'éprouver » son engagement dans le travail, d'être attentif à ce « corps sensible » qui l'alertait devant des possibles mécanismes délétères. Le symptôme corporel fait penser autrement l'engagement du corps dans le travail.

Les pathologies de surcharge, « l'activité empêchée » lèsent et altèrent ce « corps engagé dans le travail » : cela peut être une dépression masquée qui n'émerge que par des symptômes somatiques, un processus pathologique rhumatologique ou cardiovasculaire par exemple.

## ÉCONOMIE DU TRAVAILLER ET SURGISSEMENT DE L'INTIME

Mais comment prendre en compte la résonance de douleurs intimes en rapport avec l'économie du désir des sujets, dans leur éventuel rapport avec l'économie du travailler, avec les effets délétères du travail sur la santé. Le médecin du travail n'a pas à « instruire cliniquement » les blessures identitaires dans l'histoire psychoaffective des sujets. Il n'en a pas la compétence.

Et pourtant, si ces blessures psychiques résonnent sur la scène du travail, l'expérience clinique nous apprend qu'elles font irruption sous la forme d'un « surgissement » au cœur

du travail compréhensif porté par la clinique médicale du travail. Le sujet en est lui-même étonné et ne l'a pas prévu. « *Mais pourquoi je vous dit cela maintenant, je ne l'ai jamais dit avant !* » ou « *Cela fait des années que je n'y avais pas pensé !* ». Le médecin du travail se doit alors d'en prendre acte, acquérir autant que faire se peut des clés sur ce qui a provoqué de telles douleurs intimes dans l'économie psychoaffective des sujets, de telle façon qu'il puisse comprendre les blessures du travail d'aujourd'hui à l'éclairage des blessures intimes passées. L'objet n'est pas de faire un travail psychothérapeutique avec le sujet, mais de prendre en compte avec lui cette interaction délétère des deux économies psychiques qui peut nécessiter son intervention de médecin du travail en termes de préconisations médicales pour préserver la santé du sujet au travail.

Mais qu'est-ce qui permet au médecin du travail de construire une « compréhension pertinente » avec le sujet, qu'est ce qui permet de penser qu'il participe à une analyse opportune ou « erronée » des causes d'une situation professionnelle délétère ? Le facteur de réassurance pour le médecin du travail, c'est quand « il voit le sujet travailler » à travers le récit qu'en fait le sujet.

## LES ORIENTATIONS DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

*PERMETTRE AU SALARIÉ DE RETROUVER SON POUVOIR  
D'AGIR CONSTITUE UNE PROTECTION POUR SA SANTÉ*

Dans l'approche classique en médecine du travail, le médecin du travail utilise la consultation pour obtenir des informations sur le travail dans le but de développer sa propre action, avec pour interlocuteur la direction. Dans cette approche, il a plutôt tendance à ramener la situation à un schéma connu, et à l'aborder sur le mode du diagnostic médical.

Par contre dans la clinique médicale, le médecin du travail change de posture. Ses interrogations ne sont plus les mêmes, son objectif est de soutenir la réflexion du salarié et de l'aider à élaborer une parole propre sur les enjeux de son travail. Le travail d'élaboration peut permettre de rendre intelligibles les orientations et les motivations du salarié, les conflits peuvent être ramenés à des enjeux de travail susceptibles d'être expliqués et discutés avec autrui, ce qui permet de sortir de la répétition et du repli sur soi. L'objectif de ce travail clinique est la reconquête par le salarié de son pouvoir d'agir, ce qui constitue déjà une protection pour sa santé.

*INSTRUIRE LE LIEN SANTÉ-TRAVAIL*

Le suivi médical clinique individuel est essentiel pour instruire le lien santé-travail. Il permet au médecin du travail de saisir à leur origine les enjeux de santé, de mieux comprendre les tensions qui animent le travail.

Dans les consultations, deux questions doivent être arbitrées par le médecin du travail :

➤ le travail, son organisation, les rapports sociaux qui s’y déploient, peuvent-ils expliquer tout ou partie de l’histoire de la construction ou de la fragilisation des sujets qu’on accompagne médicalement ?

➤ en cas de trouble psychopathologique ou de somatisation pour un sujet, quel est le risque ou l’intérêt d’un éloignement temporaire ou définitif du travail à visée thérapeutique ?

Faciliter la prévention professionnelle suppose qu’il soit possible d’identifier les causes des souffrances mentales constatées dans le travail, son environnement et son organisation. Les atteintes à la santé mentale présentent en apparence une causalité souvent plus diffuse associant des causes liées à l’exécution même du travail ou à l’organisation du travail et des causes en rapport avec ce que le droit appelle « la vie personnelle ». Dans cette forte dépendance entre situation de travail et vie personnelle, toutes les combinaisons sont possibles et peuvent rendre difficiles l’identification du risque vécu par les salariés et c’est donc bien le travail clinique des médecins du travail qui peut rendre possible cette identification.

#### RETOUR À LA DISCUSSION COLLECTIVE

Dans un collectif professionnel, quand un travailleur donne à voir à ses pairs la façon dont il travaille, dont il « réaménage » la tâche prescrite, ce qu’il comprend d’une prescription en conformité avec ses règles professionnelles et ses valeurs éthiques, il crée les conditions d’une confiance réciproque. La mise en visibilité pour le collectif des éléments de l’activité de travail très concrets qui font dispute, pour les mettre en débat, permet l’évolution des organisations du travail dans un sens plus favorable à la santé. La perte de sens collectif aggrave potentiellement la situation des salariés privés du pouvoir-comprendre ce qui leur arrive. Il faut donc proposer de reconstruire ces espaces de discussions entre pairs dans le temps de travail. Ainsi peuvent être discutées, « mises en dispute », appropriées corporellement, de nouvelles règles professionnelles ou des savoir-faire de prudence.

Ce collectif offre à chacun un espace d’expression et de développement où il construit son « identité » et par là, sa santé.

## CONCLUSION

**L**e développement de la clinique médicale du travail déployée principalement dans la consultation de médecine du travail, est aujourd’hui un instrument essentiel pour permettre au sujet de recouvrer son « pouvoir d’agir ». Mais beaucoup de travail entre pairs reste encore à accomplir pour cela.

Ce travail clinique individuel passe par la parole et repose sur la confiance dans la « capacité élaborative » des travailleurs à penser leur travail, à participer aux transformations des organisations du travail et à recomposer le vivre ensemble.

Le médecin du travail nourrit son diagnostic clinique du lien santé-travail du travail en s’appuyant sur cette clinique spécifique qui enrichit sa pratique. Il y adosse ses préconisations médicales dans l’intérêt exclusif de la santé du salarié, et en nourrit son action de prévention collective primaire ou de sauvegarde.

Ce travail médical en responsabilité pourra permettre que se déploie, en écho, sous des formes novatrices, une mise en délibération collective des difficultés de la contribution des sujets au travail. Ainsi, la médecine du travail contribuera à les rendre acteurs de la transformation du travail, en remettant le travail réel au centre de la discussion.

Mais nous vivons une époque paradoxale. La question collective, malgré son importance, apparaît comme masque ou dérivatif, pour ne pas voir le « travail singulier » du sujet, les effets irréductiblement personnels du travailler ensemble. Le nouveau management isole, précarise les coopérations professionnelles, et pourtant il tente de reformer des comportements collectifs pour la coordination des tâches professionnelles.

Le médecin du travail, *via* la clinique médicale du travail, sait que le cœur de son activité professionnelle a pour sous-bassement l’accompagnement clinique individuel à la lumière des avancées de la clinique médicale du travail. Son dossier médical en porte trace. Il est maintenant légitime réglementairement qu’il en nourrisse des alertes médicales collectives.

Mais il lui en serait interdit d’argumenter son diagnostic médical individuel du lien entre un processus délétère et le travail, dans ses écrits à un confrère ou pour un salarié. Certains profitent de l’ambiguïté du droit sur le certificat médical, preuve juridique ou diagnostic plausible de lien pour les maladies professionnelles, pour « *brider de façon vide de sens* », les écrits médicaux du médecin du travail. Il serait illégitime de nommer le rôle du travail dans des processus délétères singuliers. Ici il ne faudrait référer qu’à des éléments objectifs ! Non, attestons de nos diagnostics médicaux en médecine du travail en cas de besoin pour « accompagner les salariés » dans leur prise en charge médicale ou sociale !

La profession de médecin du travail gagne de nouvelles lettres de noblesse en développant un champ immense et nécessaire, la clinique médicale du travail. Nous sommes au début de ce nouveau chemin. Malgré la crise démographique et organisationnelle de la médecine du travail, son avenir réel réside dans les perspectives et les devoirs qui y naissent. Ce ne sont pas des considérations juridiques de quelques-uns, vides de sens tout autant que l’aptitude eugénique, qui doivent nous empêcher de passer à l’écrit pour les dossiers médicaux, la rédaction de monographies ou des attestations de diagnostics médicaux des effets du travail pour la santé.

Et comme pour tout métier, les règles de la médecine du travail devront être discutées entre pairs. C’est de cela que nous sommes comptables et qui fonde notre présence aujourd’hui.

# **OUVRIER À LA PRÉVENTION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE PAR LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL**

**Communication au Colloque E-Pairs – Association SMT  
« La clinique médicale du travail », Contribution de la médecine du travail  
Vendredi 14 juin 2013**

**Florence JÉGOU, Gérard LUCAS, Thérèse BURET, médecins du travail**

**L'**amélioration des conditions de travail est le premier élément de préservation ou de construction de la santé au travail. S'il est vrai que la transformation de ces conditions de travail peut se dérouler avec des règles objectives et des normes matérielles, elle se déroule surtout grâce aux actions des salariés eux-mêmes et à celles de leurs collectifs de travail, dans des dynamiques individuelles et collectives. La clinique médicale du travail se préoccupe d'explorer finement le réel de l'activité grâce à ce que chaque salarié parvient à dévoiler de son travail et grâce à ce qu'il élabore avec le médecin du travail sur son activité. Elle est un outil de prévention en individuel avec l'appropriation par le sujet d'un pouvoir d'agir lors du dialogue entre le médecin et le salarié qui permet d'établir des liens santé-travail. Collectivement, la clinique médicale du travail permet également la prévention de différentes façons. C'est ainsi un catalyseur efficace de santé au travail. C'est ce que nous tentons de montrer dans cet exposé, d'abord pour la prévention individuelle et ensuite pour la prévention collective.

## **LA PRÉVENTION INDIVIDUELLE PAR LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL**

### *LES CONSULTATIONS*

Au quotidien dans nos consultations, la description du travail par le salarié dans les tâches les plus anodines vise à permettre de décrypter ce qui a fait difficulté dans l'activité de travail. Les médecins du travail articulent d'une part l'identification des risques, et d'autre part une pratique clinique qui permet d'instruire comment la santé de ce salarié-là avec son histoire professionnelle, à ce poste-là dans cette entreprise-là, peut être mise en jeu ou au contraire dans quelle mesure ce travail lui permet de construire sa santé. De son côté, le salarié peut alors avoir accès à une compréhension singulière de ce qu'il subit, et de ce qu'il rencontre. Dans ce dialogue avec le médecin du travail, il peut alors

développer sa propre pensée sur son travail. Cela peut alors lui permettre d'envisager de nouvelles pistes pour préserver sa santé et pour décider pour lui-même dans son parcours de l'issue de ce qui lui arrive. Dans le cas où le salarié présente une pathologie, la restauration de son pouvoir d'agir passe par la mise en évidence du lien éventuel de sa pathologie avec le travail. Cette intercompréhension est bénéfique autant pour l'approche cognitive du risque physique et du risque chimique que pour le risque d'atteintes psychiques. Pour ces atteintes psychiques, le dépassement du passage émotionnel vécu par le salarié lors de l'élargissement de sa compréhension permet une mise à distance de la situation subie, un apaisement relatif de la souffrance et un désir d'agir. L'intercompréhension des liens santé travail est donc une condition d'une meilleure appropriation du pouvoir d'agir des salariés.

### *LES ÉCRITS INDIVIDUELS*

#### ➤ **Un document essentiel : le dossier médical**

Nous le savons bien, le dossier médical en santé au travail retrace les informations relatives à la santé des travailleurs, aux expositions auxquelles il a été soumis, ainsi que les avis et propositions du médecin du travail. Dans le dossier médical, la prise de notes est importante, elle est mémoire pour le médecin et pour le salarié, à la fois des faits importants de travail, et de celle des événements de santé. Il faut prendre soin de noter les traces du travail, même ténues d'atteintes ou de fragilisation notamment de santé mentale et des liens avec les caractéristiques du travail. Il s'agit de permettre au salarié de laisser ces traces pour des interprétations ultérieures de ce qu'il livre dans le cabinet médical. En effet, il arrive qu'une consultation ne soit que le puzzle de son histoire individuelle de travail, et de l'histoire du collectif. Les notes dans les dossiers, s'inscrivent dans l'outil clinique que nous utilisons pour notre compréhension – actuelle ou ultérieure – de ce qui se joue dans le travail à cet endroit-là. Le



plus souvent cette compréhension ne se joue pas seulement dans une seule consultation mais bien dans un collectif de travailleurs et dans l'histoire de chaque salarié.

➤ **Les recommandations individuelles**

La prévention individuelle se décline aussi avec les recommandations individuelles que le médecin du travail peut écrire pour aménager le poste du salarié. Il fait ce travail de rédaction à partir des éléments qu'il connaît de la santé du salarié et de ce qu'il a compris du poste du salarié, à la fois dans ses consultations pour ce salarié mais également pour l'ensemble de son collectif de travail, en tenant compte de ce qu'il a pu voir dans l'entreprise. L'article L.4624-1 du Code du travail permet ces recommandations individuelles, elles peuvent donc être assez précises pour guider l'aménagement du poste du salarié, notamment quand ces recommandations portent sur l'organisation concrète du travail.

➤ **Les certificats et les « attestations »**

Les certificats médicaux décrivent l'état de santé du salarié au moment où le médecin a vu le salarié et il peut décrire les risques auxquels a été soumis le salarié. Cela peut même considérer les différents examens du dossier. Dans ce certificat, le médecin atteste du lien entre une lésion (y compris psychique) et un ou plusieurs faits survenant au travail ou à son occasion. Ce travail de rédaction de certificat trouve son origine dans le Code de santé publique et dans le Code de la sécurité sociale (certificat de maladies professionnelles des tableaux mais aussi hors tableaux).

Dans la rédaction d'une « attestation » du lien entre l'altération de la santé d'un salarié et les effets délétères de son travail, le médecin du travail peut permettre une formalisation de la compréhension avec un regard de médecin, de ce qui lui est arrivé. S'appropriant alors une interprétation de ce qu'il a vécu, le salarié pourrait alors mieux recouvrer son « pouvoir d'agir » : son travail a bien sa part dans sa pathologie et il pourrait alors prendre des décisions pour lui-même pour prendre soin de sa santé. C'est ce que vise la rédaction d'attestations.

L'« attestation » qui prend parfois le nom et la forme synthétique d'un certificat peut prendre aussi la forme plus élaborée d'une « monographie » qui peut être utile comme repère pour le salarié. Ces monographies reprennent de manière détaillée l'histoire du salarié dans son entreprise, émaillée de ses atteintes à la santé, de ses tentatives d'action, de la présence ou non des autres du collectif, de manière à mettre en évidence les liens étroits entre l'état de santé du salarié et des effets délétères des conditions de travail.

➤ **Les courriers aux autres médecins**

Ces écrits restent dans le dossier médical du salarié. À ce titre d'ailleurs, ils peuvent leur être transmis. Il s'agit de faire le lien avec le médecin traitant pour lui permettre de bien comprendre ce que dit le salarié, dans sa prise en charge médicale en posant un diagnostic de spécialiste, et lui permettant de prescrire à bon escient.

La question du travail est parfois traitée de manière erronée sur le thème de certains idées politiques (soit il pense que le

salarié est un « tire-au-flanc » venu chercher un arrêt, soit il pense que le travail, ça change les idées : « *Quand on est déprimé, il ne faut pas rester à la maison...* »,...). C'est dans les écrits du médecin du travail, que le médecin traitant va entendre un autre point de vue argumenté à la fois sur le travail et sur la santé, mettant en lien les deux. Cela lui permet de prendre en compte le travail, non pas sur un versant idéologique mais concrètement dans la vie de ce salarié qu'il a sous les yeux.

Les courriers peuvent éventuellement être faits à destination du psychiatre pour les mêmes raisons. Cela permet d'attester des liens entre les conditions de travail et la santé du salarié : il s'agit bien de démontrer que ce n'est pas une interprétation du salarié malade, qui, du fait de sa pathologie ou de sa personnalité, pourrait avoir trouvé le moyen de se déresponsabiliser de ce qu'il lui arrive, en trouvant dans son travail toutes les raisons de sa chute. Le médecin du travail peut alors donner les moyens au médecin psychiatre de situer ce que dit le salarié dans le réel grâce à la connaissance qu'il a du reste du collectif, des événements de travail et potentiellement des traces notées dans le dossier médical.

**LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL  
AU SERVICE  
DE LA PRÉVENTION COLLECTIVE**

LA PRÉVENTION COLLECTIVE  
N'EST PAS DANS DES STATISTIQUES

Dans le contexte dans lequel se déroule l'action du médecin du travail, il y a souvent des demandes pour produire des chiffres, pour prouver que ses constats ne sont pas seulement au mieux le fantasme de ce médecin, au pire sa bataille idéologique. Le médecin du travail en réaction à certaines critiques méthodologiques peut être tenté de rendre compte de ce qu'il constate avec des chiffres. Mais les statistiques restent très limitées pour rendre compte des enjeux des liens entre les atteintes psychiques et psychosomatiques et le travail. La prise en compte de la part du subjectif, de la variabilité des pathologies suivant les itinéraires et personnalités, des délais plus ou moins différés de la constitution de symptômes différents, sont autant d'obstacles à des chiffrages. Tout cela rend alors bien difficile leur interprétation.

De plus, les collectifs de travail accompagnés par un médecin du travail peuvent eux-mêmes décrire leurs conditions de travail avec infiniment plus de précision et d'indications que ne pourraient le faire des chiffres, surtout quand ils peuvent s'exprimer en dehors de contraintes de subordination.

Enfin, compter les blessés prend du temps et ne fait généralement qu'un triste constat sans donner de diagnostic ni même se situer dans le réel du travail. Les chiffres laissent de côté certains qui souffrent sans le dire, les chiffres laissent de côté ceux qui vont bien avec des stratégies dynamiques. Et pendant ce temps, le médecin, occupé à faire ses comptes, reste dans son bureau alors que les salariés continuent d'être exposés à des risques. Si la mission du médecin du travail est bien d'éviter l'altération de la santé, même un

cas nous suffit, ce sont que nous appelons les cas « sentinelles ». Grâce aux éléments que l'on a recueilli dans les consultations, et des liens que l'on sait faire du côté du diagnostic étiologique (on a bien vu ce que l'on a vu parce qu'on est des médecins), cela permet déjà d'informer sur des risques dans une entreprise.

## LA CLINIQUE MÉDICALE ET LES QUESTIONS D'ORGANISATION DU TRAVAIL

En prévention, le médecin du travail a pour projet de rendre compte, dans l'espace de l'entreprise, des risques de l'organisation du travail pour la santé des salariés d'une entreprise dont il a la charge. L'idée, ce n'est pas de donner écho à la souffrance individuelle dans le travail parce que le travail fait souffrir au quotidien et nous le savons tous. Mais l'idée c'est de rendre visibles des éléments de lien entre la santé – parfois altérée – et le travail pour mettre en évidence là où ça ne fonctionne pas dans le travail. Grâce à la clinique médicale du travail, le médecin du travail parvient avec les salariés d'un collectif de travail à explorer des pistes pour l'action puisque il explore là où le travail ne trouve pas de mode de fonctionnement, et de construction de la santé. Cela peut même permettre au médecin du travail de relever des signes infra-cliniques dans un groupe de travailleurs relativement homogène quant aux conditions de travail et à l'organisation du travail. Ce faisant, il peut alors en éclairer l'analyse des causalités du côté de l'activité de travail, ce qui peut rendre possible ensuite l'action du collectif de travail.

Le médecin du travail est ainsi à même de faire des liens dynamiques entre la santé et le travail mais l'utilisation des éléments cliniques n'est pas une mince affaire : quelle condensation pouvons-nous en faire ? Quelle analyse ? Quelles restitutions et à qui ?

### ➤ Le rôle du collectif et des espaces de discussions

Les conflits de travail trouvent leur origine dans des désaccords sur l'organisation du travail et sur la façon de fixer les priorités dans l'activité. Le collectif est l'instance qui permet de faire face aux difficultés parce qu'elle procure un sentiment d'une orientation commune lié à l'existence de règles partagées qui orientent les dilemmes de l'activité, et permettent de ne pas porter seul le poids du travail. S'il est habituel d'entendre que les conflits de travail portent sur des questions de personnalité, il est important de remettre les questions d'organisation du travail au cœur du débat social. Ce collectif offre alors potentiellement à chacun un espace d'expression et de développement individuel original, et donc de construction de sa santé. Mais cet espace ne peut se développer que s'il se construit un climat de confiance, ce qui n'est pas donné d'avance et parfois ne fonctionne pas.

Le recours au médecin du travail a souvent lieu lorsque ce collectif n'a pas fonctionné le plus souvent par l'absence des espaces de discussions collectives pour le débat sur l'activité. Il faut donc proposer de reconstruire ces espaces de discussions entre pairs dans le temps de travail.

### ➤ La veille médicale : méthode

Il s'agit pour le médecin de mettre en place une veille médicale des liens entre la santé et le travail en rapport avec les dangers repérés et les travailleurs concernés par le recueil systématique des éléments de surveillance médicale individuelle et collective.

La méthode consiste à repérer dans l'entreprise les risques et les expositions des salariés ainsi que leur évolution et identifier les travailleurs concernés :

- ♦ à travers les paroles et le vécu des travailleurs, lors des consultations médicales ;
- ♦ dans le cadre d'un recueil systématique permettant une traçabilité des risques et des expositions ;
- ♦ par l'étude des procédés, équipements, aménagements, organisation du travail, et lors des visites sur les lieux de travail en procédant, si nécessaire, à des mesures ;
- ♦ en élaborant des descriptifs des postes de travail (formalisation écrite de ce qu'on a compris dans une activité de terrain en milieu de travail).

Grâce à la clinique médicale du travail, le médecin du travail s'appuie sur des éléments cliniques pour faire la synthèse d'éléments transversaux. En particulier, pour les risques psycho-sociaux, il peut adosser le recueil des données sur des références scientifiques.

En particulier, pour les facteurs de risques psychosociaux, ceux proposés par le Rapport du collègue d'expertise sur le suivi des risques psycho-sociaux peuvent être relevés :

- ♦ L'intensité du travail et le temps de travail.
- ♦ Les exigences émotionnelles.
- ♦ Le manque d'autonomie.
- ♦ La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail.
- ♦ La souffrance éthique.
- ♦ L'insécurité de la situation de travail.

Quand la clinique médicale du travail d'un collectif permet la congruence de plusieurs éléments de compréhensions entre les consultations et les études de poste, le médecin du travail parvient à décrire précisément en quoi l'organisation dans leur entreprise peut présenter des risques pour la santé des salariés. Cela permet alors d'enrichir la fiche d'entreprise avec des éléments qui, de toute façon, échapperaient à l'observation de terrain alors qu'ils sont souvent essentiels pour l'analyse des conditions de travail et pour leur amélioration.

Le support de ce type de compte-rendu a une forme écrite officielle : ce peut donc être la fiche d'entreprise, mais aussi le rapport annuel d'activité ou un courrier adressé à l'employeur en utilisant l'article L.4624-3 du Code du travail.

### ➤ L'action du médecin pour le collectif de travail

Participer à la prévention des risques, c'est permettre leur identification et l'évaluation précise des expositions professionnelles. Lorsque le médecin du travail met socialement en visibilité les effets délétères potentiels (ou avérés) d'une organisation du travail potentiellement défailante, cela a

pour but de permettre à chaque salarié et à la collectivité de travail :

- ♦ d'en comprendre ensemble l'origine du côté de la répartition des tâches, des rapports sociaux de travail... comme facteurs de risques très concrets de l'organisation de travail.
- ♦ de penser une éventuelle maltraitance organisationnelle,

Le médecin du travail présente une analyse qu'il a de la situation des salariés, mais il peut également continuer de questionner et de s'étonner dans les consultations pour améliorer sa connaissance de ce travail là, mais aussi parce que ses questionnements permettent à chaque salarié d'avancer dans sa propre analyse. C'est justement dans ce questionnement – qui n'est jamais fini – que le salarié peut donc développer sa pensée et se sentir (devenir ou redevenir) acteur dans son entreprise. Le médecin apporte également des connaissances médicales en lien avec le travail et le salarié s'en sert de repère pour inventer pour lui-même, et avec d'autres de conditions similaires, ce qui doit être mis en débat, et qui ne l'est pas – ou plus.

Une nouvelle représentation des répercussions du travail sur la santé contribue ainsi à la transformation de l'organisation du travail, par la compréhension partagée des difficultés du « travailler », élaborée lors des processus de délibération collective. C'est justement dans le débat social sur leur prévention, que chacun des acteurs (employeurs, membres CHSCT, médecin du travail...) joue son rôle dans le débat pour l'évolution des organisations du travail dans un sens plus favorable à la santé, c'est-à-dire pour la mise en œuvre d'une prévention primaire pour la collectivité de travail.

➤ **Les limites de ce travail : que faire s'il ne se passe rien ?**

Quand la discussion n'a pas lieu, ou que les salariés ne se saisissent pas de ce que le médecin donne à voir, c'est qu'il faut retourner dans les consultations pour y trouver de nouvelles informations plus fines qu'on n'avait pas découvertes avant. Suite à ce travail de mise en visibilité, les acteurs parviennent à préciser d'autres éléments de compréhension, avec les nouvelles questions qui se posent.

Il est également possible que le collectif de travail ait construit des stratégies collectives de défense qu'il faut mettre en évidence, comprendre, sans les déstabiliser.

C'est le moment où il faut absolument suspendre l'urgence de la recherche de solutions, même si c'est très tentant pour un médecin du travail ! Il est important de comprendre que c'est justement de la qualité et la maturité du travail de recueil des signes, et de description de la situation que dépend la façon dont ce travail est ensuite reçu en entreprise. C'est en cela qu'il y a une importance à en discuter entre collègues pour discuter de nos interprétations possibles des situations pour affiner nos hypothèses et construire nos interventions.

Prudence versus frilosité ? Une grande prudence – qui ne veut pas dire frilosité – doit être de mise quant à la nature des

éléments dévoilés et la façon dont ils sont dévoilés de manière à ne pas fragiliser les salariés et atteindre leurs stratégies de défense. Tous les sujets ne peuvent pas être traités de la même façon dans toutes les instances, il y a une différence entre un travail entre les partenaires sociaux sur le sujet par exemple en CHSCT ou ailleurs dans un collectif de pairs. Il est donc bien évidemment nécessaire de travailler ce que le médecin du travail va dire mais également l'endroit où il le dit, comment il le présente et l'objectif dans lequel il le dit. Tout cela peut donc être discuté en groupes de pairs.

*LE COLLECTIF EN ACTION : LES EFFETS DE LA RESTAURATION DU POUVOIR D'AGIR SUR LE COLLECTIF LUI-MÊME*

Les individus continuent de travailler en dehors de la présence du médecin du travail. Dans le regard du médecin, ils peuvent entrevoir individuellement ce qui fait difficulté dans le travail et ils peuvent construire une pensée propre autour du travailler, ayant trouvé ou retrouvé des mots pour le dire, ils savent que d'autres ont eu cette expérience avec le médecin du travail, et peuvent en venir à en discuter entre eux. Peut-être d'ailleurs, des mots communs qui leur permettent d'en discuter et d'en débattre en dehors des histoires relationnelles qu'ils mettent en avant. Ils découvrent dans le regard bienveillant porté par le médecin du travail que chaque acteur peut jouer de nouvelles cartes, et parfois, il naît de ce développement de la pensée sur le « travailler », la possibilité d'agir ensemble pour améliorer leurs conditions de travail. Dans certains cas, cela se manifeste par la re-création de mouvements collectifs pouvant aboutir à la transformation vers l'amélioration des conditions de travail. Le médecin n'est pas présent dans ces actions, il a contribué à restaurer la pensée et cela permet ensuite un travail coopératif.

**CAS CONCRET**

**D**ébut 2011, dans un service administratif chargé de la gestion de l'eau et de l'assainissement dans le département, trois personnes consultent le médecin du travail avec un point commun : ils sont débordés et il y a une mauvaise ambiance. Le médecin du travail propose alors des consultations médicales aux quinze instructeurs et assistants de l'unité et à leur responsable.

En mai 2011, douze des quinze intéressés viennent donc en consultation médicale du travail. Les entretiens sont orientés autour du vécu du travail, des contraintes et des exigences du travail, des marges de manœuvre, de la reconnaissance et des valeurs. Il est question de tout cela pour eux-mêmes et de ce qu'ils en pensent pour leurs collègues.

Le médecin constate que ces salariés aiment leur travail et leur mission, mais ils tiennent le coup au prix d'un surinvestissement personnel (en concentration et en temps). Beaucoup font part de leur agacement, de leur irritation de l'envahissement de cette préoccupation du travail qui s'incruste parfois jusque dans leur humeur et dans leur vie privée. Plusieurs suspectent d'autres d'avoir moins de travail qu'eux : ils ont de mauvaises relations, mais il n'y a pas de

temps de concertation considéré comme perdu. La synthèse des éléments du deuxième temps de la consultation sur l'éventuel vécu des autres et les solutions possibles donne un résultat mitigé.

Une restitution très brève envoyée à tous et au chef de service note : « Les doutes de plusieurs membres sur la pertinence de la répartition du travail reconduite avec la restructuration de 2008 depuis plusieurs années, alors que la RGPP a restreint le personnel et que de nouvelles contraintes législatives sont à appliquer », et suggère « des temps de concertation collective sur les techniques, les priorités et la répartition du travail. »

Malgré le fait que le chef de service exprime son exaspération pour ces « enfantillages », il consent à programmer une réunion sur le sujet avec tous les salariés de l'unité. Le médecin du travail est invité « comme médiateur », position qu'il ne souhaite pas prendre. Finalement, un concours de circonstances y justifiera son absence.

En août, il apprend que la réunion a été houleuse mais qu'elle a été jugée utile, et surtout qu'elle a été suivie d'une pétition sans doute un peu maladroite d'une majorité des membres de l'équipe. Une première concertation sur la répartition a eu lieu en juillet, une autre aura lieu début septembre, et il est rapporté que les choses seraient déjà « plus claires ».

Dans les mois suivants, il apparaît que les agents sont satisfaits de l'évolution. Outre un changement du chef d'unité, des réunions mensuelles de toute l'équipe ne sont pas vécues comme une perte de temps au contraire. Des priorités sont mieux partagées. Des différences de méthodes et de répartition sont acceptées pour des gros et petits dossiers qui ne demandent pas le même type de travail... Plusieurs salariés se remémorent avec humour la mauvaise ambiance des mois précédents comme un épisode dépassé.

## LE SIGNALEMENT COLLECTIF QUAND LA GRAVITÉ LE NÉCESSITE

Un signalement médical collectif, qu'on pourrait nommer aussi alerte médicale en écho aux prérogatives du CHSCT, n'est pas un acte de prévention primaire. Mais quand la gravité de la situation apparaît au médecin, il a le devoir de signaler ce risque. Or, l'état actuel d'un certain nombre de salariés de nos consultations nous amène aujourd'hui à ce type d'écrits, il faut nous donc fixer un cadre professionnel à cette pratique.

### ➤ Objectifs

Le signalement collectif du médecin du travail permet de « tracer » concrètement le constat d'un processus délétère entre des situations concrètes de l'activité de travail d'un collectif de travail et leur santé. Ce signalement vise la transformation de situations de travail qui provoquent déjà des atteintes à la santé, par la mise en visibilité d'un risque et de ses déterminants dans la situation de travail et des effets délétères déjà constatés. Cette action a pour objectif de remettre en débat en interne les questions d'organisation du travail, pour que les salariés soient mis hors de danger.

Par ce signalement, le médecin du travail permet à la collectivité de comprendre différemment la situation en intégrant le rôle du travail et la notion de gravité avec la présence (potentielle) de victimes. Les acteurs sociaux peuvent ainsi prendre leurs responsabilités, et les salariés peuvent réinvestir collectivement l'organisation du travail pour préserver leur santé.

Enfin, il s'agit parfois aussi de permettre à l'employeur de mieux peser les déterminants de son obligation de sécurité de résultat et notamment ses implications préventives.

### ➤ Quand est-ce que la gravité de la situation le nécessite ?

Cette action se situe bien dans les situations d'une gravité importante : le signalement collectif dans l'entreprise est parfois incontournable au regard de la gravité ou du nombre de personnes potentiellement ou réellement touchées. Il s'agit d'ailleurs parfois de situations de travail pour lesquelles les recommandations du médecin du travail n'ont pas été prises en compte auparavant.

### ➤ Support légal du signalement collectif

Dans sa responsabilité de veille médicale des effets du travail sur la santé, le médecin du travail analyse, grâce à la clinique médicale du travail, ce qui fait difficulté dans l'activité de travail et dans le « travailler » des salariés. La mise en œuvre d'un signalement collectif par le médecin du travail est rendue possible par ce travail d'amont.

« Art. L.4624-3. I – 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. L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

II. – Lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues en application de l'article L.4622-3, il fait connaître ses préconisations par écrit.

III. – Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur, prévues aux I et II, sont tenues, à leur demande, à la disposition du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel, de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, du médecin inspecteur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés à l'article L.4643-1. Le travail quotidien de médecin du travail pour l'amélioration progressive des conditions de travail, s'arrête là où le travail met en danger les salariés. Là, le médecin sort d'une posture d'accompagnement. Il écrit pour que les salariés soient écartés du danger. »

Cet article du Code du travail permet au médecin du travail de produire un écrit détaillé, argumenté, précis, pour le signalement collectif qu'il estime nécessaire. Ce signalement collectif est ainsi à la disposition des différents acteurs de l'entreprise.

Enfin, cet article prévoit également une possible réponse de l'employeur.

➤ **Comment ?**

Pour remettre les conditions du travail réel en discussion, le médecin du travail relate alors très concrètement ce qu'il a compris ou constaté des difficultés de réalisation du travail et l'impact que cela a pour la santé. Dans son travail d'analyse, le médecin du travail peut choisir de revoir en consultation spécialement une partie du collectif concerné, ou bien de faire une synthèse de leurs dossiers médicaux pour y analyser ses traces cliniques, les signes qu'il a pu noter au fil des mois, des signes infra-cliniques qui avait pu attirer son attention, les signes somatiques, et des événements de travail très concrets qu'il a pu noter dans le même temps. Il peut bien évidemment utiliser un système de veille médicale plus quantitatif, mais ce travail global est de toute façon complété par les notes prises dans les dossiers médicaux

◆ À qui est-il envoyé ?

Dans l'article L.4624-3 du Code du travail, le médecin adresse son signalement collectif à l'employeur. Il peut également l'adresser aux représentants du personnel, il est même possible que la restitution soit faite dans un lieu qui permet le débat comme le Chsct quand il y en a un.

◆ Références scientifiques

Le médecin du travail, comme tous les médecins, fait références à des constats cliniques (éléments dépressifs, anxieux, troubles du sommeil...). C'est important que ces diagnostics médicaux soit précis. Par ailleurs, il fait la synthèse des éléments de l'organisation qui sont susceptibles d'être à l'origine de ces éléments cliniques et qui ont actuellement des répercussions connues sur la santé. Pour cela, il peut faire apparaître des références scientifiques sur lesquelles il fonde son avis, par exemple pour les risques « psychosociaux », le « Rapport d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux ».

Les références peuvent également être des références réglementaires sur lesquelles le médecin s'appuie pour ses préconisations de prévention. Pour écrire un avis « motivé et circonstancié » le médecin du travail quitte un mode d'écriture issu de sa pratique intercompréhensive déployée dans la consultation. Dans cet écrit, il décrit précisément ce qu'il constate et il explique à quoi il se réfère pour affirmer un danger.

◆ Restitution écrite

Un signalement collectif est un écrit qui est destiné :

- d'un part aux acteurs internes de l'entreprise pour saisir la gravité de la situation ;
- et d'autre part éventuellement destinées aux acteurs externes chargés de dire le droit : plus personne ne peut faire comme si on ne l'avait pas dit.

Dans certaines situations, cela peut alors déboucher sur d'autres procédures que seuls les juristes peuvent mener mais qu'ils ne peuvent faire sans écrits laissés par les médecins du travail. L'écrit du médecin du travail a une place de choix pour les juristes. Les inspecteurs du travail et les juges ne peuvent pas avoir accès aux les informations sur la dégradation de la santé, les psychologues du travail n'auront jamais le matériau dont nous disposons du fait de nos connaissances médicales du travail.

La forme écrite est donc indispensable, un texte constitue une trace de l'intervention du médecin du travail sans déformation possible.

➤ **La forme a de l'importance**

La forme avec laquelle nous formulons nos signalements collectifs a une importance capitale sur son devenir. Dans la rédaction d'un signalement collectif, il est important de prendre en compte que les questions de l'organisation sont aussi portées par des hommes qui souffrent éventuellement eux-mêmes, parce qu'ils jouent eux-aussi dans le travail leur identité et leur santé, et qu'ils sont eux-aussi confrontés au réel de la situation qui met en danger des salariés.

Une fois le signalement rédigé, il engage la responsabilité professionnelle du médecin du travail. Il en informera l'employeur et le CHSCT, mais il doit savoir qu'il pourra être « seul » au regard de la gravité de son « diagnostic de situation » qui peut « sidérer » ses interlocuteurs. Mais en endossant seul un diagnostic d'effet du travail pour la santé comme son métier l'exige et ce dont pourquoi il est formé, le médecin du travail permet un débat sur le travail affranchi de l'arrière fond délétère dont beaucoup d'acteurs essayaient antérieurement de se préserver défensivement. Ainsi la mise en délibération collective de ce qui fait concrètement difficultés dans les activités de travail pourra se déployer. Ce qui est l'objet de ce signalement.

Alors que la mise en visibilité a pour objectif de remettre en débat ces questions, si des questions d'organisation du travail portent sur des questions épineuses, cela peut aboutir à une situation extrêmement conflictuelle avec l'employeur. À ce moment-là, il n'est d'ailleurs pas exclu que le médecin puisse être désigné comme le responsable d'une certaine aggravation de la situation. Mais l'aspect pérenne de « l'écrit » représente alors une protection majeure face à d'éventuelles pressions, et peut paradoxalement faciliter le déploiement de « l'obligation de sécurité de résultats de l'employeur ». C'est la raison pour laquelle il est important de porter ces signalements collectifs dans des groupes de pairs pour bien placer ces écrits des médecins du travail dans le cadre de pratiques professionnelles.

➤ **Et après ?**

Le rôle du médecin du travail par son écrit de signalement collectif, n'est pas de se substituer à l'employeur pour agir. Le médecin du travail ne doit pas aller plus loin dans la prise de décisions du côté de la prévention, au risque de perdre sa légitimité professionnelle.

Le médecin du travail identifie clairement des risques du côté du travail, il peut indiquer le processus qui permettrait de les supprimer, il peut accompagner les acteurs de l'entreprise en donnant des repères médicaux et formuler des recommandations dans des axes de prévention. Mais le médecin n'arbitre pas les choix entre l'économique et la santé. Sa place reste celle d'un médecin : une place clinique et une place de prévention dans l'intérêt des salariés.

## CONCLUSION

La prévention individuelle et collective est donc possible dans le travail clinique des médecins du travail. Par l'exploration fine des difficultés du travail et du « travailler », des effets sur la santé même infimes, grâce aux notes cliniques dans les dossiers, grâce au questionnement toujours renouvelé du médecin, grâce à ce qu'il peut apporter comme repères médicaux, le médecin du travail contribue à restaurer le pouvoir d'agir des salariés. Quand c'est nécessaire, il parvient à produire un certain nombre d'écrits qui sont autant d'outils de prévention. Par ses questionnements et les repè-

res qu'il peut apporter, le médecin du travail permet au collectif d'avancer dans la compréhension de ce qui lui arrive. Chaque salarié retrouvant alors la possibilité de penser son activité. Il peut alors trouver une place dans les actions de prévention dans son entreprise, avec son collectif qui peut alors se mobiliser pour débattre des questions qui représentent un risque. Les acteurs dans l'entreprise peuvent alors transformer eux-mêmes les situations de travail. Le médecin a une place de choix dans les entreprises grâce à la clinique médicale du travail parce que cette pratique permet une description concrète qualitative précise pour accéder à des pistes de prévention primaire.

## « VU DE MA FENÊTRE... »,

*La chronique de Sentinelle (medecindutravail.canalblog.com)*

### VU DE MA FENÊTRE... UNE SITUATION INÉDITE !

Une situation inédite avec l'addition d'une crise de la médecine du travail, une crise des services de santé au travail, une crise du travail des médecins du travail, une crise du travail, et dans un contexte de crise économique gravissime.

#### CRISE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Depuis un certain nombre d'années, on parle de « crise de la médecine du travail », au point où ça en devient presque une banalité. Mais il y a bien une crise de la médecine du travail. Les contraintes réglementaires actuelles ne permettent pas de faire tout ce qu'on devrait faire, nous mettant dès lors dans une certaine mesure « hors la loi » d'emblée. En effet, la pénurie médicale avance avec le départ en retraite de la moitié des médecins de mon service en cinq ans et celui à venir d'encore la moitié des médecins restants dans les trois ans : il restera alors environ vingt médecins (maximum) pour 130 000 salariés. Le désaccord entre les représentants des patrons et ceux des salariés sur ce qu'ils voudraient faire des médecins du travail devient d'une ampleur telle que ça a des répercussions au quotidien dans notre travail. Et le désintérêt ? probable ? de l'État sur ce que devient la médecine du travail en France aussi.

#### CRISE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Cette crise des services de santé au travail s'aggrave depuis la publication de la réforme de 2011 pourtant sensée nous aider à accomplir nos missions. Sur le plan organisationnel,

une réforme d'une telle ampleur modifie toutes les organisations, et génère de nouveaux problèmes qui s'ajoutent à l'impossibilité de remplir nos missions en l'état actuel des services en attente de réorganisation. Les imprécisions du texte ont créé de la confusion et la circulaire a renforcé notre perplexité. Comment va-t-on articuler notre travail avec ceux de l'équipe pluridisciplinaire ? Qui fait quoi et comment ? Comment va-t-on former les infirmier(e)s du travail ? Dans quels locaux vont s'installer les équipes pluridisciplinaires ? Comment vont fonctionner les services avec les « CPOM » qui doivent déterminer les priorités dans les services sans atteindre à l'indépendance des médecins qui devraient garder la main sur leurs priorités professionnelles ? C'est quoi cette histoire des « médecins collaborateurs » ? Toutes ces incertitudes ont un impact cognitif envahissant parce qu'elles engagent beaucoup de réflexion, de réunions et de... patience. Mais pendant ce temps-là, les mois passent et le travail sur le « terrain » continue de devenir complexe sans avoir le moindre moyen supplémentaire pour le faire (de mon côté, peut-être une demi-infirmière en 2015, compte tenu des locaux).

#### CRISE DU TRAVAIL DES MÉDECINS DU TRAVAIL

Tout cela met les médecins du travail dans une situation de crise où ils doivent **tout le temps tout ré-inventer, au risque d'une surcharge cognitive**. Après avoir dû faire face à une renumérotation de tout le Code du travail (pour le sim-

plifier !) et après les efforts faits pour comprendre les effets de cette nouvelle rédaction (sensée simplifier les choses), les médecins du travail doivent faire face à une ré-organisation de tout leur travail pour un grand nombre de règles professionnelles (visites de pré-reprise et inaptitude, alertes médicales de l'article L.4624-3). Ils doivent aussi inventer un fonctionnement dans des équipes pluridisciplinaires, et accompagner, former les infirmières qui arrivent petit à petit, timidement (une demi-infirmière par médecin chez nous) et qui arrivent parfois sans expérience voire sans formation spécifique à ce métier d'infirmière du travail. Et à cela s'ajoute la méconnaissance du monde du travail sur cette réforme pour laquelle il nous faut donc communiquer, informer salariés et employeurs des changements de règles pour notre métier. Et cela fait grogner tout le monde, puisque pour les uns, il n'y a pas assez de surveillance médicale, pour les autres, le médecin ne fait pas ce sur quoi il est attendu : la prévention sur le terrain. Non seulement, chaque médecin doit ré-inventer avec d'autres son métier, et l'organisation future au sein de son service, dans l'incertitude de ce qui va se passer dans l'avenir, mais il passe son temps à supporter les critiques sur l'organisation actuelle de la médecine du travail. Et c'est fatigant de s'entendre dire les dysfonctionnements alors qu'on fait tout pour ne pas trop y penser. Mais comment faire pour parvenir à s'extraire de cette préoccupation qui s'impose au quotidien pour nous rendre psychiquement disponibles pour l'exercice de notre métier ?

Notre travail devient « un travail tout le temps dans l'urgence », les salariés qui vont mal viennent nous en parler, les salariés malades vus en visite de reprise ou de pré-reprise ont des difficultés importantes à reprendre parce que le maintien dans l'emploi devient de plus en plus compliqué. Le point de vue d'un certain nombre d'employeurs étant : « Pourquoi adapter le poste alors qu'il suffirait de changer de salarié ? ». Et comme il y a moins d'aides pour le maintien dans l'emploi, les salariés doivent quitter les entreprises, au mieux en inaptitude, au pire par démission quand le rôle du médecin du travail n'a pas eu sa place. Depuis huit ans, je n'ai jamais rédigé autant d'inaptitudes que cette année à cause des impossibilités d'employeurs à mettre en place une démarche de maintien dans l'emploi. J'en suis choquée parce qu'il aurait sans doute été possible d'aménager le poste, mais « *il n'a qu'à démissionner* », aux dires de leur employeur. D'ailleurs, certains salariés préfèrent finalement l'inaptitude après avoir compris que même après tant d'ancienneté leur employeur ne fera rien pour eux. Pas même parfois une rupture conventionnelle.

Dans mon emploi du temps, s'ajoutent des visites qui n'ont plus de sens, notamment de voir certains salariés avant l'embauche puisqu'alors le risque d'écrire quoique ce soit de restrictif quant à l'aptitude pourrait empêcher un salarié de

signer un contrat. Même en considérant que ces pratiques sont discriminantes, personne ne rendra justice avant longtemps à cause du faible accès au droit, et des délais de contentieux. Il y a peu de contrôle dans les entreprises, les salariés se rendent rarement à l'inspection du travail et presque jamais à la Bourse du travail. Et puis, je vois aussi des embauches dans des entreprises à fort *turn-over*, parfois ces visites ont lieu pour quelques semaines... Mon travail est à recommencer comme un retour à la case départ, et cela me donne l'impression de perdre mon temps pourtant compté ! Quel sens donner à cette mascarade de médecine du travail ?

Par ailleurs, paradoxalement, certaines visites d'embauche n'ont pas lieu, et on le découvre évidemment quand le salarié a un problème. Je deviens d'ailleurs assez intraitable sur tout, je me radicalise sur mes positions pour être sûre qu'elles soient entendues, et je vois bien que cette façon de faire ne me ressemble pas mais la situation est d'une gravité importante et on dirait que personne ne s'en rend compte !

De nombreux médecins conseils font du zèle et stoppent de plus en plus tôt, pour les « économies de la sécu », des arrêts de travail justifiés, en recevant les personnes rapidement ; au mieux, ils nous les adressent, et c'est parfois l'occasion d'un travail intéressant avant la reprise. Mais ce travail de maintien est complexe et cela nous embourbe finalement dans un tas de cas individuels cumulés les uns à côté des autres, sans qu'il y ait de vision collective ou d'appréhension globale d'une entreprise, nous empêchant alors de faire le travail de prévention pour lequel on est missionnés.

## CRISE DU MONDE DU TRAVAIL

Le monde du travail devient violent, c'est « marche ou crève » compte tenu de la pression sur l'emploi, sujet qui écarte alors les discussions sur les conditions de travail, évidemment : chacun a peur pour son emploi, il y a des menaces de licenciement dès qu'il y a conflit dans l'entreprise, il y a des menaces et les salariés acceptent de ne pas déclarer leur maladie professionnelle, et ils acceptent que les restrictions d'aptitude formulées ne soient pas appliquées. La violence montante du monde du travail se déverse dans mon bureau et je finis par ne voir que cela puisque je n'ai plus de temps ? ou presque ? pour les visites périodiques afin d'analyser les situations avant qu'elles ne se dégradent.

Notre emploi du temps est embouteillé, confus, éparpillé, plein de réunions, de réorganisations, instable, et tout cela empêche de mener des projets de prévention. Au risque bien évidemment de s'entendre dire bientôt, que « la médecine du travail n'a rien fait ». La demande auprès des médecins du travail est énorme, mais personne n'est en mesure d'y faire face.

# **INAPTITUDE, UN PIÈGE À DÉSAMORCER : EN FINIR AVEC « L'APTITUDE »**

**Alain CARRÉ, médecin du travail**



Billet d'humeur

**H**istoriquement l'aptitude au poste de travail est la survie, après 1946, de pratiques de sélection médicale de la main d'œuvre qui existaient antérieurement dans certaines entreprises pour lesquelles des médecins sélectionnaient les travailleurs sur de supposés critères de santé. Des liens particulièrement glauques relient cette notion à « l'hygiénisme médical » et à « l'eugénisme » qui prévalaient, notamment, dans la sélection médicale des travailleurs appelés, à partir de 1942, à travailler en Allemagne nazie dans le cadre du STO. La fonction de sélection par l'aptitude a été utilisée largement et, officiellement, jusqu'en 1975, notamment dans certaines banques. Il n'existe pas de définition réglementaire de l'aptitude et pour cause puisqu'il s'agit d'une pratique honteuse de sélection.

Les employeurs défendent le maintien de ce ticket médical juridique garantissant une relative impunité à exploiter la force de travail. Outre une couverture en responsabilité sur d'éventuels effets du travail sur la santé, ils ont implicitement pour projet de sélectionner au poste de travail des travailleurs plus « aptes » à résister à des conditions de travail parfois insupportables. Le législateur marche dans la combine et en rajoute une couche : pour les travailleurs exposés aux agents chimiques dangereux, le médecin du travail doit porter, sur l'avis d'aptitude, la mention de l'absence de contreindication médicale à l'exposition à ces agents chimiques dangereux. Ainsi, par exemple, le médecin du travail doit certifier que le travailleur n'a pas de contreindication à l'exposition aux cancérigènes, à l'amiante... ! On marche sur la tête et le Conseil d'État aussi qui confirmera en 2002 !

Les employeurs, aidés activement par l'État, jouent aussi, avec l'aptitude, à un jeu de hasard assurantiel en misant sur des caractéristiques physiques ou psychiques des individus, par définition aléatoires puisque, au minimum, soumises à l'usure du temps.

C'est là qu'intervient l'inaptitude au poste de travail. Certains veulent y voir une définition en creux de l'aptitude. Serait « apte » qui n'est pas « inapte ». Ces notions ne sont pourtant pas les deux faces d'une même médaille : l'aptitude est une garantie juridique et assurantielle pour l'employeur, l'inaptitude lui permet une gestion médicale de « l'employabilité » du travailleur.

Actuellement, le prétexte officiel justifiant l'inaptitude au poste est la mise en sécurité de la santé du travailleur. Mais, nous l'avons vu lors d'un précédent billet, les moyens du basculement vers une sélection médicale de la main d'œuvre sont présents, en germe, dans la réglementation de janvier 2012, que l'exécutif actuel n'a visiblement pas l'intention de réformer.

Parions que dès le retour d'une mandature plus explicitement favorable aux employeurs, au prétexte de « compétitivité » et de « coût de la main d'œuvre » qui seraient, selon eux, plombé par la prévention et la protection des « inemployables », se mettrait en place une véritable sélection médicale de la main d'œuvre par des médecins, qui n'auraient plus de médecins du travail que le nom.

Pire encore, le ver est dans le fruit et a même commencé à le dévorer : une étude effectuée en région sur les conséquences de l'inaptitude au poste nous le démontre. Pour la moitié des salariés inaptes à leur poste de travail la cause médicale de l'inaptitude au poste est liée aux conséquences du travail sur leur santé. Un tiers était âgé de plus de 50 ans. 90 % des salariés déclarés « inaptes au poste » sont licenciés, 3 % sont admis à la retraite, 1 % démissionnent. Seuls 22 % retrouvent un emploi mais, deux fois sur trois, il y a perte de salaire. Dans le merveilleux système social actuel, les salariés malades ou usés par le travail sont jetés hors de l'entreprise. L'avenir est déjà là et dans une République d'égalité et de fraternité, la représentation nationale détourne le regard.

Il est pourtant urgent de traduire dans ce domaine ce que depuis 1989, en matière de prévention, et depuis 2002, en matière d'obligation de sécurité, la loi impose aux employeurs : éviter le risque et adapter le travail à l'Homme.

Ces deux principes fondamentaux et le principe général de non-discrimination sur des critères de santé imposent que « l'aptitude au poste de travail », danger d'exclusion pour les travailleurs, soit abolie. Il faut en finir avec l'aptitude du travailleur : c'est le poste de travail qui doit être qualifié d'apte ou d'inapte à recevoir le travailleur quels que soient son âge, son état de santé, son handicap. Les droits à un emploi et à la protection de la santé sont tous deux inscrits dans la Constitution de la République. Il est attristant de devoir le rappeler.



# LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET L'ÉQUIPE MÉDICALE DU TRAVAIL DANS LA CMT (COMMISSION MÉDICO-TECHNIQUE)

**Compte rendu du Congrès de l'association SMT des 1<sup>er</sup> & 2 décembre 2012**

**Benoît DELABRUSSE, Florence JEGOU, rapporteurs**

## L'ÉQUILIBRE DES POUVOIRS AU SEIN DE LA CMT

**L'**enquête du SNPST (Syndicat national des professionnels de santé au travail), fin 2012, montre que 75% des CMT sont maîtrisées par les directions des Services de Santé au Travail

Elles ont pris le contrôle des CMT grâce à trois critères :

- L'élaboration de l'ordre du jour.
- L'animation de la réunion.
- La rédaction du compte-rendu.

Avant 2012, il y avait sous-utilisation des CMT. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012, elles comportent des IPRP, des infirmiers, des assistantes. Il y a risque de confusion des rôles avec les CE (Comité d'entreprise) qui ne doivent pas s'occuper de tout ce qui est médical.

Depuis, dans certains services de santé au travail, les médecins du travail ont pris conscience de la nécessité d'investir les CMT. Mais pour élaborer des priorités du service, des objectifs, il faut du temps. Or le temps de délégation impartit aux délégués est insignifiant

La comparaison avec les CME (Commission Médicale d'Établissement) des hôpitaux peut être faite, mais ces dernières sont souvent un lieu de défense des *lobbys* médicaux face à des administratifs dénués de critères de santé et d'objectifs. N'est-ce pas un risque pour les CMT ?

*QUELLE EST LA PART DU MÉDICAL DANS LA CMT ?*

La circulaire d'application du 9 novembre 2012 a précisé les compétences de la CMT qui sont de deux ordres :

- Techniques : élaboration du projet de service pluriannuel et propositions sur les priorités de service, sur les actions pluridisciplinaires.
- Médicales par :
  - ◆ Les échanges professionnels entre les médecins du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire

- ◆ L'organisation des examens médicaux, des entretiens infirmiers
- ◆ L'élaboration de protocoles de délégation de tâches des médecins vers d'autres professionnels

Le mot « médico » (dans médico-technique) correspond-il au personnel médical = médecins + infirmières ? Quelle place des non médecins : IPRP, assistantes ? Le vocabulaire utilise le terme « équipe pluridisciplinaire » qui comprend des personnels médicaux et non médicaux. Faut-il scinder, dans la CMT les discussions médicales des non médicales ?

Les médecins du travail, au sein de la CMT, ne doivent ils pas rester dans l'émission d'avis exclusivement basés sur une éthique professionnelle ? Bien séparer les avis médicaux de ceux des IPRP qui pourraient concerner la gestion des risques professionnels ? Ex : intérêt de la visite d'embauche. En fonction des risques professionnels du poste ?

Qui est à l'origine de la connaissance des risques professionnels ? L'employeur ou le médecin du travail ? Dans la mesure où on évoque une « visite médicale », seul le médecin est habilité à répondre à la question. Le rôle de la CMT, dans la circulaire, s'applique aussi à l'organisation des examens médicaux : « *Elle est en outre consultée sur l'organisation des (...) examens médicaux et des entretiens infirmiers* ».

*COMMENT ACCEPTER QUE DES NON MÉDECINS PUISSENT DISCUTER DE L'ORGANISATION DES VISITES MÉDICALES ? QUELLE PLACE, DANS CES DISCUSSIONS, DE CES ACTEURS NON SOUMIS AU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ?*

La CMT n'a pas de compétence sur le contenu des examens médicaux. Quoique la CMT ait aussi pour rôle de « *participer à l'élaboration de repères communs pour les différents protocoles qui permettent aux médecins du travail de confier sous leur responsabilité, certaines de leurs activités à d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire* ». Cela pourrait signifier que la CMT, dans l'ensemble de sa composition, pourrait interférer dans les protocoles d'entretien infirmier ?

Si la CMT intervient dans l'organisation des examens médicaux, il y a un risque de dérive du projet de service. Ne devrait-on pas réserver, au sein de la CMT, ce sujet, aux seuls membres médicaux (médecins et infirmières) ? Ne faut-il pas, au sein de la CMT, refuser toute discussion sur les pratiques professionnelles des médecins ?

La CMT en renvoyant aux missions du service de santé au travail, risque d'étouffer les missions et responsabilités individuelles du médecin du travail.

Quelques exemples d'empiètement de la CMT sur le champ médical :

- La CMT organise une campagne de vaccination contre la grippe.
- La CMT donne un avis sur les protocoles de surveillance des exposés à l'amiante.
- La CMT discute de la participation des médecins à la veille sanitaire : participation au recueil de données par EVREST ou Quinzaine des MCP. Une éventuelle décision n'est pas opposable à chaque médecin, la CMT n'ayant compétence que sur « l'organisation des enquêtes ».

## LES DÉCISIONS DE LA CMT SONT-ELLES OPPOSABLES AUX MÉDECINS DU TRAVAIL ?

Les principales fonctions de la CMT portent en fait sur les fonctions régaliennes du médecin du travail ; exemples : organisation des visites médicales, élaboration des protocoles de délégation de tâches... Les priorités de santé publique en santé au travail sont recevables par le médecin du travail. Il a le devoir de les prendre en compte.

Si nous prenons l'exemple d'une action pluridisciplinaire décidée par la CMT : la participation du médecin du travail reste de sa responsabilité individuelle. Toutefois la circulaire (du 9 novembre 2012) dans son chapitre 2.2.1. précise que « le médecin du travail doit (...) inscrire son action dans le cadre des orientations définies notamment par le projet pluriannuel de service... ». Mais en cas de refus, devant qui devra-t-il en répondre ?

Le CISME tente d'inclure dans le modèle de contrat de travail des médecins, une clause d'obligation de participer au projet de service, avec possibilité de sanction par le Conseil d'administration. Ne s'agit-il pas d'une clause léonine ?

### De la discussion il résulte ce qui est acquit :

- Les avis et propositions de la CMT ne peuvent aborder des éléments opposables à la responsabilité personnelle des médecins du travail.
- La CMT ne saurait mettre en discussion des éléments qui seraient opposables à la pratique du médecin du travail.
- La responsabilité personnelle du médecin du travail ne peut être subordonnée aux décisions de la CMT.

## COMMENT ENTROUVRIR UNE DYNAMIQUE DE SUBVERSION ?

Les CMT sont absentes des services autonomes, Mais certaines entreprises (EDF) avec services autonomes créent des CMT. Pourquoi ?

Le CA a un pouvoir de contrôle sur les CMT et sur les commissions de contrôle. Or le CA est un organisme de gestion de l'entreprise alors que la CMT est un organisme de représentation des salariés élus.

La CMT a un rôle de proposition du projet de service qui nécessite l'approbation du CA. De même c'est le CA qui génère le CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens).

Certes la CMT a uniquement un pouvoir de proposition, mais le pouvoir de « dire » ne s'efface pas devant le pouvoir de la réglementation.

N'est-il pas confortable et nécessaire de ne pas être les décideurs ?

## RÉUNION MÉDICALE PRÉPARATOIRE ENTRE MEMBRES DE L'ÉQUIPE MÉDICALE

Plusieurs médecins du travail font part de leur expérience d'une réunion préparatoire, préalablement aux réunions de CMT. Cela permet :

- Une concertation préalable nécessaire entre les membres de l'équipe médicale.
- De formaliser l'équipe médicale.
- D'identifier des points de l'ordre du jour portés par l'équipe médicale.
- De définir des points de consensus entre les membres.

Le nombre de médecins au sein de la CMT n'est pas limité à quatre, mais à un délégué par secteur. L'art. R.4623-17 ne s'applique qu'à la Commission de contrôle et au CA, pas à la CMT, car il succède à l'art. R.4623-16 qui précise la participation des représentants des médecins du travail à ces organismes de contrôle.

Art. R. 4623-17 (Code du travail)  
Dans les services autonomes de santé au travail, les délégués des médecins du travail sont élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit médecins, dans la limite de quatre titulaires et quatre suppléants. Dans les services interentreprises, ils sont élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant par secteur, dans la limite de quatre titulaires et quatre suppléants...

## LES DANGERS DU VOTE MAJORITAIRE AU SEIN DE LA CMT

En principe les décisions se prennent par un vote, mais alors les médecins peuvent se trouver minoritaires au sein de la CMT. N'est-il pas dangereux d'utiliser le vote au sein de la CMT ? Elle risque alors d'apparaître, non pas comme une force de proposition, mais comme un parlement entérinant

des décisions. Le vote peut être terrifiant de danger s'il prétend régir la pratique des médecins du travail dans le domaine de sa responsabilité individuelle. Ce serait alors la négation des pratiques diversifiées. La CMT risque de se transformer en réunion de managers pour gérer la pluridisciplinarité. Le vote écrase les divergences et ne rends pas compte de la diversité des opinions. N'est-il pas plus utile de retranscrire ces opinions respectives, y compris les minoritaires.

Par comparaison on peut donner l'exemple des CHSCT où les médecins du travail ne participent pas aux votes. Mais ils donnent un avis motivé (apparaissant au compte rendu) qui est parfois beaucoup plus marquant qu'un simple vote.

Le pire réside dans l'unanimité qui entérine un compromis avec la direction. Parfois, le vote au sein de la CMT est utilisé pour valider les positions de la direction. C'est le débat qui permet la progression des idées, il est important de faire ressortir les divergences, de ne pas étouffer les positions minoritaires

Certes le vote est simplificateur, mais parfois le vote permet de clore les débats et quand on est sûr de son résultat, le vote légitime un point de vue.

La CMT ayant un rôle consultatif, c'est à l'autorité qui consulte (la direction) de décider, de prendre sa responsabilité.

## LES RELATIONS ENTRE LES DIFFÉRENTS PARTICIPANTS AU SEIN DE LA CMT

### IPRP

Les interventions des IPRP à la demande des entreprises ou des directeurs de service, relèvent elles de la CMT ? (Art. L.4644-1). Dans le cadre de l'art. L.4644-1, il est précisé que ces interventions nécessitent l'avis du CHSCT ou des DP, mais le mot « pluridisciplinaire » n'est pas présent. Or la CMT ne peut traiter que « des actions à caractère pluridisciplinaire » (art. D.4622-28).

*Article L.4644-1 (Code du travail)*  
 À défaut, si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités, l'employeur peut faire appel, après avis du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, en son absence, des délégués du personnel, aux intervenants en prévention des risques professionnels appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère...

De même, les GIE mettant à la disposition des entreprises des IPRP sont hors du champ de compétence des CMT.

Exemple de pratique : dans un SST, des entreprises demandent l'intervention d'IPRP. Le médecin du travail de l'entreprise est interrogé, mais s'il refuse, les interventions d'IPRP se font quand même. Cela pose le problème du statut des IPRP qui ne bénéficient pas comme les médecins, d'indépendance professionnelle.

### INFIRMIERS

Les infirmiers des services de santé au travail ont à la fois un rôle propre, de leur compétence et responsabilité, mais aussi un rôle subordonné au médecin du travail, puisqu'ils n'agissent que dans le cadre de protocole écrit par le médecin du travail.

La responsabilité du médecin se trouverait engagée, d'une part, s'il n'écrivait pas ces protocoles et d'autre part s'il ne faisait pas respecter l'indépendance de l'infirmier.

Si un infirmier travaille avec plusieurs médecins, il est logique que chaque médecin élabore son propre protocole.

Se pose le dilemme de différences importantes dans les protocoles entre deux médecins. L'infirmière risque de se trouver écartelée entre deux logiques de fonctionnement.

Cela démontre la nécessité de construire des relations de confiance entre médecin du travail et infirmière. Chaque certificat d'ESTI (Entretien de Santé au Travail Infirmier) ne devrait-il pas comporter le nom du médecin responsable.

*Article R.4311-1 (Code de santé publique) – L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.*  
*Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.*  
*Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.*

*Art. R. 4623-30 (Code de santé publique) – Dans le respect des dispositions des articles R. 4311-1-42 et suivants du Code de la santé publique, l'infirmier exerce ses missions propres ainsi que celles définies par le médecin du travail, sur la base du protocole mentionné à l'article R. 4623-14 du présent code.*

## FONCTIONNEMENT DE LA CMT

### RÔLE DE LA CMT SUR LES CONVENTIONS SIGNÉES (AVEC CARSAT, ETC.)

Ces conventions sont soumises au CA du service et pas aux CMT. Par contre il semble légitime qu'une convention signée avec une entreprise soit discutée en CMT.

### LIMITES DE COMPÉTENCES DE LA CMT

Attention aux risques de concurrence entre la CMT et d'autres organismes tel le CE. Exemple, la CMT n'a pas compétence pour intervenir dans un litige entre médecin et infirmières. La compétence de la CMT s'arrête là ou commencent les prérogatives des autres organismes et les responsabilités propres du médecin du travail.

### LE PRÉSIDENT, LA DIRECTION

Nous avons vu (enquête SNPST) que les directions des services ont largement confisqué le fonctionnement des CMT.

Toutefois rappelons que le président du service est membre de droit et qu'il peut se faire représenter. Mais rien dans le texte n'indique que plusieurs membres de la direction puissent assister aux CMT. Dans ce cas de figure il devrait y avoir un vote de l'ensemble de la CMT pour inviter telle ou telle personnalité. Par ailleurs, si le président du service est membre, il n'a pas de rôle de présidence de la CMT.

*Circulaire 9 novembre 2012 : chapitre 1.2.4. La commission médico-technique, une instance professionnelle (...) les modalités de sa mise en place, sa composition, et son fonctionnement.*  
*La commission médico-technique est dédiée aux échanges professionnels entre les médecins du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, en présence du président du SSTI ou de son représentant.*

## LE COMPTE RENDU

Il est essentiel de ne pas laisser la rédaction du compte rendu uniquement à la direction. Les points de vue des médecins, surtout s'ils sont minoritaires, méritent d'être reportés et individualisés. La question de la diffusion de ce compte rendu mérite d'être posée. Elle pourra être abordée dans le règlement intérieur de la CMT. Mais il ne faut pas oublier que le compte rendu sert aussi à rendre compte aux électeurs des participants à la CMT.

### Ce qui est acquis :

**Au sein de la CMT, l'équipe médicale (médecins et infirmiers) est subrogée au respect du Code de santé publique et au Code du travail. Les autres membres de la CMT sont uniquement régis par le Code du travail.**

## LE SECRÉTARIAT DE LA CMT

Plusieurs médecins exposant leur expérience de fonctionnement de CMT, montrent qu'il est préférable que le secrétariat ne soit pas assuré par la direction.

## L'ORDRE DU JOUR

Pourra être établi par le secrétaire. Les questions mises à l'ordre du jour par l'équipe médicale, notamment lors des réunions préparatoires, devraient être bien individualisées.

## Expériences :

Une participante relate son expérience du fonctionnement de la CMT au sein de son service interentreprises :

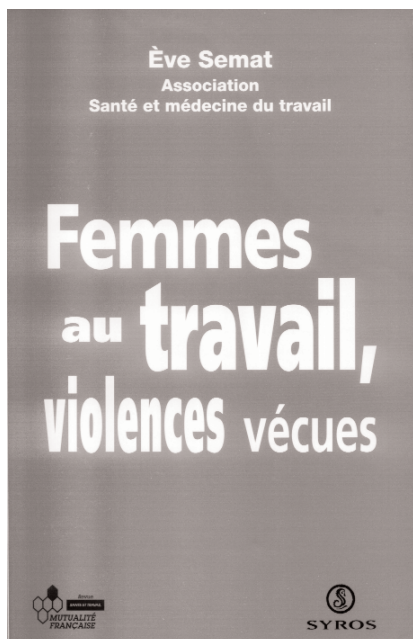
« Je n'ai que peu d'expérience, je n'ai participé qu'à deux CMT dans mon service, consacrées essentiellement à l'agrément auprès de la DIRECCTE. Mais je relève des manœuvres qui faussent la démocratie au sein de la CMT, par exemple :

- la création de sous commissions afin de gagner du temps, cela permet l'adoption de mesures non débattues par l'ensemble des participants ;
- des protocoles infirmiers adoptés par un petit groupe de médecins sans l'accord de l'ensemble des confrères ;
- la limitation de la durée des débats est un autre moyen de limiter l'expression des positions et les débats ».

Ainsi la CMT a été amenée à accepter de limiter la périodicité des visites médicales en fonction du temps médical disponible, et renonce à exiger du temps médical supplémentaire (embauche), même au risque de se trouver dans l'illégalité. L'objectif est d'espacer les visites par les médecins et de les remplacer par des infirmières.

Des décisions de la CMT qui empiètent sur la responsabilité individuelle du médecin du travail :

Des mesures d'« harmonisation » des pratiques médicales. Bien que l'harmonisation ne soit pas synonyme d'uniformisation, il faut se poser la question du qui ? Comment ? Pourquoi ?



Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Eve SEMAT  
 Vente en librairie – Prix : 28,20 € –  
 Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75013 Paris

# L'ALERTE MÉDICALE COLLECTIVE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

**Compte rendu du Congrès de l'association SMT des 1<sup>er</sup> & 2 décembre 2012**  
**Jean-Marie EBER, Alain RANDON, rapporteurs**

Cette « alerte » dans la loi est un fait récent. Elle n'est pas apparue dans la réglementation au moment du droit d'alerte dans les CHSCT. Elle est portée par contre par l'association SMT dans l'espace public de l'entreprise.

Historiquement, sans être nommé précisément, ce signalement des risques existait de fait dans des écrits obligatoires, où le médecin du travail notait, à destination de l'entreprise et des préventeurs qui en étaient destinataires, les nuisances auxquelles le salarié lui paraissait soumis.

Ces documents existent toujours à savoir :

- le rapport annuel obligatoire pour tout médecin
- la fiche d'entreprise dont l'obligation a été étendue progressivement à toutes les entreprises de la plus grande à la plus petite.

Maintenant l'article L.4624-3 du Code du travail devient très précis sur l'alerte médicale : « *Le médecin du travail qui constate un risque pour la santé des travailleurs propose, par un écrit motivé et circonstancié, des mesures visant à la préserver ; l'employeur doit prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, doit faire connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.* »

Les propositions du médecin du travail et de l'employeur sont tenues à la disposition du CHSCT ou, à défaut, des délégués du personnel, de l'inspection du travail, des agents de service de prévention des organismes de la Sécurité sociale ou des organismes professionnels de prévention. En pratique, certains CHSCT votent en séance une motion où ils demandent « à être destinataire des alertes et de la réponse de l'employeur ».

Inversement, si le médecin du travail est saisi par l'employeur d'une question relative à sa mission générale de prévention de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment la surveillance de leurs conditions d'hygiène au travail, des risques de contagion et de leur santé, il fait connaître ses préconisations par écrit.

À la lecture du texte de loi plusieurs questions se posent :

## **QUEL EST LE RÔLE PRÉCIS DU MÉDECIN DU TRAVAIL ?**

### *IL PORTE L'ALERTE.*

Cette alerte a pour thème l'information sur les risques. Le terme de la loi, c'est un constat des risques, ce qui constitue le travail du médecin par la veille médicale. Il peut être confronté au risque pour un individu ou un collectif. Il doit passer toujours de l'individuel au collectif.

### *COMMENT PORTER L'ALERTE ?*

- Le médecin du travail le fait par un courrier à l'employeur.
- Il pourrait la faire au CHSCT, et le CHSCT la prend à son propre compte. Il peut l'intégrer dans la fiche d'entreprise.

L'avantage de ces deux méthodes, c'est que les salariés y ont accès.

- Il peut donner un certificat médical. Le certificat médical remis au salarié n'est pas une alerte ; ce dernier l'utilisera s'il le souhaite et au moment où il le veut. On pourrait écrire dans une alerte « certificat remis au salarié ». Mais là on désigne nommément un salarié, et nous devons garder à l'esprit que tout cas individuel doit être traduit en alerte collective. Faire un certificat argumenté pour le salarié soumis à des risques n'est utile que s'il y a l'idée de faire du droit.

- La fiche d'aptitude pointe le doigt sur une personne : le médecin du travail constatant une dégradation sur un cas individuel très grave fait une préconisation de sauvegarde (ce qui peut être stigmatisant pour l'individu en question).

### *À QUI EST DESTINÉE L'ALERTE ?*

À l'employeur avant tout. Un double peut être remis à l'inspecteur du travail et au secrétaire du CHSCT par exemple. Par

contre il ne faut pas impliquer le Médecin inspecteur du travail. On ne doit pas demander à d'autres de cautionner notre avis.

Une difficulté existe dans les PME/PMI et les TPE lorsqu'il n'existe ni CHSCT ni DP. En cas d'absence de réaction de l'employeur, la copie de l'alerte à l'inspection du travail est discutée.

Deux règles peuvent être rappelées :

- faire savoir à l'employeur que le médecin écrit dans le dossier médical
- la notion de certificat médical argumenté (qui dans les faits limite le recours au droit, mais doit pouvoir ouvrir le droit).

Règle générale :

- s'entretenir avec les pairs
- prendre ses responsabilités

N.B. : Il ne faut jamais voir l'employeur avant de porter une alerte par écrit. On écrit d'abord, puis on explique à l'employeur. Notre inquiétude professionnelle n'est pas cogérable avec l'employeur.

#### FAUT-IL FAIRE DES PRÉCONISATIONS ET LESQUELLES ?

Cette alerte est centrée sur des préconisations par écrit mais sans être substitutives aux choix de l'employeur. Se pose la question : le médecin du travail est-il considéré comme un spécialiste HSE ? L'est-il vraiment ?

Il faut que le « collectif médecin » puisse se donner les moyens de renforcer ses savoir-faire. Jusqu'à présent nous n'avons pas fait de travail de confrontation pour apprendre à énoncer des conseils du côté du travail, savoir jusqu'où aller en restant dans le champ de nos compétences. Il s'agit de donner sens à ce que serait une préconisation du médecin du travail et d'apprendre à la borner.

Si nous arrivons à la conclusion qu'il ne faut jamais mettre le doigt dans la préconisation, nous devons nous référer aux contraintes du travail, en élaborant une traçabilité collective relativement liée à la traçabilité individuelle et mettre en place des critères d'inter comparabilité entre les conditions de travail des divers salariés.

Pour la préconisation il s'agit de s'appuyer sur l'avis des personnes qui travaillent et dégager ensemble des voies d'amélioration. Un lieu de discussion est donc nécessaire.

Le médecin du travail fait des hypothèses, donne des pistes et peut formuler des propositions (telles que des changements de poste) et ou des préconisations (conseiller ou recommander des améliorations).

Attention : parfois il faut prendre des mesures rapides, des dispositions conservatoires. Dans ce cas d'alerte aiguë ou grave, si elle n'est pas faite rapidement et explicitement, il

peut y avoir des suites juridiques. L'alerte, c'est engager potentiellement du droit. L'employeur pourrait accuser le médecin de n'avoir rien fait.

L'alerte introduit une idée de rupture nécessaire par rapport à une situation de travail délétère qui ne peut perdurer. Par cette alerte nous rendons attentif l'employeur sur des conditions de travail à améliorer. Soit nous avons les compétences nécessaires et nous pouvons faire des préconisations, soit nous n'avons pas la compétence et nous recommandons à l'employeur de s'aider de personnes extérieures. Il pourra s'entourer d'experts ou de salariés plus compétents.

Le médecin du travail est dans l'évitement du risque, il doit éclairer aussi loin qu'il le peut. Il sert l'employeur pour assumer ses responsabilités. L'alerte oblige l'employeur à agir dans un cadre contraint ; elle peut être déstabilisante quant à son organisation du travail, mais elle crée des conditions pour qu'il agisse.

La mise en visibilité de l'alerte par copie à un tiers, peut permettre à l'employeur d'élargir des marges de manœuvre limitées et de rompre un enfermement ressenti.

Une fois que les employeurs ont l'habitude de nos alertes et voient qu'elles sont utiles, ils réagissent positivement.

## CONCLUSION

**L**e mot « alerte » porte en lui un certain degré de gravité. Il s'agit d'alerter dès que nous repérons un risque, pas forcément grave : c'est la veille médicale. Dès lors qu'il y a un risque pour la santé (prévention primaire), nous devons formuler des propositions pour préserver la santé.

L'alerte est une question de responsabilité. (un juge d'instruction dira : « Avez-vous prévenu ?, Où est l'écrit ?, Quand et comment l'avez-vous fait ?, Qu'a fait l'employeur ? »)

L'alerte est adressée, elle a un interlocuteur.

Conditions de l'alerte :

- Elle ne prend pas en compte les problèmes économiques.
- Elle est centrée uniquement sur la préservation de la santé des travailleurs.
- Elle trace des éléments du travail réel ou ce qui fait difficulté.
- Elle doit être catalyseur d'expressions qui se seraient manifestées.
- Elle n'est pas seulement un élément réglementaire, mais elle est un objet professionnel, un acte clinique qui ouvre un espace au niveau de la construction de la santé par rapport au travail.

# **LE DEVOIR D'ALERTE COLLECTIVE DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

**Dominique HUEZ, médecin du travail**

## **LE DEVOIR D'ALERTE MÉDICALE DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

**A**vec la loi du 3 juillet 2011 réorganisant la médecine du travail, un devoir d'alerte médicale formalisée, motivée et circonstanciée a fini par émerger réglementairement. L'alerte médicale est un écrit pérenne pour saisir la gravité de la situation et agir en conséquence pour améliorer les conditions de travail. Le médecin du travail doit assumer seul la responsabilité de ses constats médicaux de gravité comme le lui permet sa mission réglementaire, pour privilégier la discussion sur ce qui fait difficulté dans le travail.

Ainsi le médecin du travail adresse son alerte à l'employeur et la tient à disposition du CHSCT ou à défaut des représentants du personnel, qu'il en informe. Le médecin du travail y identifie des risques du travail responsables des graves effets pour la santé qu'il veut prévenir ; il indique le processus qui permettrait de les supprimer, mais il n'arbitre pas les choix entre l'économique et la santé qui relèvent de l'employeur.

L'alerte du médecin du travail permet de « tracer » concrètement le constat d'un processus délétère entre « l'activité de travail » d'un collectif de travail et leur santé.

Le médecin du travail par son alerte médicale aide à remettre les conditions du travail réel en discussion, pour faciliter sa transformation dans un sens favorable à la santé. Le passage à l'action de transformation des situations de travail passe par la mise en visibilité du risque et la délibération sur ses déterminants que permet spécifiquement l'exercice du devoir d'alerte médicale. Ceci permet aux salariés de recouvrer si besoin, leur « pouvoir d'agir ».

La mise en œuvre d'une « Alerte médicale » par le médecin du travail est grandement facilitée si le médecin du travail considère que la « Veille médicale des effets du travail sur la santé » relève de sa responsabilité, et qu'elle permet l'analyse de ce qui fait difficulté dans l'activité de travail et le « travailler » des agents.

Le rôle des « travailleurs sentinelles » sera souvent déclenchant du devoir d'alerte du médecin du travail. Mais généra-

lement la situation de ces derniers restera, pour les préserver, invisible aux destinataires de l'alerte, volontairement du point de vue du médecin du travail.

C'est ainsi à partir de telles situations cliniques que le médecin du travail réanalysera la situation d'un collectif de travail, en recevant en consultation spécialement une partie de celui-ci, ou en retournant à leurs dossiers médicaux pour analyser ses « traces cliniques », ou en utilisant un système de veille médicale plus quantitatif qui l'amènera de toute façon à réexaminer ses notations cliniques individuelles.

## **LES FINALITÉS PRÉVENTIVES DE L'ALERTE MÉDICALE**

**S**on rôle est de prévenir les situations de travail qui font grande difficulté, dispute ou empêchement pour la santé des travailleurs. Elle peut apparaître nécessaire du fait de la gravité d'une situation individuelle emblématique. Elle concerne aussi les situations de collectifs de travail que le médecin du travail considère comme grave du fait des risques potentiels ou avérés, notamment celles pour lesquelles les constats antérieurs du médecin du travail, n'ont pas été prises en compte. L'alerte médicale relate très concrètement ce qu'a compris ou constaté le médecin du travail des difficultés de réalisation du travail et l'impact que cela a pour la santé des salariés. Ce qui est visé est la reconnaissance par les salariés et l'encadrement, de ces situations concrètes de travail pour mettre en débat les questions d'organisation du travail. Le médecin du travail trace alors par écrit son « diagnostic de la situation », et « prescrit » des recommandations médicales pour préserver la santé au travail. Par son alerte médicale il aide à remettre les conditions du travail réel en discussion, pour faciliter sa transformation dans un sens favorable à la santé.

La finalité de l'alerte médicale est tournée vers l'espace public interne de l'entreprise, c'est-à-dire les partenaires sociaux, les structures internes de prévention principalement le CHSCT et les DP en leur absence, et les « collectifs de travail » concrètement concernés par leur contenu. Des discussions pourront y naître dans des lieux formels et règlemen-

taires, ou dans les « espaces de discussion ou de respiration » du quotidien des collectifs de travail. Le métier du médecin du travail est de contribuer à y remettre le travail réel en discussion, de mettre « le travailler » en débat, et de le situer au centre d'un projet d'amélioration de l'organisation du travail. Ce faisant, il permet à la collectivité de comprendre différemment la situation en intégrant la place déterminante de l'activité de travail, des relations sociales qui s'y nouent et de l'engagement subjectif des salariés. Les acteurs sociaux peuvent ainsi prendre leurs responsabilités, et les salariés réinvestir collectivement les discussions concernant l'organisation du travail et les règles professionnelles qu'ils y déploient en ce qu'elles concernent leur santé.

Il s'agit ainsi de permettre à l'employeur de mieux répondre à son obligation de sécurité de résultat et notamment à ses implications préventives, en prenant en compte les éléments tangibles des liens entre le travail et ses effets délétères pour la santé que lui « signifie » cette alerte médicale. Le médecin du travail ne doit pas être gestionnaire des risques en prescrivant à l'employeur des « solutions », sinon son efficacité et sa légitimité professionnelle seront altérées, car il doit agir exclusivement du point de vue de la construction ou de la préservation de la santé au travail.

La pratique d'alerte médicale collective peut permettre de mettre en délibération collective, de multiples façons, les difficultés de réalisation du travail. Ce travail pour être productif est plus efficace entre « pairs ». Mais pour permettre la visibilité de ce constat et en valider des pistes d'action, le travail peut débiter par exemple en présence de l'encadrement supérieur et du secrétaire du CHSCT. L'objectif d'un travail entre salariés à partir d'une alerte médicale est de permettre aux salariés de « socialiser » ce qu'ils considèrent comme des difficultés professionnelles et de sortir d'un processus délétère. Il vise principalement une compréhension, du côté du travail et de son organisation concrète, de la façon dont les agents tentent de réaliser leur tâche pour en repérer ce qui y fait obstacle ou « dispute ». Ces réunions permettent de réengager le débat sur le travail qui serait bloqué, et de rouvrir une voie à l'action de transformation de l'organisation du travail pour les différents protagonistes, en permettant de prendre en compte un point de vue à partir du « réel du travail ». Suite à une alerte, le rôle du médecin du travail n'est plus nécessaire quand le moment des décisions de l'employeur apparaît.

## **LA FORME NÉCESSAIREMENT ÉCRITE DE L'ALERTE MÉDICALE DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

**L**a réglementation depuis la loi de juin 2011, préconise au médecin du travail un écrit motivé et circonstancié. Le médecin du travail décrit précisément ce qu'il constate et à quoi il se réfère pour affirmer un risque. L'alerte médicale doit comporter un constat concernant la gravité d'une situation de travail. Elle doit décrire le lien que le médecin du travail fait entre les conditions de travail, environnementales, organisationnelles ou sociales de travail, et la santé au tra-

vail. Elle doit être à la fois être précise, mais restée ouverte à des éléments non connus du médecin du travail. Ce texte écrit constitue une trace de l'intervention du médecin du travail et « fait date ». En endossant seul un diagnostic d'effet du travail pour la santé comme son métier l'exige et ce dont pourquoi il est formé, le médecin du travail permet un débat sur le travail affranchi de l'arrière fond délétère qui souvent empêche d'agir. En procédant ainsi, il peut permettre la délibération sur des éléments très concrets de l'organisation du travail qu'il a repérés. Le médecin du travail contribue ainsi à ouvrir un certain nombre de pistes de prévention pour que l'employeur puisse s'en saisir. L'aspect pérenne de « l'écrit » représente pour le médecin du travail une protection majeure face à d'éventuelles pressions, et peut paradoxalement faciliter le déploiement de « l'obligation de sécurité de résultats de l'employeur ».

L'argumentaire d'une l'alerte médicale est rédigé exclusivement du côté de qui fait difficulté dans l'activité de travail. Le médecin du travail confronte les éléments de santé qu'il a recueillis aux éléments de l'organisation qui sont susceptibles d'être à l'origine d'un processus délétère. Pour cela, le médecin du travail s'appuie sur ses constats de clinique médicale du travail comme des éléments dépressifs, anxieux, troubles du sommeil ou des atteintes organiques. Une alerte peut faire apparaître des références scientifiques sur laquelle le médecin fonde son avis, par exemple pour les RPS, le Rapport d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux. Les références peuvent également être des références réglementaires sur lesquelles le médecin s'appuie pour ses préconisations de prévention.

Pour argumenter une alerte collective, le médecin du travail peut s'appuyer sur ses dossiers médicaux où il a noté sa compréhension des difficultés de santé au travail du salarié. Un système de Veille médicale en santé au travail facilite le devoir d'alerte médicale. Des médecins du travail ont parfois l'habitude dans leur rapport annuel, de rédiger des petites monographies collectives instruisant le lien santé-travail qui s'y appuie. Les traces des interventions du médecin du travail thésaurisées antérieurement dans sa fiche d'entreprise, son rapport d'activité ou ses interventions en CHSCT lui seront très utiles. Ce peuvent être aussi les déclarations en accident du travail ou en maladie professionnelle des effets du travail sur la santé en appui desquelles le médecin du travail a pu fournir une attestation médicale concernant le lien santé travail.

Selon l'article L.4624-3 du Code du travail, le médecin adresse son alerte à l'employeur et la tient à disposition du CHSCT ou à défaut des représentants du personnel. Comme conseiller de la représentation du personnel, il devrait leur transmettre ou leur faire connaître l'exercice de son devoir d'alerte.

## **L'ALERTE MÉDICALE S'ADOSSE À LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL**

**P**our les agents suivis par le médecin du travail au cours des consultations médico-professionnelles, de courtes notes



cliniques ou des éléments beaucoup plus développés peuvent être tracés au dossier médical à la fin de la consultation. Dans les situations complexes, une synthèse y est rédigée à la suite des notes de travail. Les diagnostics argumentés ou les incertitudes cliniques y sont tracés. Pour argumenter cliniquement une alerte collective, le médecin du travail peut s'appuyer alors sur une « écriture clinique compréhensive » du côté du « travailler » individuel et collectif notée au dossier médical de médecine du travail, dont il pourra trouver trace en reprenant des dossiers individuels « sélectionnés ».

Grace à la mise en visibilité par l'alerte médicale de ce qui fait difficulté dans les situations de travail, les sujets peuvent reconstruire ou libérer une pensée propre autour du travailler, ayant trouvé ou retrouvé des mots pour le dire.

En faisant le lien dans son alerte médicale entre la santé et le travail des salariés, le médecin du travail peut permettre la mise en délibération sur des éléments très concrets de l'organisation du travail et des relations sociales, qu'il a repérées dans son investigation par la clinique médicale du travail lors de ses consultations médicales. Le médecin du travail peut présenter son alerte médicale au collectif de travail concerné, mais c'est ses constats, mêmes imparfaits sur ce qui fait difficulté dans le travail, qui doivent pouvoir y être discutés, les diagnostics médicaux sur le lien santé – travail et leur gravité relevant de la responsabilité personnelle du médecin du travail.

Pour agir de façon renouvelée, l'employeur destinataire de l'alerte médicale pourra s'adosser aux constats d'un professionnel spécialisé, le médecin du travail, qui « endosse », comme c'est sa mission règlementaire, la responsabilité du « lien santé-travail », laissant la responsabilité de l'action de prévention à l'employeur, comme « l'obligation de sécurité de résultats » la cadre réglementairement.

Ainsi le médecin du travail apporte un nouvel éclairage et permet aux partenaires sociaux d'exercer leur responsabilité en réexaminant les questions, pour prendre en compte les liens entre le travail et ses effets délétères pour la santé révélés par le médecin du travail. Le médecin du travail y identifie des risques ignorés, et les resitue en importance par rapport à d'autres risques. Il naît de ce développement de la

pensée sur le « travailler », la possibilité d'agir ensemble pour améliorer leurs conditions de travail. Dans certains cas, cela se manifeste par la recréation de savoir-faire collectifs de métier, de prudence, de résistance, de transformation, pouvant aboutir à l'amélioration de leurs conditions de travail. Le médecin n'est plus présent dans ces actions, mais il a contribué à restaurer la pensée et cela permet ensuite un travail coopératif d'évolution du travail.

Secondairement, en cas d'obstacle à la prise en compte d'une alerte médicale, elle pourra être prise en compte par des acteurs externes chargés de dire le droit. Dans certaines situations, cela peut alors déboucher sur des engagements de responsabilité juridique des employeurs, en s'appuyant éventuellement sur les constats écrits laissés par les médecins du travail. L'alerte médicale est alors utile aux inspecteurs du travail et aux juges qui ne peuvent pas avoir accès directement aux informations sur la dégradation de la santé en lien avec le travail. Cela leur est interdit par la loi de 1989 sur l'interdiction de la discrimination par la santé, et du fait de la préservation du secret médical cadré par le code de la santé publique.

**L'écrit du médecin du travail attestant du lien entre l'activité de travail et la santé des travailleurs que constitue une alerte médicale devant un risque notable, est aujourd'hui un des socles de son action préventive collective. Cette alerte permet l'action de transformation des situations de travail par la délibération sur ses déterminants. Le médecin du travail facilite par cela le pouvoir d'action des partenaires sociaux et le pouvoir d'agir des salariés.**

Vente en librairie – Prix : 17,50 € –  
Éditions PRIVÉ – 2008 – 185 pages



# UN SUCCÈS POUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL : L'ABROGATION PARTIELLE DU DÉCRET N° 2012-137

*Alain CARRÉ, médecin du travail*

Certaines dispositions du décret N° 2012-137 ont été abrogées par le Conseil d'État. L'association SMT était partie prenante dans cette cause.

Même si on peut être déçu par la modicité du résultat, cette décision est un désaveu pour la haute administration qui a participé au détricotage de la médecine du travail, en appuyant le vote de la loi et en promulguant les décrets d'application.

Ce texte, rédigé dans l'urgence du changement de mandature, qui privilégie systématiquement l'intérêt des employeurs au détriment de l'intérêt de la prévention primaire de la santé des salariés, comporte de nombreuses imperfections de rédaction et des contradictions entre des dispositions réglementaires relevant de codes distincts, notamment avec certaines dispositions du Code de la santé publique. Sans rentrer dans le détail, par exemple, la protocolisation écrite du rôle propre des infirmiers est contraire aux principes d'indépendance de cette profession.

Rappelons les raisons de l'opposition d'une partie de la profession. Ce corps réglementaire

➤ **construit la confusion** entre d'une part des services qui exerceraient une mission privée d'appui aux obligations de prévention des employeurs et d'autre part des services de médecine du travail investis exclusivement d'une mission d'ordre public social afin d'assurer la protection de la santé au travail des travailleurs, en mettant en place des actions de prévention primaire. Ce faisant, sont confondues dans une seule entité les missions définies dans le cadre de l'article 7 de la directive européenne 89/391 et celles définies à l'article 14.

➤ **donne les moyens aux employeurs** de peser sur l'indépendance technique des médecins du travail, tout d'abord dans les services interentreprises. Si le médecin y anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire, les

membres non médecins, sans statut d'indépendance sont placés sous l'autorité du directeur du service, lui-même subordonné au président et au Conseil d'administration lequel est verrouillé par la voix prépondérante du président-employeur. Le projet de service de la Commission médico-technique est subordonné à l'accord du Conseil d'administration, lequel souscrit le contrat d'objectifs et de moyens. Dans ce cadre, le contrôle social de la Commission de contrôle, renforcé sur le papier du côté de la représentation des salariés, est en fait systématiquement doublé par des prérogatives semblables du Conseil d'administration qui a prééminence.

➤ **oblige le médecin du travail**, dans les services d'entreprise, même si celui-ci y incarne techniquement en toute indépendance le service de santé au travail, à assumer des missions qui ne relèvent pas du cadre public social. Il doit le faire en coordination avec l'employeur et ses préposés en matière de prévention ce qui peut aggraver la perte de spécificité. En fonction de l'influence de l'employeur et des moyens alloués, les nouvelles obligations de traçabilité collectives et individuelles prévues, à juste titre, par les textes pourraient en faire un parfait fusible en responsabilité.

➤ **introduit une ambiguïté** sur la nature de la pluridisciplinarité, initialement dédiée à apporter des compétences complémentaires à l'action de prévention primaire du médecin du travail. Dans les deux types de service, cette pluridisciplinarité est en partie ou en totalité détournée de ce projet pour apporter une aide aux obligations de prévention de l'employeur.

➤ enfin du fait du positionnement différent du médecin du travail, selon la nature du service de santé au travail, **cette réglementation rompt l'égalité de traitement entre les salariés**, selon le type de SST qui assure leur suivi médical.

Même si l'argument juridique d'abrogation est l'absence de présentation préalable du décret au Conseil d'État de certaines dispositions du décret N° 2012-137, quelques uns de ces articles sont emblématiques des dérives que nous dénonçons. Ainsi :

➤ **concernant la fiche d'entreprise**, ce document est constitutif de la responsabilité de moyen du médecin du travail en matière de repérage spécifiques des risques d'altération de la santé et pèse sur l'obligation de résultat de l'employeur en matière de prévention. Or, le texte qui a été censuré (D.4624-37) introduisait une différence entre d'une part le service d'entreprise, dans lequel la fiche d'entreprise est établie et mise à jour par le médecin du travail, et d'autre part, le service interentreprises dans lequel ce rôle est dévolu à l'équipe pluridisciplinaire. Cela permettait de tempérer la rédaction en pesant sur les membres non médecins de l'équipe pluridisciplinaire sans statut d'indépendance.

➤ **concernant le rapport annuel**, le texte précédent précisait que c'est le médecin qui présente son rapport annuel à l'organisme compétent. Dans le texte censuré (D.4624-43) le rapport annuel est simplement remis à l'organisme par le médecin du travail et il n'est plus précisé qu'il doit être présenté personnellement par le praticien. L'article R.4623-16 pourrait permettre d'y substituer des représentants des médecins et non le médecin du travail concerné. Cela laisse le champ libre à l'employeur pour commenter, sous son autorité, les écrits du médecin du travail hors de sa présence. Il se pourrait donc que ce rapport qui fonde, faut-il le rappeler, la responsabilité du médecin, non seulement auprès de l'organisme et de la tutelle, mais aussi en cas de litige, soit l'objet d'un examen hors de la présence du praticien. Ce temps qui devrait être essentiel pour exprimer des difficultés ou des désaccords aurait pu dorénavant ne plus avoir lieu.

➤ **concernant la nature de la tutelle**, deux des articles censurés mettaient à l'écart l'inspecteur du travail en y substituant le directeur régional du travail (DIRECCTE). Alors qu'auparavant la fiche était tenue à disposition de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur du travail, le texte censuré (D.4624-40) substituait à l'inspecteur du travail le DIRECCTE. Parallèlement, alors que l'envoi du rapport annuel permettait dans le texte précédent, optionnellement, d'adresser le rapport annuel soit à l'inspecteur du travail soit au DIRECCTE, le texte censuré (D.4624-44) réservait cet envoi au DIRECCTE. Comme cela est le cas dans d'autres nouveaux articles, le Directeur régional du travail (DIRECCTE), dont l'indépendance vis-à-vis de l'administration centrale est moins affirmée, se substitue à l'inspecteur du travail couvert par un statut protecteur. Seul l'inspecteur du travail est autorisé à constater et à verbaliser un délit, par exemple une atteinte à l'indépendance du médecin du travail.

Outre le désaveu de l'administration, cette décision permet

➤ d'ouvrir à nouveau le dialogue sur le double statut de la médecine du travail selon qu'elle s'exerce en entreprise ou en interentreprises ;

➤ d'évoquer la confusion entre la mission d'ordre privé d'aide à la prévention dans le cadre de l'obligation de sécurité de résultat et la mission d'ordre public social de prévention primaire de la médecine du travail ;

➤ de revisiter les garanties de l'indépendance technique des médecins du travail et des autres acteurs de la pluridisciplinarité.

*Chère lectrice, cher lecteur*

*L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel – 10 000 € (impression et routage) – pour un tirage à 1 500 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.*

*Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir en page 70).*

*En vous remerciant à l'avance.*

*Le bureau de l'ass. SMT*

# PRÉSERVATION DU MÉTIER FACE À LA RÉFORME

Compte rendu du Congrès de l'association SMT des 1<sup>er</sup> & 2 décembre 2012

Odile Riquet, rapporteur

**L'**an dernier, en décembre 2011, l'association SMT avait déjà consacré une partie de son Congrès aux stratégies qui pouvaient être mises en place face au projet de réforme des services de santé au travail.

Depuis, la réforme de la médecine du travail s'est concrétisée, avec l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2012 de deux décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011. Pour la première fois les missions des services de santé au travail sont définies par la loi alors qu'auparavant seules étaient précisées les missions du médecin du travail. La circulaire DGT n°13 du 9 novembre 2012 est venue compléter les textes précédents. Pour le législateur cette réforme doit contribuer à moderniser l'organisation des services de santé au travail, à mettre en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et à réaffirmer la pluridisciplinarité.

Enfin la Cour des comptes a rendu public le jeudi 29 novembre 2012, son rapport sur les services de santé au travail interentreprises : « Un service rendu éloigné des missions fixées : en près de trente ans, la médecine du travail est devenue la santé au travail. Pour la très grande majorité des entreprises et pour près de 95% des salariés, des services interentreprises en sont chargés. La loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application ont conforté ces évolutions qui associent la prévention des risques par le conseil aux entreprises et aux salariés et la surveillance médicale.

Toutefois, les contrôles de la Cour comme les études de la profession montrent la difficulté à assurer la mission de conseil aux employeurs comme aux salariés. La pénurie de temps médical pèse sur le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires. En dépit des efforts déployés et des expérimentations conduites, aucun des services interentreprises que la Cour a contrôlés n'est en mesure d'assurer l'ensemble des examens médicaux réglementaires qui lui incombent. Les petites entreprises et leurs salariés sont les principales victimes de ces carences. » (...) « La loi du 20 juillet 2011

et ses décrets d'application s'inscrivent dans le mouvement de transformation de la médecine du travail en un ensemble plus large, la santé au travail, visant à passer d'une action dirigée vers l'assurance de l'aptitude au travail à la prévention des pathologies professionnelles. Loi fondatrice, elle garde les principes spécifiques du système français de santé au travail qui, depuis 1946, repose sur deux piliers : la responsabilité de l'employeur et le pilotage par l'État.

Dans ces conditions, l'État devrait exercer son pouvoir de surveillance et de contrôle sur ces structures. Tel n'est pas suffisamment le cas. L'impossibilité juridique de sanctionner une association prive la procédure d'agrément de son plein effet. En outre, l'obsolescence des systèmes rudimentaires d'information conduit l'État à méconnaître la nature des services effectivement rendus aux entreprises et à leurs salariés.

Les prestations effectives sont éloignées des obligations réglementaires. Le coût du dispositif, supporté par les entreprises sous forme de cotisations versées, n'est pas vraiment connu de l'État. Il approche pourtant 1,3 Md € par an. »

« La pénurie de médecins du travail, pivots du dispositif, très préoccupante et durable, aggrave les difficultés. En dépit des efforts déjà déployés par la profession, les employeurs qui adhèrent à un service interentreprises ne reçoivent pas tous l'aide et le conseil attendus.

La Cour formule quatorze recommandations, dont trois qu'elle juge particulièrement nécessaires

➤ relancer la concertation avec les partenaires sociaux afin de réviser l'obligation d'une visite médicale systématique lors de chaque embauche ;

➤ donner au ministre du travail, dans le respect des procédures contradictoires, la possibilité de dissoudre un service ou de le placer sous la responsabilité d'un administrateur provisoire ;

➤ *confier aux partenaires sociaux la responsabilité de fixer des planchers et plafonds du montant des cotisations et autres droits que l'entreprise doit régler au service de santé au travail interentreprises, en contrepartie du conseil et du suivi des salariés ».*

Dans ce contexte, la première journée du Congrès a été consacrée à la préservation du métier face à la réforme. Il s'agit de faire attention à ce que nous voulons préserver dans notre activité de médecin du travail, mais aussi à ce que nous risquons de perdre avec la mise en place de cette réforme, et enfin ce qu'il nous semble possible de subvertir.

## UN ÉTAT DES LIEUX ALARMANT

**L**a médecine du travail est empêtrée dans ses réformes, il faudrait faire mieux avec moins de moyens, il n'y a pas de volonté de changer quelque chose, la réforme met les médecins en difficultés pour continuer à faire de la médecine.

Les médecins notent une dégradation de leurs conditions de travail. L'effondrement du nombre de médecins du travail du fait de la pyramide des âges, les difficultés de recrutement surtout dans certaines régions surchargent les effectifs des médecins. Il n'y a plus de plafond concernant les effectifs, certains médecins ont un effectif allant jusqu'à 5 000 salariés. Ces sureffectifs entraînent la fuite des médecins vers les services autonomes, mais aussi vers la fonction publique qui reste relativement préservée en termes d'effectif par médecin.

Augmentation des effectifs et pourtant pas d'augmentation des cotisations. Les employeurs que ce soit dans les SSTI ou au CISME ne veulent pas prendre en compte la question des moyens mis à la disposition des médecins.

Dans de nombreux SSTI, la réforme a entraîné la mise en place de démarches de progrès : des groupes de travail pour tout, des procédures, des obligations, tout est pré-normé. Souvent dans les projets de services, tout est orienté vers les prestations et la satisfaction. Les directions de service proposent même des questionnaires de satisfaction auprès des salariés, questionnaires validées par les représentants syndicaux.

Pour beaucoup trop de salariés la médecine du travail reste du côté de la gestion de la main d'œuvre. Lors de formations CHSCT, les représentants salariés rapportent des pratiques limites de certains médecins comme la recherche de cannabis dans les urines sans prévenir le salarié.

De même, certains médecins qui assurent des consultations de pathologies professionnelles s'interrogent sur les pratiques de certains médecins qui semblent absents, qui ne comprennent pas les problématiques de travail.

Certains médecins se sentent dans l'obligation de se plier au projet de service, avec pour conséquences le repli sur le cabinet médical, soit défensivement, soit en investissant dans la clinique médicale du travail

Pour l'ensemble les médecins, le temps de consultation est plus long, les situations de travail des salariés sont plus

dégradées et font violence. L'accompagnement individuel se fait souvent dans l'extrême urgence.

L'activité médicale n'est plus la même, elle ne comprend presque plus de visites périodiques qui constituaient du matériel clinique pour la reconnaissance des risques pour la santé. Sur une journée de vingt consultations, il n'y a parfois plus que deux visites annuelles, le reste étant composé de visites d'embauches, de visites de pré-reprise et de reprise. Pour certains médecins, 60 % de leurs consultations sont des visites d'embauche. Avec un tel *turn-over*, il n'y a plus de visites annuelles.

Le travail d'équipe est souvent difficile, l'exercice se concentre toujours sur l'aptitude, le tiers temps est accaparé par les études de poste liées aux inaptitudes médicales. Beaucoup de médecins regrettent le manque de réflexions sur le métier.

La pluridisciplinarité qui existait depuis longtemps avec l'inspection du travail et les CARSAT et qui a permis à de nombreux médecins une collaboration efficace sur les lieux de travail, n'existe plus.

## DES PISTES POUR PRÉSERVER LE MÉTIER

Le rapport de la cour des comptes est un indicateur, un repère, il y a un besoin de médecins du travail, comme interface dans le champ social. De plus en plus de médecins prennent en compte, alertent, interviennent auprès des travailleurs. Les médecins du travail ne veulent pas lâcher, ils travaillent avec les infirmières, ils coopèrent au sein de leurs services avec les ergonomes, les toxicologues.

Nous devons donc revisiter toutes les contradictions des textes de cette réforme, reprendre les missions, mission de service public, les obligations des médecins, les questions de l'indépendance du médecin du travail

- L'obligation de moyens donnés aux médecins : si le médecin du travail n'a pas les moyens de remplir sa mission, il doit le dire, l'écrire.
- Le projet de service : le médecin du travail n'est pas lié par les projets du service, il doit exprimer ses divergences, aucun médecin coordinateur ne peut le contraindre.
- La CMT : la responsabilité du médecin n'est pas subordonnée aux avis de la commission médico-technique.
- L'équipe médicale : ne pas instrumentaliser les rapports entre les membres de l'équipe médicale, mettre en place des protocoles de délégation.

Dans certains services, la situation est meilleure, le collectif de médecins est cohérent, la démarche de progrès est repoussée collectivement, les effectifs sont limités à 3 000 salariés par ETP. Pour certains médecins, leur pratique est en évolution, leur expérience permet une relation de confiance avec les salariés, ils ont moins besoin de visites annuelles pour le matériel clinique, ils font plus d'actions collectives.

Pour tous les médecins, le métier est préservé par la confrontation avec les salariés. Préserver le métier, c'est préserver les consultations qui sont le cœur du métier, c'est faire les fiches d'entreprise à partir de la clinique médicale, à partir du cabinet médical.

Toute décision médicale doit être prise avec le consentement du salarié, pas de décision médicale en dehors de la volonté du salarié.

Le médecin est le seul à endosser la responsabilité d'un certificat médical. Il pourrait avoir la possibilité d'adresser pour avis un salarié à un collègue médecin du travail.

La circulaire de la réforme n'est pas opposable, la préservation de notre métier nous impose donc de subvertir les tentatives de main mise sur nos pratiques : prendre le pouvoir dans les CMT, mettre en visibilité la clinique médicale du travail, imaginer des pratiques innovantes.

## MÉDECIN DU TRAVAIL ET PARCOURS DE SOINS UN CAS CLINIQUE

**Annie DEVEAUX, médecin du travail**

Né en 1958, Jacques est connu de notre service depuis 2006. Vu alors par ma collègue, embauche en CDD pour un poste de chauffeur poids lourd, dans une TPE de sept salariés transportant du courrier postal, ou assurant la collecte de lait dans les fermes. Dans les deux situations, il y a du travail de nuit, de 3 h à 11 h ou de 2 h à 8 h.

Sa trajectoire professionnelle :

- Pas de formation particulière en dehors d'une année de mécanique générale.
- Manœuvre manutentionnaire dans l'industrie textile de 1974 à 1983 (5 entreprises).
- Distribution publicité et travail en intérim de 1988 à juillet 1990.
- Magasinier manutentionnaire dans le secteur travaux public de 1982 à 1996 dans deux entreprises différentes.
- Conducteur de bus de 1998 à 2005.
- Plusieurs CDD de conducteur PL de 2006 à 2009 dans l'entreprise pour laquelle je le vois en juin 2009 pour la première fois, qu'il quitte à la fin d'un contrat fin septembre 2009.
- Manœuvre travaux publics puis chauffeur travaux publics en 2010 jusqu'à février 2011. Suivi alors par un autre SST.
- Retour dans l'entreprise et dans notre SST.

### **PASSÉ MÉDICAL CHARGÉ DANS UN PARCOURS COMPORTANT PLUSIEURS LICENCIEMENTS ÉCONOMIQUES**

*NOTÉ LORS DE L'OUVERTURE DU DOSSIER  
PAR MA COLLÈGUE EN OCTOBRE 2006*

- Plusieurs infarctus du myocarde (IDM), le premier en 1996 (angioplastie et stent de la coronaire droite), nouvel

IDM en octobre 2002 (angioplastie).

- En 2005 son permis PL a été validé pour cinq ans.
- Horaires de travail : 7 h 30 à 18 h.
- Environ 500 km/j. L'évaluation des manutentions et leurs conditions de réalisation sont bien notées dans le dossier de notre service.
- Revu au bout de deux mois avec des examens complémentaires et la réponse au courrier adressé à son cardiologue : apparition d'un diabète non-insulinodépendant (DNID) et poursuite du tabagisme, ECG d'effort normal, hypothyroïdie.
- Revu fin 2007 par ma collègue : ses horaires de travail ont changé, 3 h-11 h mais toujours dans le transport de courrier. Son contrat se termine fin juin 2008.

*NOUVEAU CONTRAT  
DE JANVIER 2009 À SEPTEMBRE 2009*

Je le vois en juin 2009. Horaires de travail : 2 h à 8 h du matin. Les manutentions sont moindres que lors de son dernier contrat. Il dort en général de 8 h à 12 h puis de 21 h à 1 h du matin, somnole presque tout le jour le mercredi et le week-end. Il se déclare très stressé par le moindre incident routier susceptible de générer un retard. J'insiste sur l'intérêt d'un arrêt du tabagisme et d'une activité de marche plus régulière. Je lui signale l'intérêt éventuel de faire une demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), qui pourrait faciliter un aménagement de poste ultérieur (dans une autre entreprise si son CDD n'est pas renouvelé). Je lui explique en quoi consiste le régime invalidité de la Sécurité Sociale (que son médecin traitant prévoit de demander me dit-il).

Il habite loin de notre centre, je prévois de le rappeler et l'en informe, fin juillet 2009 pour faire le point. La demande

d'invalidité a été refusée probablement parce qu'il travaille alors à temps plein. Je lui explique que cette demande pourra être refaite mais de préférence pendant un arrêt de travail, et/ou lors d'une reprise à temps partiel thérapeutique.

## PERDU DE VUE PENDANT DEUX ANS

Pendant lesquels il est suivi par un autre SST et travaille alors de jour comme conducteur de toupie. Période pendant laquelle son DNID s'améliore nettement.

## JUIN 2011

Nouveau CDD débuté en janvier 2011 qui doit se terminer en septembre 2011 pour lequel je le retrouve. Horaires de travail : 1 h -12 h. Il assure la collecte du lait dans les fermes. Il dort de 14 h à 17 h puis de 20 h à 0 h 30. Ce poste de travail est beaucoup plus difficile. Le travail est salissant, il a toujours les pieds mouillés. Chaque tournée (il y en a deux types) représente 200 km avec dix-neuf points de collecte un jour et vingt-quatre le lendemain. Depuis qu'il a commencé, une douleur de l'épaule gauche est apparue, une IRM est prévue avec son médecin traitant : cette douleur est indiscutablement en lien avec le travail, car il tire le tuyau sur cette épaule pour pomper le tank à lait à chaque point de collecte.

## STRATÉGIE DE SOINS DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Demander au salarié de faire cette IRM rapidement, m'en communiquer les résultats pour ouvrir un dossier de maladie professionnelle et permettre un repos prolongé, tant pour l'épaule que pour diminuer les facteurs de risque cardiovasculaires liés au travail (travail de nuit déséquilibrant le DNID) mais dans une situation administrative d'arrêt maladie et non de chômage. Cette stratégie est expliquée au salarié ; à charge pour lui de l'expliquer à son médecin traitant. C'est lui qui doit prendre contact avec moi avec ses résultats d'IRM.

Rendez-vous sera pris pour le 1<sup>er</sup> septembre 2011, à son initiative. Ce jour-là je rédigerai le Certificat médical initial (CMI) pour déclaration de MP pour l'épaule, courrier ci-joint à son médecin traitant

Lettre au médecin traitant : *« Je vois ce jour M. J... avec ses résultats d'IRM d'épaule gauche. Compte tenu de ses problèmes de santé, il n'est pas souhaitable qu'il travaille de nuit (facteur de risque cardiovasculaire en soi associé à ses autres pathologies).*

*Il convient de prolonger son arrêt de travail de manière conséquente (sur l'imprimé AT/MP).*

*À cet effet je lui remets un certificat de maladie professionnelle au tableau 57 pour son épaule gauche.*

*Par ailleurs, il existe cliniquement une méniscope du genou droit qui pourra aussi faire l'objet de déclaration ultérieurement.*

*Il s'agit donc de préserver ses droits ultérieurs.»*

Par ailleurs, je lui conseille de retirer un dossier à la maison du département pour faire reconnaître le statut de travailleur handicapé et je fais un signalement auprès du SAMETH.

- À noter que la méniscope est noté, CMI conservé dans le dossier ou remis immédiatement au salarié selon les cas, pour usage ultérieur si besoin (stratégie de déclara-

tions en plusieurs temps, puisqu'il s'agit de gagner du temps).

- Aide à la déclaration sur la description du poste qui sera réalisée avec l'aide de son épouse à qui il devra expliquer le travail.

- Revu fin octobre 2011 à sa demande : va mieux. A fortement réduit son tabagisme et espère arrêter enfin définitivement

Interrogation écrite de l'employeur sur le fait que ce salarié ait été déclaré apte et qu'il reçoive une déclaration de MP (*réponse ci-jointe*).

*« Je vous remercie de m'avoir transmis la déclaration de maladie professionnelle de M. J...*

*Pour répondre à votre question, le médecin du travail est tenu au secret professionnel et donc aucun constat de pathologie n'apparaîtra sur un quelconque document remis ou transmis à un tiers, fut-il l'employeur. Sur le document remis à l'employeur, j'ai pris l'habitude de porter la mention "pas d'observation particulière" au lieu du traditionnel "apte" qui n'a pas de sens pour un médecin. Par contre j'ai fait apparaître les risques potentiels du poste en référence aux tableaux de maladie professionnelle et j'ai donc fait figurer le tableau 57.*

*Tout médecin et particulièrement le médecin du travail est tenu d'informer le salarié des liens qu'il fait entre son travail et ses problèmes de santé et de lui remettre un certificat constatant la pathologie (qui peut concerner des activités passées).*

*C'est le salarié qui fait sa déclaration de maladie professionnelle. La CPAM informe alors l'employeur.*

*Une pathologie professionnelle n'exclut pas le maintien au poste de travail, ni la reprise de travail. Chaque situation est particulière.»*

- Demande d'intégration dans un PDP à l'assistante sociale CARSAT, toujours pour obtenir un délai dans l'arrêt de travail. Le dossier RQTH est en cours.

- MP reconnue en décembre 2011.

- Alors qu'il est en arrêt de travail depuis août 2011, il présente à nouveau un syndrome coronarien : angioplastie de l'interventriculaire antérieure..

Revu à sa demande avec son épouse fin octobre 2012 : il a revu le médecin-conseil qui prévoit une consolidation pour l'épaule en janvier 2013. L'assistante sociale de la CARSAT lui suggère de faire une demande d'invalidité Catégorie 2 et lui a préparé un modèle de courrier. Elle prendra contact avec moi pour m'expliquer sa stratégie : demander d'emblée une invalidité Catégorie 2. Il est convenu avec Jean que je prendrai contact avec le médecin conseil pour expliquer les difficultés professionnelles prévisibles, le reclassement impossible y compris en externe ; ce sera d'abord un entretien téléphonique suivi d'un courrier transmis au salarié destiné à son médecin traitant qui pourra le joindre à la demande d'invalidité. Le contact avec le médecin-conseil sera concluant : l'invalidité Catégorie 2 est acquise. L'IPP de l'épaule >10% attendue, constituera un plus en terme de ressources dans l'immédiat et pendant la retraite (sans doute à 60 ans ? en fonction de réforme toujours possibles).

Courrier au médecin traitant : « J'ai vu en visite de pré-prise de travail M. J..., 54 ans, conducteur PL travaillant partiellement de nuit à la collecte de lait.

Il présente différents problèmes de santé ne me permettant pas d'envisager une reprise de travail à son poste antérieur :

Son DNID est totalement déséquilibré sur ce type d'horaires qui ne peuvent être modifiés.

Le travail de nuit est en soi un facteur de risque cardiovasculaire et ses antécédents ne permettent pas d'envisager qu'il reprenne ce type d'activité.

Ce travail, qui comporte des manutentions manuelles importantes (à l'origine de sa pathologie professionnelle) est aussi un travail isolé.

Donc impossible d'envisager une reprise de travail à son poste antérieur. Impossible d'envisager un travail à un autre poste de l'entreprise, tous les postes ont une composante nocturne.

Concernant une reprise de son métier dans une autre entreprise : le facteur manutention ou risque stress (transports scolaires par exemple) sera toujours présent.

Compte tenu de tous ces éléments je pense qu'il est légitime de demander une invalidité Catégorie 2 auprès du médecin conseil, invalidité Catégorie 2 qui succéderait à la consolidation de la maladie professionnelle sans doute début 2013. L'inaptitude au poste de travail interviendrait ensuite. »

## LA PLACE DU MÉDECIN DU TRAVAIL DANS LE PARCOURS DE SOINS

**E**n prévention primaire, agir sur le poste de travail, ce n'est pas toujours possible. Dans le cas présent le dossier SAMETH aurait pu être utilisé pour motoriser les déplacements du tuyau, si le problème pathologique avait été limité à l'épaule. À noter qu'il convient de bien expliquer au salarié à quoi sert le dossier RQTH que le médecin traitant devra remplir, ce dernier n'en connaissant pas toujours l'intérêt (dans d'autres cas, des refus du médecin traitant ont pu être observés car les médecins de soins connaissent mal ces dossiers).

L'urgence était de faire cesser le travail car les horaires facteurs d'aggravant du DNID et de la coronaropathie, ne pouvaient être modifiés.

Par contre aider à la déclaration de MP permettait de gagner du temps dans un régime AT/MP plus favorable, visait à obtenir une IPP pour permettre une retraite pour pénibilité. Expliquer au salarié la stratégie de déclaration en plusieurs temps, permettait encore de gagner du temps.

Il est bien évident qu'une inaptitude au poste aurait installé ce salarié dans une situation de plus grande précarité (autre facteur de risque cardiovasculaire). Ceci a été clairement expliqué lors de la visite d'embauche : pas de restriction d'aptitude mais faire rapidement les examens permettant la déclaration de MP et un arrêt de travail rapide.

Il s'agit de continuer à accompagner ce salarié dans le parcours de soins pendant l'arrêt de travail, accompagnement si demande du salarié (courriel et téléphone suffisant le plus souvent).

Les médecins traitants et les médecins conseils sont des interlocuteurs dans le parcours de soins et les tenir informés par courrier remis au salarié, de ce que nous construisons côté travail ou côté reclassement avec ce salarié, compte tenu de sa trajectoire, de sa pathologie, des possibilités dans l'entreprise qui évoluent aussi au fil du temps (opportunité tôt pour que l'idée fasse son chemin).

Bien évidemment, si la visite d'embauche est une visite de sélection, ce travail d'accompagnement dans le parcours de soins n'est pas possible. Dans ce cas, une inaptitude conduisait au chômage.

Vente en librairie – 30 € –  
Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75 013 Paris  
Tél. : 01 44 08 83 80 Télécopie 01 44 08 83 99





# **LE MÉDECIN DU TRAVAIL DANS LE PARCOURS DE SOINS INTRODUCTION AUX DÉBATS**

**Florence JÉgou, médecin du travail**

**Q**uand un salarié a une pathologie, il est entouré d'un certain nombre de médecins : son médecin traitant, et, souvent, différents spécialistes autour d'un « parcours de soins ». Le médecin du travail peut alors être sollicité pour accompagner, conseiller le salarié ou même intervenir, si nécessaire pour l'adaptation du poste de travail. Bien évidemment, le médecin du travail a un rôle exclusivement préventif : il ne fait pas le médecin généraliste d'entreprise. La question se pose donc : le médecin du travail fait-il partie du parcours de soin ? Quelle est sa place dans ce parcours ?

## **LE MÉDECIN DU TRAVAIL DANS L'ÉQUIPE DES SOIGNANTS ?**

### *LE MÉDECIN DU TRAVAIL COMME MÉDECIN*

Lors du soin d'une pathologie, une équipe de médecins entoure le salarié-patient, qu'il soit en arrêt ou pas. Le médecin du travail peut déjà être sur ce parcours par exemple sollicité par le salarié lui-même, ou par son employeur, ou encore par le médecin traitant et maintenant parfois par le médecin-conseil.

➤ Parce qu'un médecin du travail est médecin, il peut également aider à certains diagnostics, notamment dans les pathologies d'origine professionnelle.

➤ Par ses actions, comme il intervient dans un but de prévention individuelle et en collective au cœur des entreprises, comme il s'emploie à connaître les postes, le médecin du travail est un soignant en coopération avec les autres médecins, chacun dans sa spécialité. Le médecin du travail ne prescrit pas d'arrêt de travail par exemple ; il a d'ailleurs besoin des autres pour le faire, mais il fait partie d'une équipe de médecins autour du salarié-patient.

➤ Adressé par son employeur, Monsieur C... qui était adressé pour éthylisme chronique, avait des idées suicidaires marquées, avec une souffrance personnelle aggravée par un

contexte de travail difficile: le médecin du travail se trouve dans l'interface avec le médecin traitant auquel il adresse Monsieur C... qui ne l'a pas consulté depuis longtemps, dans le suivi, et dans l'analyse des conditions de travail.

➤ Quand le médecin du travail est en relation avec le médecin-conseil, il peut donner un avis avec un regard différent et parvenir à donner des arguments pour une autre décision du médecin-conseil parfois plus favorable au salarié, parfois en leur rappelant qu'ils sont médecins, eux-aussi. (C'est de plus en plus difficile !).

➤ Quand je constate qu'un diagnostic n'est pas certain, qu'il faudrait faire autrement, je me demande encore comment alors il faut faire (le problème est parfois rendu urgent par le médecin-conseil) : de mon côté, je suis médecin, je peux adresser moi-même le salarié au spécialiste pour avis, et cela redonne une direction... Le médecin du travail peut participer au diagnostic d'une pathologie parce qu'il doit ensuite se prononcer sur des recommandations en lien avec l'état de santé qu'il s'efforce de connaître.

### *LE MÉDECIN DU TRAVAIL*

### *COMME UN SPÉCIALISTE PARMIS D'AUTRES*

La spécificité de la clinique des médecins du travail dans les situations de souffrance au travail permet de restaurer les personnes. C'est un « territoire » très spécifique : le travail. Le médecin du travail a alors une place unique, médicale, pour le diagnostic du lien santé-travail, pour les écrits collectifs quand la situation le nécessite, pour l'accompagnement des salariés pour la restauration du pouvoir d'agir par la clinique médicale du travail. Les connaissances du médecin du travail peuvent être utiles aux autres soignants qui n'ont pas cette spécialité centrée sur les effets du travail, notre connaissance sur le travail en général, et sur les entreprises en particulier, sur le Code du travail, sur le collectif de travail, sur les relations dans l'entreprise et leur histoire.

## SOIN DU TRAVAIL

**L**es recommandations sur les aménagements de poste par le médecin du travail (art. L.4624-1) peuvent contribuer à une reprise du travail réussie, à une prévention des récurrences douloureuses, au maintien dans l'emploi, notamment en aménagements des postes ou en reclassement, par exemple ; cette place médicale contribue à la santé des salariés qui peuvent alors reprendre une activité, reprendre une place malgré un aléa de santé.

Comme on constate le durcissement du monde du travail qui menace à l'emploi de plus en plus souvent, cela rend impossible un certain nombre d'aménagements de poste malgré les recommandations du médecin du travail : quelle place pour le médecin du travail ? De mon côté, je maintiens sur la fiche d'aptitude les recommandations (temps partiel thérapeutique, restrictions...) et écrivant selon les cas "L.4121-1 et suivants du Code du travail" ou "L.4624-1", pour appuyer ces recommandations par un cadre législatif.

Quand parfois les salariés n'ont pas eu l'idée de nous voir avant la reprise, le fait d'être sollicité par les médecins conseils en pré-reprise ou par les médecins traitants de plus en plus souvent, est utile pour anticiper un aménagement de poste, une reconversion, et améliorer la prise en charge d'une éventuelle « souffrance au travail ».

## EN GUISE DE CONCLUSION

**D**ans le parcours de soins, en tant que médecin du travail, c'est justement là où je me sens à ma place ces temps-ci, et ce d'autant que nous n'avons plus les moyens d'assurer les visites périodiques : une place importante, une place imprenable, une place de spécialiste de santé au travail, de clinicien du travail parce que par cette clinique là, le médecin du travail prend soin des salariés et que cela nous donne une place pour dire et écrire des risques du travail et proposer des pistes de changement. Prendre cette place dans un parcours de soins ne doit cependant pas nous amener à oublier nos missions de prévention primaire.

**L'association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (Ass. SMT) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail.**

**Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail.**

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENTE : Odile RIQUET

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Alain CARRÉ – Josiane CRÉMON – Florence JEGOU – Annie DEVEAUX – Dominique HUEZ – Jocelyne MACHEFER – Nicolas SANDRET – Jean-Louis ZYLBERBERG)

SECRÉTAIRE ET ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Benoît DELABRUSSE

TRÉSORIER : Alain RANDON

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Martine BESNARD, Marie-Andrée CADIOT, Mireille CELLIER, Karyne DEVANTAY, Jean-Marie EBER, Claude GARCIA, Catherine GONDRAN, Alain GROSSETÊTE, Michel GUILLAUMOT, Nadine KHAYI, Hervé LE SCAO, Claire LALLEMAND, Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Michèle PRÉVOST, Gilles SEITZ, Martine TAVERNIER, Claire THOMASSIN

# **RELAIS EMPLOI SANTÉ INSERTION (RESI)**

## **POUR QUI ? POUR QUOI FAIRE ?**

*Jean-Marie EBER, médecin du travail*

**V**u les conditions économiques, les difficultés au niveau du travail, les plans de licenciements, le mal être de nombreux salariés, beaucoup de personnes se retrouvent au chômage, parfois pour une longue durée. D'autres s'accrochent, acceptent des missions souvent en intérim, n'arrivent pas à suivre le rythme imposé et voient leur mission se terminer prématurément.

De rupture de contrat, en longues périodes de chômage, puis en situation d'exclusion, ces personnes ne trouvent plus de ressort suffisant pour se projeter dans un travail. Elles entrent dans une situation de précarité et l'écart entre le plein emploi et la situation d'exclusion est ténu et d'une progression rapide.

Ce constat nous l'avons fait dès 1988 au travers des difficultés rencontrées auprès des salariés temporaires suivis en médecine du travail. Aussi nous sommes nous posé des questions. Comment pourrions-nous agir à notre niveau dans ces situations de grande précarité en tant que médecin de prévention ?

L'accès aux soins, l'accès à la vie sociale, au mieux-être et enfin l'accès au travail (souvent mais pas toujours), ces trois données sont au cœur de la problématique de la précarité et ne peuvent se régler que par une prise en charge globale de proximité, par un travail en réseau.

En ce qui concerne le domaine « santé », l'accès aux soins n'est pas résolu par les soins gratuits, la CMU... dont chaque personne dispose pratiquement, (mise à part celle sans papiers).

Il n'y a pas de pathologie spécifique à la précarité, mais un nombre de symptômes (d'hygiène, d'affections cutanées, dentaires, digestives, de malnutrition, psychologiques, de pathologies des addictions...) qui créent des problèmes de santé. Ces derniers sont liés aux effets combinés de la pauvreté, de l'habitat (parfois inexistant), du chômage, du man-

que d'avenir professionnel pour les jeunes, à la tristesse du cadre de vie, à l'échec scolaire...

Tout cela crée un mal être, une inhibition de toute volonté entraînant entre autres un accès aux soins de plus en plus tardif et souvent en service d'urgence à l'hôpital.

Les systèmes d'offres de soins paraissent inadaptés voire impuissants face à cette situation car les personnes ne s'y rendent que par un immense effort sur elles-mêmes. Par ce fait même, elles sont souvent considérées comme négligentes, insouciantes, alors qu'il s'agit d'un comportement de rupture dû aux déterminants socio éducatifs et au vécu de la population démunie.

Ces comportements de rupture ne sont pas spécifiques à la santé, mais observés à tous les niveaux de la vie sociale (logement, loisirs, formation, emploi), jusque dans la structure familiale et relationnelle amicale.

Il ne suffit donc pas de favoriser l'accès aux soins car il y a une différence entre accès et acceptabilité des soins. Cet accès aux soins passe par une capacité d'écoute, une compréhension des comportements et des valeurs des personnes concernées. Ce travail ne pourra se faire qu'en réseau et exigera : temps, implication, attention, investissement... donc travail de longue haleine, dépassant souvent la durée impartie des dispositifs mis en place.

### **QUELLES SONT LES ACTIONS DU RESI (RELAIS EMPLOI SANTÉ INSERTION) ?**

**L**e RESI a été créé à Strasbourg en 1994 par deux médecins du travail et a fonctionné avec des médecins du travail bénévoles jusqu'en 2001. Les consultations ont été effectuées le soir après le travail dans les bureaux de la Maison des Associations. Vu la demande, une professionnalisation a été faite en 2001 par le recrutement d'un médecin à temps partiel, puis d'une assistante, puis d'un deuxième médecin.

Actuellement en 2013 le RESI fonctionne avec deux médecins et deux assistantes salariés. Trois médecins bénévoles, une infirmière bénévole complètent l'équipe. Des stagiaires administratifs et des étudiants infirmiers nous rejoignent régulièrement.

L'Association est gérée par un Conseil d'administration (loi 1901). Elle est soutenue jusqu'à présent par des organismes publics (Conseil général, Communauté urbaine, ARS, CARSAT, DIRECCTE... et organismes privés tels que Arpege, AGEFIPH, AG2R...). Le RESI est actif sur tout le département du Bas-Rhin avec quelques percées dans le Haut-Rhin (Colmar et Mulhouse).

Le RESI s'inscrit dès sa création dans cette démarche santé emploi par deux activités principales :

- rencontre personnelle par la consultation médico-sociale ;
- libération de la parole, prise de conscience par la personne de sa situation au travers d'une réflexion commune centrée sur les questions de santé, d'hygiène, de bien être par une information en groupe.

Toutes ces démarches sont favorisées par une prise en charge globale, un suivi assuré par les structures d'insertion, les services sociaux... qui peuvent constituer un tremplin pour une insertion ou constituer en soi une nette amélioration par une restructuration individuelle et par une resocialisation. Ce mieux être est déjà une victoire pour la personne et peut être considéré comme un progrès par rapport à la situation initiale.

Les entrées du RESI se font :

- par les structures associatives (meilleur des cas) ;
- par la personne elle-même (membres de sa famille, travailleur social de quartier) ;
- par le bouche à oreille ;
- par les Pôles Emploi, les Missions Locales pour les personnes privées de leur activité professionnelle récemment ou de plus longue date, ayant perdu toute dynamique pour une reprise.

#### CONSULTATIONS MÉDICO-SOCIALES ET PROFESSIONNELLES

C'est une consultation longue, conséquence de la problématique énoncée ci-dessus (en moyenne une heure). Il s'agit de se mettre en capacité d'écoute car souvent la personne ne sait pas pourquoi elle est adressée au RESI (qu'elle interprète comme une consultation de contrôle de capacités, de contrôle pour continuer à percevoir ses droits...) et elle peut venir avec méfiance.

Il s'agit de pouvoir entendre, écouter l'histoire de la personne, la comprendre, reconnaître sa souffrance (qui est physique, psychique, sociale, relationnelle..., souvent compliquée de conduites addictives). À nous de lui faire prendre conscience de cet état, de sa situation, en l'assurant que cela se soigne, s'améliore. Il s'agit de pointer la souffrance quelle qu'elle soit, de compatir, de répéter, de faire siennes toutes ses paroles.

En s'appuyant sur cette souffrance, nous pouvons élaborer avec la personne des points d'appui pour remédier à la situation. Avec elle nous sériions les problèmes :

- Soins pour améliorer la situation. C'est la personne elle-même qui fera les démarches de soins auprès de son médecin traitant, généraliste ou spécialiste, chirurgien - dentiste. Nous l'y introduisons avec lettre ou en contactant le praticien par téléphone ou en l'orientant vers un service de soins hospitaliers si nécessaire.
- Nous faisons le point sur ses capacités de réaction, de possibilités d'action ou de travail, en nous appuyant sur ses désirs avant tout et en tenant compte des possibilités de formation, déjà discutées par l'accompagnateur social le plus souvent. Nos connaissances relatives des emplois, des difficultés inhérentes aux postes de travail par rapport aux états de santé nous permettent de proposer, conseiller ou déconseiller certaines orientations.
- Le suivi de l'amélioration de la situation après soins fait partie de nos attributions, permettant dans un deuxième temps d'affiner les orientations ou de proposer un champ d'activités plus étendues.
- Il va de soi qu'un suivi à la demande se fait régulièrement et que le bénéficiaire, disposant de nos coordonnées, peut faire appel à nous en cas de difficultés.

Cette consultation médico-sociale se termine le plus souvent par une fiche conseil pour l'orientation (« fiche de liaison ») que le bénéficiaire remet lui-même à l'instructeur ou l'accompagnateur social. Parfois une liaison avec le médecin conseil ou la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) est nécessaire.

Le secret professionnel médical s'impose évidemment au médecin du RESI comme à tout médecin. Ce qui n'empêche pas les échanges avec le travailleur social (en présence du bénéficiaire ou au moins avec son accord) sans déflorer la pathologie.

C'est donc un travail de longue haleine où chaque intervenant aide à cette reconstruction. Dans ce sens l'action n'est pas immédiatement évaluable, mais permet de constater les progrès réalisés dans une joie de vivre retrouvée, prélude à toute activité.

#### LA DEUXIÈME ACTION QUI NOUS PARAÎT FONDAMENTALE COMPLÈTE L'AUTRE. C'EST LA LIBÉRATION DE LA PAROLE PAR L'INTERMÉDIAIRE D'UNE INFORMATION EN GROUPE.

Au travers d'échanges entre les personnes en situation de précarité sur des thèmes ayant trait à la santé, à l'hygiène de vie, à certaines maladies (thèmes choisis par le groupe) émergent des lacunes, des prises de conscience d'un état pathologique.

La prise de parole, l'implication personnelle (parfois trop personnelle) se fait spontanément dans un dialogue confiant au sein du groupe. La pause permet à certaines personnes de confier à l'animateur (médecin pour le RESI) leurs soucis de santé, leurs questionnements quant à des soins, quant à leur avenir professionnel... Ceci constitue le point de départ d'une prise de conscience et d'une démarche de soins soit

auprès du médecin du RESI pour faire le point individuellement, soit auprès du médecin traitant.

**N.B. :** Les thèmes choisis sont représentatifs des difficultés des personnes (même si elles parlent par personne interposée : cousin, frère, ami...) à savoir : hygiène de vie, conduites addictives (tabac, alcool, cannabis, héroïne...), sommeil, rêve, lombalgies, gestes et postures, accidents du travail, maladies professionnelles, stress, harcèlement, amour et sexualité, maladies infectieuses et sexuellement transmissibles...

Partant d'une pathologie, d'une question d'hygiène, l'évolution de la discussion, du partage se fera vers les possibilités de remèdes, l'entrevue d'une situation améliorée ou améliorabile pour chacun.

Cette action d'information a permis en plus :

- d'identifier les connaissances des personnes quant à leur santé, connaissances bonnes dans l'ensemble (nutrition notamment) ;
- d'identifier quelques manques, par exemple l'ignorance par rapport à l'action des médicaments et des drogues sur l'organisme, les modes de contagion des maladies infectieuses... ;
- de constater les besoins des personnes de s'exprimer, de parler librement devant leurs collègues des problèmes de santé, familiaux, difficultés de tout ordre ;
- de dialoguer en tête à tête durant les pauses avec une ou deux personnes débouchant sur des projets d'action ;
- de permettre aux personnes de nous contacter lors des permanences, souvent quelques semaines ou mois plus tard, pour engager un dialogue de soins ou pour entamer des démarches vers une orientation professionnelle (une ou deux personnes par animation) ;
- de se rendre compte que les messages sont perçus et retenus, même quelques mois plus tard lors d'une animation suivante.

Que conclure de ces activités ?

- que participer à une information santé, même en ne prenant pas la parole, peut être considéré comme un apprentissage.

➤ que même si l'implication de la personne est forte, la démarche volontaire nécessaire pour remédier à des situations d'exclusion ou de maladie reste difficile.

➤ les démarches individuelles de dialogue sur la problématique santé-emploi pendant les pauses ou après une animation sont estimées à une personne sur cinq.

➤ les démarches de soins, puis de recherche d'emploi chez les personnes venues en consultation, donc qui ont déjà fait le premier pas, adressées par un travailleur social, une association ou venant d'elles-mêmes se chiffrent à deux personnes sur trois.

*LA TROISIÈME ACTION, COMPLÉTANT LES DEUX AUTRES, EST LE SOUTIEN AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX.*

Cela concerne leurs difficultés à appréhender les souffrances psychiques et les pathologies psychiatriques des personnes suivies, en leur indiquant lors de formations comment aborder les personnes et éviter de provoquer des réactions violentes pouvant les mettre en danger afin de permettre un dialogue plus constructif.

## EN CONCLUSION

**L**e RESI, étant un relais, repasse le témoin aux associations ayant fait appel à lui. Aussi des statistiques précises des succès du RESI sont difficiles à établir et non souhaitables car les succès que nous arrivons à connaître sont le fait d'un réseau d'actions comportant de nombreux acteurs : travailleurs sociaux des différentes associations, entreprises d'insertion, Pôle Emploi, Missions Locales, entreprises de travail temporaire, médecins de soins et bien d'autres.

Toutes les règles de fonctionnement ont été construites au fur et à mesure lors de formations les week-ends, en harmonisant les conduites et pratiques de chaque médecin tant salarié que bénévole, infirmiers et assistantes.

Mais au-delà des règles il est important sinon fondamental de dépasser l'aspect souffrance, soins, occupations, travail en faisant entrevoir à la personne, au-delà de ces contingences matérielles et sociales, un sens à son existence.

# LE SUIVI POST PROFESSIONNEL

## HISTOIRE D'UNE FICTION

**Alain CARRÉ, médecin du travail**



Billet d'humeur

**S**i vous avez couru un risque professionnel cancérigène, par exemple des expositions à la radioactivité, mais aussi et surtout si vous avez été exposé(e) à un ou plusieurs agents chimiques officiellement classés comme cancérigènes, vous avez accès à un suivi spécifique du médecin du travail. Si vous n'êtes plus exposé(e) (mais que vous êtes en activité) sera mis en place un suivi post exposition. À votre départ à la retraite, ce suivi se transforme en suivi post professionnel (SPP) par tout médecin de votre choix et ceci aux frais de la branche AT-MP financée par les employeurs.

Si des conséquences de votre exposition survenaient, le dépistage pourrait être plus précoce et les soins plus efficaces et vous auriez accès à un droit à réparation du préjudice subi du fait du travail.

Je passe sur le fait scandaleux que ces expositions sont souvent inconnues des travailleurs, grâce au jeu de cache-tampon des risques professionnels, et pire encore de leur prévention, auquel excellent nombre d'employeurs.

C'est qu'en fait, derrière la magnifique toile peinte juridique, dressée par les virtuoses du ministère du Travail et les artistes du ministère de la Santé, il n'y a en réalité pas grand-chose. Comme d'habitude en matière de santé au travail, ce magnifique dispositif relève de la science-fiction.

On pourrait croire qu'il suffit de le demander pour avoir accès au SPP, mais dans l'univers parallèle de la santé au travail la réalité est virtuelle.

Certes, la gracieuse [amelio.fr](http://amelio.fr) nous indique le processus. On y apprend que ce suivi « organisé » par l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale est (premier verrou) réservé aux cancérigènes « officiels » : si vous avez été soumis à un risque d'un produit suspect d'être cancérigène mais qui n'a pas le label européen, même si l'OMS le reconnaît comme tel, ça compte pour du beurre !

Les examens médicaux sont précisés par arrêté (deuxième verrou). Cela « limite les dégâts ». Ainsi, pour l'amiante, alors que dès 1996 le scanner thoracique est cité officiellement comme moyen de suivi des travailleurs soumis à ce risque, il aura fallu attendre 2011, soit quinze ans, pour que l'arrêté permette cette prescription dans le cadre du SPP. Il n'y a pas de petits profits !

Théoriquement le médecin chargé du suivi peut prescrire d'autres examens mais (troisième verrou) uniquement sur accord du médecin-conseil de la caisse.

Enfin (et ce n'est plus un verrou mais une porte blindée), même si, théoriquement encore, peut s'y substituer un certificat médical du médecin du travail ou encore à la demande du retraité, une enquête de la caisse de sécurité sociale, il est nécessaire pour avoir accès au SPP, de produire une attestation d'exposition de son employeur à l'agent cancérigène. C'est pas gagné !

Car bien sûr, les employeurs ne se bousculent pas pour tracer les risques et tout particulièrement celui-ci. Nous avons déjà évoqué le rapport officiel (rapport LEJEUNE) qui le constate dans un précédent texte. Parfois même, c'est le cas d'une entreprise du secteur de l'énergie, l'employeur a poussé la forfanterie jusqu'à rédiger des attestations de **NON**-exposition, alors que l'exposition était tout à fait avérée. Il faut parfois aller en justice pour obtenir cette attestation. On croit rêver et c'est un cauchemar !

Alors que depuis la mise en place du SPP des millions de travailleurs ont été exposés professionnellement au risque cancérigène, seuls 3 à 4 000 retraités y ont eu accès. Comment s'étonner du bilan calamiteux des reconnaissances des cancers professionnels qui représentent 6 % des cancers attendus, ce qui signifie que la cause de 94 % d'entre eux est ignorée.

Comme « le changement c'est maintenant », il serait temps que l'univers parallèle de la santé au travail converge avec notre univers et qu'enfin le suivi post professionnel passe de la fiction à la réalité. Ainsi, dans notre univers, ne pas délivrer d'attestation d'exposition relève de l'abstention délictueuse de l'employeur et constitue une perte de chance pour le travailleur du fait du mépris de son droit de savoir. Dans notre univers, le SPP devrait être mis en place sur simple demande du travailleur qui estime avoir été exposé et imputé directement à l'organisme responsable. C'est à l'employeur que reviendrait d'établir la preuve de l'absence d'exposition. Dans notre univers, les cancérigènes ne s'arrêtent pas à la barrière de l'usine et le SPP doit devenir environnemental et être étendu aux riverains. Chiche !

# **PARCOURS DE SOINS ET MÉDECINE DU TRAVAIL**

## **LE MÉDECIN DU TRAVAIL DANS LA CONTINUITÉ DES SOINS**

## **L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET LA RESTAURATION DU POUVOIR D'AGIR DES SALARIÉS**

**Compte rendu de la Journée de printemps association SMT du 23 mars 2013**

**Alain GROSSETÊTE, Odile RIQUET, rapporteurs**

### **PARCOURS DE SANTÉ, PARCOURS DE SOINS ET POSITIONNEMENT DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

Un salarié dont la santé est altérée se trouve dans un parcours de soins. Quelle place pour le médecin du travail dans ce parcours ? Comment le salarié conçoit-il la place du médecin du travail dans son parcours de soins ? Le médecin du travail est avec le salarié, avec ses aléas de santé, il est dans le parcours de soins s'il décide d'y être. S'il n'est pas dans le parcours de soins, alors son activité se réduit à l'aptitude.

Doit-on parler de parcours de soins ou de parcours de santé ? Essayer de protéger le salarié, rétablir son pouvoir d'agir, mettre en place son évacuation sanitaire, accompagner le salarié vers la sortie du travail, est ce que ce ne sont pas seulement des soins palliatifs ? Le soin est-ce l'intervention en prévention primaire sur les lieux du travail ?

Le parcours de soins est un parcours où les médecins sont acteurs. Le parcours de santé permettrait au salarié d'être acteur. La contradiction entre parcours de santé et parcours de soins n'est qu'apparente, l'opposition ne tient pas, le parcours de soins du salarié est à mettre au service de son parcours de santé.

La prévention tertiaire en favorisant le parcours de soins permet la construction de la santé au travail. Dans ces dispositifs de soins « palliatifs » en santé au travail, le salarié reste acteur y compris pour interpeller le médecin du travail.

Historiquement le médecin du travail n'est pas dans le parcours de soins, il ne prescrit pas, les textes excluent la prise

en charge thérapeutique de la pratique de la médecine du travail. Toutefois prendre soin (pour éviter toute altération) n'est pas synonyme de soigner. Le médecin du travail se situe dans une relation de coopération avec les autres médecins, à partir de ce qu'il apporte comme éléments pour instruire la relation entre santé et travail, il fait du lien entre les avis de spécialistes pour accompagner un salarié afin de construire un dossier, de faire valoir ses droits : une invalidité, un temps partiel thérapeutique, un aménagement de poste, un maintien dans le poste ou dans l'emploi. C'est le salarié qui reprend contact pour une consultation avec le médecin du travail. Le dossier médical rend compte de cette coopération : certificats MP, enquêtes MP/AT, reconnaissance travailleur handicapé, attestation mettant en évidence lien santé travail, contact assistante sociale CARSAT pour prévenir la désinsertion professionnelles, courrier au médecin traitant, au spécialiste, retraite pour pénibilité.

Le médecin du travail passe la main au médecin traitant, il assure ainsi la synergie d'un lien, mais il doit garder le contact avec le salarié. L'arrêt maladie ne doit pas mettre le salarié en rupture avec la question du travail, il est nécessaire que le salarié se réapproprie le fait d'arrêter son travail. Proposer une consultation en santé au travail après quelques semaines d'arrêt maladie, indépendamment d'une reprise ou d'une pré-reprise du travail, c'est participer au parcours de soins, c'est à partir de la clinique médicale du travail, permettre au salarié de comprendre le lien santé travail, de construire des possibles de préservation de sa santé, de restaurer son pouvoir d'agir. Le temps de l'arrêt maladie, où le salarié est à la fois hors du travail mais aussi toujours dans son travail est un moment privilégié pour aider le salarié à comprendre le lien santé travail dans son histoire singulière.

Dans la coordination des soins, la rédaction du certificat de maladie professionnelle par le médecin du travail est essentielle, elle permet d'éviter une reprise du travail qui ne prendrait pas en compte cette demande de reconnaissance d'une pathologie liée au travail, elle permet de se mettre d'accord avec le médecin traitant pour le retour à l'activité de travail.

## **PARCOURS DE SOINS ET SOUTIEN A LA NORMALITÉ**

**L'**objectif de tous les médecins est de rendre le patient acteur de sa santé. Le salarié est acteur de sa santé, qui n'appartient pas au médecin. A-t-il besoin d'un tiers pour retrouver sa normalité, une normalité subjective ? Le salarié peut se demander : « *Est ce que je suis fou ? Est- ce que je suis normal ?* » Le diagnostic-verdict « *Vous êtes malade* » peut être catastrophique, entraîner l'abandon du salarié face à sa situation de travail, aux valeurs qu'il défend. Une décision médicale arbitraire peut casser ce que le salarié était en train de reconstruire.

La coordination et la coopération entre médecins est souhaitable et inévitable dans un parcours de soins. Comment coopère-t-on entre médecins : chaque professionnel prend ses responsabilités et permet à l'autre d'agir. Les relations médecins du travail/médecins généralistes ont changé, aujourd'hui le plus souvent ce sont les médecins traitants qui sont à l'initiative d'un échange avec le médecin du travail. Les médecins du travail ont une visibilité privilégiée de la santé au travail par la clinique médicale du travail. Leur connaissance du travail et de l'entreprise leurs donne une compétence particulière sur le lien santé travail. Un salarié qui a pu faire un travail d'élaboration sur sa santé, prenant en compte son travail, avec l'aide de son médecin du travail peut être en situation de restituer à son généraliste des éléments de clinique médicale du travail, ce qui peut inciter ce dernier à souhaiter rentrer en contact avec le médecin du travail. Le travail devient plus facilement objet d'intérêt pour le généraliste en lui permettant d'ouvrir de nouveaux espaces de compréhension sur le travail vis-à-vis de son patient. Le médecin du travail est le seul à pouvoir inscrire les risques professionnels dans l'entreprise et à proposer des recommandations pour la prévention des atteintes à la santé.

Les recommandations du médecin du travail entrent-elles dans la catégorie des soins ? Toutes les préconisations proposées par le médecin du travail en accord avec le salarié ont une double nature : ce sont des actes réglementaires et ce sont des actes de santé publique. Le libre consentement du salarié ne permet-il pas de placer les avis d'inaptitude dans le cadre du Code de la santé publique, dans le parcours de soins ? La nouvelle réglementation mise en place avec la réforme pourrait-elle faire des avis d'inaptitude de simples actes administratifs et les exclure du Code de santé publique ?

Le choix « thérapeutique » du patient éclairé par son médecin traitant n'est pas du même domaine que la restauration du pouvoir d'agir. Mais le choix « thérapeutique » d'une inaptitude, proposée comme issue possible à une situation de

travail pathogène, dans le cadre d'une consultation et d'un travail d'élaboration avec le médecin du travail, est une préconisation soumise aux mêmes règles du consentement éclairé.

## **PRENDRE SOIN EN EXERCICE DE MÉDECINE DU TRAVAIL**

**L**a préconisation d'aménagement de poste est un acte médical, c'est une mesure de soins pour la santé du travailleur. Il faudrait faire la liste des « actes médicaux » du médecin du travail. Quels sont les actes médicaux spécifiques du médecin du travail ?

L'inaptitude sans le consentement du salarié (excepté les situations d'urgence) est-il un acte médical ou un acte administratif de sélection ? En cas de contestation par le salarié d'une inaptitude prononcée par le médecin du travail sans le consentement du salarié, la décision de l'inspecteur du travail se substitue à l'avis du médecin du travail, et peut être considérée comme un acte administratif.

Le médecin du travail est responsable aussi des salariés qui sont en arrêt de travail, il participe à la coordination des soins, il doit exprimer son point de vue médecin du travail, peser sur des décisions médicales, proposer des alternatives si nécessaire. À la fois il coopère, participe à la coordination, mais il garde son autonomie et son point de vue de médecin du travail connaissant le contexte et le lien santé travail exprimé par le salarié.

Notre système de santé est basé sur la pathologie, la normalité reste le domaine de la médecine du travail. Le patient « éclairé par le docteur » n'est pas vraiment acteur de son parcours de soins. Pour retrouver son pouvoir d'agir le salarié a besoin d'un temps d'élaboration et d'un temps de discussion au cours de la consultation. Ce temps est du côté du soin. Décider de proposer un temps médical spécifique d'élaboration pour le salarié est un acte médical spécifique de l'exercice en médecine du travail. Aider un sujet à se maintenir (ou à se rétablir) dans sa normalité affectée par le travail n'implique pas que le médecin du travail se positionne dans le domaine du traitement.

## **CONCLUSION CE QUI SEMBLE ACQUIS ENTRE NOUS**

*LA MÉDECINE DU TRAVAIL  
DANS LA CONTINUITÉ DES SOINS DU SALARIÉ.*

- Le médecin du travail a un rôle spécifique dans la continuité des soins du salarié, aussi bien quand il est en activité que pendant ses arrêts de travail. La coopération avec le médecin traitant et d'autres soignants en est le principe. Le point de vue autonome du médecin du travail doit être élaboré avec le salarié et devient opposable.
- L'instruction de la compréhension des liens santé-travail pour le salarié est subordonnée à l'activité clinique du médecin du travail et au travail d'élaboration au cours des consultations.



➤ Le médecin du travail spécialiste des rapports entre le travail et la santé instruit médicalement les liens entre la santé du salarié et ce qu'il a identifié comme risques dans son travail. Ses actes médicaux consistent notamment à attester de ces constats et à proposer avec l'accord du salarié des préconisations ayant pour objectifs d'adapter le travail à la santé du salarié.

#### *L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL POUR PERMETTRE AUX SALARIÉS DE RESTAURER LEUR POUVOIR D'AGIR*

➤ Le temps d'élaboration par la clinique médicale du travail dans la consultation de médecine du travail est essentiel pour permettre au salarié de retrouver son pouvoir d'agir.

➤ La connaissance de l'entreprise et des collectifs de travail (l'organisation du travail, le travailler ensemble, les valeurs partagées, ce que le médecin peut appréhender du travail réel) sont des éléments nécessaires pour la mise en débat des préconisations du médecin du travail.

**L'** Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (ASS. SMT) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail.

*Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail.*

*Elle organise annuellement une Réunion-Congrès ainsi que des journées de réflexion sur des thèmes d'actualité en médecine du travail.*

*Elle assure la publication annuelle des Cahiers S.M.T.*

*Le 34<sup>e</sup> Congrès annuel se tiendra à Paris, les 7 et 8 décembre 2013 (PSA, Enclos Rey, 57 rue Violet 75015)*

*Pour toute information ou pré-réservation, prière de s'adresser à :*

*Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE 06 79 72 44 30*

*courriel : [secretaire@a-smt.org](mailto:secretaire@a-smt.org)*

*ou sur le site internet : <http://www.a-smt.org>*

*Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir page 70*

# **LES MÉDECINS DU TRAVAIL ONT-ILS LE DROIT D'ATTESTER D'UN LIEN DE CAUSALITÉ ENTRE TRAVAIL ET ATTEINTES A LA SANTÉ ?**

**Association Santé et Médecine du Travail**

**A**ujourd'hui, en France, trois médecins du travail sont poursuivis par des employeurs pour la rédaction de certificats médicaux ou de courriers à des confrères, attestant d'atteintes à la santé physique et mentale de salariés en lien avec leur activité de travail.

Ces plaintes adressées à l'Ordre des médecins portent sur la rédaction de ces certificats, sur la mise en cause de tiers, mais surtout sur la mise en évidence par les médecins du travail d'un lien de causalité entre organisation du travail et atteintes à la santé mentale.

Il ne s'agit pas de débattre sur les exigences d'objectivité de ces écrits, ni sur la forme. Pour l'association Santé et Médecine du travail, ce qui est en jeu, c'est la possibilité pour les médecins du travail d'identifier les causes des souffrances mentales constatées dans le travail, son environnement et son organisation et d'en attester les effets sur les salariés. Ces poursuites sont un moyen de peser sur l'indépendance des médecins du travail afin de les dissuader de rédiger des écrits mettant en cause les conditions d'organisation du travail.

Ces dix dernières années, les questions de santé au travail ont été marquées par la réforme des services de santé au travail qui a mis à mal les conditions de travail des médecins, en particulier dans les services interentreprises, mais aussi par des avancées dans le domaine du droit du travail et dans celui de la clinique médicale du travail.

Héritière des questions soulevées par l'ergonomie, la clinique médicale du travail entend aider le salarié à élucider les conflits nés des nouvelles organisations. Les questions de santé au travail et de prévention se posent moins aujourd'hui

en termes d'observation des éléments objectifs au poste de travail qu'en termes de compréhension des mouvements contradictoires qui animent l'activité et déterminent les conditions matérielles, sociales et subjectives du travail. Il s'agit pour le médecin du travail, dans le cabinet médical, au-delà de la plainte, d'aider le salarié à exprimer les dimensions affirmatives de son engagement dans le travail. Cette démarche clinique ne se substitue pas à l'action du salarié, elle vise à la reconstruction de sa capacité à penser, débattre et agir, mais elle permet au médecin d'acquiescer une compréhension intime des tensions qui accompagnent le travail. Ses investigations en milieu de travail en sont enrichies et lui permettent de mieux saisir à leur origine les enjeux de santé, et d'attester, dans certaines situations, du lien de causalité entre atteintes à la santé mentale et activité de travail

Depuis quelques années, le droit a intégré « la dimension subjective du contrat de travail » en s'intéressant à la personne chargée d'exécuter la prestation de travail. L'apparition des nouvelles formes de travail, le renouveau des stratégies managériales de mobilisation des salariés, de valorisation du « savoir-être », de l'initiative et de la responsabilité mobilisent une implication subjective dans le travail. Juridiquement, le durcissement et l'élargissement du droit du travail concernant l'obligation générale de prévention de l'employeur impliquent une meilleure prise en compte de la santé mentale au sein des conditions de travail.

La loi de modernisation sociale a introduit dans le Code du travail l'obligation pour l'employeur de prendre « les » mesures nécessaires « pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ». L'employeur est aidé en cela par l'élaboration d'un document d'évalua-

tion des risques professionnels ainsi que par le CHSCT et le médecin du travail. La personne du travailleur devient l'axe central des relations de travail remplaçant la conception du travailleur comme simple force de travail.

Au-delà du travail du législateur, il faut une véritable politique jurisprudentielle pour passer du droit à la protection de la santé physique au travail au droit à la santé « physique et mentale ».

La Cour de cassation a confirmé que l'employeur est tenu d'une obligation de sécurité de résultat et que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable lorsque l'employeur avait ou aurait du avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

La mise en jeu de la responsabilité de l'employeur suppose qu'il soit possible d'identifier les causes des souffrances mentales constatées dans le travail, son environnement et son organisation. Les atteintes à la santé mentale présentent en apparence une causalité souvent plus diffuse associant des causes liées à l'exécution même du travail ou à l'organisation du travail et des causes en rapport avec ce que le droit appelle « la vie personnelle ». Dans cette forte dépendance entre situation de travail et vie personnelle, toutes les combinaisons sont possibles et peuvent rendre difficiles l'identification du risque vécu par les salariés et c'est bien le travail clinique des médecins qui peut rendre possible cette identification.

Dans ce contexte, les écrits des médecins du travail prennent une place importante qui est contestée, attaquée par les employeurs, mais aussi, et c'est moins compréhensible, par le Conseil national de l'Ordre des médecins qui dans son rapport d'octobre 2006 sur la rédaction des certificats médicaux notifiât : « *Il est interdit au médecin d'attester une relation causale entre les difficultés familiales et professionnelles... et l'état de santé présenté par le patient* ».

Sur quels éléments médicaux et techniques l'instance ordinaire s'autoriserait-elle à intervenir sur l'exercice des médecins du travail dont la pratique clinique consiste précisément à diagnostiquer les liens entre des étiologies professionnelles et leurs effets sur la santé physique et mentale du travailleur ? Alors même que pour les déclarations de maladies professionnelles, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie demandent au médecin du travail d'établir le lien entre la pathologie présentée et le travail du salarié. En ce qui concerne les atteintes à la santé mentale, le médecin du travail ne pourrait-il pas affirmer une probabilité, une présomption forte, un lien de causalité ?

L'a-SMT se doit d'ouvrir un débat professionnel sur cette question des écrits des médecins du travail, elle appelle à soutenir collectivement les collègues mis en cause, à mettre en visibilité toutes les plaintes semblables instruites par les Conseils de l'Ordre et mettant en cause des médecins du travail et à porter ces questions dans l'espace public. Notre action vise les objectifs suivants :

- Obtenir que toute instruction d'une plainte contre un médecin soit précédée d'une concertation confraternelle.
- Obtenir que la saisine de l'Ordre soit limitée aux pratiques déontologiques et non aux pratiques professionnelles, dont la validité est instruite entre pairs, dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Faire reconnaître l'absence de légitimité de l'Ordre à demander à un médecin du travail de justifier de ses pratiques professionnelles devant un employeur, ce qui est contraire aux dispositions des articles L.4623-8 et L.4624-1 du Code du travail.
- Disqualifier en droit la possibilité de saisine de l'Ordre d'une plainte employeur contre un médecin du travail (instrumentalisation d'une procédure réservée en principe à la relation entre le médecin et un patient, utilisation de cette voie pour disqualifier des instances prud'homales ou pénales) et refuser que dans les instances disciplinaires siègent, dès lors qu'ils seraient en conflit d'intérêt, des médecins-employeurs.
- Faire reconnaître notre compétence à établir un lien de causalité entre travail et santé par la construction du lien santé-travail en clinique médicale du travail.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

- ♦ Rapport Boissin et Rougement au Conseil national de l'Ordre des médecins d'octobre 2006
- ♦ DAVEZIES Philippe, *La clinique médicale du travail, une pratique émergente*, Santé & travail N°81
- ♦ VERKINDT Pierre-Yves, *Les responsabilités en matière de santé mentale au travail*, Archives des Maladies Professionnelles, juin 2012, volume 73, pp 217-219

# PÉTITION D'ALERTE ET DE SOUTIEN

[http://www.petitions24.net/alerte et soutien aux drs e delpech d huez et b berneron](http://www.petitions24.net/alerte_et_soutien_aux_drs_e_delpech_d_huez_et_b_berneron)

## **POUR PERMETTRE AUX MÉDECINS DU TRAVAIL D'ATTESTER D'UN LIEN DE CAUSALITÉ ENTRE LE TRAVAIL ET L'ATTEINTE À LA SANTÉ**

## **POUR SOUTENIR LES D<sup>RS</sup> DELPUECH, HUEZ ET BERNERON**

**L**es médecins du travail sont des spécialistes de la santé au travail. Les pratiques de l'Ordre des médecins et de ses instances doivent dorénavant en prendre acte notamment en matière de plaintes d'employeur. Nous revendiquons par conséquent que :

- Une plainte d'employeur ne soit recevable devant une juridiction ordinale que dès lors qu'elle représente l'intérêt de la santé des salariés de l'entreprise. La plainte doit être rejetée lorsqu'elle est fondée sur des motifs extérieurs à la santé des salariés et lorsque la responsabilité de l'entreprise ou de ses dirigeants est engagée, notamment dans un conflit les opposant à un ou plusieurs salariés.
- Dès lors qu'elle serait recevable une plainte auprès du Conseil de l'Ordre doit être précédée d'une concertation confraternelle avec le médecin mis en cause. Pour les médecins du travail, la conciliation avec le plaignant-employeur ne peut avoir pour objet de s'expliquer sur leurs actes professionnels ce qui serait contraire aux dispositions réglementaires particulières concernant leur exercice.
- L'Ordre des médecins n'ait pas compétence pour juger des pratiques professionnelles des médecins spécialistes dès lors que ces pratiques ont fait l'objet d'une élaboration et d'une évaluation formalisée publiquement et dans un cadre institutionnel entre pairs.

C'est pour avoir observé leurs obligations en rédigeant des certificats médicaux ou des courriers à leurs confrères, constatant les liens entre l'organisation du travail et

ses effets sur la santé psychique de salariés, que, très récemment, trois médecins du travail : les Docteurs DELPUECH, HUEZ et BERNERON ont été l'objet de plaintes d'entreprises auprès du Conseil de l'Ordre des médecins dont ils relèvent. Les deux premiers agissaient *es* qualité de médecins du travail et le troisième dans le cadre d'une consultation de psychopathologie du travail d'un CHU. Le premier a été condamné en première instance et s'est pourvu en appel.

### **Nous demandons**

### **l'abandon des poursuites disciplinaires contre les Docteurs DELPUECH, HUEZ et BERNERON**

Informé chaque travailleur du lien entre les risques du travail et les effets négatifs sur sa santé est un droit inscrit dans le Code du travail et une obligation pour chaque médecin du travail. Rédiger des écrits, notamment des certificats médicaux, et assurer ainsi l'effectivité du droit du travailleur et particulièrement de ses droits à réparation fait également partie du devoir de tout médecin et spécialement de tout médecin du travail. L'ensemble de ces droits et devoirs est inscrit dans le Code du travail et les Codes de la santé publique et de la sécurité sociale. C'est cela que font les médecins du travail qui rédigent des certificats médicaux à l'appui d'une déclaration de maladie professionnelle, par exemple en attestant du lien entre une exposition à un cancérigène et la survenue d'un cancer professionnel.

Ces plaintes et leur recevabilité par le Conseil de l'Ordre soulèvent des questions politiques et professionnelles. Le choix des juridictions disciplinaires de l'ordre des méde-

**cins ne doit rien au hasard. Alors qu'ils pourraient poursuivre les médecins incriminés dans le cadre d'une juridiction pénale, ces plaintes permettent d'intimider les médecins du travail sans risquer de publicité sur des pratiques d'entreprises, ce que pourrait impliquer la voie judiciaire.**

**Ces plaintes sont donc des plaintes de circonstance, destinées à décrédibiliser les écrits des médecins du travail. Les employeurs veulent ainsi déclencher un réflexe de peur et d'abstention de témoignage chez les médecins du travail déjà malmenés par une réglementation récente.**

Ainsi, on comprend pourquoi, alors que toutes les enquêtes montrent l'impact massif sur la santé des salariés des nouvelles formes d'organisation du travail, des employeurs tentent de se garantir contre tout constat, notamment médical.

La voie ordinale est ouverte aux employeurs par l'aubaine d'un « notamment » de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique qui ne les cite pas nommément. Se pose donc la question de leur légitimité à porter plainte. Or c'est précisément de la capacité à porter plainte des patients ou des organismes publics et des associations de patients que traite cet article. Il est par conséquent logique qu'une plainte de l'entreprise puisse être recevable dès lors que l'exercice professionnel d'un médecin du travail met en péril la santé des salariés de cette entreprise. **Mais une telle plainte ne répond plus aux conditions de saisine lorsqu'il s'agit de protéger les intérêts d'une entreprise notamment dans un litige l'opposant à un ou plusieurs salariés.**

Une conciliation avec le plaignant-employeur est ici exigée par le Conseil de l'Ordre. Pour le médecin du travail, elle n'est pas conforme aux dispositions du Code du travail. En effet, son indépendance est garantie par l'article L.4623-8 du Code du travail et, notamment, est mise en place, par l'article L.4624-1, une procédure qui le dispense de justifier de ses actes professionnels devant un employeur en interposant l'intervention de l'inspection du travail.

Actuellement, des méthodes d'organisation du travail et de gestion des ressources humaines génèrent des atteintes fréquentes à la santé des travailleurs du fait de risques psychosociaux. Les médecins du travail, par leur travail clinique, peuvent discerner et diagnostiquer les effets négatifs des risques psychosociaux sur la santé des travailleurs. L'évolution des entreprises, de leur fonctionnement et des pratiques pro-

fessionnelles des médecins du travail est souvent ignorée des autres médecins, notamment du Conseil de l'Ordre. En témoigne un commentaire d'un rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins qui mentionne concernant la rédaction des certificats médicaux par un médecin : *« Il lui est interdit d'attester d'une relation causale entre les difficultés familiales ou professionnelles... et l'état de santé présenté par le patient. »*

Ces prises de position ordinales ignorent deux faits majeurs :

- La qualité de spécialiste du médecin du travail, qui lui permet de diagnostiquer le lien clinique entre des caractéristiques pathogènes du travail et de son organisation et des effets délétères sur la santé, notamment psychique, des salariés, comme tout autre spécialiste le pratique dans d'autres champs médicaux.
- L'existence de pratiques professionnelles construites entre pairs intégrant à la clinique médicale les références scientifiques et médicales ainsi que les acquis des sciences sociales, les rendent scientifiquement pertinentes et permettent l'exercice spécialisé d'une clinique médicale du travail. Ces pratiques sont par ailleurs validées dans le cadre d'évaluation des pratiques professionnelles encadrées par la HAS.

Un ordre professionnel ne saurait avoir pour compétence d'intervenir dans les pratiques professionnelles spécialisées qui relèvent de l'élaboration et de la validation entre pairs dans un cadre collectif associatif et d'ordre public social.

**Ce qui se joue ici, c'est le droit légitime de tout travailleur à une information du médecin du travail sur les risques qu'il court personnellement et les effets qu'ils entraînent sur sa santé. En mettant en visibilité le lien santé-travail, l'attestation rédigée par le médecin du travail, permet de stimuler la prévention du risque. Cette attestation peut permettre au travailleur de prétendre à une juste réparation.**

### **C'est pourquoi nous apportons notre soutien aux médecins du travail mis en cause**

*Notre initiative fait écho à la déclaration de l'ass. SMT mise en ligne sur son site (<http://www.a-smt.org/accueil.html>)*

**L'article 50 du Code de déontologie médicale**, inscrit dans le Code de la santé publique, prescrit que tout « *médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit...* ».

**L'article 76 du même code** prescrit : « *l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.* ».

**L'article 95 du même code**, précise : « *...En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.* »

**L'article L.1111-2 du Code de la santé publique** garantit le droit du patient d'être informé sur son état de santé, sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, par tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables, cette information étant délivrée au cours d'un entretien individuel.

**L'article R.4126-1 du Code de la santé publique** traite de « *L'action disciplinaire contre un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ne peut être introduite devant la chambre disciplinaire de première instance que par l'une des personnes ou autorités suivantes :*

*1° Le Conseil national ou le Conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction, agissant de leur propre initiative ou à la suite de plaintes, formées notamment par les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, qu'ils transmettent, le cas échéant en s'y associant, dans le cadre de la procédure prévue à l'article L.4123-2 (...).*»

**L'article L.461-6 du Code de la sécurité sociale** contraint « *tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, (à déclarer) tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel (et sont inscrit dans les tableaux de maladies professionnelles) et (...) tout symptôme et toute maladie (...) qui présentent, à son avis, un caractère professionnel...* ».

**L'article R.4624-16 du Code du travail** enjoint au médecin du travail lors des examens médicaux périodiques d'informer le salarié « *sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire...* ».

**L'article L.4623-8 du Code du travail** concerne l'indépendance du médecin du travail – « *Dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi, le médecin du travail assure les missions qui lui sont dévolues par le présent code.* »

**L'article L.4624-1 du Code du travail** précise cette indépendance vis-à-vis de l'employeur – « *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'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail.* »

# RÉPONSE AU COMMUNIQUÉ DU CNOM

**Alain CARRÉ, médecin du travail**

Comme coordonnateur d'une pétition qui rassemble déjà 7 000 signataires dont celles d'environ 700 médecins du travail, je souhaite répondre publiquement au communiqué de l'Ordre national du 16 mai 2013 concernant l'indépendance des médecins du travail.

Je désire d'abord rappeler que l'Ordre et ses niveaux départementaux ont déjà instruit, par le passé, des plaintes d'employeurs que nous considérons comme attentatoires à l'indépendance des médecins du travail : un premier train de plaintes a été déposé vers 2002 et portait sur de supposées atteintes au « secret professionnel » en faisant la confusion entre « secret médical » et « secret de fabrique », un second train de plaintes a été déposé vers 2006 et contestait des décisions d'inaptitudes au prétexte qu'elles auraient été « de complaisance ».

L'offensive actuelle, dont nous estimons qu'elle est coordonnée, porte sur les effets des risques psychosociaux dont les médecins du travail sont actuellement les seuls spécialistes médicaux, du fait de leur connaissance concrète des conditions du travail et de leur capacité clinique à construire les liens entre les caractéristiques du travail et ses effets sur la santé du salarié.

Nous constatons que, contrairement à ce que déclare l'Ordre, il ne défend pas toujours l'indépendance de ses confrères.

L'Ordre national estime que sa pratique serait déontologiquement irréprochable, au regard des éléments que nous citons, puisque les chambres disciplinaires sont présidées par des magistrats.

Mais cette position est démentie dans les faits. Ainsi :

- Les Ordres départementaux acceptent d'instruire des plaintes sans tenir compte de l'esprit de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique qui concerne uniquement des personnes physiques ou morales représentant l'intérêt de la santé des patients. Ainsi, ils instruisent des plaintes d'employeurs qui ont pour objet des litiges avec des salariés, dont ils sont accusés d'avoir atteint à la santé. Si la plainte était classée sans suite l'employeur ne serait pas lésé puisque, s'il estime devoir le faire, il pourrait déposer une plainte pénale pour les mêmes faits.

- Les Ordres départementaux instruisent ces plaintes en sommant les médecins du travail en cause de s'expliquer sur leurs actes professionnels, lors de « conciliations », devant des employeurs ou leurs préposés ce que le Code du travail considère comme attentatoire à l'indépendance des méde-

cins du travail. Nous notons au passage que ces ordres ne s'entourent pas de l'avis du médecin inspecteur du travail qui a seul compétence pour intervenir dans ce cadre. Nous avons en outre la preuve que, sous la pression, des médecins mis dans cette situation ont dû accepter, sur sollicitation de membres du Conseil de l'Ordre présents, de modifier la teneur de certificats médicaux, ce qui, à notre connaissance, constitue un acte contraire à la déontologie. Rien n'obligeait à organiser ces « conciliations », qui ne peuvent amener les médecins du travail qu'à trahir leurs diagnostics et leurs devoirs envers leurs patients

Enfin, les ordres départementaux, contrairement à ce qui se pratique pour des plaintes de patients, n'ont pas pris la précaution d'entendre au préalable, entre confrères, les médecins mis en cause. Nous estimons que cette attitude est contraire à la déontologie médicale. Notamment il présuppose que les membres du Conseil de l'Ordre auraient compétence à juger des pratiques professionnelles de spécialistes dont ils n'exercent pas la spécialité. Cette compétence n'apparaît pas évidente au regard du jugement de première instance concernant un des médecins du travail mis en cause. Nous ne pouvons pas nous empêcher de remarquer que l'ignorance des pratiques professionnelles des médecins du travail s'accompagne ici d'une certaine compréhension des positions des employeurs. Cela pose la question de l'instruction de conflits d'intérêts, peut être inconscients, pour des « médecins-employeurs » (ainsi que les nomme la dernière livraison de la revue de la MACSF) amenés à juger leurs confrères (ou consœurs) médecins du travail dans ce type de litige.

Considérant ces dysfonctionnements, qui participent d'un processus d'intimidation qui fragilise profondément la profession de médecin du travail, nous estimons que :

- les plaintes concernant les D<sup>rs</sup> DELPUECH, HUEZ et BERNERON doivent être abandonnée ;
- l'Ordre, dans l'attente d'une décision des pouvoirs publics révisant l'article R.4126-1 du Code de la santé publique, doit dorénavant s'abstenir d'instruire des plaintes d'employeurs dans le cadre d'un litige les opposant à un salarié ;
- devant tout dépôt de plainte, l'Ordre doit proposer, avant instruction, un échange confraternel avec le médecin concerné.

Je demande que cette réponse à un communiqué de l'Ordre soit portée à la connaissance de tous les médecins inscrits à l'Ordre des médecins.

# UN POINT DE LA SITUATION PAR LE COORDINATEUR DE LA PÉTITION

**Alain CARRÉ, médecin du travail**

**A**u 7 août 2013, la pétition a recueilli 9 485 signatures.

- dont 811 médecins du travail ;
- dont 103 contrôleurs, inspecteurs, directeurs du travail.

Le coordonnateur de la pétition remercie très chaleureusement toutes et tous les signataires qu'ils soient collègues ou confrères des médecins mis en cause et plus encore s'ils sont profanes et si ils représentent des associations *es* qualité. Une mention particulière aux syndicalistes dont l'adhésion revêt une importance dans des temps troublés où leur soutien à des membres de la profession ne va pas toujours de soi. Comme coordonnateur, et ceci n'engage que moi, j'estime que signer pour cette pétition démontre un haut niveau de réflexion sur les rapports que la santé entretient avec le travail.

Bien évidemment, nous ne sommes pas restés passifs. Un collectif d'organisation s'est constitué. Des courriers ont été adressés au ministre du Travail et au ministre de la Santé pour demander une rencontre et présenter la pétition. Des réponses des cabinets ministériels nous sont parvenues indiquant que nos demandes sont à l'étude.

La rentrée se profile. Que devient la situation des trois médecins du travail en cause ?

➤ Le D<sup>r</sup> DELPUECH attend la notification de l'appel au Conseil national concernant la décision de blâme infligée par la chambre disciplinaire régionale de l'ordre.

➤ Le Conseil départemental de l'Ordre d'Indre-et-Loire qui avait convoqué, sans l'entendre, le D<sup>r</sup> BERNERON pour une « conciliation » avec l'employeur qui l'accusait, s'est aperçu, *in extremis*, qu'il n'était pas compétent ! En effet, ce médecin est inscrit à l'Ordre des médecins du Loir-et-Cher. Ce Conseil de l'Ordre a, lui, engagé un dialogue confraternel avec le D<sup>r</sup> BERNERON et organise une réunion de conciliation « conformément à la loi en vigueur », le 19 septembre. Cet incident a, pour le moins, mis en lumière un fonctionnement un peu surprenant du Conseil de l'Ordre tourangeau.

➤ Le D<sup>r</sup> HUEZ a refusé de se présenter à la conciliation avec l'avocat de l'entreprise plaignante. Le Conseil de l'Ordre d'Indre-et-Loire a transmis la plainte de l'entreprise à la Chambre disciplinaire de l'ordre des médecins, assortissant la saisine de commentaires particulièrement négatifs qui pourraient être le signe d'une partialité, sur la nature de laquelle il est permis de s'interroger. En effet, la plainte n'a

pas été déposée à son initiative mais il s'y associe, liant ainsi son sort à celui de l'entreprise plaignante.

Les raisons du refus de conciliation du D<sup>r</sup> HUEZ ont été exposées par ses conseils :

➤ La plainte de l'entreprise n'est pas recevable pour des raisons de droit car elle n'est pas accompagnée de la délibération de l'organisme statutairement compétent de l'entreprise, les employeurs mésusent de l'article permettant de porter plainte dans la mesure où ils ne sont ni liés au régime de Sécurité sociale, ni représentent pas les patients, enfin l'inspecteur du travail a confirmé que le D<sup>r</sup> HUEZ agissait dans un cadre de droit et accomplissait bien une mission d'ordre public et que par conséquent l'entreprise ne pouvait porter plainte hors de toute plainte de l'autorité publique.

➤ Le mémoire envisage principalement le point essentiel que constitue l'attitude générale des institutions ordinaires en matière d'exercice de la médecine du travail et la confusion entre la situation professionnelle et l'appartenance à une communauté familiale. Il souligne l'incompréhension des pratiques en médecine du travail et notamment l'établissement et la formalisation du lien entre la santé du travailleur, y compris psychique et des caractéristiques du travail ou de son organisation. Il souligne au passage que ce lien avait été préalablement attesté par la reconnaissance d'un accident du travail dont le salarié avait été victime.

➤ L'argumentaire fait une place aux commentaires du conseil départemental d'Indre-et-Loire qui, au passage qualifie « d'instruction » son action dans ce domaine alors qu'il ne cite en l'occurrence aucun article du Code de déontologie médicale à l'appui de ses accusations ! Les griefs avancés par cet organisme pourraient être considérées comme attentatoires à la liberté d'expression et méconnaissent les droits juridiques de la défense. C'est à un non lieu de la chambre disciplinaire qu'invite ce mémoire.

L'audience de la Chambre disciplinaire serait fixée au mercredi 16 octobre au matin à Orléans. Mais elle pourra être repoussée selon l'évolution de l'instruction écrite en cours.

Ainsi, la machine disciplinaire étant en marche il convient d'accompagner, y compris en personne, les trois médecins devant les instances disciplinaires. C'est pourquoi nous appellerons à nous rassembler à chaque occasion afin de remettre la pétition à ces instances et apporter notre soutien aux trois médecins concernés. Je ne doute pas un instant que nous serons nombreux.

Je réitère mes très cordiaux remerciements à toutes et à tous.



# LES ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL

**Alain CARRÉ, Dominique HUEZ, médecins du travail**

## LES ÉCRITS DU MEDECIN DU TRAVAIL ET LE DROIT

*L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL CONSISTE À IDENTIFIER LA RELATION ENTRE DES ALTÉRATIONS DE LA SANTÉ D'UN TRAVAILLEUR ET DES ÉLÉMENTS PATHOGÈNES DE SA SITUATION PROFESSIONNELLE*

La médecine du travail est un exercice médical, à ce titre les praticiens procèdent comme tout médecin à l'établissement de diagnostics médicaux qui comportent l'identification de la ou des étiologies de l'affection en cause.

La médecine du travail est un exercice de spécialité et à ce titre les praticiens sont qualifiés pour identifier les liens entre les affections d'origine professionnelle et des éléments pathogènes liés au travail. Comme pour toute spécialité, pour ce faire, ils déploient des pratiques et un corpus de connaissances partagées et validées par les spécialistes en médecine du travail ou du champ de la santé au travail, notamment dans le cadre des échanges d'expériences et d'évaluations entre pairs faisant éventuellement l'objet, pour certaines d'entre elles, de recommandations de la Haute Autorité en Santé.

L'objet de ces pratiques est précisé par le Code du travail. Elles se déploient tout d'abord dans un cadre collectif. Chargé « (...) d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail (...) » (L.4622-4 du CDT), le médecin du travail a le devoir de signaler l'existence d'un risque professionnel collectif et les remèdes à y apporter à toutes les composantes de la communauté de travail et aux autorités publiques (L.4624-3 du CDT). Il conseille notamment la communauté de travail et les salariés sur « la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'exposition à des agents chimiques dangereux ». (R.4624-1 du CDT).

Ces éléments collectifs sur les risques professionnels et leurs effets sont consignés dans des documents ayant publicité dans l'entreprise et auprès des autorités publiques, telle la fiche d'entreprise rédigée et tenue à jour par chaque médecin du travail.

*L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL IMPOSE AU MÉDECIN DU TRAVAIL D'INFORMER LE TRAVAILLEUR DES RISQUES DE SA SITUATION PROFESSIONNELLE ET DE LEURS LIENS, ÉVENTUELLEMENT PATHOGÈNES, À SA SANTÉ*

Comme tout médecin, le médecin du travail « doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose (...) » (R.4127-35 du CSP). Le droit à l'information du patient sur son état de santé porté par l'article L.1111-2(1) est un des éléments fondateurs de la révision du Code de la santé publique de 2002.

En matière d'exercice de la médecine du travail les devoirs du médecin du travail en matière d'information collective sont étendus par le droit du travail à sa relation avec son patient : le travailleur.

Ainsi, le médecin du travail est chargé au cours de l'examen d'embauche « d'informer (le travailleur qu'il examine) sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire » (R.4624-11 du CDT). Lors des examens périodiques il a obligation d'informer le travailleur « sur les conséquences des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire » (R.4624-16 du CDT). Il peut dans ce cadre demander les examens complémentaires nécessaires « au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du salarié » (R.4624-25 du CDT).

.....

1- Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel...

LE CONSTAT DU LIEN ENTRE SA SANTÉ ET SON TRAVAIL PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL DOIT ÊTRE CONSIGNÉ PAR ÉCRIT DANS LE DOSSIER MÉDICAL OU DONNER LIEU À LA DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL. CE CONSTAT ÉCRIT EST SOIT TENU À LA DISPOSITION DU TRAVAILLEUR, SOIT LUI EST ACCESSIBLE

Le médecin du travail établit un dossier en santé au travail qui « retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis (...) » (L.4624-2 du CDT). Le dossier médical est accessible au salarié.

Comme à tout médecin l'article L.461-6 du CSS s'impose au médecin du travail. « En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel (...) ».

Enfin, l'article R.4127-50 du CSP qui impose à tout médecin de « faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit (...) ». Cela peut nécessiter la rédaction d'un certificat médical.

Le constat du lien par le médecin du travail peut également être rédigé dans le cadre d'une action de prévention d'une aggravation ou de continuité du soin. Cet écrit peut ainsi être rédigé à l'attention d'un autre médecin, soit dans le cadre d'un avis complémentaire soit en direction du médecin traitant pour permettre par exemple une continuité de prise en charge. Là encore les règles déontologiques relatives au secret médical et l'article L.1110-4 du CSP imposent que les liens entre les médecins soient assurés en toute connaissance de cause par le patient, lequel peut prendre connaissance des échanges si toutefois il les autorise.

## LES ÉCRITS DES MÉDECINS DU TRAVAIL EN RELATION AVEC LES RISQUES DES ORGANISATIONS DU TRAVAIL POUR LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS – LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX –

LA NATURE DE L'ENTREPRISE NE PERMET PLUS DEPUIS LE DÉBUT DU 19<sup>ÈME</sup> SIÈCLE DE L'ASSIMILER AU MILIEU FAMILIAL(2)

À la fin du Consulat du fait des avancées scientifiques permises, notamment dans le cadre de la Révolution, se mettent en place des entreprises de production qui n'ont plus rien à

2- La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19<sup>ème</sup>-20<sup>ème</sup> siècles), Ouvrage collectif sous la direction d'Anne-Sophie BRUNO, Éric GEERKENS, Nicolas HATZFELD, Catherine OMNÈS, Collection pour une Histoire du travail, Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 2011.

voir avec le modèle artisanal quasi familial qui existait sous l'ancien régime. L'ouvrier n'est pas placé dans un cadre paternaliste mais dans un mode de relation juridique qui va s'affirmer avec le temps, celui de la subordination exclusive pendant son temps de travail dans le cadre de dispositions de droit romain, celles du contrat de travail(3). Les employeurs mettent en place en matière de santé au travail des stratégies qui tournent autour de trois objectifs : « dénier les atteintes à la santé, empêcher l'intervention de l'état, minimiser les coûts ».

C'est notamment en réaction à ces stratégies que le mouvement syndical va s'organiser, contre l'interdiction légale qui lui est faite, en amicales puis syndicats.

Certains médecins de la seconde moitié du 19<sup>ème</sup> siècle et du début du 20<sup>ème</sup> ne demeurent pas neutres devant ces situations. Ils adhèrent par exemple à « l'ambiguïté hygiéniste »(4) que font naître des scientifiques et des médecins parfois en conflit d'intérêt caricatural (certains sont en même temps propriétaires des fabriques délétères !); mais aussi très tôt, des médecins s'intéressent au geste professionnel réel. De l'hygiénisme naît une logique implacable : si le respect de l'hygiène, de la bonne manière d'agir, mettent à l'abri du risque, seuls les moins aptes par constitution ou nature (les femmes, les étrangers par exemple) seront des victimes. D'où la nécessité de repérer ceux qui seraient incapables et de les mettre à l'écart soit-disant pour leur bien (d'où l'éviction des femmes de certains emplois, d'où le contrôle médical des travailleurs étrangers aux frontières).

Au début du 20<sup>ème</sup> siècle se met en place la production standardisée de masse et son organisation taylorisée. Des pathologies naissent de ce mode d'organisation et perdurent actuellement. Le consensus scientifique se fait autour des pathologies à manifestations physiques que génère cette organisation autour de la catégorie des troubles musculo-squelettiques (TMS).

À PARTIR DE 1980 SE METTENT EN PLACE PROGRESSIVEMENT DES FORMES D'ORGANISATIONS DU TRAVAIL PARTICULIÈRES, LIÉES À L'ORGANISATION NÉOLIBÉRALE DES ENTREPRISES QUI GÈNÈRENT DE NOUVEAUX RISQUES, LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS), RESPONSABLES D'ATTEINTES À LA SANTÉ SPÉCIFIQUES

Dès le milieu des années quatre-vingt, des chercheurs et des médecins du travail mettent en évidence l'impact sur la santé, notamment psychique, de formes d'organisation individualisantes, excluantes et manipulatoires. Le « management » des « ressources humaines » génère parfois des risques psychosociaux. La psychodynamique du travail dont le principal contributeur est le P<sup>r</sup> Christophe DEJOURS estime

3- Critique du droit du travail, Alain SUPLOT, Les voies du droit, PUF, 1994

4- Thomas LE ROUX dans Risques et maladies du travail : le Conseil de salubrité de Paris aux sources de l'ambiguïté hygiéniste au 19<sup>ème</sup> siècle, ibid, retrace notamment l'action du D<sup>r</sup> DARCEY dans l'affaire du mercure et de la céruse dans laquelle on retrouve la volonté de « défendre à tout prix l'industrie, perçue comme un progrès et donc tenter d'atténuer ses méfaits pour qu'elle ne soit pas complètement remise en cause ».

que le travail tel qu'il est organisé est responsable d'une « usure mentale ». Les sciences humaines : la sociologie, la psychologie (notamment la chaire de psychologie du travail du P<sup>r</sup> Yves CLOT), l'ergonomie, s'intéressent à ces nouveaux risques et à ces nouvelles pathologies. Par exemple une étude récente du centre de l'emploi met en évidence le caractère encore plus délétère que le taylorisme d'une forme d'organisation qui lui succède : le *lean management* (management « maigre »).

La DARES du ministère du Travail met en place au début des années quatre-vingt-dix un groupe de travail spécifique. L'enquête SUMER (Surveillance Médicale des Risques) du ministère du Travail met en place, en 2003, un premier questionnaire de vécu au travail afin de repérer l'impact sur la santé de ces nouvelles formes d'organisation. Les récents résultats de l'enquête SUMER 2010 montrent par exemple qu'alors qu'en 2003 16,3 % des salariés signalaient vivre un comportement hostile au travail, en 2010 ils étaient 21,7 %. En 2003, 10,6 % déclaraient souffrir des comportements méprisants au travail en 2010 ils étaient 15,4 %. Enfin à partir de 2009 un groupe d'expertise du ministère du Travail, sous la présidence du P<sup>r</sup> GOLLAC, sur les risques psychosociaux en donne la définition maintenant officielle : « *Les risques psychosociaux au travail sont les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Ce sont les facteurs (organisationnels, relationnels et individuels) qui sont psychosociaux. Les troubles de santé occasionnés peuvent être mentaux, sociaux, mais aussi physiques.* »

Cette expertise consacre un abord à la fois objectif (par exemple des conditions temporelles de travail) et subjectif (c'est-à-dire une expression du vécu du travailleur, par exemple l'émotion ou la peur que peut générer son travail)(5) de l'expression pathologique des RPS.

*CES NOUVEAUX RISQUES ET LEURS EFFETS NOTAMMENT MENTAUX MAIS AUSSI PHYSIQUES ET SOCIAUX SONT PROGRESSIVEMENT PRIS EN CHARGE PAR DES PRATIQUES NOUVELLES DES MÉDECINS DU TRAVAIL, QUI S'ORGANISENT AUTOUR DES ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL, ÉLABORÉES LORS DE TRAVAUX ENTRE PAIRS*

À la fin des années quatre-vingt, confrontés à ces nouvelles organisations du travail, les médecins du travail mènent des réflexions et intègrent les concepts issus des sciences humaines dans leur pratique clinique. Ils adaptent la clinique médicale à leurs obligations, à ces nouveaux risques et à leurs effets en élaborant les principes d'une « clinique médicale

.....

5- Exemples : question Axe « Exigences émotionnelles » : « *Vous arrive-t-il d'avoir peur pendant votre travail ?* », question Axe « Rapports sociaux » : « *Votre supérieur prête-t-il attention à ce que vous dites ?* »

6- Charte de l'association d'EPP agréée par la HAS « E-pairs » : La mission fondamentale de toute pratique en médecine du travail est de préserver la santé au travail. Les pratiques de sélection n'en relèvent pas.

Les pratiques professionnelles en médecine du travail exigent à la fois le respect du secret médical et l'information sur la santé au travail aux membres de la communauté de travail

du travail ». Des ouvrages scientifiques naissent de ces réflexions et de nombreuses publications scientifiques y font écho.

Quelques grands principes structurent ces pratiques(6). Le médecin du travail considère le travailleur comme un patient et par conséquent agit vis-à-vis de lui conformément aux dispositions du Code de la santé publique, du Code du travail et du Code civil.

C'est l'intérêt de la santé du travailleur qui le guide, y compris au péril d'éventuels conflits avec l'employeur, dès lors que le médecin constate que ce dernier ne répond pas, volontairement ou non, à ses obligations de prévention et d'obligation de sécurité de résultat.

Les écrits du médecin du travail s'ils ont parfois comme finalité réglementaire d'assurer les droits peuvent aussi relever d'autres objectifs.

➤ Le premier est celui d'assurer une traçabilité des événements pathogènes ou positifs pour permettre de construire une temporalité du lien entre la santé et le travail. Cette temporalité a une finalité clinique pour le médecin mais peut également avoir pour fonction de jalonner à distance cette temporalité pour le travailleur.

➤ Le second, qui s'inscrit dans le cadre de pratiques « inter-compréhensives », a pour objet d'échanger avec le travailleur autour de la compréhension hypothétique de la situation afin de faire redémarrer sa pensée qui peut avoir été sidérée par la situation pathogène. Il ne s'agit pas seulement de lui proposer des pistes hypothétiques auxquelles il adhérerait ou non, mais bien de provoquer sa parole et d'écouter ce que lui a à dire de la situation, afin de faciliter son élaboration pour accéder à sa propre compréhension. Le médecin du travail tient alors le fil de la réalité et de la cohérence afin de déterminer si, en pensée, « il voit travailler » son patient. Dans des situations qui peuvent parfois être interprétées par le travailleur sur le mode personnalisé d'une agression, cela peut permettre de mettre en lumière l'implication de l'organisation du travail qui dresse les salariés les uns contre les autres et désamorcer un conflit.

➤ Enfin, dès lors que le salarié est en situation critique de doute sur lui-même, qu'il soit par exemple en situation de perte de l'estime de soi ou de souffrance éthique, l'écrit du médecin du travail prend une valeur thérapeutique pour éviter un passage à l'acte qu'il redoute. L'écrit donne alors acte de la rationalité de la situation et donne à voir les liens rationnels entre la situation professionnelle et les effets observés

La subjectivité du travailleur constitue un signe dont le médecin du travail doit identifier le sens pour lui donner une signification symptomatique. Cette subjectivité, confrontée à ce que le médecin peut connaître de l'état des connaissances, de l'objectivité des situations de travail, de son organisation, de l'entreprise, de ce que disent les salariés, de leur vécu, de ce que le médecin du travail peut connaître également de situations semblables décrites par ses pairs et soumises à discussion, va lui permettre de pouvoir passer à l'écrit.

Peu importe alors de quel support relève cet écrit : certificat médical, lettre à un autre médecin, extrait du dossier médical, il s'inscrit dans le cadre rationnel de la clinique médicale du travail élaborée entre pairs et dont les pratiques sont évaluées entre pairs.

## LA POSITION DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR LES ÉCRITS DES MÉDECINS DU TRAVAIL UN PROBLÈME DE COMPÉTENCE

UNE POSITION EXPRIMÉE OFFICIELLEMENT QU'IL CONVIENT D'ANALYSER

Il ne convient pas de prendre pour références de la position ordinale des interprétations plus ou moins compétentes, et fondées ou non à s'exprimer au nom de l'institution.

En octobre 2006, un rapport a été approuvé par le Conseil de l'ordre sur « les certificats médicaux, règles d'établissement ». Il a été rédigé par deux confrères dont, à notre connaissance, aucun n'exerce la médecine du travail.

Pour éviter toute polémique, aussi choquante que soit cette position, nous analyserons, ce qu'il faut bien considérer comme la position du Conseil national de l'Ordre, du point de vue de sa seule compétence : compétence déontologique et compétence à dire.

**EXTRAIT :** « Lorsque le médecin se voit demander explicitement par le patient de mentionner l'affection dont il souffre, il doit être particulièrement prudent. À la lettre, rien ne lui interdit puisqu'il n'y a pas de secret entre le patient et le médecin. Le plus souvent, ces certificats sont destinés à être versés dans des procédures en cours : divorce, contestation devant le Conseil des prud'hommes... pour démontrer que la situation vécue en couple, en famille, en milieu professionnel..., était si intolérable qu'elle a affecté l'état de santé de la personne et doit être réparée.

**Le médecin doit convaincre le demandeur qu'il n'est pas de son intérêt à terme de livrer une telle information qui circulera tout au long de la procédure et dont rien ne permet d'affirmer qu'elle ne lui sera pas opposée plus tard. S'il accepte néanmoins de délivrer ce certificat, le médecin devra être très prudent dans la rédaction. Il lui est interdit d'attester d'une relation causale entre les difficultés familiales ou professionnelles, et l'état de santé présenté par le patient.**

**Il n'a pas non plus à "authentifier" en les notant dans le certificat sous forme de "dires" du patient les accusations de celui-ci contre un tiers, conjoint ou employeur. »(7)**

ON PEUT DOUTER DE LA CONFORMITÉ À LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE DE CETTE POSITION

Si l'Ordre a effectivement compétence en matière déontologique, la compétence déontologique de ce texte est particu-

.....

7- Les mots soulignés en gras le sont dans le texte original !

lièrement énigmatique. Pourquoi le médecin devrait-il être « particulièrement prudent » (ne l'est-il pas habituellement dans tous ses actes ?) dès lors qu'un patient lui demande d'attester pour permettre un accès au droit ? S'agit-il d'un cas particulier pour lequel ne s'appliquerait pas l'article 50(8) du Code de déontologie médicale ? L'article 76(9) est-il d'un niveau supérieur à l'article 50 ? De quel article du code de déontologie relève l'affirmation, pour le moins rapide, que le médecin doit convaincre le patient du caractère négatif pour lui d'un tel certificat ?

L'interdiction soulignée dans le texte « d'attester d'une relation causale entre les difficultés familiales ou professionnelles, et l'état de santé présenté par le patient » ne repose sur aucun élément du Code de déontologie médicale. Il est bien évidemment interdit de délivrer des certificats de complaisance (article 28[10]). Il est interdit de s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille (article 51[11]) mais rien ne justifie la prescription de l'interdiction d'attester d'une relation causale entre les difficultés professionnelles et l'état de santé.

Il faut également noter qu'aucune disposition ne concerne des prescriptions déontologiques de cette nature en milieu de travail et que par conséquent l'assimilation entre milieu familial et milieu de travail est archaïque et obsolète et relève de l'ignorance ou d'une position idéologique. Cela est d'autant plus inapproprié que l'article 95(12) prescrit que le seul guide d'un médecin doit être la santé de son patient.

.....

**8- Article 50 (article R.4127-50 du Code de la santé publique)**  
« Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

À cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommé désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables. »

**9- Article 76 (article R.4127-76 du Code de la santé publique)**  
« L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires (...) »

**10- Article 28 (article R.4127-28 du Code de la santé publique)**  
« La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite. »

**11- Article 51 (article R.4127-51 du Code de la santé publique)**  
« Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients. »

**12- Article 95 (article R.4127-95 du Code de la santé publique)**  
« Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce. »

**CETTE POSITION SORT DU DOMAINE DE COMPÉTENCE DÉVOLU AU CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS**

Si le médecin du travail est comptable devant l'Ordre des médecins des moyens médicaux nécessaires (temps, compétence, formation...) et de son « attitude déontologique » envers le patient (le médecin doit se présenter pour ce qu'il est, patient dument informé [...]), il engage bien évidemment sa responsabilité devant des juridictions multiples pour des diagnostics de complaisance, mensongers, faux en écriture...

Toutefois, les médecins du travail interviennent dans le cadre d'un service d'ordre public social régit par le Code du travail, Or l'article L.41-24-2 du Code de la santé publique prévoit : « *Les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'Ordre, ne peuvent être traduits devant la Chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leurs fonctions publiques, que par le ministre chargé de la Santé, le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, le Procureur de la République, le Conseil national ou le Conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit.* »

De plus, l'Ordre des médecins n'a pas compétence en matière de pratiques professionnelles. Les pratiques médicales ne relèvent pas des compétences de l'Ordre dès lors qu'elles sont conformes au Code de la santé publique. Le rapport franchit cette limite et quitte alors la nature déontologique des compétences de l'Ordre précisément lorsqu'il souligne en italique des interdictions en matière de pratiques.

Nous avons démontré qu'il est parfaitement conforme aux dispositions du Code de la santé publique d'attester d'une relation entre des éléments professionnels et la survenue d'atteintes à la santé.

Par exemple, connaissant la nature du travail et de l'organisation, ayant diagnostiqué un TMS, les médecins du travail ont toute latitude de rédiger des certificats de maladie professionnelle. Même si ils n'ont pas personnellement observé le travail de la victime mais s'ils estiment que le poste qu'occupe le salarié prédispose à cette pathologie, personne ne leur fera grief de ce certificat. Tout au contraire, les agents et médecins de la Sécurité Sociale, les juges en cas de contestation, considèrent en général favorablement l'avis du médecin du travail, spécialiste de la santé au travail et des pathologies professionnelles.

Il est donc étonnant qu'une telle contrevérité ait été approuvée par le Conseil de l'Ordre alors que cette relation est le cœur de la rédaction des certificats médicaux à l'appui de déclarations de maladies professionnelles.

La négation de l'intérêt de la subjectivité et de la valeur des « dires » du travailleur mêmes s'ils sont critiques pour l'employeur est ici une position de principe idéologique qui échappe à l'expression technique d'un désaccord médical. Les « dires » comme toute expression d'un patient ont valeur de symptôme et peuvent être rapportés sans enfreindre

aucune disposition légale et sans que cela les « authentifie ».

En mai 2012 la Haute Autorité en Santé a édité des recommandations de bonnes pratiques au sujet du droit à l'information du patient(13). Elle estime que le droit d'information du patient ne saurait connaître de limites et notamment celles que, contrairement à la loi, le Code de déontologie médicale continue à y opposer (voir p.13 et suivantes des recommandations).

Il serait approprié que ce rapport sans doute un peu hâtivement approuvé par le Conseil de l'Ordre soit retiré du site et des références dans l'attente de sa révision afin de le rendre conforme à l'état des connaissances et à la nature déontologique des interventions de l'Ordre des médecins.

### **EN GUISE DE CONCLUSION LES ÉLÉMENTS SUR LESQUELS POURRAIT PORTER LE DÉBAT PROFESSIONNEL CONCERNANT LES ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

➤ L'emploi d'un vocabulaire de caractérisation juridique d'évènements du côté du travail. Par exemple, plutôt que parler de « harcèlement », il est préférable de parler de maltraitance managériale ou de maltraitance par un collectif de travail prenant un salarié comme bouc émissaire.

Mais même sur ce point, l'Ordre n'est pas concerné, et le juge pas influencé, car c'est à lui d'énoncer la caractérisation juridique. Pourtant parfois, il est utile de « donner à voir » le cadre juridique d'où la possibilité d'employer alors les conditionnels : « *qui relèverait d'une déclaration en AT, d'une mise en danger d'autrui...* ».

➤ Le fait de privilégier « les certificats » factuels, ne donnant de perspective qu'aux effets du droit, au risque de la victimisation, plutôt que des attestations médicales ouvrant à la compréhension des évènements et permettant au salarié d'agir, tout en traçant médicalement éventuellement, pour préserver les droits médicaux légaux.

➤ Le fait de nommer des évènements antérieurs du travail ou de la santé, voire d'en caractériser le lien, sans rien avoir soi-même constaté.

Parfois alors il faut savoir manier le conditionnel, par rapport à la possibilité d'erreur de compréhension du médecin, ce qui compte étant plutôt le « sens des évènements » pour permettre l'élaboration et ouvrir à la compréhension.

➤ Le fait de relater des jugements sur les personnes énoncés par le malade, ou des jugements qui auraient été prononcés par des protagonistes, et relatés par le patient.

Il peut être préférable dans ces cas de ne pas en faire écho, car cela n'apporte rien en clinique médicale du travail ; et si cela participe à la compréhension, peut-être est-ce approprié d'employer alors les conditionnels nécessaires.

.....

13- « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Recommandations » HAS, mai 2012

➤ Le fait de relater des faits qui dans leur énoncé propre seraient des délits. Comme: « *le document a été transformé et réécrit et n'est pas l'original* ». Les conditionnels sont alors nécessaires car nous ne sommes pas « témoins » au sens juridique d'une future affaire pénale.

Dans un écrit médical, privilégier une forme vide de sens du fait de risques juridiques hypothétiques pour le médecin est alors déontologiquement fautif.

Fondamentalement, dans un écrit médical ce qui compte est son intérêt pour la santé du patient. Et c'est justement la

prise en compte du sens de l'écrit médical au regard de son objet pour la santé du patient qui permet de résoudre pragmatiquement en situation concrète les obligations déontologiques du médecin du travail. Faute de cela, le médecin s'expose aux dérives idéologiques de ses écrits, sans même s'en rendre compte.

C'est le cadre de toute praxis médicale déontologiquement conforme, qui évitera ainsi d'être agie par des intérêts autres que ceux de la santé des patients ou de la santé publique en santé au travail.

---

**Ce Cahier n°27 m'a intéressé(e) :**

- **Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 20 € pour ce Cahier et pour la réservation du Cahier n°28 (à paraître courant 2014)**
- **Je demande des exemplaires gratuits (port 5 €)**  
numéro(s) : .....  
nombre : .....

Règlement à l'ordre de Ass. Santé et Médecine du Travail  
25 rue Edmond Nocard 94410 SAINT MAURICE

---

**B U L L E T I N D ' A D H É S I O N**

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

Tél. 06 79 72 44 30 / courriel : [secrtaire@a-smt.org](mailto:secrtaire@a-smt.org) / internet : <http://www.a-smt.org>

- **Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et je vous joins mon adhésion**
- **Je suis adhérent(e) à l'association et je règle ma cotisation 2013**

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 95 €, à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : ..... Adresse : .....

Prénom : ..... .....

Courriel : .....

# LES CAHIERS S.M.T.

- N°1 Spécificité et médecine du travail (89) – (épuisé) –
- N°2 Éthique et pratique en médecine du travail ; introduction aux débats (90) – (épuisé) –
- N°3 Évaluation en médecine du travail (nov. 90) – (épuisé) –
- N°4 Éthique en médecine du travail (mars 91) – (épuisé) –
- N°5 Précarité et sous-traitance en médecine du travail (mai 92) – (épuisé) –
- N°6 Médecine du travail et santé publique (mai 93) – (épuisé) –
- N°7 **Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail (mai 94)**  
**Éditions Syros – (épuisé) –**
- N°8 Parler des règles de métier : nos pratiques en médecine du travail (mai 95) – (épuisé) –
- N°9 Les dérives de l'organisation du travail. Quelles pratiques pour les médecins du travail ? (mai 96)
- N°10 Pluralité, éthique commune, un métier en quête de sens (mai 97)
- N°11 Médecine du travail, un débat nécessaire (avril 98)
- N°12 **Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat (juin 98)**  
**Éditions Syros – 29,73 € en librairie**
- N°13 Poursuivre la Refondation de la médecine du travail (juin 99)
- N°14 **Femmes au travail, violences vécues (mai 2000)**  
**Éditions Syros – 28,20 € en librairie**
- N°15 Rendre visible les expositions. Témoigner des risques (juin 2000)
- N°16 Articuler accompagnement clinique et identification exhaustive des expositions (juin 2001)
- N°17 Organisation du travail. Santé mentale (mai 2002)
- N°18 Clinique médicale du travail. Éthique et pluridisciplinarité (juin 2003)
- N°19 La Clinique au cœur de nos pratiques. Construire du sens (juin 2004)
- N°20 Somatisation, les mots du travail (juin 2005)
- N°21 Évaluation des Pratiques Professionnelles (juin 2006)
- N°22 Maltraitances organisationnelles, quelles pratiques cliniques ? (novembre 2007)
- N°23 Quelle évolution pour la médecine du travail ? (juin 2009)
- N°24 Préserver la médecine du travail ? (juin 2010)
- N°25 Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle (juin 2011)
- N°26 Quelle médecine du travail demain ?

L'accès à chaque article de quasiment tous les *Cahiers SMT*,  
est en ligne.  
Accessible sur le site internet de l'association

<http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

# ASSOCIATION SMT

## - LE BILAN 2012 -

### RÉUNIONS TENUES

- Journée de Printemps le 23 mars 2013
  - ♦ Point sur l'actualité
  - ♦ Le médecin du travail dans le parcours de soins
- 33<sup>e</sup> Congrès annuel les 1<sup>er</sup> et 2 décembre 2012 (Paris)
  - ♦ Comment préserver le métier face à la Réforme ?
  - ♦ Le médecin du travail et l'équipe médicale du travail dans la Commission medicotechnique
  - ♦ L'alerte médicale collective du médecin du travail

### PARTICIPATIONS ET ACTIONS

- Au sein de l'association E-PAIRS (organisme d'évaluation des pratiques professionnelles en médecine du travail), dans le Collège national professionnel de médecine du travail (CNPMT), dans le Collectif Santé/Travail
- Présence au Congrès National de Médecine et Santé au Travail de Clermont-Ferrand où nous avons diffusé le *Cahier S.M.T N°26*
- En collaboration avec l'association E-PAIRS, nous avons participé le 14 juin 2013 au 5<sup>e</sup> Colloque E-PAIRS à Paris sur le thème *La clinique médicale du travail*
- Considérant le caractère destructeur pour la clinique médicale du travail des décrets sur la médecine du travail de janvier 2012, nous avons engagé un recours en annulation au Conseil d'État de ces décrets avec les organisations suivantes : SOLIDAIRES, SNPST, SMTIEG-CGT et le soutien du Collectif des médecins du travail CGT. Notre requête a été rejetée en juin 2012.

### PUBLICATIONS

- Le *Cahier S.M.T. N°26* a été tiré à 1 300 exemplaires, en juin 2012
- Communication : le site web [a-smt.org](http://a-smt.org), régulièrement consulté.

### BILAN FINANCIER

Une certaine diminution des adhésions ; liée principalement à la démographie médicale, limite notre budget annuel et nous contraint à puiser dans nos « réserves » afin de pouvoir publier la Revue.

Nos dépenses sont en effet, principalement liées à la publication des *Cahiers* (70 %) et nous avons fait le choix de maintenir la qualité de l'édition et sa large diffusion (1 300 exemplaires). Ensuite vient le coût de locations des salles (20 %).

Nous vous engageons donc à renouveler votre adhésion à l'Association.

### DÉCISIONS D'ORGANISATION

Il a été procédé le 8 décembre 2012 à l'élection du Bureau et du Conseil d'administration

*Présidente* : Odile RIQUET (69) ;

*Vice-président(e)s* : Alain CARRÉ (75) – Josiane CRÉMON (38) – Florence JÉGOU (49) – Annie DEVEAUX (42) – Dominique HUEZ (37) – Jocelyne MACHEFER (49) – Nicolas SANDRET (75) – Jean-Louis ZYLBERBERG (75)  
*Secrétaire et Administrateur du site Web* : Benoît DELABRUSSE (84)

*Trésorier* : Alain RANDON (94)

*Concepteur-Réalisateur du Cahier SMT* : Jean-Noël DUBOIS (2B)

*Conseil d'Administration* : Pierre ABÉCASSIS (21) ; Martine BESNARD (38) ; Marie-Andrée CADIOT (69) ; Mireille CELLIER (01) ; Karyne DEVANTAY (69) ; Jean-Marie EBER (67) ; Claude GARCIA (94) ; Catherine GONDRAAN (92) ; Alain GROSSETÊTE (69) ; Michel GUILLAUMOT (52) ; Nadine KHAYI (82) ; Hervé LE SCAO (92) ; Claire LALLEMAND (37) ; Gérard LUCAS (44) ; Brigitte PANGAUD (75) ; Michèle PRÉVOST (79) ; Gilles SEITZ (75) ; Martine TAVERNIER (06) ; Claire THOMASSIN (94)

### ORIENTATIONS 2013 – 2014

- *Préservation de la prévention médicalisée en médecine du travail*
- *Les écrits du médecin du travail*

### 34<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL LES 7 ET 8 DÉCEMBRE 2013 À PARIS

Partage Accueil Solidarité (PSA),  
Enclos Rey, 57 rue Violet 75015 Paris  
M° Émile Zola ou Commerce  
Tél. 01 44 37 34 00

- ♦ *Subordination et indépendance du médecin du travail*
- ♦ *Les écrits du médecin du travail*

(Voir page 57 pour les pré-inscriptions)

Alain RANDON