

LES CAHIERS

S.M.T. N°28

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

OCTOBRE 2014

ISSN 1624-6799

LES ÉCRITS

DES MÉDECINS DU TRAVAIL

LIENS SANTÉ-TRAVAIL

A TTESTER D'UN LIEN DE CAUSALITÉ
ENTRE LE TRAVAIL ET LA SANTÉ

L ES ÉCRITS EN MÉDECINE DU TRAVAIL
ÉCRIRE COMME MÉDECIN DU TRAVAIL
(UN TRAVAIL AVEC E-PAIRS)

S UBORDINATION ET INDÉPENDANCE
DU MÉDECIN DU TRAVAIL

D ES EMPLOYEURS INSTRUMENTALISENT
LES JURIDICTIONS ORDINALES

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-----------|
| | Éditorial | <i>Odile RIQUET</i> | 3 |
| A ttester d'un lien de causalité entre la santé et le travail | | | |
| Questions de parentalité, questions de confraternité | | <i>Camille SIBILLE</i> | 4 |
| ITEP et risque psychosocial | | <i>Michèle ROURE</i> | 12 |
| SISAD et risque psychosocial | | <i>Michèle ROURE</i> | 15 |
| Des repères pour les écrits du médecin du travail | | <i>Dominique HUEZ</i> | 18 |
| Balises éventuelles pour les écrits du psychologue en SSTI | | | |
| Typologie des écrits du médecin du travail <i>(Compte rendu du Congrès de l'ass. SMT)</i> | | <i>Christiane AGBOKLU</i> | 27 |
| Les écrits pour le métier à visée individuelle et collective <i>(Compte rendu du Congrès de l'ass. SMT)</i> | | <i>Alain GROSSETÊTE</i> <i>Alain RANDON</i> | 29 |
| L es écrits en médecine du travail | | | |
| É crire comme médecin du travail, | | | |
| Les écrits en médecine du travail | | <i>Alain CARRÉ, Dominique HUEZ, Odile RIQUET, Alain GROSSETÊTE, Annie LOUBET-DEVEAUX, Alain RANDON, Benoît DE LABRUSSE, Mireille CHEVALLIER, Huguette MARTINEZ, Bernadette BERNERON, Gérard Lucas</i> | 31 |
| Écrire comme médecin du travail <i>(Colloque E-Pairs/ass. SMT du 20 juin 2014)</i> | | | |
| S ubordination et indépendance du médecin du travail | | | |
| Subordination et indépendance du médecin du travail <i>(Compte rendu de la Journée de Printemps ass. SMT)</i> | | <i>Karyne DEVANTAY, Gérard LUCAS, Odile RIQUET, Claire THOMASSIN</i> | 72 |
| D es employeurs instrumentalisent les juridictions ordinales | | | |
| Après « sanction » du D ^r Huez | | <i>Alain CARRÉ</i> | 76 |
| Analyse de la situation par le coordonnateur de la pétition | | <i>coordonnateur de la pétition</i> | |
| Un jugement favorable pour le D ^r Delpuech mais qui n'aborde pas le problème de fond | | <i>Alain CARRÉ</i> | 78 |
| La réception de plaintes d'employeurs par le Conseil de l'Ordre est illégale | | | |
| Accumulation des plaintes au Conseil de l'Ordre contre le D ^r Berneron | | <i>Alain CARRÉ</i> | 80 |
| La validation de notre pétition, un appel à mobilisation | | | |
| Une clinicienne hors-pair | | <i>Dominique HUEZ</i> | 82 |
| Plaintes au Conseil de l'Ordre | | <i>Alain CARRÉ</i> | 84 |
| La passivité de l'État relève-t-elle d'une abstention délictueuse ? | | | |
| | B ilan SMT 2013-2014 | <i>Alain RANDON</i> | 88 |

É D I T O R I A L

ÉCRIRE COMME MÉDECIN DU TRAVAIL

Ce 28^{ème} Cahier SMT paraît à un moment particulier où les écrits des médecins du travail font l'objet d'une problématisation au sein de la communauté médicale et dans l'espace public. Ce cahier témoigne du travail mené par l'a-SMT depuis son dernier congrès de décembre 2013 pour mettre en visibilité ces écrits, en particulier par l'organisation avec *E-pairs* du colloque « *Les écrits des médecins du travail et les liens santé-travail* » le 20 juin 2014. Ce cahier atteste de nos réflexions, de nos préoccupations, de nos exigences sur cette question centrale de notre métier : où s'arrête la subordination, où commence l'indépendance du médecin du travail ?

ÉCRIRE POUR ATTESTER DU LIEN SANTÉ-TRAVAIL

C'est à partir de l'activité clinique que les médecins du travail instruisent le lien santé-travail et que leurs écrits peuvent permettre la mise en visibilité des atteintes à la santé liées au travail. Depuis quelques années, ces écrits ont évolué à partir de la clinique médicale du travail. Le travail clinique des médecins du travail produit d'autres connaissances sur le lien santé-travail que celles qui leurs ont été enseignées dans leur spécialité médicale. L'activité clinique en donnant la parole aux salariés permet une redistribution de l'expertise sur les questions du travail, et de nouvelles modalités de production de connaissances. L'analyse clinique ne sépare pas les conditions de travail des salariés de l'évolution des rapports sociaux du travail et des organisations du travail, ni des conflits qui les accompagnent, y compris au sein même de la santé au travail.

C'est notre compétence à établir un lien de causalité entre travail et santé qui est contestée, attaquée à travers les plaintes transmises à l'Ordre des médecins et relayées par ses différentes instances. Ce sont nos écrits médicaux qui posent problème car ils entrent dans la construction de la connaissance du monde du travail et dénoncent la non-visibilité des atteintes à la santé liées au travail.

ÉCRIRE POUR NOTRE INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE

Il ne suffit pas de se sentir libre dans son organisation, dans ses activités et décisions de routine pour être indépendant. L'indépendance du médecin du travail doit être présente à tous les niveaux : dans le cabinet médical, dans l'organisation de son activité, et dans ses écrits de médecin du travail. Notre capacité à nous adosser à un collectif et à une élaboration collective entre médecins est une condition indispensable à notre indépendance et à notre capacité à faire évoluer nos conditions de travail. Ce sont les écrits de certains médecins du travail, notamment des alertes collectives d'atteintes à la santé, discutées au sein de l'a-SMT, portées dans l'espace public qui ont permis de faire avancer le droit et la réglementation en matière de santé au travail.

ÉCRIRE POUR TRANSMETTRE NOTRE MÉTIER

Dans son livre *Médecin du travail, médecin du patron ?*, Pascal MARICHALAR, sociologue écrit : « *Fondée dans les années 80, l'association Santé et Médecine du Travail a été et reste encore aujourd'hui l'un des lieux de réflexion sur les pratiques professionnelles les plus importants, au travers de très nombreuses publications (Cahiers SMT, livres)* ». Ce que nous avons écrit pendant toutes ces années dans ces *Cahiers SMT*, toutes ces histoires singulières, ces fragments du singulier disent une histoire collective, celle du monde du travail de 1980 à 2014. Pour transmettre notre métier, notre expérience professionnelle s'est écrite à travers d'autres genres que ceux employés traditionnellement par la démarche scientifique. Pour transmettre de la clinique nous devons nous donner à voir à l'œuvre, nous devons l'écrire et ce sera le thème de notre prochain congrès les 6 et 7 décembre 2014 « *Transmission du métier de médecin du travail* ».

Odile RIQUET

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

QUESTIONS DE PARENTALITÉ

QUESTIONS DE CONFRATERNITÉ

Camille SIBILLE, médecin du travail

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 ?

Écrire à un employeur, à un confrère, rédiger un certificat, une fiche d'entreprise, un rapport annuel. Quel est le devenir de ces écrits ? Que nous ont appris les réponses ou l'absence de réponse à ces écrits ? Avons-nous changé notre manière d'écrire ?

J'ai écrit avec parcimonie, avec prudence, en urgence, en désespoir de cause, j'ai reçu des réponses furieuses, des lettres de remerciements, j'ai attendu en vain des réactions, et un jour, en réponse à la mise à jour d'une fiche d'entreprise, j'ai reçu une lettre recommandée avec accusé de réception en provenance de l'Ordre des médecins :

« Madame et cher confrère,

Nous avons été destinataires d'un courrier adressé par le D^r Pedopsy, nous faisant part du différend qui vous oppose suite à une correspondance que vous auriez adressé à la direction de l'établissement Valjoli et jointe dans le dossier médical des salariés.

Comme il en a mission, le Conseil départemental organise une rencontre entre le D^r Pedopsy et vous-même en date..., en présence des conseillers D^r H1....et D^r H2. . Nous vous invitons à prendre vos dispositions pour être présente à cette conciliation.

D^r Z..., président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins »

Cette correspondance qui mobilise l'Ordre des médecins, je l'ai rédigée en mai 2007, c'est l'évaluation des risques et la mise à jour d'une fiche d'entreprise, pour un établissement que je connais bien, que je nomme-

rai *Valjoli* et dont j'ai été le médecin du travail de 1979 à 2008, c'est-à-dire pendant près de trente ans. C'est ce regard et ce travail de médecin du travail que je voudrais mettre en récit. Écrire aujourd'hui pour cet écrit d'hier.

Valjoli était à sa création en 1956 un « Institut médico-pédagogique », il est devenu ensuite un « Institut de Rééducation » et à partir de 2005, un ITEP — Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique. De 1979 à 2007, six directeurs sont intervenus successivement.

L'établissement était initialement géré par une association loi 1901, puis par un organisme de gestion toujours associatif, qui s'occupe d'une quinzaine d'autres établissements dispersés dans d'autres régions.

Valjoli accueille une quarantaine d'enfants de 6 à 14 ans, des enfants « qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages ». Ces enfants sont envoyés par la MDPH, ils entrent à l'internat à la demande des familles, il n'y a habituellement pas de placement à la demande du juge. *Valjoli* fonctionne en internat, du lundi matin au vendredi soir, les enfants rentrent dans leurs familles ou dans leurs familles d'accueil le weekend.

Dans cette grande bâtisse perdue dans la campagne, il y a un directeur, une équipe éducative, un secrétariat, un économe, des services généraux, une cuisine et une blanchisserie, un jardinier, un homme d'entretien. Une vingtaine d'assistantes maternelles dispersées dans la campagne et les villages environnants travaillent dans le cadre du placement familial et accueillent elles aussi des enfants. La plupart des enfants fréquentent l'école de *Valjoli* qui comprend plusieurs classes et plusieurs instituteurs.

Dans les années quatre-vingt, l'équipe éducative représente 70 % de l'effectif, une équipe stable d'éducateurs spécialisés, hommes et femmes, aidés par des stagiaires de contact. La répartition des enfants se fait sur quatre secteurs géographiques, dans chaque secteur on retrouve des enfants d'âges différents, une équipe éducative et une maîtresse de maison. Chaque secteur fonctionne sur un modèle de type familial, et organise le temps du déjeuner et du souper, les veillées. La nuit, la surveillance est assurée par une veilleuse et un éducateur de garde.

Les temps collectifs sont nombreux, la cuisine est un lieu convivial, la blanchisserie aussi, tout le monde se connaît, l'école est au cœur de l'activité, on fait beaucoup de sport, avec les enfants, entre éducateurs, en famille, en loisirs ou en compétition.

C'est aussi le temps du développement de l'école porté par tout l'établissement, la construction d'une nouvelle école pour laquelle M. B..., le directeur de l'époque obtient le financement. Une école qui travaille selon Freinet, dont l'inspecteur d'académie souligne « la qualité d'une pédagogie vivante, riche, inventive, bien adaptée aux besoins d'un public difficile, lui ménageant les meilleures opportunités d'autonomie, d'initiative et de progrès ».

Le pédopsychiatre est peu présent sur l'établissement, mais il assure les admissions, les entretiens avec les familles, et il accourt en cas de problème. Ça discute avec les équipes, on fait les choses ensemble, ça tourne. Une psychothérapeute à temps partiel sur l'établissement prend en charge les enfants en fonction des demandes.

Dans le cabinet du médecin du travail, les éducateurs s'expriment, ils affirment leur opposition à la création d'un poste d'éducateur chef, valorisent leur engagement hyperactif dans des pratiques sportives multiples avec les enfants mais aussi dans le hors travail, mais ils demandent aussi une analyse de la pratique. Personne ne l'exprime ainsi, mais le métier, l'activité ne se discute pas assez.

Sur le plan réglementaire, l'éducation spécialisée dépendait des annexes 24 du Code de la Sécurité Sociale jusqu'au décret du 6 janvier 2005 qui fixe les conditions techniques et d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et enfin la circulaire du 14 mai 2007, qui doit aider à la « transformation » des instituts de rééducation (IR) en ITEP.

En 1997, ce sont d'abord les instituteurs qui ont écrit dans leur bulletin d'animation pédagogique sur leurs pratiques pour faire part des difficultés de travail et de

leur conflit avec la direction. Ils ont écrit alors qu'ils avaient quitté Valjoli, soit parce qu'ils ont été contraints à quitter leur poste, soit parce qu'ils ont préféré partir, ne voulant pas accepter « l'émergence d'un pôle médical plus important qui ne se fait pas en harmonie avec les pôles éducatifs et scolaires mais plutôt dans le but de les mettre au pas ».

Après douze années passées à l'école de Valjoli, l'un des instituteurs écrit : « J'ai la certitude que cette école, lieu de vie, de création, d'apprentissage au service des enfants est la réponse la plus efficace et la plus cohérente à la problématique des enfants confiés à Valjoli. M. B..., M. C..., les directeurs précédents l'avaient bien compris.... Puis sont arrivés M. D..., puis M. E..., spécialiste du "management", technocrate de la gestion d'établissement... — un enfant qui n'apprend pas, c'est un enseignant incompetent —...

À partir de là, tout était dit, il fallait que ça change. Et en premier lieu le fonctionnement de l'école, voire le dispositif pédagogique. Quitte à refuser ce que les enseignants savent faire, à remettre en cause leur dimension professionnelle... Un processus d'exclusion relayé par l'attitude de toute l'institution : celle complaisante de la psychologue "cognitiviste" embauchée sans concertation, celle complice du psychiatre, celle indifférente de la plupart des éducateurs et du personnel.

Ce qui ne devait être qu'un problème de personnes dévoile en fait deux conceptions opposées dans le traitement du handicap social. Pour M. E..., nous recevons à Valjoli des enfants déviants, malades, qu'il convient de rééduquer. Rééduquer par le renforcement du pôle médical... »

En 1998, dans un courrier au directeur du Valjoli, j'attire l'attention de M. E..., sur les atteintes à la santé concernant les assistantes maternelles menacées dans leur emploi et sur la nécessité de mettre en place des groupes d'analyse de la pratique pour le personnel éducatif.

En 2001, quatre ans après les écrits des instituteurs, le psychiatre en poste depuis plus de dix ans, quitte lui aussi Valjoli dans une situation de crise. Il met en débat la question de l'organisation de la gestion des soins dans ce type d'établissement dans un entretien publié dans une revue en direction des acteurs de l'action sociale et médico-sociale.

Il dit : « Dans l'institution où j'intervenais jusqu'à une date récente, le psychiatre centralisait et répartissait "tout ce qui était à faire". Psychiatre et psychologue se répartissaient le suivi des familles en fonction de leur

temps disponible. La psychologue se chargeait du travail clinique auprès des enfants (évaluation et soutien psychologique). Les indications de soins psychologiques étaient déterminées de façon collégiale en travail de synthèse. Un certain nombre d'enfants étaient suivis individuellement et de manière assez souple. Les psychothérapies, au sens plus strict du terme, étant par ailleurs effectuées par une psychothérapeute vacataire, travaillant in situ.

Mais je dois vous dire que je suis en désaccord avec cette notion du soin avec un grand "S", et donc du "psychothérapeute chargé du soin". Le psychothérapeute est chargé du soin au même titre que les autres. Les soins psychomoteurs, orthophoniques, cognitifs, éducatifs sont tout aussi importants. Ce n'est pas la question de la hiérarchie entre les soins qui est fondamentale, mais celle de leur nécessité et de leur place dans la chronologie du développement ainsi que leur articulation respectant l'axe : psychomoteur/langagier/psychologique...

Valjoli ou du moins une majorité de ses employés auraient bien aimé fonctionner dans la "toute puissance". À la base, l'investissement du mythe du tout psychothérapeutique par un noyau dur d'éducateurs dont l'essentiel de l'identité professionnelle était d'être en opposition à tout ce qui peut représenter symboliquement une autorité, fusse-t-elle professionnelle.

J'ai connu plusieurs directeurs : M. D..., le directeur dont tout psychiatre a un jour rêvé... Tout le travail clinique est repris par le directeur au niveau institutionnel. On parle de formation professionnelle. Le temps de psychomotricité est augmenté, une psychologue "cognitiviste" est embauchée, une aide, analyse de la pratique est mise en place sur les groupes. Le niveau s'améliore, les jeunes professionnels se posent, même si quelques anciens se sauvent. L'établissement se renouvelle enfin, se régénère. C'est agréable de travailler.

Puis arrive un nouveau directeur M. E... Il ne sait pas faire, mais il ne veut pas laisser faire. Les progrès précédemment acquis commencent à régresser, les clivages s'accroissent, l'ambiance de travail devient détestable, des vacataires compétents et intéressants partent tenter leur chance ailleurs. Bien sûr, dans ce cas, il est très facile de faire porter le chapeau au psychiatre. Le psychiatre a toujours tort, surtout s'il ne veut pas, pour des raisons éthiques, imposer une grave crise institutionnelle avec retentissement sur les soins donnés aux enfants. »

Le psychiatre n'est pas soutenu par la direction, ni par les équipes qui le tiennent pour responsable de l'en-

treprise de déstabilisation et du départ des instituteurs. On lui propose des vacances dans d'autres établissements de l'association, ce qui le conduirait totalement à se désavouer, dans le conflit, s'il acceptait cette proposition.

Pour le médecin du travail, lors des visites médicales, le collectif éducatif basé sur le « tout psychothérapeutique » se fissure malgré le départ du psychiatre. Au Valjoli, on continue de faire des courses de vélo et des matchs de football, mais le cœur n'y est plus, on ne bavarde plus dans la cuisine, les assistantes maternelles ont été licenciées.

En 2001, mise en place du SESSAD, Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile.

En juillet 2005, arrivent un nouveau directeur, M. F... et un nouveau pédopsychiatre, le Dr PEDOPSY, et donc six mois après le nouveau décret, une nouvelle organisation du travail se met en place, tenant compte des nouvelles orientations prévues par les textes.

En juillet 2005, visite spontanée de M^{me} L..., 59 ans, psychothérapeute à temps partiel au Valjoli depuis 1985, mais que je ne connais pas car Valjoli n'est pas son employeur principal et elle dépend d'un autre service de médecine du travail. Son poste de psychothérapeute vient d'être supprimé, suite à une réorganisation de la prise en charge des enfants. La direction lui propose un poste de psychologue régulateur des équipes éducatives, c'est pour elle une toute autre conception de son métier et elle refuse ce changement. Elle est en arrêt maladie pour une hernie cervicale C₄-C₅ avec canal rachidien rétréci. Elle veut quitter Valjoli et souhaite reprendre son activité de psychothérapeute dans l'autre établissement où elle travaille. Je la déclare inapte à la reprise du travail sur ce nouveau poste. Le nouveau directeur M. F... répond ainsi :

Suite à votre courrier du ... 2005, je tiens à vous préciser que M^{me} L... est employée comme psychologue conformément à la convention collective de 1966. La fonction de psychologue telle que définie dans la convention collective ne cloisonne pas les missions entre la psychothérapie, la psychorégulation, la psychologie clinique, etc. (...) il n'y a donc pas de modification du contrat de travail de M^{me} L... en tant que psychologue. D'autre part, il n'existe pas dans la convention collective de reconnaissance de la fonction spécifique de psychothérapeute ou de psychologue régulateur...

Après une deuxième visite médicale, M^{me} L... est déclarée inapte définitivement pour raisons médicales à la reprise du travail sur son poste actuel.

En juillet 2006, visite spontanée de M^{me} N... , âgée de 59 ans, orthophoniste en cabinet libéral et orthophoniste à temps partiel 15 h/semaine depuis plus de dix ans sur l'établissement. Elle travaille les mardis et jeudis, au SESSAD, en ville, c'est-à-dire à une vingtaine de kilomètres de Valjoli. Elle est en conflit avec la direction, car la nouvelle organisation liée au décret impose une réunion interdisciplinaire le vendredi et elle ne peut pas changer ses jours de travail du fait de son activité libérale dans un cabinet qu'elle partage avec d'autres orthophonistes. Elle est contrainte à quitter le SESSAD et les enfants qu'elle suivait, et à reprendre son activité sur l'établissement central.

En février 2007, visite spontanée de M^{me} M..., 32 ans, psychomotricienne à temps partiel pour Valjoli, elle travaille deux jours par semaine, le jeudi et le vendredi dans le cadre du SESSAD. Par ailleurs elle est psychomotricienne à mi-temps dans un hôpital public. Elle se dit en grande difficulté dans son travail, dans l'équipe pluridisciplinaire, dans les réunions de travail, trop morcelées. Elle a le sentiment que des informations sont perdues, qu'on ne l'écoute pas. Tous les vendredis, l'équipe interdisciplinaire se réunit. Cette réunion dite « clinique médico-psychologique » est animée par le pédopsychiatre, elle réunit la psychologue clinicienne, la psychologue auprès des équipes, la psychomotricienne et l'éducatrice chef de service du SESSAD. Pour M^{me} M..., il y a dans ces réunions « *quelque chose qui coupe toute réflexion, pas de discussion, pas d'élaboration, tout de suite un axe de soins, une prescription, un diagnostic, un jugement de valeur* ». « *Le psychiatre fait des sermons, il voudrait nous apprendre à travailler, je vis comme un cauchemar d'être mise au pied du mur, on nous coupe la parole au milieu d'une phrase* ». »

Mais derrière cette maltraitance professionnelle dont elle, mais aussi ses collègues, se sentent victimes pendant les réunions, c'est surtout la « maltraitance » du psychiatre envers les familles que M^{me} M... dénonce. Elle dit : « *Pour le pédopsychiatre, l'enfant est l'enfant de la vie, pas un enfant des parents. Nous, psychologues, on ne le laisse pas seul avec les familles, mais aujourd'hui les éducateurs refusent de participer aux rencontres entre famille et pédopsychiatre, ils ne veulent pas cautionner. Nous, on a besoin des éléments de la réalité de cet enfant pour travailler*. »

Après cette réunion clinique interdisciplinaire, c'est la réunion de synthèse, « dite d'harmonisation » qui se réunit avec les mêmes intervenants (sauf la psychologue auprès des équipes), avec en plus le directeur, les éducateurs et les instituteurs.

Ces difficultés se traduisent pour M^{me} M... par une diminution des prises en charge qui lui sont demandées, elle en avait douze par semaine, neuf actuellement.

Quand elle revient en visite spontanée en octobre 2007, elle a démissionné de Valjoli pour un autre poste. Les réunions cliniques étaient devenues plus « civilisées » en présence du directeur, mais le pédopsychiatre ne demandait plus de prise en charge en psychomotricité, mettait en cause ses compétences, demandait des bilans pour tous les nouveaux enfants (ce qu'elle traduit par « mon agenda violé ») alors qu'elle n'avait plus qu'un enfant par semaine en prise en charge.

En mars 2007, je demande à visiter les locaux du SESSAD et à assister aux réunions hebdomadaires du vendredi. Le directeur me fait part du refus de la direction générale de l'association de gestion : interdiction d'assister aux réunions cliniques, refus du pédopsychiatre qui s'appuie sur le secret médical concernant les dossiers des enfants.

Après la visite des locaux, je rencontre le directeur, m'étonne du refus de la direction car le secret médical s'impose au médecin du travail comme à tout médecin, j'alerte sur les risques psychosociaux, sur la multiplicité des visites spontanées demandées par les salariés, sur les atteintes à la santé, sur l'évolution de l'organisation du travail.

Je rencontre également le D^r Pedopsy, médecin pédopsychiatre, affable, on est « entre confrères », mais il se sent attaqué. Ma demande de participer à la réunion clinique l'a mis dans « une position paranoïaque » dit-il. Il est en difficulté avec certains intervenants, comme l'orthophoniste « qui se placardise, ne voit que deux enfants par semaine et amène du travail personnel ». Il pense que tout le monde doit faire un travail sur soi, que chacun est responsable de ce qui lui arrive, et que le travail ne joue aucun rôle sur la santé ou sur la dégradation de la santé. Discussion impossible, je ne peux que dire que son point de vue est celui d'un psychiatre mais que la loi a confié au médecin du travail une mission et un autre point de vue sur les atteintes à la santé liées au travail.

En avril 2007, visite spontanée de M^{me} R..., 50 ans, psychologue clinicienne à temps partiel au SESSAD du Valjoli, et pour l'autre mi-temps dans une structure d'accueil pour handicapés adultes. Elle est en difficultés dans son travail, pas dans son activité clinique auprès des enfants, mais dans son activité au sein de l'équipe interdisciplinaire. Sa collègue psychologue est partie début 2007 et depuis c'est elle qui « se trouve

dans le collimateur, se sent harcelée par le pédopsychiatre ». Dans les réunions cliniques, hors présence du directeur, quand elle évoque des difficultés rencontrées auprès d'un enfant, le pédopsychiatre lui reproche son incompétence. Dans une autre situation, comme elle n'a pas évoqué de problèmes en réunion interdisciplinaire, le psychiatre a décidé d'arrêter la prise en charge de l'enfant contre son avis. Lors de la dernière réunion clinique, elle s'est sentie « carrément dépecée, très seule, tout le monde est pétrifié ». Entre psychologues, elles se soutiennent, elles préparent la réunion pour élaborer, décider de ce qu'elles vont dire : « *On a du mal à attraper l'essence du travail, on est noyé, on mélange tout, alors on fait attention à en dire le moins possible aux réunions cliniques.* » Elle était tellement mal à l'aise qu'avec sa collègue psychologue elles ont demandé à rencontrer le directeur, mais dit-elle : « *Il ne se prononce pas.* »

La nouvelle organisation liée au décret mentionne : « *l'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un médecin psychiatre qui en coordonne les actions. Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un médecin* ». La circulaire précise : « *les éclairages spécifiques apportés par le psychiatre et le psychologue, à l'occasion des réunions d'actualisation de projet personnalisé ou des réunions de synthèse sur la dynamique évolutive de chaque jeune, représentent une contribution essentielle à la prise en charge en ITEP... Le psychiatre et le psychologue faciliteront la compréhension des aspects psychodynamiques... Au sein du pôle thérapeutique, en référence au projet institutionnel, les psychomotriciens, orthophonistes, médecins généralistes ou spécialistes, infirmiers, etc. interviennent selon des modalités propres à leurs spécificités, en lien avec les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire* ».

Le médecin du travail essaie de comprendre en quoi la loi a changé la place du pédopsychiatre au sein des équipes, mais aussi dans quel contexte médico-psychologique on aborde aujourd'hui la prise en charge de ces enfants.

Pour M^{me} R..., il y a un désaccord avec le pédopsychiatre sur l'activité de travail, sur la prise en charge des enfants. Il défend une conception de la protection de l'enfance, dans laquelle l'enfant est orphelin, les parents sont toxiques. Mais pour elles, psychologues, thérapeutes, ce sont des familles en difficultés de parentalité. M^{me} R... a tout fait pour être présente, ne pas laisser le pédopsychiatre seul avec les familles, mais elle ne peut plus supporter qu'on « brutalise » les familles.

Cette question de la parentalité semble au cœur des difficultés rencontrées par l'équipe interdisciplinaire. Les nouveaux textes insistent sur la nécessité d'impliquer les parents, ce qui doit être une composante essentielle de la mission de l'ITEP. Les travaux de nombreux cliniciens incitent à développer des actions de soutien à la parentalité, mais d'autres se montrent très critiques à l'égard de ce qu'ils appellent l'idéologie du lien avec pour objectif le maintien à tout prix de l'enfant dans sa famille. Il faudrait former les professionnels à reconnaître ces pathologies de la parentalité. Pour bien traiter les enfants, les professionnels doivent se bien-traiter entre eux et ceci nécessite de prendre en compte les signes de souffrance des professionnels, de mettre en place des formations et des dispositifs de supervision.

En mai 2007, j'adresse au directeur du Valjoli la lettre suivante :

« Dans le cadre de la surveillance médicale du travail des salariés, j'ai visité les locaux du SESSAD et lors de notre entretien je vous ai alerté sur les risques d'atteinte à la santé dans le contexte actuel de l'organisation du travail médico-éducatif au SESSAD. Je vous remercie de l'attention que vous m'avez accordée et je vous confirme par écrit les éléments de cette rencontre. Étant donné le refus que l'association de gestion avait opposé à ma demande de participation en tant qu'observateur aux réunions cliniques de l'équipe interdisciplinaire, j'adresse également un double de ce rapport au directeur général. Enfin puisque l'établissement n'a pas d'obligation réglementaire en ce qui concerne le CHSCT et que l'évaluation des risques ne peut pas être présentée devant cette instance, un double de ce rapport sera joint au dossier médical de chaque salarié.

Rapport médical / Évaluation des risques professionnels / Année 2006-2007

La mise en place d'un projet d'établissement mettant l'accent sur la reconnaissance des compétences spécifiques du soin et de l'éducation en les inscrivant dans une politique de pluridisciplinarité et dans le cadre du décret du 6 janvier 2005 a ouvert des possibilités d'investissement dans l'activité de travail pour les salariés du Valjoli et du SESSAD, mais il a aussi mis en évidence des dysfonctionnements de l'organisation du travail, des résistances au changement, des difficultés à la mise en place de la pluridisciplinarité et des conflits d'ordre éthique dans des métiers du soin et de l'éducation.

Ces problèmes d'activité de travail ne sont pas sans retentissement sur la santé des salariés. Depuis deux

ans j'ai reçu en consultation spontanée, à leur demande, à plusieurs reprises, des salariés affectés à des secteurs différents, à des postes différents, qui présentaient tous des signes d'altération de leur santé en relation avec leur activité de travail. C'est ma mission de médecin du travail, dans le cadre de l'évaluation des risques, de rendre compte des évolutions des organisations du travail en relation avec la dynamique de construction ou de perte de la santé et d'alerter les directions sur les risques d'atteintes à la santé des salariés en lien avec l'organisation du travail.

J'aurai aimé mieux comprendre l'activité de travail en assistant comme observateur aux différentes réunions de travail des salariés, comme je le fais par exemple dans les hôpitaux en participant aux relèves avec les médecins, les psychologues, les kinés et l'ensemble du personnel soignant. Cela m'a été refusé.

J'essaierai donc, à partir des difficultés décrites par les salariés lors des consultations, de mettre en évidence les éléments de l'organisation du travail susceptibles de porter atteinte à la santé des salariés, en particulier en ce qui concerne l'équipe médico-psychologique, le personnel éducatif et les maitresses de maison.

1 – L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL DE L'ÉQUIPE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE INTERDISCIPLINAIRE

D'après le décret du 6 janvier 2005, qui m'a été transmis par l'établissement, le directeur doit veiller au respect d'une approche interdisciplinaire du travail en équipe et il est, à ce titre garant de la cohésion de l'équipe interdisciplinaire animée par le médecin psychiatre.

Or ces dernières années, plusieurs salariés de cette équipe médicale, paramédicale et psychologique ont été confrontés à des difficultés majeures au sein de l'institution, à Valjoli et au SESSAD. Deux psychologues ont été déclarées inaptées à leur travail en 2005, inaptitude médicale en lien avec des pathologies non professionnelles, mais dans un contexte professionnel si difficile qu'il ne permettait pas le maintien dans l'emploi. Plusieurs démissions ont eu lieu. Plusieurs salariés m'ont fait part, lors des visites médicales, du retentissement sur leur santé des conditions de travail dans les réunions, c'est-à-dire de manifestations anxio-dépressives inhabituelles liées aux réunions : sommeil perturbé, douleurs digestives, difficultés inhabituelles à prendre la parole, sentiment d'atteinte à la dignité de chaque salarié.

Plusieurs points méritent d'être soulignés :

Ce n'est pas l'activité clinique, le cœur de chaque métier (orthophoniste, psychomotricienne, psycho-

logue clinique, éducateurs) qui pose problème. Il ne s'agit pas d'usure professionnelle, ni de syndrome de burn-out. Toutes ces personnes professionnelles sont insérées dans d'autres structures institutionnelles ou libérales, elles bénéficient de formation continue et du soutien collectif de pairs, et sont investies dans leur travail.

Ce qui semble poser problème c'est la cohésion de l'équipe interdisciplinaire au cours des différentes réunions : réunion clinique, réunion d'harmonisation, réunion institutionnelle. Les salariés ont le sentiment d'être systématiquement placés dans une situation infantilissante ou d'être niés dans leur compétence professionnelle. Le discours institutionnel sur la nécessité du changement semble véhiculer une suspicion d'insuffisance. Chacun est invité implicitement, réunion après réunion, à douter de la qualité et de la pertinence de son travail. Ce qui pourrait être une saine remise en cause de l'activité se transforme en une impossibilité de parler des pratiques, et augmente encore la vulnérabilité des salariés. Les salariés ont le sentiment qu'on met en cause leur compétence, et donc il n'y a pas d'échange possible, la parole est interdite, confisquée.

Les réunions cliniques de l'équipe interdisciplinaire médico-psychologique, telles qu'elles se déroulent actuellement, mettent les salariés en difficultés sur le plan professionnel. En effet le cadre et le contenu technique et clinique semblent porter à confusion : Il s'agit visiblement d'une réunion technique où sont reprises les situations médicales des enfants et où sont établies des axes de soins et des prescriptions. Là où se prennent des décisions de soins, le pouvoir de prescription du travail a un effet concret sur les pratiques, il peut réduire les thérapeutes à une position d'exécutants (et à une dévalorisation insidieuse de leurs pratiques), mais il peut aussi entraîner une sous-activité pour certains professionnels, inquiets alors du devenir de leur emploi. Cette insécurité fragilise les professionnels de l'équipe interdisciplinaire.

Mais il s'agit aussi d'une réunion clinique où des questions de méthode et d'éthique professionnelle peuvent se poser aux thérapeutes (quelle place donne-t-on aux familles par exemple?), or il n'y a pas d'élaboration possible. Étant donnée la fonction d'animation et de coordination du médecin psychiatre dans cette réunion, il y a une réelle difficulté à mettre en place une réflexion collective, toute prise de parole devient risquée, et les salariés ont le sentiment d'être harcelés ou d'être témoins

du harcèlement d'un autre collègue, "chacun pouvant être dans le collimateur à son tour".

Dans cette situation difficile à vivre pour tous, il est urgent de réaffirmer la compétence de chaque professionnel de l'équipe interdisciplinaire et la sécurité de l'emploi qu'il occupe afin que plus personne n'arrive aux réunions la peur au ventre ou la boule à l'estomac. Il me semble qu'une prise en charge médicale et éducative ne peut être légitime que dans une certaine sérénité partagée et une confiance à travailler en équipe.

2 – LES MAITRESSES DE MAISON

3 – L'ÉQUIPE ÉDUCATIVE »

En juin, je reçois une réponse du directeur général :

« Madame le Docteur,

Je vous remercie de m'avoir adressé copie de votre correspondance de mai dernier. Cette dernière a retenu toute mon attention. La description que vous faites de la santé des travailleurs de cet établissement est à la fois alarmante et rassurante. Je me suis rendu à de nombreuses reprises sur les lieux et je n'ai pas perçu, malgré de nombreux et répétés contacts avec des salariés de tous niveaux, la "tension" dont vous décrivez les conséquences. Certes, ma position hiérarchique peut "filtrer" les émotions mais ma formation universitaire d'ergonome me permet, mieux que d'autres, d'apprécier et évaluer ces tensions.

J'ai participé à des réunions de travail tant à l'ITEP qu'au SESSAD sur des sujets de ma compétence, et j'ai pu apprécier des professionnels intéressés à leur travail et très soucieux de l'évolution de leurs pratiques comme de leur établissement dans le cadre d'un référentiel éducatif inscrit au projet d'établissement approuvé.

Il existe des résistances au changement. Il appartient aux cadres, directeur et directeur général en tête, d'accompagner par un management adapté comme par une formation structurante ces changements qui sont la traduction, in vivo, des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Je sais qu'en la personne du directeur comme en ma personne, vous trouverez, à votre tour, une oreille et une action attentive afin de faire en sorte que nos salariés poursuivent leur adaptation aux changements institutionnels. Je suis tout à fait disposé et très intéressé pour vous recevoir, avec M. F..., afin de mieux percevoir et intégrer vos recommandations.

Le directeur général »

Suite à ce courrier, je rencontre en octobre le directeur et le directeur général. Mais cette rencontre aura

la même teneur que la lettre, la direction générale apportant son soutien au directeur dans son activité de manager, le directeur soutient le médecin psychiatre dans son rôle d'animateur de l'équipe interdisciplinaire. Ils sont informés de la démarche du D^r Pedopsy à mon encounter auprès de l'Ordre des médecins.

Quelques jours plus tard, la rencontre de conciliation a lieu à l'Ordre des médecins en présence de deux conseillers. Le D^r Pedopsy se dit atteint dans son honneur et mis en accusation par mon rapport. Le D^r H1..., conseiller très âgé, qui n'a sans doute jamais rencontré un médecin du travail, me fait la morale : « *Mais enfin, Madame, vous ne vous rendez pas compte, un rapport comme celui-ci ne fait que mettre de l'huile sur le feu, vous n'apportez pas d'aide à la direction...* ». Le D^r H2..., visiblement en activité de médecin généraliste, par contre, comprend bien la nécessité de ce rapport, mais son statut de conseiller le conduit à insister sur l'atteinte à la confraternité vis-à-vis du D^r Pedopsy.

Ma position est la suivante : « *Je suis venue dans l'idée d'obtenir une conciliation, la question de la confraternité n'est pas une affaire privée, je rappelle que ma responsabilité professionnelle me met dans l'obligation d'alerter, et d'en faire une affaire publique. Après avoir rencontré les salariés, le directeur, le D^r PEDOPSY, je me devais de prendre une position par écrit. On peut enlever le terme psychiatre dans ce rapport, mais étant donné la structure relativement petite, tout le monde sait qui anime l'équipe interdisciplinaire. Vous pouvez critiquer les formes, ne pas être d'accord, mais je ne peux pas échapper à ma responsabilité de médecin du travail qui me demande de rendre compte de la santé des salariés. Par ailleurs je ne peux pas échapper aux exigences de la confraternité. Mais le compromis n'est pas facile, d'autant plus que dans sa position de prescripteur de travail, le D^r Pedopsy n'est plus pour moi dans une simple confraternité, ce n'est pas son activité de psychiatre que je mets en cause, mais son activité de manager. Quelles solutions proposez-vous ? »*

Évidemment ils n'avaient pas de solution. J'ai accepté dans la lettre de conciliation de « retirer le rapport mis en cause et de présenter un nouveau rapport où ne serait pas mis directement en cause le D^r PEDOPSY ». Le rapport est ainsi modifié :

« (...) la parole est interdite, confisquée. Les salariés de l'équipe médico-psychologique se sentent en difficultés dans les réunions cliniques telles qu'elles se déroulent actuellement. Certains professionnels constatent une baisse de leur activité, ils sont inquiets pour le devenir de leur emploi, et cette insécurité les fragilise au sein de l'équipe interdisciplinaire. L'organisation du

travail telle qu'elle est vécue par les salariés porte atteinte à leur santé physique et psychique, et même compromet leur avenir professionnel. Dans cette situation difficile à vivre pour tous (...) »

Pourquoi revenir sur cette histoire ? Il n'y a pas de quoi être fière, pas de quoi avoir honte non plus. Notre engagement subjectif dans le travail a pour chacun de nous des limites. Mais témoigner de cette expérience m'a semblé nécessaire : être jugée sur un

écrit par des médecins qui ignorent complètement notre métier, ceci au nom de la confraternité, c'est une situation qu'il vaut mieux partager avec d'autres, penser avec d'autres

À quoi sert l'écrit en médecine du travail ? Informer les salariés ? Identifier les risques ? Attester du lien santé-travail ? Assurer une traçabilité ? Faire valoir les droits du salarié ? Peut-il avoir une valeur thérapeutique ? Doit-il mettre en évidence la dispute professionnelle ?

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, Dominique HUEZ, Annie LOUBET-DEVEAUX, Alain RANDON, Odile RIQUET

Ont participé à ce numéro : Christiane AGBOKLU, Bernadette BERNERON, Alain CARRÉ, Mireille CHEVALLIER, Benoît DE LABRUSSE, Karyne DEVANTAY, Annie DEVEAUX, Alain GROSSETÊTE, Dominique HUEZ, Gérard LUCAS, Huguette MARTINEZ, Alain RANDON, Odile RIQUET, Claire THOMASSIN

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie ROTOGRAFIE — 93 100 Montreuil

INSTITUT THÉRAPEUTIQUE ÉDUCATIF ET PÉDAGOGIQUE (ITEP) ET RISQUE PSYCHOSOCIAL

Michèle ROURE, médecin du travail

ITEP
M. Le Directeur

Monsieur,

Le courrier de ce jour constitue une mise à jour de la fiche d'entreprise que vous a transmise mon prédécesseur peu de temps avant son départ et doit donc être conservé dans les mêmes conditions.

Dès 2008, j'ai été amenée à prononcer une inaptitude définitive au poste de travail, pour atteinte à la santé, essentiellement liée au travail et à l'organisation du travail, pour un chef de service que je connaissais de longue date M. Christophe D...

Depuis j'ai reçu à plusieurs reprises des salariés au retour de congés maladie, à la demande des médecins conseils des CPAM, à la demande des médecins traitants mais aussi en visite spontanée. J'ai reçu d'autres salariés qui, partant en retraite après arrêt maladie prolongé ou après démission, souhaitaient me faire part des problèmes de travail rencontrés

Je reviendrai donc dans ce courrier sur **le risque psychosocial et sa prévention nécessaire**, risque que j'avais déjà évoqué avec vous oralement lors de ma visite de l'ITEP, et qui, avec le risque routier constituaient les risques principaux d'atteinte à la santé pour tous les salariés. À ces deux risques, il convient d'ajouter le risque ostéoarticulaire (TMS) pour les maîtresses de maison, les agents d'entretien, le cuisinier.

Je m'appuierai sur le rapport d'expertise sur le suivi des RPS au travail, faisant suite à la demande du minis-

tre du travail, de l'emploi et de la santé, pour montrer comment les changements d'organisation récents de l'ITEP avec un management autoritaire ont pu dégrader la santé des salariés alors **que les mêmes changements d'organisation auraient pu être des facteurs de santé pour les salariés, car susceptibles de favoriser l'acquisition de nouvelles compétences, de favoriser des discussions sur les pratiques professionnelles dans le cadre d'un projet collectif.**

À noter, que les salariés que j'ai reçus étaient le plus souvent des salariés très expérimentés et très investis dans leur travail. J'ai aussi été la destinataire du courrier de démission de M^{me} C..., secrétaire de direction depuis de longues années dans l'établissement

Rappel (extrait du rapport GOLLAC) :

« 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. »

« Les facteurs psychosociaux de risque au travail mis en évidence par la littérature scientifique peuvent être regroupés autour de six axes. Ils sont relatifs à l'intensité du travail et au temps de travail, aux exigences émotionnelles, à une autonomie insuffisante, à la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, aux conflits de valeurs et à l'insécurité de la situation de travail.

La mesure de l'intensité du travail et du temps de travail englobe les notions de "demande psychologique" (opérationnalisée par le questionnaire de Karasek) et "d'effort" (opérationnalisée par le questionnaire de Siegrist). L'intensité et la complexité du travail dépendent des contraintes de rythme, de l'existence d'objectifs irréalistes ou flous, des exigences de polyvalence, des responsabilités, d'éventuelles instructions contradictoires, des interruptions d'activités non préparées et de l'exigence de compétences élevées. Le temps de travail influe sur la santé et le bien-être par sa durée et son organisation.

Les exigences émotionnelles sont liées à la nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions, afin notamment de maîtriser et façonner celles ressenties par les personnes avec qui on interagit lors du travail. Devoir cacher ses émotions est également exigeant.

L'autonomie au travail désigne la possibilité pour le travailleur d'être acteur dans son travail, dans sa participation à la production de richesses et dans la conduite de sa vie professionnelle. Comme la "latitude décisionnelle" du questionnaire de Karasek, elle inclut non seulement les marges de manœuvre, mais aussi la participation aux décisions ainsi que l'utilisation et le développement des compétences. La notion d'autonomie comprend l'idée de se développer au travail et d'y prendre du plaisir.

Les rapports sociaux au travail sont les rapports entre travailleurs ainsi que ceux entre le travailleur et l'organisation qui l'emploie. Ces rapports sociaux doivent être examinés en lien avec les concepts d'intégration (au sens sociologique), de justice et de reconnaissance. Ils ont fait l'objet de modélisations partielles, dont les mieux validées sont le "soutien social" (modèle de Karasek et Theorell), "l'équilibre effort-récompense" (modèle de Siegrist) et la "justice organisationnelle".

Les rapports sociaux à prendre en compte comprennent les relations avec les collègues, les relations avec la hiérarchie, la rémunération, les perspectives de carrière, l'adéquation de la tâche à la personne, les procédures d'évaluation du travail, l'attention portée au bien-être des travailleurs. Les pathologies des rapports sociaux comme le harcèlement moral, doivent être prises en compte.

Une souffrance éthique est ressentie par une personne à qui on demande d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles. Le conflit de valeurs peut venir de ce que le but du travail ou ses effets secondaires heurtent les convictions du travailleur, ou bien du fait qu'il doit travailler d'une façon non conforme à sa conscience professionnelle.

L'insécurité de la situation de travail comprend l'insécurité socio-économique et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail. L'insécurité socio-économique peut provenir du risque de perdre son emploi, du risque de voir baisser le revenu qu'on en tire ou du risque de ne pas bénéficier d'un déroulement "normal" de sa carrière. Des conditions de travail non soutenables sont aussi génératrices d'insécurité. Des incertitudes susceptibles de créer une insécurité peuvent aussi porter sur l'avenir du métier ou l'évolution des conditions de travail. De telles craintes peuvent être motivées par l'expérience de changements incessants ou incompréhensibles. Tous ces risques existent aussi bien pour les travailleurs salariés que pour les travailleurs non salariés, bien qu'ils prennent des formes différentes.

Les entretiens en clinique médicale du travail menés avec les salariés reçus ces cinq dernières années mais beaucoup plus fréquemment cette année 2013 et en 2012 mettent en évidence chez des salariés expérimentés, très engagés dans le travail, différentes pathologies :

- des troubles anxio-dépressifs avec des manifestations somatiques type diarrhée motrice, douleur thoracique, crise d'urticaire ;
- apparition récente d'HTA nécessitant un traitement ;
- lombalgies chroniques ;
- états dépressifs ;
- insomnies.

Les problèmes d'organisation repérés

➤ *le mode d'évaluation* : toute manifestation de violence des enfants ou adolescents est reprochée aux éducateurs et considérée comme insuffisance professionnelle, alors qu'il s'agit d'une des manifestations justifiant l'orientation de ces enfants vers l'ITEP. Dans le travail éducatif, le travail est invisible, les difficultés et les échecs obligatoires devraient être discutés en équipe, pour construire des ressources ultérieures.

➤ *le défaut de formation* (qui correspond à un manque de soutien social) : alors que depuis le redéploiement, des adolescents et non plus seulement des enfants sont accueillis par la structure, aucune formation spécifique, malgré la demande formulée, n'a été proposée aux équipes, qui en pressentaient le besoin (dans le domaine en particulier de la sexualité des adolescents), ce à juste titre puisque des problèmes se sont posés. Un agent de service qui a demandé à avoir une formation de

maîtresse de maison n'a pas pu accéder à cette formation qui a été proposée à tous ses collègues.

➤ *Le mode de management* (rapports sociaux au travail)

- ♦ *INCERTITUDE* délibérément entretenue sur la réorganisation liée au redéploiement ; incertitude ne permettant pas de « penser une activité future probable », source de discussions collectives potentiellement enrichissantes et de nature à favoriser une meilleure prise en charge.

- ♦ *MANAGEMENT À LA MENACE, À LA DÉNIGRATION.* Les propos rapportés sont très violents « *je ne te ferai pas de cadeau* », « *qu'est ce que vous avez dans la cervelle* ». Ce qui a été rapporté lors des entretiens de clinique médicale du travail est repris dans la lettre de démission de M^{me} C... : reproche et injonction envers les chefs de service avec atteinte à la santé des salariés concernés (aboutissant à une inaptitude médicale). « *Moins vous en savez, mieux ça vaut* », adressé à un chef de service reprenant après un arrêt maladie prolongé et qui doit recevoir des familles pour des orientations.

- ♦ *CLIMAT DE SUSPICION, REPROCHES PERÇUS COMME INJUSTIFIÉS.* Il a pu être reproché à un éducateur d'être violent avec ses collègues, à une maîtresse de maison qui a accepté de multiples changements de poste, d'horaires, d'être « une personne à histoire » alors qu'elle ne faisait que rapporter des difficultés d'organisation et faire des propositions pour y remédier. Interdiction a été faite à un chef de service de partager le déjeuner avec les équipes éducatives d'un SESSAD. Des informations seront données aux équipes éducatives mais ne seront pas données aux chefs de service, favorisant un climat de suspicion.

- ♦ L'incertitude entretenue crée une insécurité qui ne permet pas aux salariés de se « déployer » dans leur activité. Cette situation est forcément perçue par des enfants et adolescents et préjudiciable à leur prise en charge qui demande un cadre cohérent et sécurisant.

- ♦ Des réunions de direction hebdomadaires pouvant durer sept heures, où le débat est impossible et le dénigrement violent quasi constant.

- ♦ Menaces de mutation pour les salariés pour la prochaine rentrée.

➤ *les problèmes éthiques.* Il a pu être demandé aux éducateurs de faire de l'occupationnel alors que ceux-ci avaient anticipé et préparé un projet éducatif. « *Faire de l'occupationnel avec ces enfants est invivable pour moi et pour eux* », « *Je refuse d'improviser avec des enfants d'ITEP* ». Avec ce type de population il faut être toujours très présent et professionnel car tout « flottement » sera perçu.

- ♦ Impossibilité d'exprimer un point de vue professionnel sous peine d'être dénigré « *c'est crétin* », lors des réunions d'équipe

- ♦ Impossibilité pour les éducateurs de l'internat et du semi internat de travailler avec les familles et donc conflits entre éducateurs et familles, préjudiciables à une prise en charge cohérente des enfants et des adolescents

La multiplication des arrêts de travail et le *turn-over* semblent bien en lien avec le mode de management : les changements permanents dans les équipes liés à ces absences et au *turn-over* ne favorisent pas une cohérence de prise en charge et sont sources d'échec dans le travail, échec interprété comme défaut de professionnalisme alors qu'il ne fait que révéler la difficulté du travail éducatif dans des conditions dégradées.

Comme le prévoit le Code du travail le médecin du travail doit alerter sur les atteintes à la santé liées au travail, ce que je fais par l'intermédiaire de cette mise à jour de la Fiche d'entreprise.

Michèle ROURE
Médecin du Travail

Copie de ce document adressée à M. S... directeur général.

Courrier à conserver, à considérer comme partie intégrante de la fiche d'entreprise (art R.241.41.3 du Code du travail).

À tenir à disposition de l'inspecteur du travail, des agents de la CRAM et du médecin inspecteur régional.

SERVICE INTERCOMMUNAL DE SOINS ET AIDE À DOMICILE (SISAD) ET RISQUE PSYCHOSOCIAL

Michèle ROURE, médecin du travail

SISAD

À l'attention de M^{me} La directrice

Madame,

Pour cette mise à jour de la Fiche d'entreprise, mes observations porteront exclusivement sur **les risques psychosociaux** et l'obligation de prévention des atteintes à la santé (liées entre autres à ce risque) qui relève de la responsabilité de l'employeur. En effet, en 2013, deux inaptitudes médicales au poste ont été prononcées pour le SISAD.

Le secteur de l'aide à domicile est le secteur où le nombre d'inaptitude prononcé est le plus important (avant le secteur du bâtiment !). Ces inaptitudes touchent le plus souvent les aides à domicile, et sont la conséquence de la charge physique de ce poste ; il s'agit le plus souvent de l'évolution de troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs ou d'atteintes du rachis. **Telle n'est pas la situation au SISAD puisque les deux inaptitudes de 2013 (qui font suite à une démission en 2007) ont concerné des responsables de planning**

Je m'appuierai sur le rapport d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, de 2009

Rappel (extrait du rapport GOLLAC) :

« 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. »

« Les facteurs psychosociaux de risque au travail mis en évidence par la littérature scientifique peuvent être regroupés autour de six axes. Ils sont relatifs à l'intensité du travail et au temps de travail, aux exigences émotionnelles, à une autonomie insuffisante, à la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, aux conflits de valeurs et à l'insécurité de la situation de travail.

La mesure de l'intensité du travail et du temps de travail englobe les notions de "demande psychologique" (opérationnalisée par le questionnaire de KARASEK) et "d'effort" (opérationnalisée par le questionnaire de SIEGRIST). L'intensité et la complexité du travail dépendent des contraintes de rythme, de l'existence d'objectifs irréalistes ou flous, des exigences de polyvalence, des responsabilités, d'éventuelles instructions contradictoires, des interruptions d'activités non préparées et de l'exigence de compétences élevées. Le temps de travail influe sur la santé et le bien-être par sa durée et son organisation.

Les exigences émotionnelles sont liées à la nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions, afin notamment de maîtriser et façonner celles ressenties par les personnes avec qui on interagit lors du travail. Devoir cacher ses émotions est également exigeant.

L'autonomie au travail désigne la possibilité pour le travailleur d'être acteur dans son travail, dans sa participation à la production de richesses et dans la

conduite de sa vie professionnelle. Comme la "latitude décisionnelle" du questionnaire de KARASEK, elle inclut non seulement les marges de manœuvre, mais aussi la participation aux décisions ainsi que l'utilisation et le développement des compétences. La notion d'autonomie comprend l'idée de se développer au travail et d'y prendre du plaisir.

Les rapports sociaux au travail sont les rapports entre travailleurs ainsi que ceux entre le travailleur et l'organisation qui l'emploie. Ces rapports sociaux doivent être examinés en lien avec les concepts d'intégration (au sens sociologique), de justice et de reconnaissance. Ils ont fait l'objet de modélisations partielles, dont les mieux validées sont le "soutien social" (modèle de KARASEK et THEORELL), "l'équilibre effort-récompense" (modèle de SIEGRIST) et la "justice organisationnelle".

Les rapports sociaux à prendre en compte comprennent les relations avec les collègues, les relations avec la hiérarchie, la rémunération, les perspectives de carrière, l'adéquation de la tâche à la personne, les procédures d'évaluation du travail, l'attention portée au bien-être des travailleurs. Les pathologies des rapports sociaux comme le harcèlement moral, doivent être prises en compte.

Une souffrance éthique est ressentie par une personne à qui on demande d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles. Le conflit de valeurs peut venir de ce que le but du travail ou ses effets secondaires heurtent les convictions du travailleur, ou bien du fait qu'il doit travailler d'une façon non conforme à sa conscience professionnelle.

L'insécurité de la situation de travail comprend l'insécurité socio-économique et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail. L'insécurité socio-économique peut provenir du risque de perdre son emploi, du risque de voir baisser le revenu qu'on en tire ou du risque de ne pas bénéficier d'un déroulement "normal" de sa carrière. Des conditions de travail non soutenables sont aussi génératrices d'insécurité. Des incertitudes susceptibles de créer une insécurité peuvent aussi porter sur l'avenir du métier ou l'évolution des conditions de travail. De telles craintes peuvent être motivées par l'expérience de changements incessants ou incompréhensibles. Tous ces risques existent aussi bien pour les travailleurs salariés que pour les travailleurs non salariés, bien qu'ils prennent des formes différentes. »

Les entretiens en clinique médicale du travail menés avec ces salariées, toutes très engagées dans le travail permettent de penser que l'organisation du travail et

le mode de management ont été à l'origine des atteintes à la santé de ces salariées.

Les problèmes d'organisation repérés :

➤ *LE TEMPS DE TRAVAIL, L'INTENSITÉ DU TRAVAIL* (cf. le paragraphe y faisant référence dans le rapport GOLLAC). La charge de travail qui pesait sur M^{me} A... et sur M^{me} L..., responsables de secteurs, charge de travail confirmée par un audit semble-t-il il y a quelques années était importante. Pour faire correctement le travail, « il fallait travailler à temps plein » alors que le contrat de travail était à mi-temps !

Faire les plannings nécessite de prendre en compte beaucoup de paramètres : demande de la personne aidée, temps de travail mensuel de l'aide à domicile, périmètre d'intervention de l'aide à domicile pour limiter les frais de déplacements, arrêts de travail en cours, arrêts maladies, droit du travail. La complexité de ce poste s'est aggravée ces dernières années avec l'augmentation des interventions brèves auprès des personnes âgées

Pour faire correctement ce travail, les responsables de plannings doivent être à l'écoute des personnes aidées (pouvoir prendre le temps de se rendre à domicile) mais aussi des aides à domicile pour évaluer régulièrement leur charge de travail, la pénibilité ressentie, les évolutions observées par les auxiliaires de vie ou aides à domicile sur le comportement des personnes âgées dont elles ont la charge (maintien à domicile de personnes âgées ayant des troubles cognitifs importants, fréquence des maladies d'Alzheimer), etc.

Faire ce type de plannings demande « d'équilibrer la charge » entre les aides à domicile, pour que des dossiers lourds soient compensés par des dossiers moins lourds. Il faut aussi prendre en compte les capacités des aides à domicile à travailler ensemble sur les mêmes dossiers.

Pour reprendre l'expression d'un professionnel de ce secteur « c'est du *sur mesure* pour la personne aidée et autant que faire se peut pour l'aide à domicile ».

La qualité du planning et la disponibilité des agents de planning participent à un service de qualité. Faire un travail de qualité est un critère déterminant pour la santé de tout individu

➤ *LE MODE DE MANAGEMENT* (rapports sociaux au travail).

Tant que les responsables de planning ont pu faire leur travail au prix d'un temps de travail bénévole important semble-t-il, on ne leur a fait aucun

reproche (alors qu'il a pu leur arriver de travailler jusqu'à 21 h — travail à temps plein sur un contrat de mi-temps sans heures complémentaires payées). Ensuite il leur aurait été reproché de ne pas « savoir s'organiser » et « d'être incompetentes »

Le temps passé avec les aides à domicile leur a été reproché. Les responsables de plannings sont attentives à ce que les aides à domiciles rapportent de leur travail ; il ne s'agit pas de bavardage mais bien d'une meilleure connaissance réciproque des difficultés et besoins de la personne aidée et de l'aide à domicile. Il s'agit d'un soutien informel et d'une reconnaissance du travail des aides à domicile : travail difficile, méconnu, nécessitant des compétences variées, une capacité d'adaptation importante.

➤ *LES PROBLÈMES ÉTHIQUES* : les agents de plannings à l'interface des personnes âgées et des personnels ont pu être blessés par les jugements que leur hiérarchie portait sur les aides à domicile : « Si elles font ce travail, c'est parce qu'elles ne sont pas capables de faire autre chose »

Le problème de fond, me semble-t-il, est un problème de temps de travail rémunéré pour les agents de planning et donc sans doute de moyens financiers du SISAD.

Comme le prévoit le Code du travail le médecin du travail doit alerter sur les atteintes à la santé liées au travail, ce que je fais par l'intermédiaire de cette mise à jour de la Fiche d'entreprise.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sincères salutations.

*Michèle ROURE
Médecin du Travail*

Copie de ce document adressée à M. le Docteur D... président du Conseil d'administration.

En l'absence de CHSCT, une copie de cette mise à jour est intégrée au dossier en santé au travail des deux agents de plannings pour qui une inaptitude médicale a été faite cette année.

Courrier à conserver, à considérer comme partie intégrante de la fiche d'entreprise (art R.241.41.3 du Code du travail).

À tenir à disposition de l'inspecteur du travail, des agents de la CARSAT et du médecin inspecteur régional.

L' Association *SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (a.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 35^e Congrès annuel se tiendra à Paris, les 6 et 7 décembre 2014 (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 : secrtaire@a-smt.org

ou sur le site internet : <http://www.a-smt.org>

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir page 77

DES REPÈRES

POUR LES ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL,

BALISES ÉVENTUELLES

POUR LES ÉCRITS DU PSYCHOLOGUE EN SSTI

Dominique HUEZ, Journée Les écrits du psychologue en SSTI

Reliance et Travail, 4 avril 2014, Lyon

PSYCHOLOGUE EN SSTI - MÉDECIN DU TRAVAIL UNE COORDINATION INCOMPATIBLE AVEC LA GESTION DES RISQUES POUR L'EMPLOYEUR

La coopération Psychologue – Médecin du travail est un exercice difficile, comme toute coordination entre deux métiers différents ne procédant pas des mêmes références scientifiques, réglementaires, cadres et règles professionnelles. Le cadre du SSTI pourrait faciliter ce rapprochement du fait de son objet, la santé au travail.

Ces deux professions sont elles-mêmes traversées par de profonds débats professionnels. La prise en compte exclusive de la santé au travail pour prévenir les risques délétères est le fondement de l'exercice de l'équipe de médecine du travail en SSTI.

Le médecin du travail est clairement positionné du point de vue exclusif de la santé au travail du fait de son inscription professionnelle réglementaire et en référence au Code de déontologie médicale.

Quant au psychologue en SSTI, il peut s'y trouver en difficulté. Le cadre réglementaire « ambigu » permettant l'exercice du psychologue en SSTI ne facilite pas le déploiement du métier de ce dernier. Le psychologue peut être sollicité réglementairement par les employeurs pour les aider à « gérer les risques » découlant de « l'obligation de résultat » de ces derniers.

Pour autant, d'une part des pratiques professionnelles en coordination respectueuse de ces métiers à cadres déontologiques différents, peuvent se déployer si elles sont centrées sur le travail et le « travailler ensemble », s'adossant à la clinique du travail, instruisant du point de vue collectif ce qui y fait obstacle. Les rapports d'intervention du psychologue sont alors potentiellement un plus professionnel pour la mission du médecin du travail.

D'autre part, le psychologue en SSTI peut aussi se coordonner de façon privilégiée avec le médecin du travail dans l'approche individuelle des risques du travail. Pour la compréhension du lien santé-travail individuel, le médecin du travail, du fait de sa mission et de son statut, devrait en être le seul demandeur auprès du psychologue en SSTI. Cela implique que le médecin du travail le demande explicitement pour une personne donnée, et que la pratique coordonnée qui en découlerait soit déployée en s'affranchissant totalement de pouvoir ou devoir agir en lieu et place d'un employeur. Les comptes rendus d'entretiens individuels demandés par le médecin du travail auprès du psychologue en SSTI devraient transiter par le salarié.

L'association SMT (Santé et Médecine du Travail) est un des lieux qui déploie des disputes professionnelles entre pairs depuis des décennies et contribue à construire des règles de métier pour l'équipe médicale de santé au travail ; pour des raisons réglementaires, le psychologue en SSTI n'en fait donc pas partie.

C'est à partir de là que je vais m'exprimer. Les écrits des médecins du travail dans leur diversité de forme et de circonstances sont une trace de leur métier et à ce titre ont été indispensables pour construire leur métier. Les monographies de clinique médicale du travail ont principalement eu comme fonction de permettre la délibération entre pairs. Elles ont été indispensables dans l'évolution du métier de médecin du travail. Pour autant celui-ci se déploie généralement sans passage à l'écrit.

La construction du métier de psychologue en SSTI dépendra du sens et des orientations éthiques et déontologiques qui seront partagées par les acteurs y participant. La discussion entre pairs autour d'écrits spécifiques sédimentant votre démarche clinique y sera centrale.

Comme médecin du travail, je n'ai aucune légitimité pour participer à ce débat. Mais comme interlocuteur privilégié du psychologue en SSTI dont le travail en autonomie professionnelle est placé réglementairement dans le cadre de la coordination du médecin du travail, celui-ci devrait donner à voir son cadre d'exercice et ses règles de métier pour que le psychologue en SSTI en fasse son profit pour construire son propre métier.

C'est donc l'objet de ce texte qui tente de décrire des règles de métier du médecin du travail :

- pour donner à voir un cadre professionnel et réglementaire qui structure l'équipe pluridisciplinaire du SST coordonnée par le médecin du travail ;
- pour permettre la coordination avec la mission du médecin du travail, de l'intervention du psychologue en SSTI, en prévention collective ;
- pour tracer un cadre pour une confiance partagée, en permettant la possibilité d'une « demande formelle du médecin du travail » pour des entretiens individuels du psychologue en SSTI, afin d'éclairer ce qui ferait éventuellement difficulté dans le travail pour un salarié. Cette intervention spécifique est alors incompatible avec la « gestion des risques professionnels » qui résulterait d'une demande d'employeur pour l'établissement où travaillerait le salarié.

LA FONCTION DE L'ÉCRIT POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

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 de quel support relève cet écrit médical : certificat médical, lettre à un autre médecin, élément du dossier médical. L'écrit du médecin du travail s'inscrit dans le cadre rationnel de la clinique médicale du travail élaborée entre pairs et dont les pratiques sont évaluées entre pairs. Du côté du travail, c'est la clinique du travail qui l'éclaire.

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 en termes de compréhension des mouvements contradictoires qui animent l'activité et déterminent les conditions matérielles, sociales et subjectives du travail. Il s'agit alors pour le médecin du travail d'aider le sujet à exprimer les dimensions de son engagement dans le travail. Elle permet ainsi au médecin du travail d'acquérir une compréhension intime des tensions qui accompagnent le travail. L'objectif de ce travail clinique est la reconquête par le salarié de son pouvoir d'agir afin de lui permettre de recouvrer sa capacité à construire sa santé au 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.

L'information de chaque travailleur du lien entre les risques du travail et leurs effets négatifs sur sa santé, relève du droit du patient garanti par le Code de la santé publique et traduit également dans le Code du travail. Il peut donc être nécessaire au médecin du travail de passer à l'écrit dans l'intérêt de la santé de ses patients : dans leurs dossiers médicaux, pour la rédaction d'écrits opératoires, de monographies, ou des attestations de diagnostics médicaux des effets du travail pour la santé. Dans certaines situations le médecin du travail pourra instruire par un écrit spécifique le lien de causalité entre atteintes à la santé et activité de travail. C'est un devoir pour chaque médecin du travail d'assurer ainsi l'effectivité du droit à réparation.

Les écrits du médecin du travail peuvent avoir pour objectifs :

- D'être le support de pratiques « inter-compréhensives », ayant pour objet d'échanger avec le travailleur autour de la compréhension de la situation afin de faire redémarrer sa pensée qui peut avoir été sidérée par la situation pathogène. Il s'agit 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.

➤ 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.

➤ Une valeur « de thérapie préventive », 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. Cet écrit du médecin du travail dont la fonction est « le soin préventif » tente d'éviter par exemple un passage à l'acte en donnant acte de la rationalité de la situation et en rendant visible les liens entre la situation professionnelle et les effets observés.

➤ Enfin ou en sus, une finalité réglementaire pour assurer les droits médico-sociaux du salarié. Le médecin du travail peut ainsi attester de son diagnostic médical en cas de besoin pour « accompagner le salariés » dans sa prise en charge médicale ou sociale. Le médecin du travail émet ses recommandations médicales dans l'intérêt exclusif de la santé du salarié, dont la fiche de suivi médical, dite « d'aptitude », est le support ; il en nourrit son action de prévention collective primaire ou de sauvegarde. Ce document peut alors s'enrichir de mentions attirant l'attention de l'employeur sur le lien entre le changement d'organisation et l'état de santé très concret du salarié ou avec son arrêt de travail récent.

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 agi par des intérêts autres que ceux de la santé des patients ou de la santé publique en santé au travail.

Ce travail médical en responsabilité où le passage à l'écrit est essentiel, pourra permettre que se déploie, en écho, sous des formes novatrices, une mise en délibération collective des difficultés de la contribution des sujets dans leur travail. Ainsi, le médecin du travail contribuera à les rendre acteurs de la transformation

de leur travail, en remettant le travail réel au centre de l'élaboration collective.

LES ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET LE DROIT

IDENTIFIER LA RELATION ENTRE DES ÉLÉMENTS PATHOGÈNES DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE ET DES ALTÉRATIONS DE LA SANTÉ

La médecine du travail est un exercice médical. Les praticiens procèdent à l'établissement de diagnostics médicaux qui comportent l'identification de l'étiologie de l'affection en cause. Pour ce faire, ils déploient des pratiques et un corpus de connaissances partagés et validés par les spécialistes en médecine du travail ou du champ de la santé au travail.

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 Code du travail), le médecin du travail doit 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 Code du travail). 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 Code du travail).

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 et qui engage sa responsabilité.

INFORMER LE TRAVAILLEUR DES RISQUES DE SA SITUATION PROFESSIONNELLE ET DE LEURS EFFETS SUR SA SANTÉ

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 Code de la santé publique). Le droit à l'information du patient sur son état de santé porté par l'article L.1111-2 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 Code du travail).
- 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 Code du travail).
- 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 Code du travail).

LE CONSTAT DU LIEN SANTÉ/TRAVAIL

PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL ; DMST ET CERTIFICAT MÉDICAL

Le médecin du travail établit un dossier médical 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 Code du travail). Le dossier médical est accessible au salarié. Le constat médical du lien santé-travail doit être consigné par écrit dans le dossier médical (DMST), et peut donner lieu à la délivrance d'un certificat médical. Ce constat écrit est soit tenu à la disposition du travailleur, soit lui est accessible

Comme à tout médecin, l'article L.461-6 du Code de sécurité sociale 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 Code de la santé publique 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, entre le travail et ses effets délétères, 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 Code de la santé publique 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.

JUSQU'OUÙ ALLER PAR UN ÉCRIT, DANS UNE PRÉCONISATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL ?

Le métier du médecin du travail est de contribuer à remettre le travail réel en discussion, de mettre « le travailler ensemble » en débat, et de le situer au centre d'un projet d'amélioration de l'organisation du travail pour la 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. 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.

Le médecin du travail « endosse », comme c'est sa mission réglementaire, la responsabilité de l'investigation du « lien santé-travail », laissant la responsabilité de l'action de prévention à l'employeur. Il se doit donc d'agir exclusivement pour prévenir et dépister les altérations de la santé du fait du travail, du point de vue de la construction ou de la préservation de la santé au travail. Sa seule finalité est la santé des travailleurs. Il n'est pas en charge ni comptable des contraintes économiques contrairement à l'ensemble des acteurs de l'entreprise. Aussi il ne doit pas être gestionnaire des risques en lieu et place de l'employeur, en prescrivant à l'employeur des « solutions », sinon sa posture, son efficacité et sa légitimité professionnelle seront altérées. Mais il doit donner à voir et à comprendre les mécanismes délétères précis du côté du travail pour en prévenir les causes.

**COMMENT ARTICULER LES ÉCRITS
DU PSYCHOLOGUE EN SSTI ET LE DEVOIR
D'ALERTE DU MÉDECIN DU TRAVAIL ?***LES ÉCRITS ET LA VEILLE MÉDICALE DU MÉDECIN DU TRAVAIL*

Un système de veille médicale en santé au travail permet au médecin du travail d'accompagner les collectifs de travail, de rendre compte à la communauté de travail, direction et IRP, collectifs de travail, du risque délétère et d'ébaucher des pistes de compréhension concernant les organisations ou relations de travail, pour agir préventivement à partir de ce qui fait difficulté dans les situations de travail concernées.

Cette veille médicale est tracée individuellement au DMST qui en est le support. Ce dernier collationne aussi tous les écrits professionnels remis au médecin du travail et qui concerneraient la santé au travail d'un salarié.

Les écrits individuels du psychologue en SSTI qui parviennent au médecin du travail peuvent donc en faire partie.

Les éléments alors formalisés de la veille médicale nourrissent l'analyse des risques collectifs du médecin du travail : rapport annuel d'activité ou fiche d'entreprise. Ils ont à être présentés et discutés avec la direction de l'entreprise et les IRP dont les CE et CHSCT.

LE DEVOIR D'ALERTE MÉDICALE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Avec la loi du 3 juillet 2011 réorganisant la médecine du travail, un devoir d'alerte médicale formalisée, motivée et circonscrite 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 y assume seul la responsabilité de ses constats médicaux de gravité du fait de sa mission réglementaire. Ce devoir d'alerte du médecin du travail représente un nouveau cadre réglementaire opératoire essentiel en prévention médicale primaire. La diversité des écrits médicaux antérieurs du médecin du travail y est essentielle pour déployer ce devoir d'alerte.

Une alerte du psychologue en SSTI comme membre de l'équipe pluridisciplinaire peut être adressée au médecin du travail du secteur médical concerné. L'alerte médicale du médecin du travail peut se nourrir de cette analyse à visée collective du psychologue en SSTI. Elle pourrait aussi s'enrichir de la compréhension des difficultés du travail permise par des entretiens individuels demandés par le médecin du travail au psychologue en SSTI, sans qu'il y soit fait état explicitement dans cette alerte.

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. Il 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. Du fait de la mission réglementaire du médecin du travail, en cas d'obstacle à la prise en compte d'une alerte médicale, celle-ci peut être prise en compte par l'inspecteur du travail ou le juge.

LES FINALITÉS PRÉVENTIVES DE L'ALERTE MÉDICALE

Le rôle de l'alerte médicale 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 pris en compte. Ce qui est visé est la reconnaissance par la direction, mais aussi par les salariés et l'encadrement, de ces situations concrètes de travail pour mettre en débat les questions d'organisation du travail.

Par son alerte médicale « réglementaire », le médecin du travail aide à remettre les conditions du travail réel en discussion, pour faciliter sa transformation dans un sens favorable à la santé. En procédant ainsi, il peut permettre la délibération sur des éléments très concrets de l'organisation du travail qu'il a repérés. Il contribue ainsi à ouvrir un certain nombre de pistes de prévention pour que l'employeur et les IRP puissent s'en saisir.

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

La réglementation préconise au médecin du travail un écrit motivé et circonscrit. Le médecin du travail décrit précisément ce qu'il constate et à quoi il se réfère pour affirmer un risque. L'alerte médicale comporte un constat concernant la gravité d'une situation de travail. Elle relate très concrètement ce qu'a compris ou constaté le médecin du travail des difficultés de réalisation du travail et de l'impact que cela a pour la santé des salariés. Elle décrit le lien que le médecin du travail fait entre les conditions de travail, environnementales, organisationnelles ou sociales de travail, et la santé au travail. L'argumentaire d'une 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. Le médecin du travail trace alors par écrit son diagnostic de situation collective, et énonce éventuellement des recommandations de prévention médicale collective pour préserver la santé au travail.

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. Le texte écrit de l'alerte médicale 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 sa mission réglementaire l'exige, le médecin du travail permet un débat sur le travail affranchi de l'arrière fond délétère qui souvent empêche d'agir.

ENTRETIEN INDIVIDUEL : POSSIBILITÉS ET CONDITIONS D'UNE COLLABORATION ENTRE LE MÉDECIN DU TRAVAIL DEMANDEUR DE CET ENTRETIEN ET LE PSYCHOLOGUE EN SSTI

LE PSYCHOLOGUE EN SSTI AYANT STATUT D'IPRP

L'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) ne désigne pas une profession mais une « mise à disposition de compétences ». Le cadre de leur intervention est à la fois celui de la santé au travail (préservation), mais aussi celui de la sécurité et de l'amélioration des conditions de travail. Cette fonction émerge donc à la fois au domaine de l'équipe médicale de santé au travail et à celui des experts prévention des employeurs (experts HSE). Ce sont les SST qui définissent les modalités de la « collaboration » entre IPRP de SST et le médecin du travail.

Les interventions des IPRP ne peuvent porter sur la santé individuelle des travailleurs. Ils assurent d'une part, une activité de conseil et d'aide ponctuelle dans un cadre non formalisé et participent, d'autre part, à des interventions pluridisciplinaires.

Réglementairement le médecin du travail coordonne l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire dont fait partie l'IPRP, s'il ne s'agit pas d'une étude commanditée directement par un employeur pour la gestion des risques de son établissement. L'intervention pluridisciplinaire en santé au travail est une activité de collaboration entre professionnels indépendants. Si un IPRP d'un SST intervient dans le secteur médical d'un

médecin du travail en « identification des risques » et à sa demande, il le fait alors en appui et coordination de ce médecin du travail. D'où l'importance de la définition du secteur d'intervention d'un médecin du travail. Tant que les effectifs attribués au médecin du travail sont définis, le médecin du travail de ce secteur médical est clairement responsable des interventions des compétences pluridisciplinaires du SST qu'il coordonne dans ce secteur médical, dans le respect de l'indépendance professionnelle et des modalités professionnelles de chaque métier. Ceci passe par l'élaboration d'un protocole pour une éventuelle étude, englobant la méthode et le rendu de résultats.

Le médecin du travail et l'IPRP, dans le cadre d'un protocole d'étude transmis au CHSCT (ou aux DP) et à l'inspection du travail, définissent, du point de vue des compétences, les modalités de la coordination de collaborations qui respectent l'indépendance des différents intervenants. L'intervention fait l'objet d'un rapport qui engage les auteurs de l'étude pour ce qui les concerne, remis à l'employeur concerné et au CHSCT (ou au DP).

L'appel à la compétence des IPRP de SSTI peut maintenant s'effectuer aussi à la demande directe des employeurs, ce qui selon nous déstabilise cet exercice, le faisant élarger à deux systèmes de normes et règles, le point de vue exclusif de la santé au travail, et la gestion des risques pour l'employeur. Le psychologue de l'activité de travail ou le psychosociologue, exerçant en SSTI dont le projet n'est nullement une intervention sur la santé individuelle des personnes, ne sont peut-être pas déstabilisés par ce cadre. Ils pourraient rencontrer individuellement un salarié dans le cadre d'une étude collective, pour instruire ce qui ferait difficulté dans l'activité de travail si l'atteinte à la santé individuelle n'est pas spécifiquement investiguée. Resterait à le garantir dans le protocole d'étude.

Mais pour se prémunir du conflit d'intérêt et du dévoiement de sa mission, le médecin du travail ne peut coordonner une telle intervention de gestion des risques pour l'employeur de la part de cet IPRP éventuellement psychologue en SSTI. Et cette posture est alors incompatible avec des entretiens individuels du psychologue en SSTI pour éclairer cette fois-ci le lien santé-travail, effectués à la demande du médecin du travail.

Pourtant, dans le cadre de ce type d'intervention, le médecin du travail peut confronter ses propres données d'identification des risques à celles mises en évidence par l'IPRP. Le modèle opératoire serait la

confrontation des données professionnelles du médecin du travail avec un ingénieur de sécurité d'une entreprise. En toute indépendance réciproque et avec des finalités différentes. Quant aux propositions de gestion des risques de l'IPRP pour l'employeur, le médecin du travail pourra alors émettre un point de vue spécifique à partir de sa prise en compte exclusive de la prévention de la santé des travailleurs.

QUID DE LA NOTION DE « SECRET PARTAGÉ » ?

L'exercice de la médecine du travail repose sur la confiance adossée au secret médical dans le seul intérêt de la santé du sujet. Il n'y a aucun secret partagé en médecine en dehors d'un processus de soin. Aucune information sur la santé individuelle ne peut être transmise par un médecin à l'employeur, au DRH, à l'assistante sociale ou aux représentants du personnel, mais aussi aux IPRP et au psychologue en SSTI tant que son statut ne réfèrera pas au Code de la santé publique. Le médecin du travail peut être condamné pour cela.

Le médecin du travail ne peut proposer d'aménagements du poste de travail d'un salarié qu'avec son consentement éclairé, puisqu'il s'agit « d'une prescription médicale » envers un patient dument informé par le médecin. L'exercice de la profession de médecin du travail est réglementé par le Code de la santé publique et le Code de déontologie médicale, et son statut et cadre d'exercice sont réglementés par le Code du travail qui définit les droits et devoirs de sa mission spécifique d'ordre public social.

Le psychologue en SSTI ne relève pas du Code de la santé publique. Mais il doit être inscrit sur ADELI avec ses diplômes, selon l'article 57 de la loi 2002-303 référant au Code de la santé publique. De ce fait, le psychologue œuvrant en SSTI ne peut pas faire partie d'une équipe médicale. Les règles du Code de la santé publique ne lui sont donc pas opposables et ses transgressions engageraient la responsabilité du médecin ou de l'infirmière du travail. En l'état de la réglementation, le médecin du travail ne peut donc pas partager de données médicales avec le psychologue en SSTI, même dans l'intérêt des patients, puisque ce dernier ne peut pas être détenteur de données relevant du secret médical.

DEMANDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

AU PSYCHOLOGUE EN SSTI, PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Le médecin du travail peut avoir besoin de la contribution du psychologue en SST dans son suivi médical individuel des salariés, dans deux registres qui peuvent être intimement liés :

- Pour son éclairage spécifique concernant le travailler et le travailler ensemble d'un sujet et sa contextualité délétère.
- Par un entretien à visée préventive du psychologue en SSTI en s'appuyant sur la clinique du travail, en permettant au sujet d'élaborer sur ce qui ferait difficulté dans son travail pour recouvrer ainsi son pouvoir d'agir.

L'entretien individuel d'un salarié avec le psychologue en SSTI devrait relever d'une demande formelle écrite du médecin du travail, mais échappant au cadre de prescription du Code de la santé publique. Un médecin du travail qui adresserait pour compréhension sur son travail un salarié au psychologue en SSTI devrait faire transiter par le salarié d'éventuels éléments concrets d'interrogation ou d'analyse concernant le travail de ce dernier et sa contextualité délétère collective. Si c'était possible réglementairement, cela nécessiterait un protocole repère dans le SSTI garantissant l'indépendance de cet exercice spécifique du psychologue en SSTI, dont les modalités devraient être portées à la connaissance du « contrôle social » et des autorités de tutelle (inspection du travail, DIRECCTE, inspection médicale du travail). Cette modalité d'exercice interdirait toute pratique de la part de ce psychologue comme IPRP du côté de la gestion des risques pour le compte d'un employeur, pour cause de conflit d'intérêt. Ce protocole devrait être décliné spécifiquement entre un médecin du travail et un psychologue ; permettant une intervention « en délégation indépendante coordonnée » comme dans des conditions d'urgence, ou précisant les modalités ouvrant aux entretiens spécifiques.

De fait cela reviendrait alors à une association de travail du psychologue en SSTI avec l'équipe médicale du travail (médecin et infirmière du travail), de laquelle il ne ferait toutefois pas partie, et donc sans aucun accès aux données médicales individuelles. La clinique du travail est alors le moyen d'analyse et de compréhension partagé du rôle du travail pour la construction ou la détérioration de la santé au travail du sujet, qui serait alors commun entre l'équipe médicale du travail et le psychologue en SSTI.

Ce sont les règles professionnelles propres du psychologue en SSTI qui lui feront définir ce qu'il écrirait en réponse éventuelle au médecin du travail suite à la demande d'analyse de ce dernier. Ceci devrait aussi transiter de toute façon *via* le salarié.

En aucun cas cet entretien individuel en SSTI avec un psychologue ne pourrait être le support de soins ou de psychothérapie qui sont exclus du cadre de la méde-

cine du travail et des services de santé au travail, malgré les compétences éventuelles en ce domaine du dit psychologue. Les psychologues cliniciens qui inscrieraient leur activité exclusivement vers le soin ne pourraient donc pas exercer en SST, tout comme les médecins du travail d'ailleurs. La réglementation ne le permet pas. Il ne saurait y avoir de soin sous subordination d'un employeur, sans libre choix ou consentement éclairé. Un médecin du travail qui adresserait pour soin à un tel psychologue clinicien exerçant en SST un patient, engagerait sa responsabilité professionnelle concernant le non-respect du secret médical, un cadre d'exercice inapproprié, et donc une information du patient qui ne serait pas loyale ni éclairée.

DROIT DE REGARD DU SALARIÉ OU D'UN GROUPE DE SALARIÉ AYANT BÉNÉFICIÉ D'UN TRAVAIL AVEC LE PSYCHOLOGUE EN SSTI

Pour ce qui concerne un salarié donné, le médecin du travail prend en compte le point de vue de ce dernier concernant les préconisations médicales de protection, préservation ou sauvegarde de sa fiche de suivi médical, comme le prévoit la déontologie médicale.

Pour un groupe de salarié concerné par son investigation du lien santé-travail les concernant, le médecin du travail assume en responsabilité son constat médical collectif, mais reste ouvert à leur avis pour éclairer son identification des éléments délétères du travail, sans accepter toutefois d'en négocier le constat de gravité qui engage sa responsabilité de médecin du travail.

Le psychologue en SSTI doit sur ce sujet élaborer des règles spécifiques entre pairs.

LE COMPTE RENDU DU PSYCHOLOGUE EN SSTI DEVIENT-IL DE FACTO UNE PIÈCE DU DMST ?

Tout document remis es-qualité au médecin du travail et éclairant potentiellement le lien santé travail d'un salarié, a vocation, de la décision du médecin du travail responsable du DMST, à rejoindre ce dossier médical.

Cela concerne potentiellement le compte-rendu d'entretien individuel du psychologue en SSTI. Mais dans ce cadre il n'y a pas d'obligation réglementaire. Cela peut concerner aussi des éléments d'un rapport d'intervention collective du psychologue en SSTI, qui pourrait spécifiquement éclairer le contexte délétère de la situation du salarié.

Ainsi pour argumenter une alerte médicale collective, le médecin du travail peut s'appuyer sur ses dossiers médicaux (DMST) où il a noté spécifiquement sa compréhension des difficultés de santé au travail du salarié. Mais ce DMST peut avoir aussi collationné un compte rendu d'un entretien individuel d'un Psychologue en SSTI prescrit par le médecin du travail, ou un écrit à visée collective d'un psychologue en SSTI, concernant le collectif de travail de ce salarié.

Des écrits du psychologue en SSTI peuvent rejoindre ainsi dans le DMST, mais avec un statut différent, les « écrits au dossier qui font trace » du médecin du travail et ses écrits plus élaborés, écrits opératoires ou monographies, certificats de suivi médical ou de MP, ou extraits opératoires pertinents de la fiche d'entreprise impactant spécifiquement ce salarié.

LE COMPTE RENDU DU PSYCHOLOGUE EN SSTI DEVIENT-IL DE FACTO UNE PIÈCE DU DOSSIER DE L'ENTREPRISE ?

Dans le cadre d'une intervention pluridisciplinaire initiée et coordonnée par le médecin du travail sur son secteur médical, le rapport d'intervention collective du psychologue en SSTI peut être fourni à l'employeur et aux IRP. Le devenir de ce rapport qui a transité par le médecin du travail, est alors de la responsabilité de ses destinataires.

Nous ne voyons pas du tout comment un compte rendu d'entretien individuel demandé par le médecin du travail au psychologue en SSTI peut se retrouver connu de l'entreprise.

Nous ne voyons pas non plus comment, même dans le cadre d'une aide à l'évaluation des risques pour un employeur par un IPRP — psychologue en SSTI, un compte rendu d'entretien individuel pourrait être fourni à un employeur. Cela engagerait la responsabilité réglementaire de la direction du SST et semble contraire à de très nombreux éléments de droit.

QUELLE POSITION DU PSYCHOLOGUE EN SSTI, LORSQU'UN ÉCRIT EST DEMANDÉ PAR UN SALARIÉ EN CONFLIT AVEC L'EMPLOYEUR ?

Nous ne voyons pas du tout dans quel cadre juridique un salarié ou un employeur peuvent demander directement au psychologue en SSTI, un écrit individuel.

Dans le cas d'une demande explicite « d'éclairage » du médecin du travail pour un salarié *via* un entretien auprès du psychologue en SSTI, un écrit du psychologue en SSTI pourrait être fourni au médecin du travail

via le salarié et se retrouver dans le DMST. Son opportunité d'élaboration dépend des règles professionnelles du psychologue en SSTI. À partir du DMST, son accès est de droit pour le salarié.

S'il s'agit d'un écrit à visée collective du psychologue en SSTI, le salarié peut éventuellement y accéder via les IRP, si ce document résultant d'une étude initiée par le médecin du travail, a été diffusé dans l'espace social de l'entreprise. Si ce n'est pas le cas, constatons que le psychologue en SSTI ne possède aucun cadre de droit protecteur en dehors de la mission du médecin du travail.

Si cet écrit résulte d'une démarche d'évaluation et de gestion des risques pour un employeur, cette activité d'évaluation même effectuée en toute indépendance de l'employeur, lui est entièrement subordonnée quant à sa diffusion !

QUE FAIRE LORSQUE L'ÉCRIT DU PSYCHOLOGUE EN SSTI N'EST PAS VALIDÉ PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL ?

Le médecin du travail coordonne l'intervention pluridisciplinaire. Il doit respecter l'indépendance professionnelle du psychologue en SSTI quant à son intervention. Si le médecin du travail ne valide pas cette intervention, la situation semble très difficile.

Pour autant, le médecin du travail n'a pas à valider cet écrit du psychologue en SSTI par sa signature. Même en écart avec cet écrit, il pourra d'ailleurs permettre sa diffusion tout en prenant une distance relative.

Mais ce document engage aussi la responsabilité du médecin du travail du fait de sa mission réglementaire. On peut penser que du fait d'un désaccord majeur, un médecin du travail pourrait en bloquer la diffusion sans que le psychologue en SSTI puisse l'en contraindre alors à diffuser cet écrit.

Pour autant le psychologue en SSTI aurait intérêt alors à conserver de part devers lui son travail, pour se protéger en cas d'engagement de sa propre responsabilité professionnelle ultérieure.

Si ce psychologue en SSTI pense que la non diffusion de son travail puisse entraîner « la mise en danger d'autrui », il aura intérêt à le signifier explicitement par écrit au médecin du travail, de telle façon que tous deux en tirent des conséquences au regard de leur responsabilité pénale respectives.

RÈGLES DU TRAVAILLER EN PLURIDISCIPLINARITÉ : MÉDECIN DU TRAVAIL - PSYCHOLOGUE EN SSTI

La compréhension de l'activité de travail du salarié et de ce qui peut faire difficulté dans celle-ci par la clinique du travail, est la grille de lecture essentielle pour ces deux métiers, pour appréhender les « traces » du travail sur la santé, dans un objectif de prévention individuelle et collective. Cela permet de comprendre les difficultés du « travailler » et du « travailler ensemble ». Cela renforce l'objectif de l'équipe pluridisciplinaire qui a pour projet de rendre visible les risques professionnels dans l'espace de prévention de l'entreprise pour leur prise en compte par les différents acteurs.

Une collaboration du médecin du travail avec le psychologue en SSTI, est subordonnée à une compréhension partagée des règles et obligations réglementaires du métier de médecin du travail qui sont spécifiquement définies, contrairement à la situation du psychologue en SSTI qui ne dispose que de la référence privée, non opposable, bien générale, de son Code de déontologie, et ne prend pas en compte les spécificités réglementaires de l'exercice en médecine du travail.

La mise en place de collaboration professionnelle entre le médecin du travail et le psychologue en SSTI demande à ces derniers l'élaboration de modalités de travail spécifiques à cet exercice.

La collaboration médecin du travail – psychologue en SSTI est dépendante d'une confiance professionnelle réciproque à construire. Cette collaboration repose sur la possibilité de cette confiance assise sur des valeurs et règles professionnelles « confrontées », que l'un et l'autre se donnent à voir, et qui font sens en prévention de la santé au travail pour leurs métiers respectifs.

La prise en compte du point de vue exclusif de la santé au travail structure les collaborations en clinique du travail avec le psychologue en SSTI.

Le cadre de l'intervention du psychologue en SSTI, doit donc être précisé du point de vue de son métier par des délibérations entre pairs. Le métier de psychologue en SSTI s'y construira alors en groupe de pairs spécifique. Souhaitons qu'il soit clarifié réglementairement.

TYPLOGIE

DES ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail

séance du 7 décembre 2013

Christiane AGBOKLU, rapporteur

Cette session a pour objectif de délimiter le contenu du *débat professionnel* concernant les écrits du médecin du travail. La charge d'écriture du médecin du travail a augmenté avec le temps et ce depuis la médiatisation de l'amiante et il y a une évolution du contenu des écrits. Avec l'éclatement des collectifs de travail et la précarisation du travail, les écrits sont de moins en moins faits dans le strict cadre réglementaire. Ce sont de plus en plus des écrits pour des situations individuelles préoccupantes.

Comment écrire de façon « condensée ». Comment n'écrire que ce qui est essentiel ?
Comment n'écrire que le juste nécessaire pour un écrit nécessaire ?

Les textes de la Réforme sont vécus comme une injonction paradoxale impossible.

Comment ne pas perdre le sens du métier et ne pas renoncer ?

- Soit on essaie de coller aux obligations, pour certaines illégitimes.

- Soit on essaie de faire le tri et de voir ce qui est fondamental sur le plan éthique, et on déploie des ruses de métier pour faire malgré tout.

Il y a ambiguïté des textes. Comment concilier défaut de

moyens et engagement de la responsabilité personnelle ? Que considère-t-on comme priorité ? Comment faire le choix et sur quoi l'argumenter ?

LA TYPOLOGIE DES ÉCRITS

avec comme base un objectif de traçabilité, pourrait se décliner en trois catégories :

LES ÉCRITS RÉGLEMENTAIRES

permettant la traçabilité de l'exposition à des risques professionnels. Le Code du travail se renforce année après année, avec en sus les textes de la Réforme, générant une ambiguïté de la dichotomie entre ce qui incombe à l'employeur et ce qui incombe au médecin du travail.

| | Médecin du travail | Employeur | SST et Équipe pluridisciplinaire |
|---------------------------------|---|--|----------------------------------|
| Règlementaires Collectif | Fiche d'entreprise Rapport annuel | Document Unique Déclaration à la CPAM des processus et des changements | Fiche de visite par les AS.SST |
| Individuel | Dossier médical Fiche d'aptitude | | Fiche d'entretien infirmier |
| Médecin du travail | Code du travail Code de la santé publique Code de la sécurité sociale Code de déontologie (article 50) | | |

Comment peut-on sauvegarder la pratique et le sens de la médecine du travail dans l'intérêt de la santé du salarié ?

Il faut renvoyer les services interentreprises vers leur obligation de traçabilité. Les services ont accepté d'avoir ces missions et ils ont une obligation de **résultats**. Les textes leur donnent cette responsabilité intrinsèque.

Concernant le Document Unique

La directive cadre pour l'évaluation des risques envisage dans le cadre d'un allègement des charges administratives pour les petites entreprises de le supprimer car cela leur coûte trop cher.

Il n'existe pas de temps de conservation pour le DU. C'est un état des lieux avec demande de mise à jour, mais un DU « chasse » l'autre et il n'y a donc pas de traçabilité des risques évalués par les employeurs dans le temps. Le DU est « actualisé une fois par an », on peut en garder l'antériorité. Beaucoup de DRH sont surchargés avec la mise en place des plans seniors, pénibilité, etc.

Le DU est alors rédigé :

- par des sociétés extérieures qui ne parlent jamais du travail ;
- par le CHSCT et là il peut y avoir une apparence d'efficacité, quand le CHSCT reprend les choses en main.

L'enquête SUMER, depuis 1997, suit l'évolution des risques professionnels.

Concernant la fiche d'entreprise

La fiche d'entreprise est obligatoire mais il n'y a pas d'obligation de conservation la concernant et les conditions de travail évoluent très vite.

Dans les services autonomes, la fiche d'entreprise peut être faite en s'appuyant sur un travail collectif et en lien avec l'infirmière du travail.

Dans les services inter, il peut y avoir un travail pluridisciplinaire coopératif : le médecin du travail anime et coordonne son élaboration dont il est responsable.

Concernant la fiche d'aptitude

Avec l'avalanche des dossiers et l'augmentation des effectifs, le médecin du travail fait au mieux : la fiche d'aptitude peut permettre de laisser des « traces » dans les dossiers et le salarié en a un exemplaire réglementairement. Elle peut être utilisée pour donner des préconisations et les renouveler d'année en année : utiliser les verbes « Prévoir, Envisager, etc. ».

L'importance de mentionner dans la fiche d'aptitude l'article L.4624-3 (signalement d'un risque pour la santé des travailleurs) pour faire des recommanda-

tions contraignantes pour l'employeur, l'importance de l'article L.4624-1 pour « subvertir » l'employeur, sont signalées. Il faudrait tendre à faire que la fiche d'aptitude soit de plus en plus « complète »

Pour les risques agents chimiques, radiations ionisantes, travail de nuit, on doit indiquer la date de la dernière étude de poste. Cette étude peut se faire en interrogeant le salarié.

La fiche d'aptitude peut faire l'objet d'un recours gracieux.

Concernant le dossier médical

Difficulté de suivi et de conservation des dossiers informatiques. Quel est leur devenir avec les multiples changements d'entreprises par le salarié et les mutations rapides des entreprises ?

Lors des visites d'embauche et périodiques, le dossier médical doit comporter la mention de l'exposition aux risques auxquels le salarié est soumis.

La notion de poste devient de plus en plus floue avec la polyvalence généralisée. La précision SMR se fait dans les six mois suivant l'adhésion au service de santé au travail : nombre et catégories des salariés et risques auxquels ils sont exposés.

Concernant le rapport annuel d'activité

Écrit à destination collective et à disposition des CHSCT.

LES ÉCRITS FAITS PAR D'AUTRES QUE LE MÉDECIN DU TRAVAIL posent la question du transfert de responsabilité. Quand la fiche d'entreprise est « sous-traitée » et réalisée par un(e) ASSST : quelles précautions pour dire que le médecin du travail ne l'a pas écrite lui-même ? Comment est engagée la responsabilité du médecin du travail quand il n'a pas rédigé la fiche mais qu'il en fait la lecture avant qu'elle soit envoyée ? Qui doit envoyer la fiche d'entreprise ?

Ces fiches de visite ne sont pas à proprement parler des fiches d'entreprise : il n'y est pas fait mention de la santé psychique.

LES ÉCRITS QUI NOUS « TIENNENT À CŒUR »

Qu'est-ce qu'on veut faire dire à cet écrit ? Quel est le but qu'on lui assigne ? Écrits de mise en visibilité, de dénonciation de situations inacceptables. Ces écrits du médecin du travail, à vocation individuelle ou collective, s'appuient sur la clinique médicale du travail.

L'objectif est de redonner au salarié son « pouvoir d'agir ».

LES ÉCRITS POUR LE MÉTIER

À VISÉE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

LES « ÉCRITS MODESTES »

**Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail
séance du 7 décembre 2013**

Alain GROSSETETE et Alain RANDON, rapporteurs

LE TRAVAILLER DES MÉDECINS

Ce qui conduit à devoir faire un écrit :

Dans une situation donnée pour défendre le point de vue de la santé: ce courrier se fait prioritairement sur ce qui est entendu au cabinet médical, « ce courrier, il est lu(1) ». Illustration est faite d'un écrit individuel sur une toute petite collectivité de travail (5 salariés), ayant eu une portée collective

Construire une stratégie est nécessaire : appuyer l'écrit sur des écrits antérieurs qui sont mobilisés. Les éléments essentiels sont collectés au cabinet, avec l'infirmière, beaucoup plus qu'en visite de poste. Écrire (il est évoqué un écrit comportant la rédaction d'un certificat MP) est ressenti comme une impérieuse nécessité, dans un engagement perceptible du côté du corps (c'est-à-dire du côté des émotions). Dans cet exemple le médecin s'est appuyé sur la discussion de son GAPEP sur la rédaction d'un certificat MP. Un médecin se souvient parfaitement des conditions dans lesquelles il a rédigé un écrit avec certificat, et pourquoi il l'a rédigé, se revoit parfaitement en situation de travailler(2). Il catégorise les trois étages d'un écrit : professionnel (réglementaire....) ; éthique ; et militant de la santé, d'une action au service d'une cause, c'est-à-dire engagé du côté de la santé au travail.

.....
1- La discussion précédente évoquait une catégorisation distinguant des écrits n'induisant pas de réaction, en général longs, peut-être non lus, et écrits courts, lus, et provoquant une réaction. Celui qui le lit est l'employeur.

2- Ces deux contributions portent ainsi sur le « travailler » du médecin, observation importante et rare, car ce qui est dit du « travailler » porte généralement sur le « travailler » du sujet venu consulter, et non sur celui du médecin.

La métis, l'intelligence rusée s'invite dans la rédaction de l'écrit. Impérieuse nécessité et surgissement(3) donnent lieu à un débat contradictoire entre participants.

Les écrits ont toujours comme projet de donner à comprendre, de « sédimenter » l'état des réflexions, de bien investiguer. L'écrit peut avoir pour fonction de déplacer des questions, pour qu'elles deviennent centrales.

LES ÉCRITS MODESTES

Mais qu'y a-t-il en dehors des écrits très élaborés, les monographies ? Ce type d'écrits reste relativement rare. De même, en référence à ce qui se passe en « consultation de souffrance et travail » : à côté de tels écrits sophistiqués, chronophages (3 heures de consultation, 8 heures d'écrit) comment « réduire la voilure » ? Par exemple dans un écrit inscrit sur la fiche d'aptitude ?

Avancer une réflexion sur une modestie de l'écrit, plaidant pour des écrits ramassés, essentiels. Le juste nécessaire dans l'écrit.

Ils sont nommés lors de ce congrès « écrits modestes ». Jusqu'à aujourd'hui ils sont relégués à un genre mineur, le projecteur ayant été dirigé jusqu'à présent sur les monographies. Les monographies s'adressent à la communauté des professionnels : en arrière fond, ils tendent à faire avancer une réflexion en donnant matière à dispute professionnelle.

.....
3- La référence au surgissement fait elle-même référence au thème n°3 du colloque organisé par a-SMT et E-Pairs le 14 juin 2013 (*Une démarche clinique au cœur des questions du travail* O.RIQUET, D. HUEZ).

Comment situer des écrits modestes ?

Les écrits modestes peuvent provenir de traces cliniques relevées dans le dossier médical. En pratique la réalisation systématique d'une synthèse entre trace et ce qui est donné à comprendre dans le dossier, une demie page tous les cinq à dix ans fait repère.

Pragmatisme, concision, instruire le lien santé travail, rendre visible sont des caractéristiques de cet écrit modeste.

Les écrits modestes interviennent dans une situation professionnelle. Ils ont un destinataire, le sujet, et l'employeur. Ils sont de nature à intervenir dans le champ social, ouvrant un autre mode de dispute, que ce soit un certificat ou attestation, ou un autre écrit destiné à éclairer, par exemple un CHSCT sur une situation.

Il est nécessaire de calibrer très soigneusement l'écrit pour qu'il apporte sa contribution : s'agit-il de traces médico règlementaires, ou d'écrits à destination de salariés ?

La mainmise par le juridique quand elle a lieu, étouffe le reste et risque d'occulter tout débat social. L'exemple est cité d'un écrit qui a été totalement dévié de son objectif par une lecture juridique, devant le Conseil de l'Ordre, empêchant d'être débattu sur le fond par la communauté professionnelle en difficulté, qu'il s'agissait d'éclairer.

Un médecin fait part de son expérience d'alertes dans une multi nationale, à partir d'écrits collectifs. Les acteurs sociaux ont alors peut-être retrouvé leur pouvoir d'agir, mais il y a eu des dégâts collatéraux sur le collectif et sur lui-même.

De la nécessité de construire des contre-feux contre la peur, peur de l'employeur, peur de l'Ordre. L'Ordre se veut omnipotent. Il tiendrait de la HAS le rôle de dire quelles sont les pratiques professionnelles canoniques. Il peut certes examiner entre confrères s'il y a faute déontologique. Pour le reste, il n'a, en autorité, rien à instruire. Or le droit doit établir pour cela, que l'exercice de la médecine du travail est de l'ordre public social. Ce n'est pas encore le cas, il faut donc produire du droit d'où la portée des procès en cours.

Une stratégie professionnelle dans l'attente pourrait être de faire élaborer par le CHSCT une alerte — à partir d'éléments fournis par la clinique médicale, qui pourrait mettre à disposition collective un questionnement, et à partir d'écrits de salariés eux-mêmes(4).

.....

4- Les salariés sont très peu auteurs d'écrits collectifs. On peut penser qu'ils pourraient eux aussi, rédiger des écrits modestes.

Il faut faire la différence dans la discussion en cours, entre des traces médico-règlementaires et des écrits à destination du salarié.

OUVRIR DES DROITS, DONNER À COMPRENDRE

Certains placent l'écrit du côté des déterminants comportant des recommandations ou des préconisations. Un autre intervenant en référence à son exercice en consultation post professionnelle, atteste en tant que spécialiste vis-à-vis du consultant, lui ouvre des droits, avec une rédaction très pesée, pouvant n'intervenir qu'après plusieurs consultations, jamais à chaud, et soumise à son accord et entendement.

Dans le cadre de la consultation souffrance et travail, l'écrit rédigé est à destination du salarié. Cet écrit n'est pas systématique. Quel en est l'intérêt pour le sujet qui vient consulter ? Une discussion s'instaure : La médicalisation de l'écrit, focalisé à un instant *t*, sur l'instruction du lien santé travail exploré, ne pourrait-il pas entraîner un risque de blocage de l'élaboration de la part du consultant en souffrance ? L'énoncé d'un diagnostic pourrait avoir cet effet(5), mais il n'y a pas de place dans cet écrit pour un diagnostic médico-légal (destiné à ouvrir des droits), et l'inverse est soutenu, à savoir que l'écrit est destiné à aider le salarié à se repositionner du côté de son « travailler » en actant de tout ce qui est déployé comme contribution par lui, pour faire le travail.

Dans une troisième posture, un intervenant emploie le terme de concrétions, mais observe la différence entre sa pratique hospitalière, dans laquelle il y a un suivi du consultant, et une autre pratique dans laquelle revoir le consultant est possible, à la demande de ce dernier, mais reste rare.

Un écrit permet-t-il d'avancer dans le travail d'élaboration ?

La discussion collective s'interrompt sur cette dispute professionnelle plutôt animée, sans atterrissage possible à ce moment du congrès, à 19 h : l'heure de rester pour l'instant, un peu sur sa faim ?

.....

5- Par exemple un écrit qui énoncerait le diagnostic de névrose post traumatique, ces mots laissant le champ libre du côté de la victimisation aux dépens de l'élaboration. Cependant il s'agit là d'un autre et vieux débat : la distinction entre une attestation qui a toujours une portée médico-légale, et un écrit reprenant à la fois le fil de la consultation, et ce qui a été élaboré par le clinicien et le consultant, est faite depuis longtemps me semble-t-il. Or les deux peuvent faire l'objet d'un écrit dans ce type de consultation.

LES ÉCRITS EN MÉDECINE DU TRAVAIL

ÉCRIRE COMME MÉDECIN DU TRAVAIL

Document « Repères pour les pratiques professionnelles »

*Alain CARRÉ, Dominique HUEZ, Odile RIQUET, Alain GROSSETÊTE, Annie LOUBET-DEVEAUX,
Alain RANDON, Benoit DE LABRUSSE, Mireille CHEVALLIER, Huguette MARTINEZ,
Bernadette BERNERON, Gérard LUCAS*

*Ce document a été le support du 6° Colloque de E-Pairs et ass.SMT du 20 juin 2014,
à Paris, intitulé « Les écrits des médecins du travail et les liens santé-travail »
<http://www.e-pairs.org/> et <http://www.a-smt.org/accueil.html>*

PLAN

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE

LES ÉCRITS EN MÉDECINE DU TRAVAIL : DU CÔTÉ DU DROIT ET DE L'EXERCICE

1— LES ÉCRITS EN MÉDECINE DU TRAVAIL ET LE DROIT

- 1.1. Identifier la relation entre des altérations de la santé d'un travailleur et des éléments pathogènes de sa situation professionnelle
- 1.2. Informer le travailleur des risques de sa situation professionnelle et de leurs liens, éventuellement pathogènes, à sa santé
- 1.3. Le constat du lien entre sa santé et son travail doit être consigné par écrit dans le dossier médical ou donner lieu à la délivrance d'un certificat médical

2— LES ÉCRITS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

- 2.1. Le dossier médical de médecine du travail
 - 2.1.1. L'écrit comme trace au dossier médical
 - 2.1.2. L'écrit « *point d'étape d'une réflexion clinique* »
 - 2.1.3. Recommandation HAS dossier médical et repères pour la pratique
- 2.2. La traçabilité des risques professionnels du travailleur par le médecin du travail
 - 2.2.1. Porte à la fois sur les risques et sur leurs conséquences, c'est-à-dire sur le lien santé-travail
 - 2.2.2. Est en partie rétrospective
 - 2.2.3. Concerne le constat des effets de ces expositions
- 2.3. Le diagnostic des effets des risques professionnels sur la santé du travailleur
 - 2.3.1. La formalisation médicale du diagnostic
 - 2.3.1.1. L'écrit en urgence
 - 2.3.1.2 Assurer la continuité des soins
 - 2.3.2. Proposer des aménagements de poste : aptitude et inaptitude
 - 2.3.3. Le « cadre » du certificat de maladie professionnelle ou de MCP
 - 2.3.4. Quel type de certificat de MP pour une psychopathologie du travail ?

3— LES ÉCRITS CONCERNANT LA COMMUNAUTÉ DE TRAVAIL

- 3.1. La traçabilité collective des risques professionnels d'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail
 - 3.1.1. L'identification des risques collectifs par le médecin du travail
 - 3.1.2. Jusqu'où aller dans une préconisation du médecin du travail
 - 3.1.3. Élaboration de documents réglementaires : Fiche d'entreprise, Rapport annuel d'activité
 - 1- Fiche d'entreprise
 - 2- Rapport annuel
 - 3.1.4. Signalement ou « alerte collective » du médecin du travail, devoir d'alerte, cadre réglementaire
 - 1- Les écrits et la veille médicale du médecin du travail
 - 2- Le devoir d'alerte médicale du médecin du travail
 - 3- Les finalités préventives de l'alerte médicale
 - 4- La forme nécessairement écrite de l'alerte médicale du médecin du travail
- 3.2. La mise en visibilité des effets collectifs des risques professionnels
- 3.3. Écrire
 - 3.3.1. À l'employeur ou aux experts HSE
 - 3.3.2. Aux représentants du personnel

DEUXIÈME PARTIE

LES ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL EN RÉFÉRENCE AUX PRATIQUES ET À LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

4— ÉLÉMENTS DE CARACTÉRISATION D'UN ÉCRIT MÉDICAL POUR LE DOSSIER MÉDICAL

- 4.1. C'est un écrit qui s'inscrit dans le recueil des informations médicales
- 4.2. C'est un écrit médical qui a un contenu clinique
 - 4.2.1. Écrire dans un dossier la pratique quotidienne de la consultation en médecine du travail
 - 4.2.2. Selon quelle méthodologie ?
- 4.3. C'est un écrit médical qui a un destinataire et un objectif
 1. Les écrits concernant le salarié
 2. Les écrits concernant le collectif

5— ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET RÈGLES DE MÉTIER

- 5.1. L'écrit du médecin du travail a pour objet d'identifier et de rendre visible le lien santé-travail
- 5.2. Règles de métier pour instruire le lien santé-travail et élaborer l'écrit médical
- 5.3. Élaboration par le sujet et risque de l'écrit médical
- 5.4. L'écrit médical comme étape pour le sujet d'un travail inter-compréhensif avec le médecin
- 5.5. Le travailler des médecins du travail
- 5.6. L'écrit opératoire, ou écrit modeste
 1. Les écrits modestes dans le dossier médical
 2. Les écrits modestes rédigés
 3. Ouvrir des droits, donner à comprendre

6— LA MONOGRAPHIE CLINIQUE DE MÉDECINE DU TRAVAIL

- 6.1. La Monographie pour construire le métier entre pairs
- 6.2. La Monographie pour argumenter en responsabilité en CRRMP

7— DES « RUSES DE MÉTIER » POUR LES ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL ?

- 7.1. Des écrits pour l'ensemble des destinataires des conseils du médecin du travail
 1. Élément de la fiche d'entreprise
 2. Copie à un tiers lecteur
 3. La copie du dossier médical
 4. Alerte et courrier à l'employeur et la note de bas de page
- 7.2. Écrit adressé à la direction du SST en protestation ou alerte sur l'impossibilité de remplir nos missions

8— ÉCRIT MÉDICAL COLLECTIF DE PLUSIEURS MÉDECINS DU TRAVAIL

9— COOPÉRATIONS ET ÉCRITS DANS LE CADRE D'UNE ÉQUIPE MÉDICALE OU PLURIDISCIPLINAIRE D'UN SST

- 9.1. Coopérations et écrits dans le cadre de l'équipe médicale, médecin du travail – infirmière du travail
- 9.2. Le compte rendu d'un psychologue en SST pourrait rejoindre le DMST
- 9.3. Coordination avec l'IPRP et écrit du médecin du travail

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Le point de vue de la clinique

C'est à partir de l'activité clinique que les médecins du travail instruisent le lien santé-travail et que leurs écrits peuvent permettre la mise en visibilité des atteintes à la santé liées au travail. Depuis quelques années, ces écrits ont évolué à partir de la clinique médicale du travail. Le travail clinique des médecins du travail produit d'autres connaissances sur le lien santé-travail que celles qui leurs ont été enseignées dans leur spécialité médicale. L'activité clinique en donnant la parole aux salariés permet une redistribution de l'expertise sur les questions du travail, et de nouvelles modalités de production de connaissances. L'analyse clinique ne sépare pas les conditions de travail des salariés de l'évolution des rapports sociaux du travail et des organisations du travail, ni des conflits qui les accompagnent, y compris au sein même de la santé au travail.

Clinique, droit et déontologie

Dans son activité médicale, le médecin du travail est face à un sujet qui est à la fois salarié lié par un lien de subordination dans le cadre du contrat de travail, mais aussi agent ou opérateur engagé subjectivement dans une activité de travail et qui est aussi patient invité à ou sollicitant une consultation médicale en santé au travail. La mission du médecin du travail, l'objet et le sujet de son activité, c'est la mise en visibilité du lien santé-travail. Les écrits du médecin du travail prennent appui sur une démarche clinique qui ne se substitue pas à l'action du salarié, mais qui vise, par le travail d'élaboration du sujet, à la reconstruction de sa capacité à penser, débattre et agir. Mais ces écrits nécessitent un éclairage spécifique du côté du droit du travail, du Code de la santé publique et de la déontologie. Ceci nécessite de partir du travail prescrit, des textes réglementaires, du Code de déontologie avant d'aborder la démarche clinique et les écrits en référence aux pratiques cliniques.

Pluralité des points de vue

Ce texte est un texte collectif, écrit à plusieurs, témoignant de styles différents, laissant émerger de possibles disputes professionnelles sur le métier, sur la forme et sur le contenu des écrits. Il est impossible pour un médecin du travail dans les conditions actuelles d'organisation des services de santé au travail de réaliser l'ensemble de ses missions. Chacun trie, fait des choix, se donne des priorités. Notre propos est de cheminer en partant du droit et de l'exercice de la médecine du travail, en croisant les points de vue, au

risque de se répéter, pour mieux comprendre afin d'examiner les pratiques des médecins du travail en matière d'écrits médicaux.

Huit « disputes professionnelles » jalonnent ce document, comme étapes de débats entre pairs pour le colloque du 20 juin 2014.

L'objet des « disputes professionnelles » est de permettre l'ouverture à discussion sur les pratiques professionnelles en médecine du travail. Ce n'est pas la recherche d'une conduite à tenir ou d'un consensus.

PREMIÈRE PARTIE

LES ÉCRITS EN MÉDECINE DU TRAVAIL DU CÔTÉ DU DROIT ET DE L'EXERCICE

La déontologie médicale, extension du serment d'Hippocrate, est un recueil des devoirs du médecin vis-à-vis du patient qui se confie à lui. C'est dans l'unique intérêt de la santé du patient qu'elle se déploie.

Comme tout médecin, le médecin du travail considère le travailleur comme un patient(1) 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 un spécialiste à part entière des liens entre le travail et la santé.

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.

1— LES ÉCRITS EN MÉDECINE DU TRAVAIL ET LE DROIT

1.1 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 professionnelles et des éléments pathogènes liés au travail. Comme pour

1- Patient : qui subit ; agent : qui agit (*Le Robert*). Nous butons sur une désignation correcte de celui ou celle qui est pour les cliniciens le sujet de notre travail ! À consulter toutefois l'article « patient » du *Dictionnaire de la pensée médicale*, ouvrage collectif, PUF, 2004

toute spécialité, pour ce faire, ils déploient des pratiques et un corpus de connaissances partagés et validés 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.4623-1 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.

1.2 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(2) est un des éléments fondateurs de la révision du Code de la santé publique de 2002.

.....

2- 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...

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).

1.3 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 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.

2— LES ÉCRITS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

2.1 Le dossier médical de médecine du travail

2.1.1 L'écrit comme trace au dossier médical

Le contenu du dossier médical permet au médecin de retrouver les informations de santé relatives à l'état de santé du salarié et les expositions auxquelles il a été soumis, éléments indispensables pour le suivi en médecine du travail.

Tous ces éléments sont accessibles au salarié afin qu'il puisse comprendre le lien entre sa santé et son travail, et utiliser certaines informations pour un éventuel suivi post-professionnel ou pour des démarches de reconnaissance ou de réparation.

Pour ces raisons il doit être complet et organisé de façon à étayer les rubriques :

- Informations socio administratives
- Informations concernant les emplois antérieurs et l'emploi actuel

En ce qui concerne les emplois antérieurs, l'objectif est de disposer rapidement dans le dossier d'un *curriculum laboris* daté et comportant les postes occupés et les expositions professionnelles.

Le poste actuel est formalisé avec l'aide du salarié sous forme d'une fiche de poste recueillant la description des activités effectuées, des contraintes et des expositions. Cette fiche de poste est réactualisée et archivée dans le dossier médical.

- Les informations concernant la santé du salarié
Avec l'aide du salarié, il est particulièrement important de répertorier les antécédents médicaux et le statut vaccinal en lien avec les risques professionnels ou susceptibles d'avoir des répercussions sur le travail. Cela passe par une explication de l'objet de ces recherches.

Le recueil des données se fait à partir du vécu et du ressenti du salarié au travail et de l'examen clinique qui en découle et des éventuels examens complémentaires.

Cet écrit est fait dans l'objectif de garder les éléments importants pour la compréhension, le suivi et l'appréciation de l'état de santé actuel du salarié. Il permet de faire une synthèse à chaque début ou fin de consultation, pouvant servir d'échange avec le salarié dans le but de le rendre acteur de sa santé.

- Les propositions et avis du médecin du travail
Il nous paraît important de formuler toutes les suggestions, réflexions, propositions, orientations émises par le médecin du travail ainsi que le retour du salarié, ce qui permet de préciser le cheminement qui amène à l'avis ou la conclusion de visite.

2.1.2 L'écrit « point d'étape d'une réflexion clinique »

La réflexion clinique part du recueil de données réalisé lors des consultations menées avec le salarié et retranscrites dans le dossier médical.

Ce point d'étape a trois intérêts :

- Il permet au salarié d'apprécier l'évolution de son état de santé par rapport à la fois précédente, de repréciser des éléments de son discours ou de son vécu, d'avancer sur la compréhension du lien santé travail et sur sa réflexion concernant les pistes d'action.
- Le médecin du travail utilise les écrits du dossier pour s'assurer avec du recul de la bonne compréhension de la situation du salarié. Il s'agit également pour lui de repartir de la synthèse pour préparer la prochaine consultation ou l'action qu'il entend mener pour le salarié ou dans l'entreprise.
- Ces éléments écrits pourraient permettre l'échange avec les pairs de façon à enrichir les pratiques professionnelles.

Mais qu'est-ce qui provoque la lecture par le salarié de son dossier médical, en dehors de sa demande de communication pour un usage juridique ? Ce peut être le médecin lui-même, dans un but de soutien à l'élaboration, la sienne et celle du salarié. La lecture permet l'accès à la dimension historique du dossier de clinique médicale du travail où précisément les affaires cliniques se déploient dans la durée.

Il nous semble difficile voire préjudiciable au médecin du travail et au salarié de ne pas recueillir tous ces éléments au sein du seul dossier médical. L'utilisation d'autres supports présente des risques de perte, de non complétude, de dispersion des informations et des difficultés de synthèse.

Dispute professionnelle 1

Que peut-on écrire au dossier médical pour accompagner, comprendre avec le salarié, tracer médicalement, construire le métier ?

- Que prioriser ? En fonction de quoi ?
- Le travail et le « travailler » s'écrivent-ils ? Toutes les informations sur la santé doivent-elles être écrites ?
- Écrire le diagnostic « en construction » sur le lien santé-travail ? Écrire nos incompréhensions ?
- Écrire toutes nos préconisations individuelles ?
- Y inclure des éléments d'analyse collective de la situation du collectif de travail du salarié ?
- Si ce dossier peut être lu, qu'est-ce une écriture respectueuse du salarié ? Lisons-nous parfois le dossier au salarié ? Pourrait-il le lire lui-même devant nous ? Comment le médecin du travail pourrait-il transcrire dans le dossier ce que sa lecture par le salarié lui donne à penser ?

2.1.3 Recommandation HAS dossier médical et repères pour la pratique.

La HAS a élaboré une recommandation en 2009 sur le DMST dont elle donne une définition et des objectifs qui nous semblent intéressants synthèse HAS DMST :

« Le DMST peut être défini comme le lieu de recueil et de conservation des informations socio-administratives, médicales et professionnelles, formalisées et actualisées, nécessaires aux actions de prévention individuelle et collective en santé au travail, enregistrées, dans le respect du secret professionnel, pour tout travailleur exerçant une activité, à quelque titre que ce soit, dans une entreprise ou un organisme, quel que soit le secteur d'activité.

Le DMST est tenu par le médecin du travail. Il peut être alimenté et consulté par les personnels infirmiers du travail collaborateurs du médecin du travail, sous la responsabilité et avec l'accord du médecin du travail, dans le respect du secret professionnel et dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à l'exercice de leur mission.

Avec des objectifs principaux : aider le médecin du travail à apprécier le lien entre l'état de santé du travailleur et le poste et les conditions de travail (...) participer à la traçabilité des expositions professionnelles (...).

La liste des informations recommandées concernant l'emploi, la santé des travailleurs et les propositions d'avis du médecin du travail, est logique, mais son application intégrale est dépendante de sa faisabilité

dans le temps des consultations, de l'utilité, de la pertinence pour l'appropriation du lien santé travail et des pistes d'action sur les conditions de travail. La numérisation préconisée est en partie facilitatrice mais parfois une contrainte supplémentaire et limitative. Le médecin du travail doit donc faire des choix argumentés du point de vue des priorités de l'exercice de son métier. En effet, l'écriture exhaustive de tous les critères cités envahirait le temps de consultation au détriment de l'investigation de ce qui fait réellement lien santé travail.

Il convient de ne pas négliger les données socio administratives : noter l'existence ou non d'enfants, leur année de naissance, l'âge des parents et leur degré d'autonomie, le nombre de frère et sœur etc, permet souvent de comprendre des difficultés de santé, tant l'équilibre organisation de la vie privée et organisation du travail avec horaires variables peut être difficile, particulièrement pour les femmes.

Chacune des informations concernant l'emploi, le poste et les expositions peut-être utile dans certains cas pour le dévoilement du lien santé-travail, mais l'intelligence professionnelle n'est pas d'en faire une obsession, mais d'aller la chercher quand elle s'avère utile à la compréhension d'un impact sur la santé. Dans les critères cités, le vécu du travailleur n'est pas évoqué, alors qu'il est parfois essentiel pour l'évolution de la santé au travail et donc à noter. Par ailleurs, il apparaît que les informations sur l'exposition aux risques et à la pénibilité est une collecte qui relève de l'entreprise et qui pourrait faire l'objet une transmission lisible dans le dossier médical sans être à reconstituer plus ou moins empiriquement. Il restera toujours à comprendre ces risques pour la santé du travailleur et son appréhension, ainsi qu'à compléter par des pénibilités ou des risques authentiques du point de vue de la santé au travail alors qu'ils ne sont pas répertoriés par négligence ou non inclus dans les normes négociés à ce jour.

Concernant la santé des travailleurs, les antécédents médicaux personnels présentant un intérêt pour l'évaluation du lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail ou pour le suivi de la santé du travailleur soumis à certaines expositions professionnelles, sont particulièrement importants. Certes, en sachant qu'une mention brève sera souvent suffisante, et que l'intérêt d'une déclinaison précise, sans inquisition, de ces antécédents serait là aussi fonction de la réalité et du niveau d'atteinte à la santé en cours ou potentiel. Les données actualisées sur les habitus (alcool, tabac, autres addictions) ne devraient pas omettre d'en analyser le lien avec le travail.

Dans le cas d'exposition, notamment à des reprotoxiques, les données actualisées sur une contraception en cours, une grossesse y sont importantes. Mais c'est le questionnement du travailleur sur le sujet qui est central avant toute investigation appuyée. L'arrêt de travail est évidemment un indicateur de santé majeur, mais devra être explicité dans le cadre de cette investigation santé/travail.

L'existence ou absence de symptômes physiques ou psychiques, l'existence ou l'absence de signes cliniques, sont nécessaires par ce que destinés à évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et les expositions professionnelles antérieures. Ce sont alors des informations centrales pour le DMST. Il en est de même de l'avis éventuel d'un spécialiste concernant le suivi d'une pathologie spécifique, dans le cadre de l'évaluation du lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail, ou la recherche d'une contre-indication à un poste de travail. Le renseignement de données à recueillir par écrit relève généralement d'une décision professionnelle orientée.

Mais l'action de prévention individuelle du médecin du travail devrait être attentivement tracée. Il en est ainsi des *informations délivrées au travailleur par le médecin du travail ; des informations sur les expositions professionnelles, les risques identifiés et les moyens de protection ; de l'existence ou absence d'une pathologie en lien possible avec une exposition professionnelle ; de l'avis médical (fiche d'aptitude ou de suivi médical) ; de la proposition d'amélioration ou d'adaptation du poste ou des conditions de travail, de reclassement, etc.*

Les recommandations et les incitations de l'HAS pour le DMST sont à comprendre comme un guide, un repère pour un problème de santé au travail spécifique. La formalisation systématique de renseignements écrits des dizaines de critères préconisés n'est pas dans les moyens des médecins de travail ou de leurs collaborateurs dans la configuration actuelle des services de santé au travail, et ce serait beaucoup d'énergie souvent sans raison. Même si nous souhaitons tous améliorer la lisibilité de nos dossiers médicaux, n'est-il pas illusoire de croire que dès demain un dossier médical parfait serait une source d'objectivation des liens santé travail ?

En revanche, l'approche de clinique médicale du travail déploie inmanquablement le questionnement sur l'environnement de travail et l'itinéraire de santé qui ouvrira sur les critères de lien santé travail spécifiques à tracer à propos d'une situation complexe ou d'un événement. La forme de cette trace dans le dossier

médical peut être très variable selon le scribe, l'atteinte à la santé accompagnée ou l'environnement.

Faire connaître au médecin du travail les expositions professionnelles d'un travailleur ne doit pas être un alibi pour faire reposer la traçabilité sur le DMST, mais, à partir des fiches d'expositions et de pénibilités individuelles élaborées dans l'entreprise et des DUERP, une pratique qui permet le questionnement la modération ou l'extension des liens santé travail avec le regard et l'analyse de la médecine du travail.

Beaucoup de médecins du travail ont des bons trucs pour visualiser en quelques secondes à partir de leurs notes les points importants du lien santé travail de salariés. Mais la lecture mutuelle avec l'infirmière santé au travail qui coopère avec lui n'est souvent pas si simple. La lisibilité par le confrère qui récupère le dossier médical après le changement de poste ou d'entreprise est encore moins évidente. La compréhension par le salarié qui a besoin de son dossier est parfois une gageure.

La numérisation résout parfois une partie de cette lisibilité mais crée ou laisse persister bien d'autres illisibilités. Qu'en est-il de la lecture des numérisations du dossier médical papier qui est transféré au service de santé au travail « entièrement informatisé » ? Qu'en est-il de la lisibilité du dossier médical informatisé sous forme papier, transféré à un médecin du travail non équipé du même logiciel ?

Parallèlement à des « yakas faucons » d'un DMST idéal, le travail d'écriture opportun et circonstancié et les participations à des croisements de données collectives, restent une priorité pour la mise en lisibilité des liens santé travail, de l'appropriation par les travailleurs de leur santé au travail, de leur pouvoir d'agir et de l'amélioration de leurs conditions de travail. Il fait l'objet d'un autre développement plus loin dans ce texte.

Le DMST collationne aussi tous les écrits professionnels remis au médecin du travail et qui concerneraient la santé au travail d'un salarié y compris les écrits électroniques adressés par les salariés, pour alerter le médecin du travail de difficultés rencontrées ponctuellement (nouveaux horaires, nouveaux produits, changement de poste). Cette collecte prend encore plus d'importance actuellement avec l'espacement des examens médicaux systématiques.

Le DMST c'est au moins cinq utilisations : une mémoire pour le médecin, une transmission pour d'autres professionnels de santé au travail, une trace accessible au bénéficiaire du travailleur, un argumentaire pour des tiers de la sphère travail et accessoirement

un acte médico-légal. Les mises en forme de ces cinq utilisations ne sont pas figées et peuvent être transversales.

2.2 La traçabilité des risques professionnels du travailleur

2.2.1 La première caractéristique de la traçabilité individuelle des expositions par le médecin du travail est qu'elle porte à la fois sur les risques et sur leurs conséquences c'est-à-dire sur le lien santé/travail.

Ainsi que cela a été indiqué dans le chapitre 1.2, comme médecin, il assure une traçabilité des risques et de leurs effets pour remplir ses obligations déontologiques d'information loyale de son patient notamment en application des articles R.4127-35 et L.1111-2 du Code de la santé publique.

Comme médecin du travail, cette obligation est réitérée (R.4624-11) et il lui est spécifiquement demandé d'assurer l'identification et le signalement du lien santé-travail (R.4624-16). Toute latitude de prescription d'examens complémentaires lui est laissée dans ce cadre (R.4624-25).

2.2.2 La deuxième caractéristique de la traçabilité individuelle de l'exposition aux risques par le médecin du travail est qu'elle est en partie rétrospective

Du fait qu'elle engage la responsabilité du médecin il est particulièrement approprié que cette traçabilité soit formalisée.

Ainsi, 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.

Le dossier doit porter mention des expositions aux risques anciennes du salarié, pour mettre en place un suivi médical post exposition.

Concernant les ACD et les cancérogènes rappelons que les attestations, qu'il s'agisse de celle qui n'est plus obligatoire après janvier 2012 (mais doit néanmoins être remise pour les salariés exposés avant cette date) ou de celle prescrite par l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale, doivent être en partie rédigées par le médecin du travail et permettent la mise en œuvre du suivi médical post-professionnel.

La circulaire DRT d'application du décret les instituant précisait, qu'en cas de désaccord avec l'employeur sur la nature de l'attestation, le médecin du travail peut

rédigier un certificat médical d'attestation afin de permettre l'accès à un suivi post-exposition ou post professionnel.

Ne pas signaler les expositions à un salarié, du fait que ce signalement ouvre un droit à la prévention secondaire, constitue une perte de chance pour le salarié ce qui engage la responsabilité de celui ou de celle qui se serait abstenu.

2.2.3 La troisième caractéristique de la traçabilité individuelle de l'exposition aux risques par le médecin du travail concerne le constat des effets de ces expositions qui est de la responsabilité du médecin du travail

Comme cela a été examiné dans le chapitre 1.3, que ce soit en application du Code de la sécurité sociale (L.461-6) ou de ses obligations déontologiques (R.4127-50 du CSP), le médecin du travail doit informer le travailleur du lien santé/travail. Il peut le faire en rédigeant un certificat médical mais aussi en signalant par courrier à un autre médecin, le médecin traitant par exemple, par le truchement du travailleur qui doit en avoir communication.

Dispute professionnelle 2

Comment identifier les risques délétères comme médecin du travail clinicien du travail ?

- Quelle spécificité de l'identification des risques du médecin du travail face à l'évaluation des risques des employeurs ?
- Quel constat des effets des expositions par le médecin du travail ?
- Comment Identifier les risques du « seul point de vue » du médecin du travail ? Quelle spécificité pour la prévention primaire en médecine du travail ?
- Quelles modalités d'écriture pour l'identification médicale des risques ?

2.3 Le diagnostic des effets des risques professionnels sur la santé du travailleur

2.3.1 La formalisation médicale du diagnostic

2.3.1.1 L'écrit en urgence

On appelle urgence toute situation qui fait courir à un sujet un péril imminent de mort, de grave péril corporel ou psychique ou d'aggravation de son état.

Avant de traiter des écrits du médecin du travail dans le cadre de l'urgence, il faut rappeler que le médecin du travail rédige aussi des écrits **sur** l'urgence.

Du fait du principe de subordination, la prise en charge des salariés présentant une urgence médicale

au travail est une obligation réglementaire des employeurs :

Ainsi, « *l'employeur prend, après avis du médecin du travail, les dispositions nécessaires pour assurer les premiers secours...* ».

Son rôle spécifique est bien tracé en matière de premiers secours. Il est dans ce domaine le conseiller de la communauté de travail et pratiquement il doit consacrer du temps d'activité en milieu de travail (R.4624-1) à : « *...5° La délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence* ». La formalisation de ces conseils peut être l'objet d'intervention en CHSCT ou de courriers notamment repris dans la fiche d'entreprise à la rubrique prévue par l'arrêté du 29 mai 1989 : « *Actions tendant à la réduction des risques* ». Il lui appartient en cas de présence d'un infirmier dans l'entreprise de rédiger un protocole écrit de soins d'urgence à son attention à déployer en son absence c'est-à-dire : « *les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin...* ».

Comme tout médecin, le médecin du travail doit respecter l'article R.4127-9 du Code de la santé publique : « *tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires* ».

L'écrit du médecin du travail lors de la survenue d'une urgence ne doit pas prendre le pas sur l'action thérapeutique médicale du médecin qui a pour objet de maintenir ou d'améliorer l'état de santé physique ou mental de la victime.

Toutefois, une fois la situation stabilisée, l'écrit du médecin doit, notamment sur le dossier médical, tracer les indications diagnostiques ayant conduits à pratiquer les actes thérapeutiques. La continuité des soins impose également de décrire la situation et les actes effectués à l'attention d'autres praticiens (voir le paragraphe suivant).

Dans certaines situations, ces écrits, dès lors qu'ils tracent les liens entre la situation professionnelle à l'origine de l'urgence et cette dernière peuvent avoir une fonction thérapeutique essentielle.

Cette fonction est contestée dans son principe même par l'Ordre des médecins dont le rapport de 2006 sur les certificats médicaux, précise : « *Il est interdit (au médecin) d'attester d'une relation causale entre les difficultés familiales ou professionnelles, ... et l'état de santé présenté par le patient.* » L'interdiction d'attester d'une relation causale entre des difficultés profes-

sionnelles et l'état de santé du patient, outre qu'elle semble outrepasser les compétences de l'institution, nous paraît fautive au regard des connaissances médicales, scientifiques et techniques actuelles.

Dans le cadre de certaines urgences, pour un médecin du travail, ne pas identifier et transmettre au travailleur le diagnostic étiologique professionnel pourrait tout au contraire relever d'une faute.

Pour illustrer ce propos, examinons les actes nécessaires du médecin du travail confronté à une décompensation psychopathologique réactionnelle à un évènement traumatique professionnel.

Les causes peuvent en être diverses et notamment naître, par exemple, de reproches d'un encadrant entraînant un trouble de la reconnaissance ou une situation d'injonction paradoxale ou encore d'un décalage entre l'objet ou la réalisation de la tâche et un système personnel de valeurs (souffrance éthique). Ces éléments relèvent des axes 4 et 5 des indicateurs de facteurs de risque psychosociaux du rapport d'expertise du ministère du travail sur les risques psychosociaux.

Cette situation peut naître d'un évènement unique ou d'évènements répétés de même nature ou de nature différente. L'état réactionnel peut être immédiat ou survenir à distance du traumatisme.

L'état psychopathologique réactionnel peut se présenter sous diverses formes par exemple : crise de larmes, agitation ou prostration, flots de paroles ou mutisme, propos incohérents ou délirants, violence vis-à-vis de tiers ou envers soi-même...

Une première prise en charge médicale initiale en urgence est nécessaire et doit prendre en compte l'histoire médicale et professionnelle et la valeur du soutien social.

Si elle survient en milieu de travail, il est recommandé que cette prise en charge médicale soit confiée au médecin du travail qui connaît la victime et son travail.

Un état psychopathologique réactionnel à un évènement traumatique au travail est un accident du travail (AT) qui doit être déclaré comme tel, car les éléments du travail qui en sont à l'origine se sont produits sur les lieux et ou dans le temps du travail et sont constatés par un préposé de l'employeur et/ou sont portés à la connaissance de l'employeur par des témoins, la victime ou ses ayants droits. Rappelons que si l'employeur refuse de déclarer l'accident la victime peut le déclarer.

Le médecin du travail, en première ligne du constat et parce qu'il peut médicalement accéder au diagnostic

étiologique guidé par une clinique médicale du travail, soit par ses connaissances de l'entreprise ou d'évènements de même nature qui relèvent d'une anamnèse collective peut (doit) rédiger le certificat médical initial dans le cadre de cet accident du travail. Ce certificat relève des obligations inscrites à l'article R.4127-50 du Code de la santé publique.

Nous ne reviendrons pas dans ce paragraphe sur les conditions d'élaboration de ces écrits dans le cadre de pratiques inter-compréhensives. Mais l'objet de cet écrit formalisé, certificat médical ou courrier pour la continuité des soins, est précisément de donner acte au salarié des difficultés ou des événements professionnels à l'origine de l'urgence. Cet écrit reposera notamment sur les notes cliniques accessibles dans le dossier médical.

Pour comprendre l'impact positif sur la santé du salarié de ces écrits, il faut considérer l'isolement voir le « désolément » (au sens qu'Hanna ARENDT donne de cette notion) qu'engendre dans les entreprises le management actuel. Chaque salarié croit être seul à vivre ce qu'il vit.

Alors que parfois cette situation d'urgence peut déboucher sur la violence vis-à-vis des autres ou de soi-même, dans un contexte de culpabilité ou de colère, l'écrit qui donne acte notamment que les traumatismes professionnels (impossibilité d'arriver au bout de la tâche ou de faire un travail de qualité, conflit sur la nature ou l'objet du travail, climat relationnel très perturbé...) sont partagés par les autres travailleurs, est porteur un pouvoir thérapeutique que seul un professionnel maîtrisant le champ de la santé au travail est susceptible d'assurer. L'écrit permet à la victime de relativiser sa situation et parfois d'ouvrir des possibilités nouvelles en matière de pensée critique et d'action collective.

Ne pas écrire dans une telle situation serait alors pour le médecin du travail prendre la responsabilité de ne pas porter assistance à personne en péril.

2.3.1.2 Assurer la continuité des soins

« La santé (...) c'est d'avoir les moyens d'un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique mental et social ». Construire sa santé au travail est donc avant tout une affaire de marges de manœuvre. Travailler c'est, à chaque instant, s'affronter à la réalité. Cela ne peut se concevoir seul. Le travail n'est pas solitaire mais solidaire. On y construit son « existence au monde » par et pour les autres. Autour d'un système de valeurs construit collectivement sur le travail, la manière de le faire, son résultat... la maîtrise du travailleur sur son travail est un fac-

teur personnel d'accomplissement puisqu'il confère la reconnaissance des autres professionnels. Les travailleurs en France se distinguent des autres par leur engagement personnel au travail qui structure le champ social. Cela explique qu'en France, quand on est privé de travail, par l'absence d'emploi par exemple, les effets sur la santé non seulement sociale mais aussi mentale et physique sont particulièrement négatifs.

Il en est de même lorsque, dans un emploi, les conditions de la construction de la santé au travail ne sont plus réunies. Absence de marges de manœuvre, déshérence des collectifs, isolement du salarié, conflits de valeurs, fausse réalité du management, mauvaises conditions de travail... la liste serait longue de ce qui va bloquer la construction de la santé au travail, c'est-à-dire, en l'absence de possibilité d'équilibre en matière de santé, engager un processus de déconstruction de la santé qui va l'altérer puis y atteindre.

Le rôle du médecin du travail est d'empêcher toute altération de la santé du travailleur du fait de son travail. Il va porter la responsabilité de convaincre la communauté de travail de mettre en place ou de préserver les conditions de construction de la santé. Cette action sera développée plus loin en particulier à travers les écrits qu'elle impose. Notamment, nous examinerons un des versants thérapeutique (prévention secondaire ou tertiaire) de l'action du médecin du travail dès lors que les risques ont eu des effets.

C'est quand la prévention primaire a échoué et/ou que l'employeur n'a pas su « adapter le travail à l'Homme » (L.4121-2 du Code du travail), que le médecin va se trouver en situation thérapeutique individuelle pour le travailleur dont la santé s'altère, voire est atteinte. Hors nécessité d'un traitement médical en urgence, le paradoxe, c'est que ce médecin à l'exercice purement préventif va devoir déployer sa pratique dans le cadre du soin.

L'importance du travail dans la construction de la santé fixe l'objectif de ce « soin ». Il ne s'agit pas seulement, contrairement à la mission imposée par le législateur, de maintenir le salarié « dans l'emploi » voire, en facilitant par l'inaptitude au poste son licenciement, de le mettre « hors travail », mais bien de le maintenir au travail ou plutôt de « maintenir le travail », c'est-à-dire de le transformer pour qu'il puisse, à nouveau, être un facteur de construction de la santé du travailleur.

À ce titre, aménager le poste de travail constitue un acte thérapeutique et relève avant tout des pratiques du médecin du travail guidé par l'unique objectif de

l'intérêt de la santé du travailleur. On est bien loin de la formalité réglementaire que constitue pour le législateur l'avis d'aptitude.

Cette situation peut se concrétiser lors de toute visite, par exemple périodique, mais aussi à la demande de l'employeur ou du salarié. Les écrits du médecin du travail dans ce cadre vont avoir pour objet de rendre concrets et de faire comprendre l'intérêt des aménagements de poste à la fois à l'employeur (cela peut être un courrier d'explications techniques sur la nature de l'aménagement dans le strict respect du secret médical) et au travailleur auquel un double sera remis.

Dès lors qu'il existe une atteinte à la santé retentissant sur le travail ou liée au travail, la continuité des soins impose d'écrire au médecin référent. Ce courrier est bien évidemment indispensable dans ce cadre, mais son intérêt est aussi que, remis au travailleur, celui-ci va le consulter et pouvoir prendre connaissance des éléments médicaux, du raisonnement diagnostique notamment étiologique qui a guidé la décision du médecin du travail. Ainsi, cet écrit peut comporter des considérants qui dépassent la situation individuelle et replacer le cas particulier dans un contexte plus général ouvrant ainsi au travailleur des pistes de solution.

Cette insertion du médecin du travail dans la continuité des soins est maintenant, depuis 2012, explicitement formalisée par l'importance réglementaire accrue de la visite de pré reprise (R.4624-20 et R.4624-21 du Code du travail).

Avant 2012, simple facilité permettant d'anticiper sur les conditions de la reprise, la visite de pré-reprise devient dans la nouvelle réglementation un redoutable instrument potentiel de sélection médicale de la main d'œuvre.

Demandée dès lors qu'un arrêt de travail est supérieur à trois mois, notamment par le médecin conseil de « l'assurance » maladie, même si le médecin traitant du salarié continue à prescrire des arrêts, rendue obligatoire pour le salarié dont le refus signifierait la suspension des indemnités journalières, cette visite constitue une potentialité d'instrumentalisation du médecin du travail.

En effet, même si le contrat de travail est suspendu par l'arrêt, le fait nouveau est que, lors de la visite de reprise, elle dispense réglementairement le médecin du travail de la seconde visite nécessaire, sauf danger immédiat, pour « constater l'inaptitude médicale au poste de travail » du travailleur, car « *lorsqu'un examen de pré-reprise a eu lieu dans un délai de trente jours au plus, l'avis d'inaptitude médicale peut être*

délivré en un seul examen ». Lors de la visite de pré-reprise, « *sauf opposition du salarié, (le médecin du travail) informe l'employeur et le médecin conseil de ces recommandations afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié* ».

Parfois confronté à une situation médicale pour laquelle la reprise du travail serait délétère, le médecin du travail va devoir alors raisonner en termes de continuité des soins. Il va devoir évaluer tout d'abord si une reprise serait prématurée dans la mesure où le retour au travail n'est concevable que dès lors que les possibilités thérapeutiques ont obtenu leur plein effet. Avec l'accord du salarié il va, en informant le médecin traitant, pouvoir écrire au médecin conseil pour lui préciser que la reprise serait prématurée et que prescrire des aménagements de poste dans une situation non stabilisée n'aurait pas de sens. Le risque est ici de ne pas prendre en compte les possibilités potentielles d'amélioration de la santé par les soins en cours et de signifier, à tort, que le salarié est inapte à son poste de travail.

Si par contre, la situation de santé est stabilisée et dans le cadre du dialogue que nous avons défini dans un chapitre précédent en matière d'aptitude, il va être possible soit de prévoir des conditions de reprise sans aménagement de poste soit de plaider pour des aménagements du poste.

La participation du médecin du travail à la continuité des soins va consister, par conséquent, en tout premier lieu, à établir, du seul point de vue de la santé du travailleur, en lien avec lui et son médecin traitant, la meilleure stratégie d'intervention sur le travail.

Pendant cette période d'arrêt de travail qui peut être parfois longue, le lien avec le salarié peut être gardé, au-delà de la simple visite prévue par la nouvelle réglementation, par le recours à « l'écrit électronique », pour préparer le retour au travail, les aménagements de poste nécessaires, en lien avec les SAMETH. Ces liens et cette anticipation permettent, avec l'accord du salarié, de préparer l'entreprise à son retour. La connaissance de l'entreprise, du poste de travail, par le médecin du travail, son expérience de situations pathologiques similaires, lui permettent souvent d'anticiper les difficultés prévisibles du retour au travail, et en lien avec le salarié, de trouver des solutions à des situations handicapantes. Travailler très en amont tant avec le salarié qu'avec l'entreprise permet au salarié de se projeter dans l'avenir et de pouvoir faire des projets, ce qui est déterminant pour la santé et permet parfois à l'entreprise d'évoluer dans ses représentations.

Quels qu'ils soient, les écrits du médecin du travail dans ce cadre ont pour finalité principale d'agir sur le poste de travail pour qu'il réponde aux conditions nécessaires à la construction de la santé du travailleur.

2.3.2 Proposer des aménagements de poste : aptitude et inaptitude

Avant toute formalisation écrite de l'aptitude, il convient d'examiner ce terme, sa signification actuelle et son évolution dans le temps.

Au commencement de la médecine du travail, sécurité juridique ou assurantielle pour l'employeur, dont les obligations de l'époque en matière de prévention étaient assez légères, l'aptitude fonctionnait sur un mode sélectif de tri, éloigné de toute pratique médicale.

D'où la mise en place autrefois de pratiques pseudo rationnelles de sélection médicale en élaborant des « profils de postes » et en éliminant celles ou ceux qui n'y correspondent pas.

C'est malheureusement cette image assez dévalorisante qui va durablement incarner la médecine du travail dans l'esprit des salariés, des employeurs et même des autres médecins.

L'aptitude va progressivement se vider de sa fonction de sélection, au point même qu'un récent rapport officiel de la Cour des comptes préconise sa disparition. L'aptitude est victime de la convergence d'une plus grande responsabilité juridique des employeurs en matière de prévention dans le cadre d'une obligation de sécurité de résultat (directive européenne de 1989, jurisprudences de la Cour de cassation de 2002) qui rend dérisoire la sécurité juridique de l'avis, et d'une évolution du métier de médecin du travail (travaux associatifs, évolutions juridiques, jurisprudences...) qui progressivement envisage non plus l'aptitude du salarié à son poste mais les conditions du poste compatibles avec la santé du salarié, dans l'objectif d'adapter le travail à l'Homme, devenu une obligation réglementaire et juridique des employeurs.

C'est alors que cette notion est en perte de sens, que le législateur, en retard d'une guerre (?), formalise par arrêté la forme écrite de l'aptitude, laissée jusqu'alors à l'initiative du médecin. L'avis doit réglementairement indiquer les recours permettant de le contester.

Cet écrit regroupe deux notions dont l'une « l'inaptitude » n'est pas l'envers de l'autre « l'aptitude ».

De nombreux articles du Code du travail évoquent l'aptitude du salarié à son poste : ainsi l'examen d'embauche a pour finalité « de s'assurer que le salarié est

médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter ». Les autres examens médicaux ont pour objet « de s'assurer du maintien de l'aptitude médicale au poste auquel il est affecté ». Paradoxalement, aucune définition précise de l'aptitude n'est réglementairement disponible. Elle se distingue toutefois de la notion « d'absence de contre-indication » exigée en cas d'affectation à des travaux exposant aux cancérogènes et qui est sensée la compléter.

L'inaptitude, entité complexe, est, quant à elle, bien définie par le législateur : « 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 (article L.4624-1 du CDT) ». La mission clairement définie est celle d'adapter le travail à l'homme et l'aptitude est ici celle du poste et de sa compatibilité avec la santé de ce salarié-là, à cet instant-là. En aucune façon il ne s'agit d'une sélection médicale de la main d'œuvre ou de la substitution à une aptitude technique au poste de travail.

Ainsi, en découle la première caractéristique de l'avis d'aptitude : comme tout écrit médical, il ne vaut que dans la situation de l'examen médical au moment où il a lieu. En aucun cas il ne peut avoir de valeur si les conditions qui ont présidées à sa rédaction venaient à être modifiées : soit du côté de la santé du salarié, soit du côté des caractéristiques du poste de travail.

C'est un écrit médico-réglementaire qui intervient dans le contrat de travail et donc est aussi destiné à l'employeur, par conséquent sa rédaction doit répondre au garant en matière de secret définies à l'article L.1110-4 du Code de la santé publique : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé... ».

Cet écrit s'adresse à un patient, le salarié et a des conséquences en matière de santé physique mentale voire sociale. Par conséquent cet avis doit prendre en considération l'article L.1111-4 du Code de la santé publique qui précise : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les déci-

sions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables... ». Cela impose donc au médecin du travail de se prononcer après avoir entendu le salarié sur ce qui lui paraît approprié et si possible d'en tenir compte. L'inaptitude est aujourd'hui particulièrement lourde de conséquences pour la composante sociale de la santé : 90 % des inaptitudes au poste de travail entraînent le licenciement. Protéger la composante physique ou mentale de la santé du salarié peut-il se faire à ce prix ? De quelle connaissance ou compétence peut se prévaloir le médecin qui autoriserait qu'il choisisse telle ou telle solution ? Seule l'irrationalité de la position du salarié et des conséquences graves pour la santé qui ne seraient pas perçues peut autoriser à émettre un avis qui ne serait pas accepté par le travailleur. Le laconisme de l'avis doit être complété par une transcription exhaustive dans le dossier médical du raisonnement et des débats avec le salarié à l'origine de la rédaction de l'avis. C'est en fait la seule preuve que le médecin a déployé tous les moyens nécessaires à la pertinence de son avis et s'est bien conformé aux dispositions du Code de la santé publique.

Notons que comme tout médecin, afin d'éclairer sa prise de décision le médecin du travail peut recourir à des examens complémentaires et notamment à des avis d'autres praticiens. Parmi ceux-ci, il a la possibilité réglementaire de s'entourer de l'avis du médecin inspecteur régional du travail

Un point particulier issu du décret de janvier 2012 mérite d'être signalé. Il s'agit des dispositions inscrites à l'article R.4624-47 du CDT qui indique : « ...Lorsque le médecin du travail constate que l'inaptitude du salarié est susceptible d'être en lien avec un accident ou une maladie d'origine professionnelle, il remet à ce dernier le formulaire de demande prévu à l'article D.433-3 du Code de la sécurité sociale. » ainsi, s'il estime que l'inaptitude est susceptible d'être en lien avec un AT ou une MP la délivrance de l'imprimé destiné à compenser une éventuelle perte de rémunération est une obligation pour le médecin du travail.

Enfin l'avis peut être accompagné d'autres écrits remis au salarié soit pour faire valoir ses droits (certificat médical,) soit pour assurer la continuité des soins (courrier à un autre praticien).

S'agissant d'un avis médical l'avis émis à l'issue de la consultation engage pleinement la responsabilité personnelle du médecin en matière de pertinence au

regard de la situation de santé et du poste de travail et de compétence déployées lors de la prise de décision dans la perspective d'une obligation de moyens. Les conséquences de la décision, qu'elle comporte ou non des modifications du poste de travail, relèvent de la responsabilité du praticien. D'où l'extrême importance de faire figurer dans le dossier médical les motifs et le raisonnement ayant conduit à la prise de décision.

On peut donc conclure en remarquant que cet écrit, à l'origine blanc-seing pour l'employeur et couperet pour le salarié, s'est transformé en un outil pour agir dans le sens de la santé du salarié et qu'il y aurait un risque de mise en responsabilité du médecin du travail à le considérer d'une autre manière. Même s'il continue à être d'un poids juridique indubitable il faut considérer ses liens étroits avec les autres écrits du médecin du travail sans lesquels il serait vide de sens.

2.3.3 Le « cadre » du Certificat de maladie professionnelle ou de MCP

Rédiger des certificats médicaux, et assurer ainsi l'effectivité du droit du travailleur et particulièrement de ses droits à réparation fait partie du devoir de tout médecin et spécialement de tout médecin du travail. Ce travail de rédaction de certificat trouve son origine dans le Code de santé publique et dans le Code de la sécurité sociale et notamment dans les articles suivants :

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 L.461-6 du Code de la sécurité sociale « *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. »

Une centaine de tableaux de maladies professionnelles, publiés par décret, décrivent les conditions de reconnaissance dans le cadre de la « présomption d'origine », c'est-à-dire qu'il suffit de répondre aux conditions du tableau : maladie, délai de prise en charge, travaux effectués, et pour certaines maladies (durée d'exposition) pour être reconnu et indemnisé. La preuve du lien entre le travail et la maladie n'a pas besoin d'être démontrée par le médecin du travail.

Si un des éléments est manquant, la reconnaissance implique l'intervention d'un comité médical, le comité régional de reconnaissance des MP (CRRMP). Dans ce cas, la présomption d'origine ne joue plus. Il faudra que le travailleur fasse la preuve du lien direct (et dans un certain nombre de cas du lien direct et essentiel) entre sa maladie et son travail. Il en est de même pour les maladies ne figurant pas dans les tableaux notamment celles touchant la santé mentale.

Quelle doit alors être la démarche du médecin du travail ? Il lui appartient de décrire l'histoire de la santé et celle du travail pour énoncer le lien entre les deux.

I – L'histoire de la santé

Doit comprendre soit les manifestations pathologiques présentées par le salarié, soit le diagnostic précis de sa maladie.

Quels référentiels prendre pour le diagnostic notamment dans les pathologies touchant la santé mentale ?

Le rapport du *Collège d'expertise sur le suivi statistique des RPS au travail* d'octobre 2009 dirigé par Michel GOLLAC (ministère du Travail et de la Santé), est une référence indispensable pour appréhender les risques psychosociaux au travail que 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.

L'évaluation des troubles mentaux peut se faire en se référant à un outil de classification reconnu. La CIM10 (classification internationale des maladies de l'OMS) utilisé plutôt dans les pays européens et le DSM (de l'anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de l'APA, Association Américaine de Psychiatrie) sont les outils les plus largement utilisés. De tels outils de référence proposent un langage commun pour une même compréhension des conclusions diagnostiques. La dernière mouture du DSM, le DSM-5 a été publié le 18 mai 2013 mais de nombreuses criti-

ques sont émises sur cette dernière version interrogeant sa validité.

II – L'histoire du travail

Prenons l'exemple d'une atteinte psychique au travail. Le médecin doit identifier les causes de la souffrance mentale du salarié constatées dans son travail, son environnement et son organisation pour affirmer l'existence d'un lien direct et essentiel entre sa pathologie et ses conditions de travail.

Cette étape sera le résultat d'une analyse clinique en santé au travail, individuelle et éventuellement collective, pour aboutir à l'affirmation d'un diagnostic étiologique telle que le ferait tout autre médecin spécialiste.

Que doit contenir le certificat sur cette histoire du travail :

➤ Les dires du salarié, son vécu, son ressenti qui, 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 ».

➤ Ces dires, ce vécu du salarié, seront confrontés à ce que le médecin peut connaître de l'objectivité des situations de travail, de son organisation, de l'entreprise, de ce que disent les autres salariés, de leur vécu, de ce que le médecin du travail peut connaître également des situations semblables décrites par ses pairs ou retrouvées dans la littérature et notamment :

♦ sur les critères proposés par le Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux :

- ⊗ 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

♦ Sur le type d'organisation de travail : une étude d'Antoine VALEYRE(3), chercheur de l'institut de l'emploi, démontre qu'il y a des degrés d'apparition de troubles psychiques en fonction des organisations. Il repère les quatre organisations de travail suivantes :

- ⊗ Organisation simplifiée ou artisanale
- ⊗ Organisation qualifiante ou apprenante
- ⊗ Organisation taylorisée

.....

3- VALEYRE Antoine, «Les conditions de travail des salariés dans l'Union européenne à quinze selon les formes d'organisation», *Travail et Emploi* n°112, octobre-décembre 2007

⌘ Organisation en « lean management »
Le *lean management* et l'organisation taylorisée sont les plus délétères pour la santé des salariés parmi les quatre types d'organisations étudiées par A. VALEYRE en 2007.

➤ Il ne devrait pas contenir 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.

2.3.4 Quel type de certificat de MP pour une psychopathologie du travail ?

Si nos écrits sont utilisés par nos patients pour un droit assurantiel (AT, MP, MCP devant un CRRMP), des procédures spécifiques y sont prévues pour recueillir de façon contradictoire des éléments objectifs attestant des expositions professionnelles délétères dont la charge de la preuve juridique n'incombe pas au médecin du travail. Si nos écrits sont utilisés en droit prud'homal ou pénal, le juge apprécie, après instruction contradictoire, les éléments de preuve.

Nos écrits n'ont d'autre fonction juridique que d'apporter l'éclairage d'un médecin spécialisé en médecine du travail sur le lien santé-travail à partir d'un diagnostic positif dont l'étiologie est instruite par ce professionnel.

L'Ordre des médecins énonce des principes concernant le certificat médical, spécialement dans le rapport approuvé en 2006, mais sans se préoccuper de leur incompatibilité avec le fonctionnement du système de prise en charge des MP, ni du fait que cela met les professionnels dans des situations impossibles.

Voilà ce qu'il en est écrit officiellement :

« Lorsque le médecin se voit demander expressément par le patient de mentionner l'affection dont il souffre, il doit être particulièrement prudent. À la lettre, rien ne le 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 "dire" du patient les accusations de celui-ci contre un tiers, conjoint ou employeur(4). »

Une analyse de ce paragraphe révèle des éléments problématiques :

On y remarque tout d'abord que l'interdiction de noter les « dires » du patient est en contradiction avec la partie du rapport traitant de « la forme du certificat médical » (page 2) qui indique, dans le schéma d'un certificat, la présence des « doléances ou déclarations du patient ».

De même la notion de « faits qu'il a constaté lui-même » paraît devoir être pesée au regard de l'état des connaissances scientifiques. Cette phrase a donné motif à poursuite (plainte retirée dans un second temps) d'un praticien qui avait attesté dans un certificat initial (en alinéa 2) du lien entre une pathologie liée à l'amiante et un poste de travail notoirement exposant au regard de plusieurs matrices emploi-exposition.

On peut s'étonner que le CNOM puisse enjoindre a priori à un médecin de convaincre le patient qu'il ne serait pas de son intérêt de livrer des informations tendant à « 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. » (page 3). On peut estimer que cette obligation est abusive en ce qui concerne le milieu professionnel et ne paraît pas conforme aux articles L.1111-4, R.4127-35, R.4127-44, R.4127-49 et R.4127-50 du Code de la santé publique.

On peut s'interroger sur le lien constant fait dans ce rapport entre des situations vécues en couple ou en famille et des situations vécues en milieu professionnel, des difficultés qui seraient de nature familiale et des difficultés de nature professionnelles, ou entre la situation de conjoint et celle d'employeur. En effet, rien ne paraît justifier cette assimilation constante que fait ce rapport entre famille et entreprise.

Tout au contraire, le Code de la santé publique et en particulier ses articles traitant de la déontologie médicale distinguent bien ces deux entités. Ainsi les articles R.4127-51 et R.4127-52 traitent spécifiquement de la famille et de la vie privée mais n'évoquent pas la vie

.....
4- Souligné dans le rapport approuvé

professionnelle. Tout au contraire de la position prise dans ce rapport, l'article R.4127-95 impose au médecin salarié une stricte indépendance vis-à-vis de l'entreprise et lui enjoint de considérer uniquement dans ses actes : « *l'intérêt de la santé publique et (...) l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce* ».

Les compétences du Conseil de l'Ordre des médecins s'étendent-elles, au-delà de la déontologie médicale, aux pratiques des médecins, dont relève l'établissement « d'une relation causale » (c'est-à-dire d'un diagnostic étiologique) ? Cela ne serait-il pas plutôt du domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles dont le détail implique des débats techniques entre pairs, notamment dans le cadre de la Haute Autorité en Santé (HAS) ?

Plus particulièrement l'interdiction d'attester d'une relation causale entre des difficultés professionnelles et l'état de santé du patient, outre qu'elle semble outrepasser les compétences de l'institution, paraît scientifiquement fautive au regard des connaissances médicales et techniques actuelles.

Les médecins du travail, mais aussi les autres médecins sont désorientés devant ces préconisations ordinaires inadaptées.

Il s'en suit deux stratégies en termes d'écrits, qui font « **dispute professionnelle** » :

Dans la première stratégie, le médecin du travail ou le médecin spécialisé en pathologie professionnelle adresse au médecin traitant ou à un autre médecin un courrier expliquant, dans le détail, comment il comprend le lien entre le travail et la pathologie, avec toujours copie au salarié. Ce courrier est rédigé de telle façon que le juge (mais aussi l'avocat du sujet) puisse se construire une représentation sensible de la dramatique dans laquelle le sujet s'est trouvé pris. Si le salarié déclenche un processus juridique (MP, droit), ce courrier est en général joint à son dossier juridique.

Parallèlement, lorsqu'il faut déclencher le dispositif de reconnaissance de pathologie professionnelle, il remet un certificat laconique affirmant que « *des éléments précis, sérieux et concordants sont en faveur d'un lien direct et essentiel entre la pathologie et les conditions du travail* ». Ce type de certificat livre en quelque sorte le même type d'information que dans le formulaire de MP, simplement adapté au dispositif CRRMP alinéa 4.

Pour ces confrères leur instruction du lien santé-travail ne peut pas prendre la forme d'un certificat de MP du

fait des contraintes de l'Ordre, d'où l'utilisation de deux supports distincts, l'un pour l'amorce juridique, l'autre pour le sens. Ils pensent qu'il faut défendre des critères de validité distincts pour ces deux types de textes.

Dans la seconde stratégie, le médecin du travail décrit de façon condensée sur un certificat de MP, le lien santé-travail qu'il a instruit et tracé par ailleurs dans son dossier. Il y adjoint éventuellement un courrier décrivant dans le détail ce qu'il a instruit du lien santé-travail ; courrier remis au salarié et au médecin inscrit dans un processus de soin éventuellement si le salarié en est d'accord.

Ou bien le médecin du travail met le mot « certificat de MP » en tête du contenu d'un courrier expliquant dans le détail, comment il a instruit le lien entre le travail et la pathologie, avec toujours copie au salarié.

Ce courrier adjoint au certificat est rédigé de telle façon que le lecteur dont les juristes qui pourraient en connaître, puissent comprendre le processus délétère dont le diagnostic étiologique a été instruit par le médecin du travail.

Pour ces confrères, ces écrits déployés pour une MP (certificat descriptif et démonstratif de MP, avec ou non un courrier spécifique) ont les mêmes critères de validité et épousent les possibilités et contraintes de situations spécifiques selon les contextes. Ils constatent d'ailleurs de nombreuses plaintes devant l'ordre des médecins, d'employeurs concernant des écrits qui n'ont en aucune façon la dénomination de certificats.

Les contraintes de l'Ordre des médecins pour la rédaction des certificats visent les certificats voulant apporter une « preuve juridique experte ». Ces conseils ordinaires ne peuvent être opposables en ce qui concerne l'exercice d'une spécialité médicale. Ils portent le risque de faire perdre le sens des pratiques, alors que le souci central des médecins est la santé de leur patient. L'Ordre des médecins n'a jamais visé les certificats de MP ou MCP dans ses écrits. Le Code de déontologie médicale ne comporte pas de références concernant l'entreprise ou le travail. Le Code de déontologie médicale recommande d'ouvrir les droits médico-sociaux des patients.

Ces confrères considèrent que l'Ordre des médecins doit adapter ses écrits à l'état des connaissances et pratiques médicales. D'autant que le métier de médecin du travail vise spécifiquement à instruire le lien santé-travail dans des formes, et moyens de diagnostic discutés dans la profession. La clinique médicale du travail renouvelle profondément cette instruction diagnostique.

Dispute professionnelle 3

Comment écrire le diagnostic du lien Santé – Travail ?

- Comment un praticien en médecine du travail peut-il « coucher par écrit » son diagnostic du lien Santé/Travail ? À quel moment ?
- Les modalités « opératoires » d'écriture procèdent-elles de la situation concrète du salarié, ou sont-elles dictées par les formes juridiques des certificats d'expert ?
- Quelle différence entre une instruction médicale clinique en compétence et un document de preuve juridique au sens d'une expertise contradictoire ?
- Peut-on écrire dans un certificat médical de façon « opératoire », un diagnostic étiologique sur le lien santé-travail dans l'intérêt du salarié ? Quelles limites de l'écriture ? Quel intérêt du cadre « certificat médical de MP » face aux injonctions « obsolètes » de certaines préconisations ordinaires ?

3— LES ÉCRITS CONCERNANT LA COMMUNAUTÉ DE TRAVAIL

3.1 La traçabilité collective des risques professionnels d'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail

3.1.1 L'identification des risques collectifs par le médecin du travail

La traçabilité collective réglementaire des expositions aux risques. Le médecin du travail doit explicitement participer à la « traçabilité des risques professionnels », soit comme délégué avec d'autres membres du SST interentreprises, soit personnellement dans les services autonomes.

Ce rôle est lié aux missions de conseil du médecin du travail. l'article R.4623-1 du CDT précise que « *le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, notamment sur (...) 3° 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* ».

Les trois étapes classiques de la démarche du médecin du travail dans ce domaine d'action sont :

- Le repérage des dangers et des risques d'altération de la santé et celui des postes de travail concernés ce qui permet un repérage des salariés exposés.

- La veille médicale des effets éventuels des risques repérés sur la santé des salariés exposés et la mise en évidence du lien santé travail dès lors que surviendraient des effets.
- Le signalement individuel à chaque salarié concerné et collectif à la communauté de travail du risque et de ses effets.

Les visites médicales et l'action en milieu de travail nourrissent le repérage et la veille médicale. Le médecin du travail peut effectuer ou faire effectuer des prélèvements des mesures et des analyses, réaliser des études qui seront transmises à toute la communauté de travail (art. R.4624-7 et R.4624-8 du CDT).

En matière de traçabilité collective les supports réglementaires formalisés sont assez anciens. Certaines rubriques du rapport annuel d'activité du médecin du travail ont longtemps été le seul support formalisé. À partir de 1986 apparaît l'obligation pour le médecin du travail d'établir une fiche d'entreprise. Ce document est remis à l'employeur et présenté au CHSCT. Il est mis à jour en tant que de besoin par le médecin du travail.

Le contenu de cette fiche précisé par l'arrêté du 29 mai 1989, qui en fixe, dans le détail, chacune des rubriques, comporte une description de tous les risques existants y compris psychosociaux (dans la rubrique « autres risques ») et ceci en désignant les postes et l'effectif de salariés concernés par ces risques, leur impact et les mesures de prévention ainsi que le bilan de celles-ci. Elle comprend également un état des locaux de travail et un bilan des effets des risques.

Cette fiche participe de l'obligation de moyen du médecin du travail et constitue un élément objectif de son action en cas de mise en responsabilité.

Des pratiques de mises à jour par la rédaction de courriers remis à l'employeur et portant la mention de la participation du courrier à la fiche d'entreprise se sont mises en place avec le temps dès lors qu'un risque nouveau était repéré par le médecin du travail.

Cette formalisation de la traçabilité collective par le médecin du travail a été rendue encore plus formelle en juillet 2011. Dorénavant le médecin du travail a une obligation de signalement écrit « *motivé et circonstancié* » dès lors qu'apparaît un risque d'altération pour la santé des travailleurs au travail. Cette obligation nouvelle de signalement dans l'espace public de l'entreprise, même si elle est juste dans son principe, pose avant tout la question des moyens dont dispose le médecin du travail pour accomplir cette mission.

Dès lors qu'il ne dispose pas des moyens qu'il estime nécessaire, il est indispensable, après les avoir identi-

fiés, qu'il les revendique formellement auprès de l'employeur, en informant les IRP et les autorités de tutelle. En effet, cette mission d'alerte formalise la position de « sachant » du médecin du travail en matière de risques professionnels et de leur traçabilité. Il engage donc sa responsabilité personnelle et éventuellement pénale, ce que nous rappellent les mises en examen dans les affaires d'amiante.

3.1.2 Jusqu'où aller dans une préconisation du médecin du travail ?

Le métier du médecin du travail est de contribuer à remettre le travail réel en discussion, de mettre « le travailler ensemble » en débat, et de le situer au centre d'un projet d'amélioration de l'organisation du travail pour la 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. 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.

Le médecin du travail « endosse », comme c'est sa mission réglementaire, la responsabilité de l'investigation du « lien santé/travail », laissant la responsabilité de l'action de prévention à l'employeur. Il se doit donc d'agir exclusivement pour prévenir et dépister les altérations de la santé du fait du travail, du point de vue de la construction ou de la préservation de la santé au travail. Sa seule finalité est la santé des travailleurs. Il n'est pas en charge ni comptable des contraintes économiques contrairement à l'ensemble des acteurs de l'entreprise. Aussi il ne doit pas être gestionnaire des risques en lieu et place de l'employeur, en prescrivant à l'employeur des « solutions », sinon sa posture, son efficacité et sa légitimité professionnelle seront altérées. Mais il doit donner à voir et à comprendre les mécanismes délétères précis du côté du travail pour en prévenir les causes.

3.1.3 Élaboration de documents réglementaires : Fiche d'entreprise, Rapport annuel d'activité

La Fiche d'entreprise

L'annulation par le Conseil d'État des articles du Code du travail concernant la fiche d'entreprise et le rapport annuel, modifiés par un décret du 30 janvier 2012, pose la question de la responsabilité du médecin du

travail dans l'établissement et la mise à jour de la fiche d'entreprise et dans la présentation du rapport annuel au contrôle social.

En effet les dispositions abrogées faisaient, en matière de fiche d'entreprise, une distinction, peu pertinente, entre le médecin du travail exerçant en service autonome chargé de l'établissement et de la mise à jour de la fiche d'entreprise, alors que le législateur confiait cette mission à l'équipe pluridisciplinaire dans le service interentreprises. Le fait que, dans ce dernier cadre, le médecin du travail soit l'animateur et coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire pourrait rendre cette distinction spécieuse, mais ce serait oublier que le véritable pouvoir de management sur cette équipe est en fait assuré par le directeur du service de santé au travail qui seul détient l'autorité et les moyens.

Il est peu probable que lors de la réécriture du texte, cet argument soit pris en compte par le législateur, vrai ou faux naïf dans ce domaine. D'où l'intérêt d'examiner la nature de ce document pour déterminer s'il s'agit d'un simple exercice réglementaire ou d'un document médical, c'est-à-dire d'un document qui engage la responsabilité du médecin.

Rappelons rapidement, car cela est déjà évoqué dans le présent document, que la mission du médecin du travail est une mission non subordonnée à l'employeur dont il n'est pas le préposé, de ce point de vue, mais seulement le salarié. Il s'agit d'une mission d'ordre public social exercée en pleine indépendance, c'est-à-dire en pleine responsabilité, mais dans le cadre d'une obligation de moyen.

L'un des déterminants de cette responsabilité est précisément un repérage *a priori* des facteurs de risque et dans la réalité des risques « d'altération » (et non seulement « d'atteinte ») de la santé par des étiologies d'origine professionnelles et une identification à la fois collective et individuelle (« études de postes ») des travailleurs exposés à ces risques.

Cela s'accompagne, et les textes le formalisent dorénavant, depuis 2012, d'une obligation écrite de signalement « motivé et circonstancié » de ces risques comportant des mesures propres à assurer leur prévention.

Comme tout médecin qui n'aurait pas déployé les moyens diagnostiques ou thérapeutiques pour l'un de ses patients, ne pas réclamer les moyens de rédiger pertinemment le signalement d'un risque, voire ne pas le rédiger, implique que la responsabilité médicale et pénale du médecin du travail pourrait être engagée dès lors que des atteintes à la santé surviendraient du

fait de ce risque. Les motifs de mise en examen sont bien connus : complicité de mise en danger d'autrui et non-assistance à personne en péril.

Or, précisément peut être n'était-il pas besoin de nouvelles dispositions. On peut estimer, en effet, que la fiche d'entreprise remplit cette obligation depuis 1986. En témoigne l'arrêté du 29 mai 1989, souvent ignoré y compris des médecins du travail, qui en conditionne en partie la forme mais qui laisse à l'appréciation du médecin la rédaction.

L'étouffement par la multiplicité des tâches et les effectifs, travers ou stratégie constante du législateur, explique le peu d'assiduité, dénoncé et déploré par la Cour des comptes en novembre 2012, à établir la fiche d'établissement dans les services interentreprises.

Dans l'hypothèse où elle serait rédigée, on peut imaginer qu'elle soit complétée, voire constituée, des divers écrits de signalement à l'employeur.

Comme il en est des maladies, il existe aussi des formes cliniques de rédaction de la fiche d'entreprise. Ainsi certains médecins du travail de services autonomes, dans un louable souci de dynamique de la fiche d'entreprise, réservent sa rédaction au chapitre « observations générales du médecin du travail » de leur rapport annuel. L'essentiel est ici que sous une forme ou sous une autre la fiche d'entreprise soit bien repérée comme telle et qu'elle remplisse sa mission. Toutefois remarquons que le rapport annuel est plutôt destiné au contrôle social et la fiche d'entreprise spécifiquement destinée au CHSCT.

Le contresens réglementaire est maintenant bien établi : document rédigé par un médecin dans le cadre de sa mission, la fiche d'entreprise est un document médical qui relève par conséquent de l'exercice personnel du médecin et dont la rédaction et la production ne peuvent être partagées.

Il en est tout autrement bien évidemment de son établissement. Dans le cadre de son obligation de moyen, pour élaborer une telle somme, le médecin du travail a tout intérêt à bénéficier de la collaboration d'autres acteurs de prévention que ce soit les membres de l'équipe de médecine du travail du SST, les experts HSE de l'employeur et le CHSCT comme cela est prescrit en service autonome, ou les membres de l'équipe de médecine du travail et ceux de l'équipe pluridisciplinaire dans les services interentreprises.

Il reste néanmoins que les sources dont dispose le médecin du travail pour élaborer la fiche d'entreprise ne se limitent pas seulement à des éléments d'observations collectives issus notamment de l'action en

milieu de travail. Son activité médicale clinique lors des consultations individuelles est une source précieuse à la fois comme ressource et possibilité de recoupements avec ce qu'il a pu observer en milieu de travail. Espacer les visites médicales est aussi un obstacle à la constitution d'une image opératoire sur le travail réel propice à la rédaction d'une fiche d'entreprise pertinente.

D'une fiche d'entreprise ainsi élaborée naissent des droits collectifs et individuels, nous y revenons lorsque nous traitons des écrits assurant la traçabilité qu'assure notamment la fiche d'entreprise.

Nous examinerons plus loin, pour éviter toute ambiguïté, que l'intérêt des signalements du médecin du travail n'est pas de s'assurer que sa responsabilité ne sera pas engagée mais bien que les écrits sont partie intégrante de pratiques médicales guidées par une clinique médicale spécifique celle du travail. Leur rédaction, leur nature, leur objectif participent d'un métier dont ils constituent en partie la substance et qui impose leur mise en débat entre pairs.

L'ensemble du présent document témoigne de l'importance sociale et en santé publique des actions du médecin du travail. Médecin dont l'exercice est souvent incompris des autres médecins, ballotté de réformes approximatives en réformes carrément délétères, plongé au cœur de la contradiction sociale qui, *nolens volens*, implique souvent de perdre sa vie à la gagner, et chargé, dans ce contexte, de la mission impossible d'éviter toute altération de la santé, il lui faut opiniâtrement tenter de convaincre la communauté de travail (et non seulement les employeurs) de l'existence des risques et de l'intérêt de leur prévention dans un climat de déni inconscient ou volontaire.

C'est un métier qui ne se conçoit pas sans engagement professionnel, engagement non pas syndical ou politique mais, comme le décrit Nicolas DODIER, celle d'un expert engagé du seul point de vue de la santé. C'est de tout cela que relève la rédaction de la fiche d'entreprise.

En effet, de ce point de vue, la fiche d'entreprise, ses annexes, ses mises à jour sont avant tout des instruments essentiels de persuasion.

Cela diffère d'autres documents qui relèvent d'autres obligations, telle l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur, comme, par exemple, la notice de poste pour les salariés exposés aux agents chimiques dangereux ou le document unique d'évaluation des risques.

Loin du formalisme ou de préoccupations économiques, la fiche d'entreprise du médecin du travail

constitue un aiguillon potentiel du débat entre les acteurs sociaux.

Cela implique que sa rédaction ne relève ni du catalogue, ni seulement du document technique, mais qu'elle soit destinée, guidée par le seul intérêt de la santé des travailleurs, à tracer de façon persuasive la réalité à la fois présente et dynamique du travail, de ses risques et de leur prévention.

Le Rapport annuel

Aucune ambiguïté réglementaire sur l'engagement de responsabilité que représente, pour le médecin, le rapport annuel : le médecin du travail « établit » un rapport annuel de son activité.

Avant 2012, il était précisé qu'il devait le présenter personnellement au contrôle social. Les nouvelles dispositions abrogées par le Conseil d'État ne prévoyaient plus cette disposition. Toutefois la présence du médecin ou de ses représentants au contrôle social, dès lors que des questions de médecine du travail sont évoquées, permet de contourner cette modification. Il est en effet essentiel, à la fois pour la compréhension du rapport et parce qu'il ne peut déléguer sa responsabilité, que le médecin du travail présente personnellement son rapport annuel.

Le rapport annuel du médecin est remis au Comité d'entreprise ou d'établissement compétent dans les services autonomes, et au Conseil d'administration et à la Commission de contrôle dans les services interentreprises (D.4624-43 du Code du travail). Toutefois le périmètre de rédaction est variable. Ainsi, « *dans les entreprises ou établissements de plus de trois cents salariés, le médecin du travail établit un rapport annuel d'activité propre à l'entreprise. Ce rapport est transmis au Comité d'entreprise dans les conditions prévues à l'article D.4624-44 ainsi qu'au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Il en est de même dans les autres entreprises ou établissements lorsque le comité intéressé en fait la demande* ».

Ce rapport est donc destiné à informer le contrôle social des conditions d'exercice du médecin du travail. Il comporte toutefois des rubriques qui peuvent intéresser le CHSCT d'où la possibilité pour celui-ci d'y avoir accès. Par exemple, il comporte les effectifs de salariés susceptibles d'être victimes de maladies professionnelles ou encore les déclarations de maladies professionnelles ou de cas professionnel survenus depuis le dernier exercice.

Dans un contexte actuel d'extrême pénurie de moyens, le rapport annuel devient pour le médecin du

travail un document éminemment « politique ». En effet, la tentation d'impliquer le médecin du travail dans une logique de résultat est de plus en plus forte pour un législateur et des acteurs sociaux englués dans des logiques où la santé au travail devient une variable de nature économique et où la question de l'emploi se substitue à celle du travail.

Le rapport annuel ne traite pas seulement du passé, il prépare l'avenir. Rapport sur l'activité déployée par le médecin dans l'année n-1, il comporte également un chapitre prospectif qui relève du pouvoir d'agir indépendant du médecin. Le médecin y expose ce qu'il estime nécessaire de mettre en œuvre de son point de vue spécifique. Cette fonction était formalisée avant 2012 par la présence dans le rapport annuel du plan d'activité en milieu de travail.

L'établissement et la rédaction du rapport annuel demande par conséquent des soins attentifs.

Il faut pour le médecin du travail se garder de céder à la logique du résultat, consubstantielle du management, pour rappeler avant tout la question des principes de son action (l'intérêt unique de la santé du travailleur) et la nature de moyen de ses obligations.

La rédaction du rapport annuel n'est pas seulement une occasion pour déplorer une pénurie de moyens mais une revendication offensive et argumentée des moyens nécessaires, lesquels relèvent de la responsabilité des employeurs, non pas en regard d'objectifs généraux ou fixés par des contrats d'objectifs ou des projets de services décidés par ailleurs, mais uniquement en correspondance avec ce que le médecin du travail estime relever de sa mission et de son exercice personnel. Cela découle directement de sa responsabilité personnelle dans ce cadre.

Bien évidemment, cela n'exclue pas que, s'étant concertés, des médecins du travail expriment des missions semblables et la nécessité de moyens de même nature. Cela n'en sera que plus efficace.

3.1.4 Signalement ou « alerte collective » du médecin du travail, devoir d'alerte, cadre réglementaire

Les écrits et la veille médicale du médecin du travail

Une « *veille médicale en santé au travail* » permet au médecin du travail d'accompagner les collectifs de travail, de rendre compte à la communauté de travail, direction et IRP, collectifs de travail, du risque délétère et d'ébaucher des pistes de compréhension concernant les organisations ou relations de travail, pour agir préventivement à partir de ce qui fait difficulté dans les situations de travail concernées.

Cette veille médicale est tracée individuellement au DMST qui en est le support.

Les éléments alors formalisés de la veille médicale nourrissent l'analyse des risques collectifs du médecin du travail : rapport annuel d'activité ou fiche d'entreprise. Ils ont à être présentés et discutés avec la direction de l'entreprise et les IRP dont les CE et CHSCT.

Le devoir d'alerte médicale du médecin du travail

Avec la loi du 3 juillet 2011 réorganisant la médecine du travail, un devoir d'alerte médicale formalisée, motivée et circonscrite a fini par émerger réglementairement.

Selon l'article L.4624-3 « *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.* »

La notion d'alerte provient d'un réseau de médecins du travail. Elle a été reprise sur le fond par cet article, mais sans la nommer.

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 y assume seul la responsabilité de ses constats médicaux de gravité du fait de sa mission réglementaire. Ce devoir d'alerte du médecin du travail représente un nouveau cadre réglementaire opératoire essentiel en prévention médicale primaire. La diversité des écrits médicaux antérieurs du médecin du travail y est essentielle pour déployer ce devoir d'alerte.

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. Il 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. Du fait de la mission réglementaire du médecin du travail, en cas d'obstacle à la prise en compte d'une alerte médicale, celle-ci peut être prise en compte par l'inspecteur du travail ou le juge.

Les finalités préventives de l'alerte médicale

Le rôle de l'alerte médicale est de prévenir les situations de travail qui font grande difficulté, dispute professionnelle 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 pris en compte. Ce qui est visé est la reconnaissance par la direction, mais aussi par les salariés et l'encadrement, de ces situations concrètes de travail pour mettre en débat les questions d'organisation du travail.

Par son alerte médicale « réglementaire », le médecin du travail aide à remettre les conditions du travail réel en discussion, pour faciliter sa transformation dans un sens favorable à la santé. En procédant ainsi, il peut permettre la délibération sur des éléments très concrets de l'organisation du travail qu'il a repérés. Il contribue ainsi à ouvrir un certain nombre de pistes de prévention pour que l'employeur et les IRP puissent s'en saisir.

La forme nécessairement écrite de l'alerte médicale du médecin du travail

La réglementation 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 comporte un constat concernant la gravité d'une situation de travail. Elle relate très concrètement ce qu'a compris ou constaté le médecin du travail des difficultés de réalisation du travail et de l'impact que cela a pour la santé des salariés. Elle décrit le lien que le médecin du travail fait entre les conditions de travail, environnementales, organisationnelles ou sociales de travail, et la santé au travail. L'argumentaire d'une 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. Le médecin du travail trace alors par écrit son diagnostic de situation collective, et énonce éventuellement des recommandations de prévention médicale collective pour préserver la santé au travail.

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. Le texte écrit de l'alerte médicale 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 sa mission réglementaire l'exige, le

médecin du travail permet un débat sur le travail affranchi de l'arrière fond délétère qui souvent empêche d'agir.

3.2 Constater et écrire dès le stade d'altération pour prévenir l'atteinte

Comme tout préventeur un médecin du travail ne peut s'en tenir aux effets. Écrire sur les effets c'est avant tout envisager les causes. C'est le diagnostic étiologique qui compte. Car agir sur des effets c'est avant tout agir sur leurs causes. Un médecin du travail qui s'en tiendrait à un catalogue des effets du travail sur la santé mentale sans lien avec le travail, à un dénombrement, n'accomplirait pas sa mission.

Cela signifie qu'écrire sur les effets du travail c'est interroger le travail.

L'écrit du médecin du travail destiné à mettre en visibilité les effets des risques professionnels pour la communauté de travail n'a ni la même finalité ni n'entraîne les mêmes réactions selon que ces effets sont des altérations ou des atteintes à la santé.

La spécificité de la médecine du travail est qu'il s'agit d'une discipline médicale qui, en rupture avec d'autres disciplines médicales, ne s'intéresse pas en première intention aux atteintes à la santé, c'est-à-dire aux maladies. Afin de les prévenir elle cherche à anticiper sur la survenue d'altérations de la santé.

Le diagnostic du médecin du travail est « pré-symptomatique » car il est un diagnostic qui précède le diagnostic médical classique, et il est aussi un diagnostic étiologique car préventif. Pourtant la thérapeutique est présente ici. Elle est précisément assurée par la mise en visibilité écrite en direction de la communauté de travail.

Les douleurs intermittentes de l'appareil locomoteur (membres supérieurs, genoux, rachis) que les travailleurs signalent, si la question est posée, constituent les premiers signes d'appel d'une hyper sollicitation et annoncent les maladies professionnelles à venir. Il en est de même de petits signes fonctionnels de la sphère ORL et pulmonaire (rhinorrhée, épistaxis, sensation d'irritation pharyngée intermittents en fonction des produits manipulés). Ces signes fonctionnels très intermittents, minimes, que les salariés banalisent volontiers ou bien qui ne sont pas en première observation attribués au travail tels les manifestations inflammatoires pouvant toucher à peu près tous les organes (atteinte thyroïdienne, AVC, infarctus, myalgies, atteinte articulaire, etc.) doivent être notés dans les dossiers, explorées très finement dans leur lien possible avec le travail, et les situations de travail

déclenchantes doivent être repérées. L'instruction du lien permettra le diagnostic étiologique et l'intervention sur la situation de travail.

Seuls les médecins du travail sont en situation de prendre en considération ces symptômes très discrets, symptômes qui ne motiveraient pas de consultation d'un médecin traitant, de les relier à la situation de travail et d'agir en direction de la communauté de travail. Le médecin du travail n'est pas toujours en capacité de faire un diagnostic mais il doit noter dans les dossiers médicaux les inquiétudes des salariés par exemple, l'inquiétude de salariés vidant des containers de cartons contenant des produits textiles d'importation, alertés par le nombre d'insectes morts trouvés, s'inquiétant sur les produits insecticides utilisés et leur rémanence.

Le repérage de ces altérations est au cœur du métier de médecin du travail et ne peut se faire que grâce à des échanges entre pairs puisque, en général, « ce n'est pas dans les livres ». Ce qui est dans les livres, ce sont des découpes en tranches de situations à risque, porteuses de grandes classes d'affections comme les affections cardiovasculaires, identifiées après traitement épidémiologique. Ce n'est pas le travail, le travail considéré comme activité. Il est curieux de constater que la contribution des médecins du travail au niveau collectif, est recherchée par la seule épidémiologie. Leur contribution centrale, clinique, est totalement ignorée. À part la contribution des quelques rares médecins enseignants chercheurs qui n'ont de contact clinique que dans leurs consultations de psychopathologie, les praticiens du travail paraissent pourtant les mieux placés pour produire des connaissances sur les altérations.

Être médecin du travail ce n'est pas seulement dresser la liste des atteintes à la santé, c'est avant tout s'intéresser à ce que vivent les travailleurs au travail, y compris quand eux-mêmes ne font pas le lien avec leur travail.

Écrire que des salariés se plaignent d'insomnies de réveil dans lesquelles le travail est le thème dominant, que beaucoup disent ressentir une appréhension le dimanche soir à l'idée de revenir au travail, que certains se plaignent d'être moins bien « qu'avant » au travail, de s'y épuiser, qu'ils disent ne pas se retrouver dans les objectifs qu'on leur fixe, tout cela soulèvent parfois peu de réactions, souvent du déni péjoratif.

Travail et âge, travail et genre, travail et handicap, effets de la sous-traitance sur le travail, autant de thème que le médecin du travail peut explorer, dans l'entreprise dans laquelle il exerce.

Il est même recommandé que l'écrit précède les altérations, notamment lorsque se met en place une organisation du travail dont on a constaté qu'elle pouvait être délétère, tel le *lean-management* (management maigre) ou le *benchmarking* ou l'évaluation individuelle des salariés.

À ce stade, on reprochera souvent au médecin du travail « de faire de la philosophie » et de ne pas s'occuper de choses plus sérieuses comme les comportements individuels inadaptés ou les addictions si dangereuses pour la « sécurité ». Et pourtant c'est à ce moment que les signalements du médecin du travail devraient être relayés par la communauté de travail pour éviter l'acutisation vers les atteintes à la santé.

Écrire sur les altérations de la santé c'est avertir que l'organisation du travail dérape ou pourrait déraiper et que des démarches préventives devraient être débattues dès ce stade.

C'est aussi, et surtout, mettre dans l'espace public de l'entreprise, des éléments du travail qui font difficulté, des ressentis que les salariés pensent être les seuls à vivre et leur donner à comprendre que les autres les vivent aussi. C'est leur ouvrir des portes pour agir à ce stade précoce. Collectivement c'est tenter, alors que le climat est encore favorable, de susciter un débat dans le champ social pour engager la prévention le plus en amont possible. En effet au stade du constat de l'atteinte, le droit prend fréquemment le pas sur la santé, jusqu'à obturer tout espace dédié à la discussion sur la santé, et à l'examen des impasses dans laquelle elle se trouve.

Dès lors que ce stade est dépassé et que le médecin du travail écrit pour exposer des atteintes à la santé et leurs étiologies, la tension est immédiatement présente. La prévention primaire que constitue le signalement des altérations et leurs causes n'a pas eu d'effet suffisant, écrire sur les atteintes à la santé relève alors de la prévention secondaire. Il convient de rappeler cette évidence par écrit.

Le genre est plus délicat. En effet, c'est d'un côté des responsabilités d'obligation de sécurité de résultat, de l'autre la défense des intérêts moraux et matériels des travailleurs qui vont se confronter. Le conflit social est très souvent présent dans l'exercice du médecin du travail. Il ne s'agit pas de le nourrir mais d'y introduire un débat favorable à la santé au travail. L'écrit est alors d'une grande importance. Écrire ce que l'on constate sur les effets et leurs causes de façon objective, documentée et compétente, comme médecin du travail, libère des procès d'intention. Il s'agit d'un acte médical à part entière qui s'inscrit dans une démarche

diagnostique classique et thérapeutique c'est-à-dire qu'il doit être bordé par les compétences du praticien.

C'est ici la démonstration écrite du lien santé-travail nourrie de tout ce que le médecin sait, a entendu ou constaté qui soutient la pertinence et peut entraîner l'adhésion qui doit être recherchée.

Au-delà des débats que cet écrit va susciter, qui est, rappelons-le, une de ses principales finalités, au stade des atteintes à la santé, l'écrit du médecin du travail est aussi porteur de droit. Cela confère aux salariés qui présenteraient les effets et seraient soumis aux risques un lien causal essentiel.

C'est la traduction collective, dans l'espace public de l'entreprise, de l'obligation qu'a tout médecin de déclarer ce qu'il aurait constaté comme altération de la santé d'un patient en lien avec le travail.

3.3 Écrire

3.3.1 À l'employeur ou aux experts HSE

C'est l'employeur qui est réglementairement destinataire de certains écrits du médecin du travail :

- des signalements de risque (L.4624-3 du CDT) ;
- de la fiche d'entreprise (D.4624-39 du CDT) ;
- de la nature des prélèvements et résultats des mesures qu'il fait effectuer (R.4624-7 du CDT) ;
- des résultats des rapports et études (R.4624-8 du CDT).

Bien évidemment cela ne limite pas les échanges de courrier avec l'employeur.

Nous pourrions, bien sûr, évoquer les sauvegardes de responsabilité dès lors que l'employeur fait preuve de mauvaise foi ou pire atteint à l'indépendance du médecin du travail.

Ce sont des situations difficiles où écrire est indispensable et même déontologiquement obligatoire(5).

Hors ces cas, malheureusement trop fréquents, les statuts juridiques du médecin du travail et de l'employeur sont assez distincts, à condition qu'ils soient bien connus des intéressés, pour que les conflits inutiles soient évités.

.....
 5- 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. »

L'employeur, dans l'entreprise qu'il possède ou dans laquelle il bénéficie d'une réelle délégation de pouvoir comme dirigeant, est le « seul maître à bord », en référence à la subordination de droit romain. Ce pouvoir est toutefois exercé dans le respect des lois de la République.

Celles-ci imposent une prévention médicale primaire des risques pour la santé des travailleurs dans le cadre d'une mission d'ordre public social et d'une obligation de moyens. Cela signifie qu'un médecin du travail n'a d'autre mandat que celui concernant la santé du travailleur ce qui n'exclut pas qu'il considère la question économique dès lors qu'elle retentit négativement sur la santé des travailleurs.

Cela signifie également qu'il ne dispose dans l'entreprise d'aucun pouvoir décisionnaire, mais d'un pur rôle de conseil, ses avis devant « être pris en considération » par l'employeur. Le médecin ne doit pas, dans ses écrits, empiéter sur les prérogatives de l'employeur.

Réglementairement, l'employeur doit déployer des mesures de prévention des risques pour la santé des travailleurs dans le cadre d'une obligation de sécurité de résultat. Selon le législateur français, il serait chargé de la « gestion de la santé et de la sécurité ».

Mais, soit comme possesseur de l'entreprise, soit comme délégataire, il se trouve confronté à la nécessité de résultats économiques. Il lui faut donc assurer et ses obligations de prévention, et celles relevant d'obligations économiques. Ce n'est que lorsque la situation économique de l'entreprise est bonne que ces deux obligations sont mieux compatibles.

Si la situation économique se dégrade ou si la gestion prend le pouvoir dans l'entreprise sur toute autre considération, et exige des rendements économiques supérieurs du délégataire, la situation se tend jusqu'à ce que le dirigeant soit en injonction paradoxale. Pour ce qui concerne le dirigeant délégataire rappelons qu'en droit, une délégation de pouvoir n'est réelle que si le délégataire a bien l'autorité, la compétence et les moyens pour agir. Cette notion est cruciale en matière de prévention des risques pour la santé des travailleurs.

Hors des recommandations d'aptitude qui concernent les travailleurs individuellement, c'est pour conseiller l'employeur sur les questions de santé au travail (R.4623-1 du CDT) et de prévention que le médecin du travail va lui écrire. Le point de vue de la prévention médicale apporte au chef d'entreprise des éléments de choix au regard de ses propres obligations. Ces écrits deviennent gênants pour l'employeur s'ils repè-

rent des risques ou s'ils recommandent des mesures de prévention qui portent sur de possibles atteintes à la santé ou encore s'ils tracent les effets de ces risques. Par exemple, tant qu'on en reste au « mal-être au travail », le chef d'entreprise conserve des marges de manœuvre, mais dès qu'apparaît la notion de dépression tout change. En effet ne pas tenir compte de l'écrit du médecin du travail constitue alors une prise immédiate de risque assurantiel, juridique et pénal pour l'employeur. *A contrario*, dès qu'il a écrit et de façon pertinente, le médecin du travail a accompli une partie de son obligation de moyens et son mandat vis-à-vis de l'employeur dont il est le « sachant » dans son domaine spécifique.

Ce point de vue marque sa différence avec les experts, « *hygiène sécurité environnement* » (HSE), autres « *sachants* » mais préposés exclusifs de l'employeur pour l'aider dans sa « gestion de la santé et de la sécurité » en application de l'article 7 de la directive européenne de 1989(6). Il est de bon voisinage, notamment dans les services autonomes, que les écrits à l'employeur soient également adressés aux experts HSE, toutefois leur destinataire doit toujours être en premier lieu le chef d'établissement. Si le législateur prévoit que le médecin du travail agit dans les services autonomes en coordination avec les experts HSE (L.4622-4 du Code du travail) cela n'implique ni confusion des missions, ni *a fortiori* subordination.

Une situation particulière est l'investigation par des professionnels mandatés par l'employeur dans le cadre d'un « audit prévention ou sécurité ». Le document final n'ayant souvent pas de caractère public, il est indispensable que le médecin du travail écrive à l'employeur pour lui préciser la nature de ses conseils. Il en est de même en cas de participation, si elle est jugée par le médecin comme compatible avec ses missions, à des groupes spécifiques comme des comités de direction ou des groupes d'élaboration du document unique d'évaluation des risques. Ces situations sont particulièrement délicates car elles impliquent une très grande vigilance du médecin du travail pour conserver et faire respecter sa spécificité.

Certains employeurs délégataires vont pouvoir utiliser les écrits du médecin du travail pour obtenir un peu plus de moyens de prévention vis-à-vis de leur gestionnaire. Toutefois cette attitude est en perdition du fait du *turn-over* rapide des managers que l'organisation actuelle des entreprises a mise en place. Le risque personnel du manager est ainsi dilué du fait de l'absence de pérennité.

.....

6- Voir notamment l'article L.4644-1 du Code du travail

Les relations peuvent devenir tendues voire des pressions se perpétrent, notamment pour que cet écrit reste confidentiel. Car tant qu'il reste confidentiel, la représentation du personnel ne dispose pas de visibilité suffisante ou d'arguments supplémentaires pour revendiquer la prévention du risque.

Faudrait-il donc s'abstenir de tout signalement ou céder aux injonctions de confidentialité de l'employeur ? Le faire, conduit à nier en partie ce qui constitue le métier de médecin du travail. Comme médecin, le médecin du travail ne peut avoir comme intérêt à agir que celui de la santé des travailleurs. Or cet intérêt impose d'écrire à l'employeur et de faire connaître ses conseils aux représentants des travailleurs. Faut-il rappeler que, dans certaines circonstances, le médecin doit déontologiquement faire preuve d'abnégation(7) ?

Nous verrons, dans le paragraphe suivant, les éléments de droits qui imposent, in fine, d'avertir la représentation du personnel des signalements de risque et de leurs effets.

Les employeurs peuvent avoir, selon les circonstances, la primeur des écrits mais ils n'en ont pas l'exclusivité.

3.3.2 Aux représentants du personnel

Le médecin du travail peut avoir à communiquer avec plusieurs catégories de représentants du personnel :

- les représentants syndicaux, responsables d'une structure syndicale déclarée dans l'entreprise ;
- les délégués du personnel, représentants des travailleurs à titre individuel, notamment pour préserver leurs droits individuels en matière de prévention mais qui peuvent se substituer pour la prévention collective au CHSCT dans les entreprises de petite taille ;
- les représentants du personnel au comité d'établissement, d'entreprise ou comité central d'entreprise chargés de la surveillance du fonctionnement et de la gestion de l'entreprise ainsi que de ceux du service de santé au travail et dans les services de santé au travail interentreprises les membres représentants les travailleurs à la commission de contrôle ou au comité interentreprises et au conseil d'administration du service de santé au travail ;

.....

7- Art. R4127-48 du Code de la santé publique : « Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi. »

- les représentants du personnel en CHSCT dont la mission concerne notamment les risques professionnels et leur prévention.

Même si la mission du médecin du travail peut impliquer des rapports avec les représentants syndicaux et les délégués du personnel, les deux grandes catégories de destinataires d'écrits sont :

- d'une part des représentants du personnel chargés de surveiller la gestion et le fonctionnement du service médical du travail notamment à travers l'activité des médecins du travail et des équipes pluridisciplinaires, qui constituent, à côté d'un contrôle administratif de la puissance publique, ce qu'il est convenu d'appeler le contrôle social ;
- d'autre part des représentants du personnel chargés de l'hygiène et des conditions de travail.

Cela détermine la nature respective des écrits :

- En direction du contrôle social, d'une part destinés à relater ou à préconiser des éléments de fonctionnement de l'activité du service de santé au travail, voire à décrire des dysfonctionnements ou à réclamer des modifications notamment en matière de moyens, d'autre part à apporter un éclairage spécifique de la prévention primaire médicale pour apporter une aide lors de la constitution des avis de l'organisme, dès lors qu'ils pourraient retentir sur la santé des travailleurs ;
- En direction des représentants du personnel chargés des missions d'hygiène et de sécurité pour les conseiller du point de vue de la prévention médicale primaire (et dès lors qu'elle est débordée du point de vue de la prévention secondaire) et pour les aider à analyser les risques et à assumer leur capacité de critique et proposition à l'employeur.

Le point de vue d'un représentant du personnel implique une confrontation à l'organisation qui l'a mandaté et directement au personnel qu'il représente. Faute de ce lien la représentation prend le risque de l'échec.

Toutefois pèse sur cette représentation la confrontation sociale qui implique une négociation de la force de travail, d'où la notion omniprésente de rapport des forces en présence.

Cela implique qu'il puisse y avoir, malgré un sentiment de proximité des objectifs en matière de santé, des différences très significatives entre la position professionnelle du médecin du travail et les actions du contrôle social et des représentants CHSCT.

Parfois même il peut être nécessaire de formaliser cette différence, dès lors que le médecin du travail

estime que la représentation du personnel n'agit pas dans le sens de la santé des travailleurs.

Il est nécessaire au médecin du travail de dispenser des conseils écrits de même nature à l'employeur et à la représentation du personnel. Dans les services autonomes la coordination du médecin du travail avec le CHSCT est formellement de même nature que celle qui doit exister avec l'employeur et ses préposés.

Dès lors que le CHSCT fait appel à un expert, il est fréquent que le médecin du travail soit consulté dans ce cadre. Le rapport d'expertise sera, contrairement à l'audit, remis aux membres du CHSCT. Il peut néanmoins être utile de faire parvenir aux experts et au secrétaire du CHSCT un écrit de la position exprimée.

Enfin, même si la médiation de l'employeur est formalisée pour certaines transmissions de documents médicaux réglementaires, rien dans la réglementation n'interdit au médecin du travail de faire parvenir à la représentation du personnel copie des écrits à l'employeur. La notion de confidentialité, excipée par certains employeurs, pour reprocher cet envoi, est inconsistante dans la mesure où la représentation du personnel est elle aussi sous cette injonction.

Toutefois l'expression peut être spécifique à conditions que l'obligation de conseil à parité avec l'employeur (R.4623-1 du CDT) soit bien remplie.

Cette transmission est explicite dans les signalements de risque liés à l'article L.4624-3 du Code du travail. Le signalement écrit motivé et circonstancié et la réponse de l'employeur sont « tenus à la disposition » du CHSCT ou des délégués du personnel. L'envoi est donc parfaitement logique, le minimum étant de signaler à la représentation du personnel qu'un signalement est tenu à leur disposition !

Dispute professionnelle 4

Quand et comment signaler le risque à la communauté de travail ?

- Quand le médecin du travail signale-t-il un risque pour la santé ?
- Peut-on faire un signalement médical ou une alerte, à partir des altérations de la santé, avant l'atteinte, la pathologie ?
- Quelles altérations repérer pour une veille médicale, pour prévenir les causes ?
- Comment faire un écrit sur des altérations de la santé ? Quel impact de cette pratique sur les connaissances concernant la santé psychique au travail ?

DEUXIÈME PARTIE

LES ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL EN RÉFÉRENCE AUX PRATIQUES ET À LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

4. ÉLÉMENTS DE CARACTÉRISATION D'UN ÉCRIT MÉDICAL POUR LE DOSSIER MÉDICAL

4.1 C'est un écrit qui s'inscrit dans le recueil des informations médicales

À l'éclairage de la clinique médicale du travail, l'écrit médical a une double nature :

- c'est une « trace médicale de ce qu'a élaboré le salarié » lors du travail clinique avec le médecin du travail ;
- mais c'est aussi « une compréhension médicale attestée » par le médecin du travail, individuelle ou collective, qui engage par là sa professionnalité et sa mission réglementaire.

Dans cette perspective, l'écrit médical :

- n'est pas une énonciation surplombant le salarié par un expert dont la connaissance ne devrait rien aux salariés, considérés alors comme objets d'étude, vides de sensibilité, de capacités d'analyses et de pouvoir d'agir sur leur santé ;
- c'est un « moyen médical en situation » qui permet l'action pour les salariés pour leur permettre de recouvrer leur santé, et qui donne du sens aux actions et liaisons médicales dans cet intérêt exclusif.

Ce qui s'écrit dans le dossier médical s'inscrit ainsi :

- dans un cadre de droit, droit du travail, droits du patient, missions réglementaires du médecin du travail ;
- dans un cadre déontologique qui répond aux principes suivants :
 - ♦ d'être utile au patient, au moins ne pas lui nuire. Assister moralement la personne qui vient demander de l'aide.
 - ♦ de fonder sa démarche sur les connaissances actuelles de la médecine du travail
- dans un cadre clinique, c'est-à-dire un espace exigeant une démarche particulière de pensée et une formation adéquate : c'est une approche qui vise un changement, se tient dans la singularité et coproduit un sens de ce qui se passe, à partir de la clinique médicale du travail ;
- dans une éthique qui permet d'éprouver les limites de notre activité, la confrontation constante à ce qui résiste à la connaissance d'un côté, le

« vouloir comprendre » qui pourrait se confondre avec un pouvoir sur cet « autre soi-même » de l'autre côté.

4.2 C'est un écrit médical qui a un contenu clinique

4.2.1 Comment la pratique quotidienne de la consultation en médecine du travail pourrait-elle s'écrire dans un dossier ?

Lorsqu'il s'agit de saisir la temporalité des situations et leur complexité qui empêche une causalité simple, la mise en visibilité du lien santé travail repose d'une part sur la parole et le dialogue médecin du travail - salarié et d'autre part sur « L'Écrit médical » dans la pluralité de ses formes. Y-a-t-il une écriture spécifique de l'expérience et de la clinique ? Comment rendre compte du travail clinique du médecin du travail ?

Une démarche clinique est par nature, par orientation et par construction, attentive aux particularités et aux singularités, elle n'appartient pas à une seule discipline. En médecine, la clinique est avant tout une nouvelle manière de faire voir les atteintes à la santé. La maladie n'est pas seulement un ensemble de symptômes, c'est à dire visible, elle est aussi énonçable.

C'est parce que nous étions dans un cadre de droit, dans une mission, et que nous n'avions pas les mots pour rendre compte de cette clinique dans le dossier médical, que nous avons fait le choix d'écrire des monographies. La clinique s'écrit alors dans un genre différent de l'habituelle rédaction scientifique, plus proche de la littérature. Elle cherche le sens du possible et non le sens de la réalité, elle cherche la vraisemblance mais ne se prend pas pour la vérité. La monographie a été indispensable à la mise en visibilité des pratiques cliniques et à la construction du métier de médecin du travail. Mais elle ne peut pas être écrite pour chaque consultation.

Le descriptif symptomatique ou organique que nous avons tous connu non seulement n'est pas opérant, mais il ne prend pas en compte la clinique médicale du travail. La clinique articule ce qui se voit et ce qui se dit, elle réorganise les éléments qui constituent le phénomène pathologique. Elle situe un symptôme dans une histoire singulière, pour un sujet engagé dans une activité de travail dans un contexte historique, économique et social.

La clinique médicale du travail prend en compte l'engagement subjectif dans le travail et la relation que celui ou celle qui travaille entretient avec l'environnement, les autres et le monde. Comment l'énoncer dans le dossier, comment trouver les mots justes ?

Où la démarche clinique peut-elle s'écrire dans le DSMT ? Dans quelles cases: dans les données de « l'interrogatoire » : existence ou absence de symptômes physiques ou psychiques ou dans les données de « l'examen clinique » : existence ou absence de signes cliniques destinés à évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et le poste de travail actuel et les expositions antérieures.

4.2.2 Selon quelle méthodologie ?

Il s'agit d'utiliser les mots de tous les jours, ceux que le salarié peut se réapproprier. Il faut reprendre les paramètres que nous avons négligés pendant longtemps avant de les réinvestir dans les monographies : l'activité de travail, les expériences antérieures, l'histoire singulière, les affects, les détails qui comptent.

Il faut passer par l'évènement. La singularité vient d'abord de l'évènement du travail, du récit. Pas d'évènement sans activité, sans fragments d'activité, sans détails. Pas d'évènement sans présences humaines, sans collègues, sans chef, sans intention, sans lien et sans conséquence. Pas d'évènement sans paroles : des paroles ont été adressées au salarié, des paroles ont été dites par le salarié, ou échangées entre d'autres salariés.

L'évènement raconté est un bouleversement que le salarié a traversé, il intervient à l'articulation du collectif et de l'individuel, du psychique et du social, de l'humain et de la matière, il est porteur d'affect et d'émotion. Il s'agit de reconstruire son sens, donc son rapport aux circonstances, sa place dans l'engagement subjectif du sujet dans le travail. Il s'agit de savoir comment cet évènement a pris place dans son histoire singulière.

Impossible de tout mettre en mots, de reprendre l'évènement dans le dossier. Ce n'est plus l'évènement qui compte, mais sa marque, l'empreinte qu'il laisse, qu'il a laissé, l'émotion qu'il a suscitée. Faire avec l'évènement, c'est faire histoire, c'est ouvrir des possibles.

Ce qui s'écrit dans le dossier médical doit garder le lien entre singularité et objectivité. Reprendre les mots qui, dans le récit, ont fait surgir une émotion soustraite à la délibération et à la volonté du sujet. La justesse des mots vient de l'effet produit, de l'effet de transformation. Utiliser des mots de tous les jours, pas des mots techniques, scientifiques, écrire dans le dossier la reformulation proposée au salarié. Savoir écrire dans le dossier l'échec d'une démarche clinique.

Décider de ce qui ne doit pas s'écrire dans le dossier. Parfois au cœur de la démarche clinique à partir de

l'activité de travail, au cours du récit, des blessures psychiques anciennes résonnent avec les événements actuels du travail. Dans ce surgissement de l'intime, le secret qui a été déposé là, ne doit pas s'écrire. Ce qui compte, ce qui doit être écrit dans le dossier médical, ce sont les circonstances dans lesquelles l'intime a surgi, c'est l'émotion qui a permis la résonance avec l'histoire singulière, c'est ce qui pourrait altérer le lien santé/travail.

4.3 C'est un écrit médical qui a un destinataire et un objectif

Les écrits regroupés dans le dossier médical sont de deux types : soit ils concernent le salarié, soit ils concernent le collectif et ils sont destinés alors à l'espace public, même s'ils peuvent être conservés aussi dans le dossier médical.

4.3.1 Les écrits concernant le salarié

C'est le destinataire de l'écrit médical qui détermine l'objectif recherché.

Différents écrits peuvent être effectués par le médecin du travail :

- pour le dossier médical pour rendre compte du travail clinique et construire le lien santé-travail ; aussi pour 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 ;
- pour le salarié comme traces de pratiques « *inter-compréhensives* ». Il s'agit alors d'un écrit spécifique destiné au salarié qui trace l'état d'un travail clinique, comme point d'étape, mais aussi comme état d'un constat médical sans préjuger de possibles utilisations ultérieures ;
- à l'attention d'un autre médecin pour mettre en visibilité le lien santé-travail ; ce courrier médical élaboré dans une pratique inter-compréhensive avec le salarié et remis au salarié a un contenu clinique, peut et doit garder le lien entre singularité et objectivité. Il peut permettre de faire le lien avec le médecin traitant pour lui permettre de prescrire à bon escient ;
- constituer une « *thérapie préventive* », 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. Cet écrit du médecin du travail dont la fonction est « *le soin préventif* » tente d'éviter par exemple un

passage à l'acte en donnant acte de la rationalité de la situation et en rendant visible les liens entre la situation professionnelle et les effets observés ;

- enfin ou en sus, une finalité réglementaire pour assurer les droits médico-sociaux du salarié pour attester, certifier, mettre en visibilité le lien santé-travail et les atteintes pathologiques liées au travail.

4.3.2 Les écrits concernant le collectif

Le médecin du travail émet ses préconisations médicales individuelles sur la fiche de suivi médical, dite « d'aptitude ». Mais au-delà il peut en nourrir ainsi son action de prévention collective primaire ou de sauvegarde. Ce document peut alors s'enrichir de mentions attirant l'attention de l'employeur sur le lien entre le changement d'organisation et l'état de santé très concret du salarié ou avec son arrêt de travail récent qui permettra une action de prévention collective.

Les écrits du médecin du travail « *signalant un risque* » peuvent permettre que s'y adosse spécifiquement une démarche de prévention collective. Ces écrits concernent l'identification médicale des risques, la veille ou l'alerte médicale des effets du travail pour la santé. Les différents acteurs qui œuvrent à la prévention collective, l'employeur mais aussi les représentants des salariés, peuvent y découvrir des effets délétères du travail pour la santé auxquels par nature ils n'ont pas accès. Des éléments de ces écrits peuvent trouver place au DMST.

Dispute professionnelle 5

Quels sont les éléments caractérisant un écrit médical pour le dossier médical ?

- Quels sont les objectifs du recueil d'informations au DMST ?
- Quelle pratique clinique pour instruire la temporalité des situations et leur complexité ?
- Quel contenu clinique ? Comment trouver les mots justes ?
- Pour quels destinataires ?
- L'écrit médical doit-il ne garder que des éléments objectifs ? Ou peut-il tracer par écrit le cheminement clinique de l'instruction du lien santé-travail ?

5— ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET RÈGLES DE MÉTIER

5.1 L'écrit du médecin du travail a pour objet d'identifier et de rendre visible le lien santé/travail

Dans un écrit médical, ce qui compte est son intérêt pour la santé du patient. Une veille médicale collective avec un suivi clinique individuel prenant l'organisation du travail comme grille de lecture, peut selon les circonstances ouvrir à l'amélioration de l'organisation du travail, ou quand cela est nécessaire, tenter de préserver la santé selon des modalités individuelles très différenciées sans jamais oublier le premier projet. Même en des circonstances de pratique de sauvegarde, le projet d'ouvrir à la compréhension la place du travail ne saurait être abandonné. Au contraire, c'est la seule façon de permettre aux sujets fragilisés, de recouvrer leur capacité d'agir, et à l'organisation du travail d'évoluer en un sens plus respectueux de la santé des femmes et des hommes. En effet le sujet pourrait retourner la violence contre lui-même, parce qu'il ne peut pas résister, parce qu'il se sent coupable de ne pas tenir, d'avoir cédé sur l'essentiel, parce que dans la façon dont il se représente ce qui lui arrive, il n'y a que des rapports individuels, inégalitaires du fait de la condition de travailleur salarié, où les coopérations, les collègues, les collectifs ont disparu.

La consultation médicale est ainsi une occasion pour le salarié de dé singulariser des histoires personnelles pour passer ensuite au collectif en s'adossant à des éléments issus des connaissances sur l'activité de travail. C'est aussi l'occasion de découvrir qu'il n'est pas le seul à énoncer ce qu'il énonce et que d'autres vivent la même chose.

Le lien santé/travail est exploré 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, et des difficultés et conflits rapportés par d'autres salariés de l'entreprise, ou par l'employeur. Ce travail médical où le passage à l'écrit est essentiel, pourra permettre que se déploie en écho, une mise en délibération collective des difficultés de la contribution des sujets dans leur travail. Ainsi, le médecin du travail contribuera à les rendre acteurs de la transformation de leur travail, en remettant le travail réel au centre de l'élaboration collective.

5.2 Règles de métier pour instruire le lien santé/travail et élaborer l'écrit médical

La spécialité du médecin du travail l'incite à prendre l'organisation du travail comme grille de lecture ; ainsi

il passe du « comment va votre santé » au « comment va votre travail ».

C'est le sujet qu'on se propose d'aider à construire son récit, ce qui lui permet d'accéder au sens des événements. C'est lui qui fait les liens avec les autres, le temps, l'organisation concrète, ce qu'il y jouait, ce qui le fait souffrir, qu'il n'accepte pas. C'est à travers ce récit ou la douleur affleure que se construit l'idée que ce qu'il vit, peut-être il n'est pas le seul à le vivre ! Non, il n'est pas fou ! Oui le praticien rencontre fréquemment des personnes dans sa situation ! Explorer en intercompréhension avec le sujet, la dynamique du « travailler ». Faire raconter par le sujet comment il fait concrètement pour arriver à travailler, comment il faisait antérieurement. Faciliter le récit par l'intérêt manifesté pour « comprendre avec ». Explorer le faire et le faire ensemble. Pourquoi ce n'est plus possible aujourd'hui et que c'était possible hier. Qu'est-ce qui a changé concrètement dans l'organisation du travail du sujet, organisation du travail au sens de division des tâches ou des rapports sociaux. Ainsi la clinique quotidienne du médecin a pour projet, devant une pathologie mentale, rhumatologique, cardiaque, respiratoire, digestive, d'explorer en intercompréhension avec le sujet, la dynamique du « travailler ».

La parole du sujet, sa contextualisation et le travail inter compréhensif entre le sujet et le médecin du travail, permet l'élaboration du sens de la souffrance. Il s'agit de faire émerger des analyses non encore pensées, et de donner des éléments pour aider à modifier l'activité de travail. La clinique médicale du travail entend aider le salarié qui se trouverait fragilisé dans sa santé et enfermé dans un conflit entre ce qu'il tente de soutenir et les impasses dans lesquelles l'organisation du travail le place. La clinique médicale du travail contribue ainsi aider le salarié à élucider les conflits nés des nouvelles organisations.

Les questions de santé au travail et de prévention se posent en termes de compréhension des mouvements contradictoires qui animent l'activité et déterminent les conditions matérielles, sociales et subjectives du travail. Il s'agit alors pour le médecin du travail d'aider le sujet à exprimer les dimensions de son engagement dans le travail. Elle permet ainsi au médecin du travail d'acquiescer et d'accéder à une compréhension intime des tensions qui accompagnent le travail. L'objectif de ce travail clinique est la reconquête par le salarié de son pouvoir d'agir afin de lui permettre de recouvrer sa capacité à construire sa santé au 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. « Sentir » dans un récit de

quoi il retourne, faire le vide, être disponible, sans a priori sur ce qui est relaté. Les affects, les 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 exemple sa colère, sont du matériel clinique. 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 matériel clinique dans le registre des émotions, comme celles du sujet reçu au cabinet médical. Les réunions de travail dans l'entreprise constituent aussi du matériel pour la clinique médicale du travail.

Ainsi de courtes notes cliniques ou des éléments beaucoup plus développés sont notés 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.

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 temps du travail clinique déployé sur la durée, est du matériau 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 est une aide essentielle pour le travail clinique en médecine du travail. Le déroulement du temps permet aux événements de travail de s'inscrire dans le corps, de s'y incorporer physiquement et psychologiquement, d'y laisser des marques. Ces éléments, micro-histoire en rapport avec l'activité de travail réellement déployée, et dynamique de construction ou de fragilisation de la santé au 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 systématisée des recueils. Cette compilation constitue un matériel précieux et utile, le moment venu, afin de permettre une analyse donnant accès au sens des constats déléteurs. Lors du travail clinique d'accompagnement des sujets au travail, 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 importants pour un sujet, quel est le risque ou l'intérêt d'un éloignement temporaire ou définitif du travail à visée thérapeutique ?

C'est 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 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 agi par des intérêts autres que ceux de la santé des patients ou de la santé publique en santé au travail.

5.3 Élaboration par le sujet et risque de l'écrit médical

La médicalisation de l'écrit, focalisé à un instant « t » sur l'instruction du lien santé travail exploré, ne pourrait-il pas entraîner un risque de blocage de l'élaboration de la part du salarié consultant en souffrance ? L'énoncé écrit du lien santé/travail pourrait avoir cet effet, mais il n'y a pas de place dans cet écrit pour un diagnostic médico-légal sans travail clinique préalable avec le salarié, et l'inverse est soutenu, à savoir que l'écrit est destiné à aider le salarié à se repositionner du côté de son « travailler » en actant de tout ce qui est déployé comme contribution par lui, pour faire le travail. Ainsi le travail lors de la consultation de clinique médicale du travail est une intercompréhension « en construction » aux temporalités décalées pour chacun, médecin du travail et salarié. L'élaboration par le sujet par essence n'est jamais terminée.

Du point de vue du médecin du travail, cette tension pour « comprendre avec », peut acheminer sur les procédures défensives du salarié. Il peut avoir un temps de décalage avec le salarié, face à ses procédures défensives fragilisées qui font brèche à l'irruption de la souffrance professionnelle, et perturbent encore son accès aux pistes explicatives qui émergeraient du côté du travail. Elles peuvent alors être accessibles au médecin du travail, et rester encore obscures pour le salarié.

Comment pour le médecin du travail ne pas brusquer le travail d'élaboration du salarié, tout en ne se faisant pas piéger par les effets des procédures défensives du salarié qui masquent encore partiellement le rôle du travail, de son organisation et des rapports sociaux, en emblématisant les rapports personnels ou de responsabilités individuelles dont la clé de compréhension du travail serait absente ? Les balises incontournables en sont probablement pour le médecin clinicien une atti-

tude respectueuse et un écrit dans l'intérêt du salarié qui permettrait à ce dernier de s'y adosser pour continuer son travail d'élaboration, sans que pour autant le médecin du travail ne se fasse instrumentaliser par les défenses du salarié.

5.4 L'écrit médical comme étape pour le sujet d'un travail inter-compréhensif avec le médecin

Si la souffrance est un vécu individuel, c'est la compréhension de ses déterminants collectifs qui permet de sortir d'un vécu délétère. L'écrit médical dans la pluralité de ses formes peut y contribuer.

L'écrit médical peut être ainsi opérateur de santé. Les circonstances en sont plurielles. Le médecin du travail peut accepter du fait d'une « nécessité » qu'il apprécie en responsabilité, de transcrire dans un écrit médical spécifique remis au salarié, le point d'étape de ce qu'il a compris à partir d'un travail inter-compréhensif avec un salarié. Le salarié peut-être aussi demandeur d'écrits médicaux qui le favorisent : extrait de son dossier médical qui pourrait être remis en forme par le médecin du travail pour qu'il soit compréhensible, attestation médicale d'un travail clinique du médecin du travail auprès de ce salarié, en urgence ou étalé dans le temps en suivi d'une problématique clinique spécifique, « certificat de maladie professionnelle » argumenté concernant une psychopathologie du travail, ou écrit spécifique du médecin du travail à destination d'un CRRMP instruisant dans le détail le lien santé-travail.

Un certain nombre de médecins du travail consultant dans des consultations *Souffrances et travail*, de leur initiative, systématiquement ou exceptionnellement, par un travail de clinique médicale du travail compréhensive, tracent par écrit l'histoire individuelle et collective du « travailler » d'un salarié au décours d'une phase médicale d'un travail clinique. N'ayant pas vocation à revoir le salarié, ils pensent que cette « trace médicale » d'un travail en quête de compréhension du rôle du travail, peut aider le salarié concerné à le poursuivre en y retrouvant les éléments marquants que le travail clinique a permis de faire émerger. Cet écrit à alors valeur thérapeutique tout en permettant au salarié d'en faire un support de liaison médicale avec les médecins le prenant en charge. Il peut parfois être utilisé comme le point de vue d'un spécialiste en médecine du travail chargé de son suivi clinique, par un salarié dans telle ou telle procédure médico légale le concernant.

Des médecins du travail dans leur pratique médicale ordinaire peuvent aussi utiliser un écrit médical dans un but proche.

➤ Ou bien au décours d'une relation clinique en urgence, où il leur paraît nécessaire de « tracer médicalement » ce qu'ils ont analysé cliniquement d'une situation médicale, pensant que cette accroche à la réalité du travail qui est alors permise au salarié par le truchement de cet écrit, pourrait lui permettre de sortir d'un processus délétère d'où n'émerge alors que ce que le salarié penserait de sa propre insuffisance, responsabilité personnelle, processus fautif et culpabilisant, faisant obstacle à l'analyse du rôle du travail.

➤ Ou bien en liaison médicale dans le cadre d'un processus de soin, pour apporter leur point de vue de spécialiste de la santé au travail à un médecin traitant, pour y faire émerger les pistes étiologiques principales du travail et du travailler du sujet. L'accès par le salarié à cet écrit dont il est le vecteur, lui facilite la compréhension de l'attitude du médecin du travail, par son action de prévention primaire le concernant, et par son éclairage spécialisé au médecin traitant.

5.4 Le travailler des médecins du travail

Ce qui conduit à devoir faire un écrit dans une situation donnée, est le souci de défendre le point de vue de la santé. Les éléments essentiels sont collectés au cabinet, par le médecin ou l'infirmière, après avoir reçu un salarié, beaucoup plus qu'en visite de poste. L'écrit s'appuie sur ce qui vient d'être entendu au cabinet médical, « *ce courrier, il est lu* », et sur des écrits antérieurs qui sont mobilisés.

Passer à l'écrit peut être ressenti comme une impérieuse nécessité, dans un engagement perceptible du côté du corps, c'est-à-dire du côté des émotions.

Ainsi le médecin peut s'appuyer sur la discussion de son GAPEP pour la rédaction d'un certificat de MP.

Ainsi un médecin se souvient-il des conditions dans lesquelles il a rédigé un écrit avec certificat, et pourquoi il l'a rédigé, se revoit-il parfaitement en situation de travailler. Il catégorise les trois étages d'un écrit : professionnel et réglementaire, éthique, et engagé au service de la santé au travail.

La métis, l'intelligence rusée s'invite dans la rédaction de l'écrit. Impérieuse nécessité et surgissement peuvent évoquer sa « naissance ».

Les écrits ont toujours comme projet de donner à comprendre, de « sédimenter » l'état des réflexions, de bien investiguer.

L'écrit peut aussi avoir pour fonction de déplacer des questions, pour qu'elles deviennent centrales dans un objectif de prévention des organisations du travail délétères.

5.6 L'écrit opératoire, ou écrit modeste

5.6.1 Les écrits modestes(8), dans le dossier médical

Écrits modestes, écrits opératoires, écrits essentiels ? Ils peinent à être nommés précisément, bien que présents un peu clandestinement dans le dossier médical, l'accent ayant été mis jusqu'à une date récente sur les monographies.

Les écrits modestes témoignent de la légitimité de l'hébergement des matériels de la clinique médicale du travail au sein du dossier médical. Ils sont la marque du cheminement pour le clinicien ; en pattes de mouche, celle « du travailler » du médecin du travail.

5.6.2 Les écrits modestes rédigés

Les écrits modestes peuvent provenir de traces cliniques relevées dans le dossier médical. Ce type d'écrit prend souvent une forme minimale, un style télégraphique, car la rédaction suit de peu l'échange avec le salarié. L'écrit peut être repris à distance, puis abandonné provisoirement.

Ces écrits constituent un matériel clinique. Quand les notes sont relues, le temps leur donne de l'épaisseur, les pièces cliniques peuvent trouver à s'emboîter. Un nouveau travail clinique peut commencer. Le destinataire est d'abord le salarié.

5.6.3 Ouvrir des droits, donner à comprendre

Certains placent l'écrit du côté des déterminants comportant des recommandations ou des préconisations. D'autres attestent que l'écrit ouvre des droits, avec une rédaction très pesée, pouvant n'intervenir qu'après plusieurs consultations, jamais à chaud, et soumise à son accord et entendement.

L'écrit pourrait être jugé sur sa capacité à faire avancer le travail d'élaboration individuelle, du fait de son projet direct ou de ses retombées.

Dispute professionnelle 6

Quelles règles de métier pour instruire le lien santé-travail ? Quel type d'écrit déployer pour le rendre visible ?

- Comment construire des règles de métier pour élaborer un écrit médical sur le lien santé-travail ?
- L'écrit médical a-t-il une place dans le travail inter-compréhensif entre le médecin et le salarié ? L'écrit médical peut-il être opérateur de santé ?
- Pour son diagnostic étiologique, le médecin du

8- Désignés ainsi depuis décembre 2013, lors d'une séance du Congrès de l'association SMT (Santé et Médecine du Travail)

travail doit-il s'appuyer exclusivement sur des références médicales opposables ? Ou peut-il apporter sa contribution à partir de la clinique médicale du travail ?

- Comment arbitrer entre un écrit ramassé et opératoire, et une monographie ?
- Écrire comme « expert » écrivant en droit, ou bien comme praticien agissant exclusivement pour la santé de notre patient, « pour comprendre avec » ?

6— LA MONOGRAPHIE CLINIQUE DE MÉDECINE DU TRAVAIL

6.1 La Monographie pour construire le métier entre pairs

La monographie acte d'un tournant dans les pratiques professionnelles avec le passage de « l'observation », à l'entretien de clinique médicale du travail dont la monographie écrite est la trace. La monographie, écriture travaillée, est le lieu d'hébergement d'une élaboration clinique rétrospective, qui ne trouvait pas sa place dans le dossier médical du salarié souvent très pauvrement alimenté. Le travail de rédaction est achevé avant d'être présenté. 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 ;
- tente de les reprendre à tête reposée en essayant de comprendre ce qu'il a entendu ;
- puis à partir de ses notes, rédige la trame d'un récit dans lequel il raconte une histoire, avec les éléments de sa réflexion clinique.

La monographie forme une histoire clinique, récit dans laquelle apparaît un salarié, son travail, avec ses risques, les aléas de son parcours et de son histoire professionnelle, 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.

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.

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.

Les monographies s'adressent à la communauté des professionnels : en arrière fond, ils tendent à faire avancer une réflexion en donnant matière à dispute professionnelle.

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, présentation devant un petit groupe de pairs devant lequel l'histoire est présentée afin de recueillir son avis et son aide ;
- ou encore d'essai de contribution à éclairer par la clinique des éléments apportés par la recherche épidémiologique.

6.2 La Monographie pour argumenter en responsabilité en CRRMP une psychopathologie

En dehors de la reconnaissance en accident du travail, aujourd'hui les psychopathologies du travail ne peuvent être reconnues en maladie professionnelle qu'après instruction par un CRRMP. Dans le cadre de la procédure d'instruction de cette maladie professionnelle hors tableau, l'avis du médecin du travail doit être recueilli.

Les médecins du travail peuvent apporter leur « pierre » à la reconnaissance de cette pathologie professionnelle avec les traces de leurs interventions en CHSCT, ou leurs écrits spécifiques illustrant leur veille médicale ou leurs écrits éventuels d'alerte médicale pour le collectif de travail auquel appartient le salarié concerné. Ils peuvent aussi croiser ces données avec des éléments pertinents de leur fiche d'entreprise qui illustrerait la situation particulière de ce salarié.

Des médecins du travail utilisent la forme de la monographie comme « écrit médical spécifique » pour relater l'histoire médicale du lien santé-travail de ce salarié. Ce dernier est en effet inséré dans un collectif de travail auprès duquel le médecin du travail est le seul à avoir accès à la diversité des histoires médicales individuelles de ses membres, éclairées par le travail.

La force démonstrative pour instruire le lien santé-travail par la clinique médicale du travail, des monographies du médecin du travail, en sont :

- l'éclairage aujourd'hui de cette situation individuelle à la lumière de la santé au travail du collectif de travail concerné ;

- mais aussi la temporalité, la diachronie de l'histoire individuelle et collective de la santé au travail dans laquelle est insérée ce salarié.

6.3 Argumenter du point de vue du travail, auprès d'un CRRMP, un cancer professionnel, un exemple de courrier médical au médecin conseil

« Dossier MP demande de saisine du CRRMP :

M. C..., N°SS :

Informations complémentaires

Monsieur le Médecin-Conseil

Cher confrère,

J'ai établi un certificat médical concernant M.C..., décédé d'un cancer du larynx à l'âge de 66 ans, liée à son passé professionnel l'exposant essentiellement, dès l'âge de 15 ans à des poussières textiles et ce jusqu'à l'âge de 41 ans. De 41 ans à 57 ans, c'est-à-dire pendant sa fin de carrière, il a travaillé dans l'entreprise T..., à un poste l'exposant, à un degré moindre sans doute, à la fois aux poussières textiles (contiguïté des ateliers) et aux poussières de bois (assemblage de pièces de bois dans un atelier contigu à une menuiserie). M. C... n'a jamais fumé.

Un de ses collègues de travail, M. P., n°SS, qui avait eu un itinéraire professionnel similaire, est décédé à 62 ans d'un cancer du cavum (ni tabac, ni voyage en Asie du Sud-Est) et a fait l'objet d'une reconnaissance du caractère professionnel par le CRRMP en ce début d'année.

Trajectoire professionnelle de M. P...: de l'âge de 14 ans à l'âge de 20 ans travail dans des tissages et tricotage de coton. À partir de 1962, travail dans l'entreprise T... avec : de 1962 à 1965, travail au garnissage de matelas avec manipulation de matelassure puis à la finition des sommiers de 1973 à la fin de sa carrière, travail en finition de sommiers avec manipulation de feutre constitué de déchets textiles.

Si on compare avec la trajectoire de M. C..., on retrouve des similitudes.

Pour M. C... :

- *Un an apprenti-miroitier de 14 à 15 ans, avec sans doute une exposition nocive.*
- *De 1951 à 1979, travail dans des tissages de coton.*
- *Depuis 1979 jusqu'à 1995, travail au montage de caisses de sommiers en bois, poste situé dans le même atelier que le poste de M. P... puis dans un atelier contigu, ouvert d'un côté sur l'atelier menuiserie, donc avec des poussières de bois et de l'autre côté sur l'atelier matelas et ses poussières textiles.*

Vous trouverez ci-joint une photocopie tirée de l'ouvrage sur les cancers professionnels : poussières textiles et poussières de bois sont évoquées comme étant susceptibles d'intervenir dans les cancers du larynx.

Le médecin du travail

PJ : extrait de l'ouvrage Les cancers professionnels, Ed. Margaux, Pairon, Brochard, Le Bourgeois, Ruffié ».

7— DES « RUSES DE MÉTIER » POUR LES ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL ?

7.1 Des écrits pour l'ensemble des destinataires des conseils du médecin du travail

Les écrits du médecin du travail sont organisés et cadrés tant dans leur contenu que dans leur diffusion par des règles présentes dans le Code du travail et le Code de la santé publique, et interprétés par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Les alertes à l'employeur, dans le cadre de l'art L.4624-3, sont supposées être transmises aux IRP, inspection du travail, CARSAT, par l'employeur, sur leur demande. La transmission de ses écrits, par le médecin du travail, aux IRP ou aux salariés concernés n'est interdite par aucun texte ni aucune jurisprudence. Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel (art. R.4623-1 du Code du travail). Comment pourrait-il les conseiller s'il ne peut pas leur adresser de façon égale les documents et alertes qui leur sont nécessaires pour comprendre et agir en matière de santé au travail.

Or il arrive fréquemment que ces écrits du médecin du travail ne sont pas communiqués par l'employeur aux DP, CHS-CT, qui sont un des moteurs de l'action en entreprise. Comment pallier cette carence ?

Pour un gage d'efficacité, leur diffusion à l'ensemble des partenaires sociaux (DP,-CHSCT,-inspecteur du travail, CARSAT) est nécessaire. Comment faire ?

Des médecins du travail utilisent des « *Trucs et astuces* » pour faciliter la diffusion non prévue explicitement par la réglementation de leurs écrits. En effet le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel. L'ensemble de ses interlocuteurs doivent donc en être informés(9).

.....

9- Article 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.

Ainsi pour leur **fiche d'entreprise**, certains médecins y adjoignent en fin de fiche, tous les résultats d'éventuelles métrologies, les courriers et alertes adressés tant à l'employeur, qu'au CHSCT.

Ainsi il peut être utile pour les courriers adressés à l'employeur, d'adjoindre systématiquement une « **note de bas de page** » rédigée comme suit :

« *Ce document est constitutif de la Fiche d'Entreprise et est à communiquer à la CARSAT, inspection du Travail, CHSCT ou aux délégués du personnel* ».

La diffusion du document obéit alors aux règles concernant la fiche d'entreprise.

Ainsi ils utilisent « **la copie d'une analyse collective à un tiers lecteur** » comme le secrétaire du CHSCT, un confrère concerné par la problématique analysée, le médecin inspecteur du travail, l'inspecteur du travail, ce qui peut faciliter la prise en compte de l'analyse en évitant ainsi sans rétention.

Ainsi ils informent spécifiquement le salarié de son **droit d'accès à son dossier médical**(10). Sont partie intégrante de ce dossier, les observations cliniques du médecin, les « *dires* » de ce salarié, ce que le médecin du travail a compris de l'ensemble de ses observations et examens des autres salariés, et le diagnostic explicite qui instruit le lien santé/travail.

Cette facilité réglementaire d'accès ouverte au patient peut grandement faciliter la circulation d'informations médicales.

Ainsi du **courrier entre deux médecins qui transite par le salarié sous pli non fermé**, lequel peut donc y avoir accès. L'usage personnel que pourrait en faire le salarié, lui appartient.

7.2 Écrit adressé à la direction du SST (protestation ou alerte sur l'impossibilité de remplir nos missions...)

Le Code de la santé publique et les jurisprudences, prévoient que les médecins ne peuvent se dédouaner

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 du présent article, 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. »

10- Le décret N°2002 637 du 30 avril 2002, relatif à la transmission du dossier médical stipule que tout malade ou ses ayants-droits peut demander la transmission du dossier médical à un médecin choisi par lui . Loi « Kouchner » du 4 mars 2002.

de leurs obligations, sous prétexte d'insuffisance de moyens.

Dans la plupart des SST, les médecins du travail n'arrivent plus à faire face aux nombreuses tâches demandées :

- pour essayer de se tenir à flot, ils abandonnent tous les temps de réflexions sur leur métier, rencontres professionnelles, séances de formation, d'EPP ;
- la pluridisciplinarité, censées alléger leur tâche en substituant des intervenants en entreprise, non seulement les éloigne du terrain, mais leur consomme du temps nécessaire à la coordination.

On constate que ne nombreux médecins s'isolent et en croyant se réfugier dans des examens médicaux ou le « tiers temps », et se noient dans un activisme forcené. Ils se trouvent confrontés à des injonctions paradoxales : effectuer une tâche impossible sans en avoir les moyens.

Comment s'en sortent-ils ?

- Soit en s'épuisant à la tâche, c'est alors *le burnout*.
- Soit en négligeant la tâche. On fait des consultations « à la chaîne » pour « voir tout son effectif » mais bien sûr on n'a pas le temps de poser des questions auxquelles il faudrait répondre. Il vaut mieux ne pas se poser des questions. Mais c'est alors difficile de s'arranger avec sa « conscience professionnelle ». Le médecin n'est pas fier d'avoir travaillé à la chaîne, d'avoir été sourd et aveugle à la souffrance de certains salariés.

Une porte de sortie est d'alerter les responsables de la fourniture des moyens d'exercer correctement sa profession soit les dirigeants du service de santé au travail : vous trouverez ci-dessous quelques éléments pour construire un courrier d'alerte à la direction du service de santé au travail.

L'objectif est de « prendre acte » de l'insuffisance de moyen qui empêche le médecin d'exécuter sa mission et pourrait le placer en responsabilité juridique.

Pour le médecin du travail, le risque juridique est nul dans la mesure où il est salarié subordonné dont les moyens d'exercer sa mission sont fournis par les employeurs dirigeant de SST. La responsabilité reste à ces dirigeants comme le montre un récent jugement⁽¹¹⁾ qui condamne la direction d'un SST, pour n'avoir pas fourni les rendez-vous aux visites médicales demandées par une entreprise.

.....

11- Cour de cassation chambre civile 1. Audience publique du jeudi 19 décembre 2013 N° de pourvoi : 12-25056

Certaines directions, face à cette situation, tentent de transférer le risque juridique vers les médecins du travail eux même en leur proposant :

- le statut de cadre au forfait jour. Ainsi la responsabilité d'exécution de la charge de travail serait transférer au médecin : à lui de trouver le temps de la réaliser,
- de devenir « manager chef de service » avec les responsabilités d'un dirigeant pour la bonne exécution de la tâche, mais avec les « moyens du bord ».

Cette démarche peut paraître illusoire si son objectif est seulement une protection contre une éventuelle mise en cause juridique. Son objectif est tout autre : Rappeler aux dirigeants des SST leur responsabilité de fournir les moyens nécessaires à l'exercice des missions des médecins du travail, pour la protection de la santé des salariés. Elle sera d'autant plus efficace que sera communiquée à d'autres acteurs tels que les membres de la Commission de contrôle ou l'inspection du travail chargée du contrôle du bon fonctionnement des SST.

Exemple de courrier adressé au président du service de santé au travail par chacun des médecins d'un service de santé au travail.

« Monsieur le président

Par ce courrier je vous alerte sur le fait que je ne suis plus en capacité d'assurer les multiples tâches prévues par le Code du travail.

Les moyens dont je dispose sont insuffisants.

- *Moyens humains en secrétariat en temps de secrétariat, en formation insuffisante de secrétaire, en changement de secrétaire qui nécessite des temps d'adaptation/formation.*
- *Mon temps de travail est insuffisant pour effectuer toutes les tâches prévues.*
- *Le nombre d'entreprises et les effectifs attribués ne me permettent pas de suivre correctement la santé des salariés.*
- *Je ne dispose pas du temps nécessaire pour effectuer les tâches administratives telles Fiche d'entreprise, analyse des comptes rendus de CHS-CT, de mesure en entreprise, etc.*
- *Moyens informatiques déficient du fait d'une formation à l'utilisation insuffisante, d'un programme parfois inadapté, de son absence de flexibilité et de prise en compte de certaines évolutions, d'un temps de saisie incompatible avec mon temps de consultation des salariés. Absence de temps, de formation et de ressources externes pour exploiter les données saisies.*

➤ *À ce jour je n'arrive plus à effectuer les visites d'entreprises nécessaires et obligatoires à la réalisation d'étude de postes en vue de reclassement/inaptitude ou pour connaître les postes de travail et établir le constat de la fiche d'entreprise.*

➤ *Le temps dont je dispose pour les « visites médicale » ne me permet plus de répondre au rythme légal de surveillance des salariés (visites périodiques de reprise, d'embauche, etc.). L'espacement des visites médicales ne me permet plus de suivre les évolutions globales de la santé au travail dans les entreprises. Le « colloque singulier » que constitue la consultation médicale est irremplaçable pour appréhender l'état de santé physique et psychique des salariés. Je ne suis donc plus en mesure d'assurer une prévention correcte des atteintes à la santé du fait du travail, fondement de mon métier.*

La nouvelle loi du 20 juillet 2011 crée de nouvelles obligations telles la traçabilité des expositions que je suis encore moins en mesure de la réaliser

Certes la pluridisciplinarité peut nous apporter des aides à certaines tâches mais elle nécessite des temps de formation, de coordination, de concertation de certains intervenants (infirmières, assistantes Santé Travail, IPRP) et elle ne peut remplacer la connaissance personnelle et intime des lieux et surtout des personnes présentes dans les entreprises

Je vous confirme que mon temps de travail ne me permet pas de remplir les nombreuses tâches demandées par le Code du travail ce qui est susceptibles d'engager ma responsabilité mais aussi la vôtre, puisque votre rôle est de me fournir les moyens d'exercer mon activité.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me préciser les suites que vous comptez donner à ce courrier. En l'absence de solution satisfaisante je serai amené à en tirer les conséquences ».

8— ÉCRIT MÉDICAL COLLECTIF DE PLUSIEURS MÉDECINS DU TRAVAIL

Dans quel cadre peut-on les rencontrer ?

Le plus souvent il s'agit de groupes de travail de médecins qui s'autosaisissent d'une problématique qui les préoccupe dans leur pratique, ou répondent à une sollicitation ou à une interpellation du Comité d'entreprise, du CHSCT ou de l'employeur .

Citons quelques exemples : l'inaptitude, les maladies professionnelles, la souffrance au travail, la prise en charge des RPS, le risque amiante, CMR, etc. Ces écrits nécessitent en préalable l'enquête, le débat entre

pairs. Leurs élaborations s'appuient sur des constats, des observations tracées dans les dossiers médicaux, les fiches d'entreprises. Il faut instruire la controverse, lorsqu'elle existe.

L'écriture peut être rendue difficile par la recherche d'un consensus parmi les médecins impliqués dans la surveillance de la population des salariés concernés. Si cela apparaît impossible, n'y a-t-il pas lieu de nommer ce qui fait consensus, ce qui fait débat ? L'existence d'un collectif de médecins avec des valeurs, des règles de métiers, communes facilite leur réalisation.

Ces écrits sont spécifiques. Ses auteurs sont des médecins du travail. Par cet écrit médical ils engagent leur responsabilité. Ce qui est écrit pourra leur être opposé de même ce qu'ils auront omis d'écrire. Son contenu instruit le lien entre travail et santé. Il comporte un descriptif de la situation, une analyse du point de vue du médecin du travail et éventuellement des orientations pour l'action qui se situent exclusivement du côté de la santé, ce qui exclue toute approche gestionnaire des risques du travail.

Dans le cadre d'un groupe de travail incluant les partenaires sociaux (employeur et/ou représentant des salariés) l'écrit médical doit apparaître de façon distincte du rapport global afin d'éviter la confusion et la manipulation éventuelle (publication en version pdf).

Ces écrits sont adressés. Ils contribuent à éclairer les partenaires sociaux sur des risques, des situations pouvant mettre en jeu la santé des travailleurs. Ils mettent également l'employeur en responsabilité, en l'informant de la façon la plus exhaustive possible.

On insistera sur l'importance des écrits cumulés et répétitifs des médecins du travail devant l'absence de leurs prises en compte par l'employeur. Ainsi le jugement du TGI de Lyon(12) est exemplaire par ses commentaires montrant leurs portées possibles : *« attendu que les médecins du travail, tant dans leurs rapports 2008, 2009 ou 2010 ont stigmatisé le benchmarking comme un facteur de risques psychosociaux ».*

Un autre exemple de ce type d'écrit se rencontre dans les conclusions collectives de rapports annuels de médecins de SSTE, comme les rapports médicaux annuels collectifs des médecins du travail de Bourg en

.....

12- Tribunal de grande instance de Lyon, 4 septembre 2012, RG n° 11/05300 (un système d'évaluation permanente des salariés par rapport aux performances des autres présente un risque pour la santé des travailleurs)

Bresse(13). À l’observation on constate qu’ils correspondent alors à des actes de résistance collective face à des situations professionnelles plus que délétères et sont aussi destinés à alerter aussi bien dans l’espace public interne qu’externe : Comité d’entreprise, CHSCT, DIRECTE, inspection du travail.

*9— COOPÉRATIONS ET ÉCRITS
DANS LE CADRE D’UNE ÉQUIPE MÉDICALE
OU PLURIDISCIPLINAIRE D’UN SST*

9.1 Coopérations et écrits dans le cadre de l’équipe médicale, médecin du travail – infirmière du travail

Une équipe pluridisciplinaire est composée de professionnels spécialistes du champ du travail. Cette équipe comporte une équipe médicale qui regroupe les professionnels dont l’exercice relève du Code de la santé publique. Le médecin du travail est responsable technique de l’équipe médicale, dans le respect du rôle propre des infirmières. Il est dans cette équipe le seul à être responsable personnellement de la « mission réglementaire » confiée au médecin du travail. Seuls les membres de cette équipe médicale sont habilités à intervenir dans le domaine de la santé des personnes. Eux seuls ont, réglementairement, accès au DMST.

La compréhension de l’activité de travail du salarié et de ce qui peut faire difficulté dans celle-ci par la clinique médicale du travail, est pour l’infirmière comme pour le médecin du travail, la grille de lecture essentielle pour appréhender les « traces » du travail sur le corps, dans un objectif de prévention individuelle et collective. Cela permet de comprendre les difficultés du « travailler » et du « travailler ensemble ». La prise en compte du point de vue exclusif de la santé au travail structure les coopérations en clinique médicale du travail pour l’équipe médicale du travail.

L’Entretien Santé Travail Infirmier (ESTI) est réalisé sous la responsabilité du médecin et sur sa prescription (art. R.4623-14 et R.4623-30 du Code du travail). L’infirmière du travail en informe donc systématiquement le médecin du travail.

Le décret du 30 janvier 2012 précise que le médecin du travail assure personnellement l’ensemble de ses fonctions.

L’ESTI est mis en œuvre sur la base d’un protocole élargi de délégation du médecin du travail concerné. Dans un SST, les fondations d’un tel protocole auraient intérêt à être « discutées » par plusieurs collectifs de « médecins-infirmiers ».

.....

13- <http://collectif-medecins-bourg-en-bresse.over-blog.com/categorie-11240901.html>

Le cadre écrit des traces des ESTI est borné par des règles de métier discutées entre IST, par le protocole de délégation du médecin du travail et le travail en coopération, selon les recommandations générales définies par la HAS(14). Le contenu des entretiens infirmiers peut être tracé dans le dossier médical du salarié (DMST) si le médecin du travail en donne délégation.

L’ESTI contribue à la mission de suivi médical individuel et collectif, de veille et d’alerte du médecin du travail. C’est au médecin du travail, réglementairement protégé par le cadre de sa mission, d’en faire bénéficier l’exercice de l’infirmière du travail.

L’ESTI n’est pas une activité de substitution du médecin vers l’infirmier, mais un enrichissement de pratiques médicales reposant sur la coopération de deux métiers, à droits et devoirs spécifiques différents, réglementairement définis. Il s’appuie sur une approche clinique du salarié dans son travail et de sa parole, qui confère la capacité à organiser et à mettre en lien les déclarations de la personne avec les situations de travail et les rapports sociaux de travail.

L’ESTI investigate le travail et la santé dans le but de faire un lien santé/travail et aboutit à l’élaboration d’une contribution de l’infirmier dans ce projet. Il s’agit pour l’IST d’un travail de compréhension et d’analyse du travail du point de vue de ce qui compte pour le salarié, de ce qui fait difficulté ainsi que des retentissements sur lui.

L’équipe médicale du travail a pour projet de rendre visible les risques et leurs effets dans l’espace de prévention de l’entreprise pour leur prise en compte par les différents acteurs. Le médecin et l’infirmier du travail y tiendront un point de vue humaniste, compréhensif, clinique et exclusif de la santé au travail des salariés.

L’Infirmier en Santé Travail (IST) contribue au recueil de données cliniques et épidémiologiques, assure un traçage des risques professionnels et participe par ce travail à la veille et l’alerte médicale permettant au médecin du travail de déployer des actions de prévention collective.

Les apports du recueil de données de facteurs de risque ou d’étude spécifique que le médecin du travail

.....

14- Synthèse des recommandations professionnelles de l’HAS concernant le dossier médical en santé au travail (DMST). Janvier 2009 : « le DMST est tenu par le médecin du travail. Il peut être alimenté et consulté par les personnels infirmiers du travail, collaborateurs du médecin du travail, sous la responsabilité et avec l’accord du médecin du travail, dans le respect du secret professionnel et dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à l’exercice de leur mission »

pourra confier à l'infirmière du travail, pourront nourrir sa « fiche d'entreprise » ou son « rapport annuel d'activité ». Dans ces documents, rien ne fait obstacle à ce que soit citée explicitement la contribution d'une infirmière du travail. Toutefois il est essentiel que le médecin du travail signe tout document auquel aurait contribué l'infirmière du travail et qui engagerait la « mission réglementaire » du médecin du travail. Il s'agit en la matière d'inscrire le travail de l'équipe médicale relevant du Code de la santé publique, à la fois dans un cadre de droit protecteur pour l'infirmière du travail, mais aussi dans un cadre qui puisse permettre l'exercice de « plein droit » de la mission du médecin du travail auprès de chaque salarié, de l'employeur et de représentants des travailleurs. Un écrit d'une infirmière du travail hors de ce contexte, manque de tout support réglementaire et par conséquent est risqué pour cette dernière, et n'ouvre à aucun cadre de prise en compte réglementaire pour l'employeur ou la représentation sociale.

Les ESTI donnent lieu à des « staffs » périodiques qui ont pour fonction de faire le point sur les problèmes rencontrés au cours des entretiens (plaintes, souffrances). Ils consolident les coopérations professionnelles.

La mise en place des ESTI demande l'élaboration de nouvelles modalités de travail et de coopération entre médecin et infirmières dans le cadre d'une organisation orientée vers la continuité du suivi de santé des salariés.

Le travail en coopération médecin-infirmière relève d'une construction d'une indispensable confiance réciproque. La coopération repose sur la possibilité de cette confiance assise sur des valeurs et règles professionnelles partagées qui font sens en prévention de la santé au travail. Pour construire la confiance, le médecin du travail doit donner à voir à l'infirmière avec qui il coopère, ses règles professionnelles clinique et d'intervention.

Cette coopération d'appui de l'infirmière au médecin du travail, est subordonnée à une compréhension partagée des règles et obligations réglementaires du métier de médecin du travail. Il y a une difficulté professionnelle éventuelle pour une infirmière, à travailler avec deux médecins du travail si elle doit alterner ses coopérations entre deux systèmes de règles professionnelles et normes, portés par chaque médecin.

Le cadre réglementaire de l'intervention de l'infirmière du travail, gagne à être précisé du point de vue de son métier par des délibérations entre pairs, pour le spécifier en médecine du travail.

Ces coopérations permettent aux IST de développer des savoir-faire spécifiques mais nécessitent une formation spécifique et une réflexion entre pairs sur les pratiques professionnelles d'une clinique infirmière en médecine du travail construisant des règles de métier partagées et s'articulant harmonieusement avec l'activité des médecins du travail.

Dispute professionnelle 7

Quelle écriture de l'infirmière du travail au DMST ?

- Quelle place de la clinique médicale du travail pour l'équipe médicale autour de l'ESTI ?
- Quelles sont les éléments d'une coopération respectueuse dans le cadre de l'ESTI entre IST et médecin du travail ?
- Comment allier le cadre d'un protocole pour l'ESTI, et le respect des marges de manœuvre nécessaires du métier d'IST en construction ?
- Quelle spécificité de l'écrit de l'IST au DMST ?
- Le médecin du travail doit-il donner à voir à l'IST ses règles et valeurs professionnelles pour coopérer en confiance ?
- Quelle place pour les groupes de pairs entre IST pour écrire au DMST ? Quelle dispute professionnelle, les IST pourraient discuter en priorité avec les groupes de pairs de médecin du travail ?

9.2 Le compte rendu d'un psychologue en SST pourrait rejoindre le DMST

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire ne relevant pas du Code de la santé publique ne peuvent accéder ni écrire au DMST. Ils disposent donc de leurs dossiers propres.

Les écrits se nourrissant de la clinique du travail sont probablement parmi les documents les plus importants élaborés par des membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Tout document remis en qualité au médecin du travail et éclairant potentiellement le lien santé travail d'un salarié, peut, de la décision du médecin du travail responsable du DMST, rejoindre le dossier médical placé sous sa responsabilité.

Cela peut concerner ainsi le compte-rendu d'entretien individuel d'un psychologue en SST. Mais dans ce cadre il n'y a pas d'obligation réglementaire. Cela peut concerner aussi des éléments d'un rapport d'intervention collective du psychologue en SST, qui pourrait spécifiquement éclairer le contexte délétère de la situation du salarié.

Ainsi pour argumenter une alerte médicale collective, le médecin du travail peut s'appuyer sur ses dossiers médicaux (DMST) où il a noté spécifiquement sa compréhension des difficultés de santé au travail du salarié. Mais ce DMST peut avoir aussi collationné un compte rendu d'un entretien individuel d'un Psychologue en SST prescrit par le médecin du travail, ou un écrit à visée collective d'un psychologue en SST, concernant le collectif de travail de ce salarié.

Des écrits du psychologue en SST peuvent rejoindre ainsi dans le DMST, mais avec un statut différent, les « écrits au dossier qui font trace » du médecin du travail et ses écrits plus élaborés, écrits opératoires ou monographies, certificats de suivi médical ou de MP, ou extraits opératoires pertinents de la fiche d'entreprise impactant spécifiquement ce salarié.

9.3 Coordination avec l'IPRP et écrit du médecin du travail

L'IPRP est membre de l'équipe pluridisciplinaire mais ne relève pas du Code de la santé publique. De ce fait il n'a pas accès aux éléments couverts par l'article L.1110-4 de ce code. Toutefois, hors des missions de gestion de la santé et de la sécurité pour un employeur, il peut intervenir dans le respect de son indépendance technique, à la demande du médecin du travail qui en prescrit la mission et coordonne l'équipe pluridisciplinaire sur son secteur.

Il y a des conceptions différentes, des valeurs différentes pour des métiers différents. Comment travaille-t-on ensemble quand il y a des désaccords ? Comment s'en débrouille-t-on ? Fait-on refaire son écrit à l'IPRP en cas de désaccord important ? Utilisons-nous alors ou pas ses écrits ?

Les écrits qui en résulteraient s'ils sont signés par les IPRP, devraient pouvoir n'être diffusés qu'avec l'accord du médecin du travail. Ou bien ce dernier devrait pouvoir y annexer un commentaire engageant sa responsabilité réglementaire.

L'animation de l'équipe pluridisciplinaire du médecin du travail pour son secteur médical, implique donc qu'il puisse se coordonner autour d'un projet commun avec l'IPRP en amont d'une étude ou intervention, dans le cadre d'une véritable collaboration professionnelle. En l'état en effet, seul le médecin du travail dispose d'une mission réglementaire indépendante de la contrainte économique de gestion des risques de l'employeur. Dans ce cadre, l'écrit spécifique du médecin du travail qui engage sa responsabilité réglementaire qu'est la fiche d'entreprise, a tout à gagner à s'enrichir des « apports coordonnés » des IPRP.

Les écrits d'IPRP en conseil à la gestion des risques d'un employeur spécifique, ne sont pas concernés par le présent commentaire, puisque d'une autre nature que celle de la mission du médecin du travail qui ne doit agir que dans le cadre de sa mission d'ordre public social concernant l'intérêt exclusif de la santé des salariés.

Dispute professionnelle 8

Quelle coordination avec un IPRP, dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés ?

- Quelles bases pour une coordination respectueuse IPRP – médecin du travail ?
- Comment travaille-t-on ensemble quand il y a des désaccords ? Comment s'en débrouille-t-on ?
- En cas de désaccord important autour de l'écrit de l'IPRP, que faire comme médecin du travail ? Diffuser quand même, faire refaire, bloquer la diffusion, y adjoindre un commentaire engageant la responsabilité réglementaire du médecin du travail ?

CONCLUSION

Ce document *Repères pour les pratiques professionnelles* a été élaboré par l'association *Santé et Médecine du Travail* et l'association *E-Pairs* au long du premier semestre 2014, à partir de controverses professionnelles dans nos associations, de disputes professionnelles entre pairs thésaurisées par *E-Pairs*.

Ce document offre un support pour poursuivre le travail d'élaboration de règles professionnelles entre pairs dont le colloque du 20 juin 2014 est un point d'étape important pour développer une médecine du travail dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés. Le cadre réglementaire de la médecine du travail exercée dans les SST définit une mission professionnelle assise sur la déontologie médicale. Nous devons y adosser des règles professionnelles entre pairs pour y déployer les écrits médicaux en médecine du travail.

Ce document place au centre de la pratique clinique du médecin du travail l'instruction du lien santé/travail. Lorsqu'il s'agit de saisir la temporalité des situations et leur complexité qui empêche une causalité simple, la mise en visibilité du lien santé travail repose d'une part sur la parole et le dialogue médecin du travail – salarié et d'autre part sur « l'Écrit médical » dans la pluralité de ses formes. Il rassemble des éléments facilitant l'écriture dans le dossier médical (DMST) afin d'accompagner le salarié, de tracer médicalement les liens entre sa santé et son travail, d'identifier les risques délétères, et de signaler le risque professionnel à

la communauté de travail afin de permettre aux salariés de développer, conserver ou recouvrer leur pouvoir d'agir afin que le travail soit un opérateur de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ Association SMT, coll. (1998), *Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat*, éd. Syros, 400 p., coord. HUEZ D., BARDOT F., CARRÉ A., RIQUET O., SANDRET N.
- ♦ BARDOT F., HUEZ D. (2003), « Clinique médicale du travail et souffrance au travail, les dépressions réactionnelles professionnelles », *Travail et Emploi* n° 96
- ♦ CARRÉ A., HUEZ D., octobre 2013, « Les écrits du médecin du travail », *Cahier SMT* N°27, p 65–70
- ♦ DAVEZIES Ph., DEVEAUX A., TORRES Chr., (2006) « Repères pour une clinique médicale du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol.67, p 119-125
- ♦ DEJOURS Chr. (2008), *Travail, usure mentale, essai de psychopathologie du travail*, éd. Bayard
- ♦ HUEZ D. (2003), « Éthique, Clinique du travail et témoignage, Construire nos règles professionnelles en médecine du travail », *Communication à la Société de Médecine du Travail et d'ergonomie de Franche-Comté*, Besançon
- ♦ HUEZ D., RIQUET O., (2008), « Savoir-faire clinique et action en médecine du travail », *Archives des Maladies Professionnelles*, 30^{ème} journées de Santé et Médecine du travail de Tours, juin 2008, p 373-379
- ♦ LOUBET-DEVEAUX A., BARDOT F. (2003) « Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail », *Travailler* 2003/2, éd.Martin-média
- ♦ MOLINIER P. (2008), *Les enjeux psychiques du travail*, éd. Payot
- ♦ VALEYRE A. (2007), « Les conditions de travail des salariés dans l'Union européenne à quinze selon les formes d'organisation », *Travail et Emploi*, n° 112
- ♦ *Cahier SMT N° 15*, (2000), *Rendre visible les expositions, témoigner des risques*, ABÉCASSIS P., BARDOT F., CARRÉ A., HUEZ D., LEROUX F., SCHUCHT C., SEITZ G.
- ♦ *Cahier SMT N° 18*, (2003), *Clinique Médicale du Travail: Éthique et Pluridisciplinarité*, LUCAS G., DEVEAUX A., THÉBAUD F., HUEZ D., CARRÉ A.
- ♦ *Cahier SMT N° 19*, (2004), *La clinique médicale au cœur de la consultation de médecine du travail*, MACHEFER J., PARENT D., DEVEAUX A., ARNAUDO V., HUEZ D., BARDOT F., DAVEZIES P., LAGNY I., TEYSSEYRE D., RIQUET O., BERTIN Ch.
- ♦ *Cahier SMT N° 20*, (2005), *Somatisation, les Mots du travail*, BARDOT F., BERTIN Ch., CARRÉ A., CRÉMON J., MACHEFER J., LAGNY I., LOUBET-DEVEAUX A., PARENT D., RAMAUT D., SANDRET N., THÉBAUD F.
- ♦ *Cahier SMT N° 21*, (2006), *Clinique médicale du travail*, ARNAUDO V., BERNERON B., LUCAS G., BARDOT F., MACHEFER J., DEVEAUX A.
- ♦ *Cahier SMT N° 22*, (2007), *Pratiques professionnelles cliniques pour agir*, ARNAUDO V., BARDOT F., HUEZ D., BERTIN Ch., RIQUET O., PARENT D., RIQUET O., SANDRET N., DEVEAUX A., JÉGOU F., CRÉMON J., EBER J.-M.
- ♦ *Cahier SMT N° 23*, (2009), *Les consultations cliniques en médecine du travail*, SANDRET N., HUEZ D., THÉBAUD F., BERNERON B., DEVEAUX A., GROSSETÉTE A., DE LABRUSSE B., ARNAUDO V., RIQUET O.
- ♦ *Cahier SMT N° 26*, (2012), *Clinique médicale du travail*, DEVEAUX A., HUEZ D., DJÉMIL K., BESNARD M., SANDRET N.
- ♦ *Cahier SMT N° 27*, (2013), « Clinique médicale du travail, Écrits du médecins du travail », *Actes du colloque avec E-Pairs du 14 juin 2013*, CARRÉ A., SANDRET N., MARTINEZ H., DEVEAUX A., GROSSETÉTE A, RIQUET O., HUEZ D., JÉGOU F., LUCAS G., BURET Th.
- ♦ <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Rapport-College-SRPST.pdf> : 11 avril 2011 : rapport final du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psycho-sociaux au travail
- ♦ <http://taurus.unine.ch> : aide à la classification avec la CIM-10
- ♦ http://cercle-d-excellence-psy.org/OLD/Classif_internationales.html : Les classifications internationales : la CIM-10 et le DSM4R (janvier 2008)
- ♦ [http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Nov2013_ChroniquePP_Le_DSM_5_et_l'évaluation des troubles mentaux.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Nov2013_ChroniquePP_Le_DSM_5_et_l%27évaluation_des_troubles_mentaux.pdf) : DESJARDINS Pierre, novembre 2013, psychologie Québec, Pratique Professionnelle : *Le DSM-5 et l'évaluation des troubles mentaux*, vol. 30, N°6
- ♦ <http://www.inrs.fr> : *Les maladies professionnelles : guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale*
- ♦ <http://www.conseil-national.medecin.fr> : Code de déontologie médicale, édition novembre 2012
- ♦ <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm> : Site des *Cahiers SMT*
- ♦ <http://www.e-pairs.org/colloque2013/2013-06-14/0-clinique-medicale.html> : Actes du Colloque *E-Pairs – ass.SMT* du 14 juin 2013

SUBORDINATION

ET INDÉPENDANCE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

*Compte rendu de la Journée de Printemps Association Santé et Médecine du Travail
22 mars 2014*

Karyne DEVANTAY, Gérard LUCAS, Odile RIQUET, Claire THOMASSIN, rapporteurs

Cette question est centrale dans le métier : de manière paradoxale les médecins du travail sont à la fois subordonnés et indépendants. Subordination introduite *ipso facto* par le contrat de travail entre l'employeur, entreprise ou direction de service inter-entreprises et le médecin du travail, subordination du point de vue des traces écrites produites par le médecin du travail, subordination via le fonctionnement de l'équipe médicale.

Le CNOM dans un rapport d'octobre 1999 précise ce qui doit être garanti pour les médecins libéraux comme pour les médecins salariés comme base de leur indépendance professionnelle : « *la fixation personnelle de leur programme de travail, l'administration de leurs moyens de production, la liberté d'expression de leurs avis et de la mise en œuvre de leurs décisions* ».

Le contrat type du CNOM pour les médecins salariés fixe également : « *article 3, indépendance professionnelle : le D^r ...exercera l'ensemble de ses missions en toute indépendance, dans le respect des dispositions mentionnées à l'article 1^{er} et n'est soumis à un lien de subordination, à l'égard de son employeur, que pour la détermination de ses conditions de travail, sur le plan administratif.* »

Où s'arrête la subordination et où commence l'indépendance, quel chevauchement possible entre les deux. Indépendance par le biais des priorités définies par le médecin du travail : visites, organisation des visites, tiers temps, choix des interventions en entreprises. Mais indépendance du médecin du travail contournée par l'employeur par la mise en place des démarches qualité, des protocoles. De fait, les partenaires sociaux justifient les limites de l'indépendance des médecins du travail quand ils valident les accords

de branche et les modalités de fonctionnement des services interentreprises, le projet annuel de service, la mise en place des activités du service par le directeur du service et d'autres obligations... Comme pour l'ensemble des médecins, l'indépendance des médecins du travail est limitée par les décisions de l'ARS, ou par celles des médecins conseils. La réforme de la médecine du travail met en avant la responsabilité du directeur du service interentreprises pour la mise en place des activités du service. Les limites à notre indépendance sont multiples, le poids des institutions de santé pèse sur notre exercice comme sur celui de tout médecin...

DANS UN PREMIER TEMPS, QUESTIONNER EN PRIORITÉ CE QUI DANS LE FONCTIONNEMENT ET L'ORGANISATION DES SERVICES DE MÉDECINE DU TRAVAIL PEUT S'OPPOSER À UNE PRATIQUE MÉDICALE INDÉPENDANTE

AGIR SUR LES SALARIÉS

QUI ENTOURENT LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Un des moyens pour faire plier les médecins du travail, c'est d'agir sur les personnels qui travaillent avec eux. En faisant pression sur la secrétaire ou l'infirmière du travail pour obtenir du médecin ce qui est demandé : soit le médecin plie, soit il résiste, avec le risque de mettre également en difficulté (et éventuellement en souffrance) la secrétaire ou l'infirmière ou d'aboutir à une accusation de harcèlement par le médecin du travail.

Pour pallier à cette dynamique, il faut instaurer un climat de confiance dans l'équipe et mettre en principe que c'est le médecin du travail qui est l'interlocuteur avec la direction du service ou l'employeur, ceci passe

par la prise de responsabilité des médecins face aux demandes qui leurs sont adressées de façon détournée. Beaucoup de secrétaires n'ont pas le soutien de leur médecin du travail, ni leur confiance, alors qu'elles sont en subordination totale avec leur direction. Ce qui peut aboutir à créer les conditions d'une indépendance technique.

Les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels sont eux dans une relation beaucoup plus complexe avec la direction, du fait de leur statut qui ne leur garantit pas d'indépendance, de l'absence de réflexion collective sur cette question, du fait des protocoles qualité, de la notion de prestation, etc.

*AGIR SUR L'EFFECTIF À PRENDRE EN CHARGE
PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL*

La première atteinte à l'indépendance dans les SIST c'est le rythme des visites et l'effectif attribué au médecin, car c'est le rythme des visites qui influence le travail médical de la consultation. Ce rythme est déterminé par l'employeur, via la secrétaire qui organise les rendez vous, leur rythme... et c'est souvent le début des conflits avec les secrétaires. On ne parle plus d'obligation de moyens (*via* le calcul de l'effectif en fonction des types de suivi : SMS ou pas), mais de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens CPOM. Ajuster les besoins des salariés à ces contrats d'objectifs déclinés par la direction est un équilibre de compromis qui peut vite évoluer en déséquilibre ou en injonction paradoxale.

Il faut donc prêter attention au contenu des conventions signées avec les institutions de prévention et à la marge de manœuvre qu'elles laissent, ou ne laissent pas : s'engager sur des actes communs, mais avec une souplesse importante qui permette néanmoins de coller au terrain. Ces réalités sont différentes selon qu'il s'agit d'un service interentreprises ou d'un service autonome.

La capacité du médecin du travail de résister individuellement dans les SIST à une organisation du travail et des plans d'activité imposés par une direction est très limitée ou relève de l'héroïsme. Un élément de contre-pouvoir serait une Commission médico technique qui fonctionne correctement : avec un collectif de médecins suffisamment représenté ainsi que les infirmières du travail, les IPRP sont malheureusement trop souvent fragilisés par leur statut. La présidence de la CMT ça se vote ! Ce n'est pas obligatoirement le directeur du service : il faut être vigilant sur ces points qui, s'ils sont réunis, peuvent permettre de définir des règles de fonctionnement, et des objectifs atteignables larges et souples : par exemple trois petites

actions collectives, et des marges de manœuvre pour le reste. Mais cela représente un investissement important et régulier !

FAIRE PRESSION

SUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL VIA LE SALARIÉ

Des salariés disent parfois lors des consultations, que les aménagements prescrits par le médecin du travail ne sont pas respectés, que cette situation les met dans des conditions impossibles vis-à-vis des autres salariés, ce qui tend à mettre le médecin du travail en responsabilité de ces conditions de travail impossibles.

Pour un aménagement de poste, rappel des règles de co-construction d'un avis avec le salarié :

- 1^{ère} règle : la décision doit être prise avec le salarié, il faut impliquer le salarié dans l'avis d'aptitude : que mettre sur le papier ? Revenir sur la formulation, du point de vue de la santé sociale après avoir élucidé la question de la santé physique et morale.
- 2^{ème} règle : pas de fierté, je peux revenir en arrière.
- 3^{ème} règle : si pas d'aménagement mis en place, interpellé la hiérarchie.
- 4^{ème} règle : si pas d'aménagement dans les cas de travailleurs handicapés, alerter le CHSCT qui est chargé de l'application des conditions de travail pour les travailleurs handicapés.

Se pose ici le passage de l'individuel au collectif : comment pousser le débat sur ces problématiques dans le dialogue social, comment impliquer le contrôle social. Certains médecins du travail donnent la possibilité aux représentants des salariés de préparer avec eux les Commissions de contrôle.

Des auditeurs syndicalistes présents signalent qu'ils se heurtent souvent aux problèmes suivants : ils demandent à avoir les réunions (CHSCT, CE...) sur les heures de travail, ils ont des difficultés à avoir toutes les informations, ils ne connaissent pas toujours les textes concernant la pratique de la médecine du travail, les possibilités de transmission ou d'accès aux dossiers des salariés, les documents du médecin du travail dont ils peuvent avoir communication... Ils soulignent l'importance de la formation des membres de CHSCT et de CE, et la sensibilisation des médecins du travail au travail des représentants des salariés, ils pointent l'intérêt de développer la communication et la recherche de complémentarité avec les structures de contrôle social des SIST. Des convergences et des synergies seraient possibles en associant les élaborations professionnelles (CMT) au questionnement du contrôle

social institutionnel (Comité d'entreprise et commission de contrôle).

DE QUOI PARLE-T-ON : D'ATTEINTE À L'INDÉPENDANCE OU DE SUBORDINATION ?

L'indépendance du médecin du travail se situe à différents niveaux : dans le cabinet médical, dans ses écrits de médecin du travail, dans l'organisation de son travail.

Quand on dit que le médecin doit appliquer le projet de service, est-ce une subordination qui entraîne une forme d'activité qui porte atteinte à son indépendance dans la mesure où cela l'empêche d'agir comme il l'estime nécessaire pour la santé des salariés ?

La subordination imposée au médecin du travail est différente de la subordination d'un autre salarié, car l'activité du médecin doit être indépendante. Par la mission qui lui est dévolue de protéger la santé des travailleurs du fait de leur travail, le médecin du travail a légitimité pour pondérer et prioriser intelligemment son activité en fonction de ses observations des conditions de travail des salariés qu'il suit, et en essayant de résoudre les injonctions paradoxales générées par des obligations réglementaires contradictoires. Cela nécessite de prendre le temps d'argumenter ses choix, travail important que de nombreux médecins sacrifient « le nez dans le guidon » !

Le lien de subordination touche à l'organisation du travail mais pas à son contenu : la limite est-elle toujours bien définie ? Le projet de service fait mention de plans d'activités prioritaires, la commission médico-technique également, il y a des projets de secteurs... tout cela est chronophage pour les médecins qui n'arrivent plus à penser le travail. Dans les services inter, le lien de subordination est présenté comme n'atteignant pas l'indépendance, mais l'organisation et les priorités de la CMT limitent l'activité dans le cabinet médical, mais sans cette organisation, les médecins ne pourraient pas travailler. Il y a un équilibre de compromis entre l'application du droit impossible et la priorisation de la mission en reportant cette inadéquation juridique sur les services interentreprises, ce qui peut permettre aux entreprises d'interpeller le droit et de déstabiliser les directions mêmes des services interentreprises, mais qui peut-être permet un confort minimal pour l'exercice des médecins du travail et des équipes médicales.

Certains médecins ont un sentiment d'inutilité et de manipulation face à toutes les réunions et les groupes de travail mis en place pour le projet de service. Ils

acceptent les compromis pour tenir collectivement car leurs objectifs sont impossibles à tenir.

L'indépendance du médecin n'a de sens que s'il accomplit sa mission dans l'intérêt de la santé du salarié au travail. L'argumentaire justificatif des intérêts de la santé du salarié est l'outil pour limiter la subordination.

Exemple de la fiche d'aptitude : certains médecins s'en servent pour notifier des expositions, des suivis certains, et certains employeurs peuvent la refuser. Pourtant le modèle de la fiche d'aptitude n'est pas un CERFA, ce n'est qu'une fiche minimale qui peut être subvertie.

MISSIONS ET INDÉPENDANCE

On est dans la liberté d'action de chaque médecin. L'objectif est la santé des salariés, donc une mission de santé publique. Dans le cadre des SST, parallèlement aux CPOM et projet de service, des actions sont déterminées comme prioritaires, par exemple les CMR, pour le « bien commun » et demandées aux médecins du travail. Est-ce que les médecins peuvent s'abstenir de ces orientations collectives par exemple parce qu'ils estiment devoir s'orienter essentiellement sur la question des RPS qui concernent les salariés de leur secteur ? Est-ce que le médecin peut décider de ne pas s'inscrire dans cette action ? Peut-il déterminer que sa priorité est autre ? Un médecin peut-il se dégager d'une obligation réglementaire en argumentant ses priorités ? L'obligation de s'impliquer dans cette action prioritaire sur les CMR serait-elle une atteinte à son indépendance ?

On peut différencier un niveau de « bien commun » à l'échelle d'un secteur, et un niveau de bien particulier à une entreprise ou à un salarié ou à une catégorie de salariés. Le médecin peut-il abandonner l'action individuelle au profit de l'action collective ? Non, mais le risque est que le médecin du travail ne définisse plus ses priorités en fonction de ses constats de santé au travail mais qu'il s'inscrive dans le cadre d'actions définies par le service, sans lien avec les besoins réels. Illustration avec la prévention de la désinsertion professionnelle : thème qui peut être imposé par la DIRECCTE dans le cadre du projet de service et du CPOM ; c'est un thème qui pose question puisqu'il va à l'encontre de la notion d'inaptitude médicale. Pourquoi les médecins du travail devraient-ils intervenir en première ligne ?

Il y a souvent abus de langage au sein des CMT. Les directions utilisent souvent l'argument suivant : « La CMT a validé le projet ». Or c'est le CA qui approuve ou

non le projet, la CMT est un organe d'élaboration et de proposition, elle n'est pas un organe décisionnel, elle peut faire des propositions pour le fonctionnement du service dans les années à venir. Aucun membre de la CMT ne peut contraindre ses confrères, libre à chacun de définir le degré d'implication qu'il souhaite avoir dans chacune des actions proposées.

Pour référence, l'article 11 de l'accord de juin 2013 concerne le contrat de travail des médecins, le projet de service et le CPOM. Le contrat de travail précise que l'action des médecins doit s'inscrire dans le projet de service et le CPOM. Mais ces orientations ne doivent pas faire obstacle aux priorités d'action choisies par le médecin du travail pour un salarié ou une entreprise. Cette notion devrait obliger les médecins du travail à argumenter le choix de ses décisions et priorités. Quelle que soit la décision prise, elle est valide si elle est justifiée par le fait qu'elle a un sens pour la santé des salariés, individuellement ou collectivement. Si on considère que la responsabilité individuelle du médecin est engagée, on ne peut pas agir si on n'est pas convaincu de l'intérêt exclusif pour la santé et si on n'est pas capable d'argumenter la décision.

Le rôle d'un médecin délégué n'est pas de prendre des décisions pour ses confrères. Ce n'est pas une délégation de pouvoirs. Il doit transmettre les demandes de ses confrères et doit rendre compte à ses confrères.

Dans ce qui semble acquis pour nous, il y aurait deux tendances :

- Une surinterprétation du cadre contraint : problématique de la surcharge de travail, injonctions paradoxales, difficultés à prendre du recul et du

temps pour la réflexion, pression réelle sur les médecins du travail qui limite leur capacité d'indépendance, le nouveau vocabulaire CPOM – CMT qui nous empêche de penser et de garder le sens du métier

- Une surinterprétation des capacités à subvertir :
 - ◆ la capacité de subvertir a besoin de s'adosser à un collectif et à une élaboration collective entre médecins.
 - ◆ Il faudrait s'organiser avec les contre pouvoirs par rapport à l'objet même de la santé, penser un projet de coopération avec les représentants du personnel.

Les plans santé/travail sont comparables à la loi BACHELOT sur la notion de population suivie et de territoire, notion qui ouvre des perspectives autres que l'aptitude.

La notion d'alerte est enfin dans la réglementation, il y a donc une possibilité de transformer l'activité rêvée en « réelle activité »

À noter : les internes en médecine du travail ont créés l'ANIT, qui leur permet d'organiser des formations propres, et de mener leurs débats sur le métier à l'occasion des congrès annuels. Il y a une potentialité de transmission de savoir ou de règles de métier à ne pas négliger. La formation des internes à l'indépendance ne va pas de soi. Certains médecins du travail essaient de montrer aux internes la question de l'organisation et de l'indépendance en les faisant participer à toutes les réunions de CMT, CHSCT, etc. pour qu'ils découvrent une étendue de l'activité qui ne se réduit pas à des effectifs.



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 77).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

APRÈS « SANCTION » DU D^R HUEZ : ANALYSE DE LA SITUATION PAR LE COORDONNATEUR DE LA PÉTITION

Alain CARRÉ

Le D^r Huez est sanctionné par un avertissement par la Chambre disciplinaire du Conseil de l'Ordre de la région Centre.

Passons sur le fait que, dans cette juridiction « spéciale », le simple déclaratif suffit à valider des affirmations de la partie patronale alors que, dans une juridiction judiciaire, cela impliquerait l'enregistrement des pièces qui les prouvent. Permissivité d'un côté, sévérité de l'autre.

Ce qui frappe ici est l'inconsistance des considérants sur les deux questions de droit essentielles :

- Un Conseil de l'Ordre peut-il recevoir une plainte d'un employeur agissant pour la défense de ses propres intérêts contre ceux du patient du médecin mis en cause ?
- Le médecin du travail accomplit-il une mission d'ordre public ?

En guise d'argumentaire la chambre disciplinaire se contente d'une simple affirmation à la première question et ne réfute pas les éléments de droit et de jurisprudence produits par la défense à l'appui de la deuxième question.

Sont totalement absentes des réponses aux interrogations de la défense sur la nature d'une « instruction » par le conseil départemental, sur l'impartialité de laquelle on peut légitimement s'interroger :

Un conseil départemental peut-il prétendre limiter le droit d'expression d'un justiciable et lui en faire grief en retenant cet argument à sa charge ce qui pourrait relever de l'abus de pouvoir ?

Une « conciliation », possible avec un patient, l'est-elle avec un employeur sans mettre en péril la déontologie médicale du fait de possibles :

- Atteintes à l'indépendance du médecin du travail en ignorant les garanties réglementaires qui la protège.
- Risques de transgression du secret médical concernant le patient en litige avec son employeur vis-à-vis d'un tiers.
- Risques de modification d'un écrit, sous incitation éventuelle, par ailleurs condamnable, de membres du Conseil départemental, sans avoir reçu à nouveau le patient.

Dans son souci de soutenir la position du plaignant-employeur, la chambre disciplinaire va jusqu'à reprocher au D^r Huez « d'avoir porté sur les conditions de travail (du) salarié une appréciation comportant des qualifications de nature pénale » ainsi est interprétée le « défaut d'engagement des obligations de santé de résultat d'un employeur » signalé par le D^r Huez. En prétendant cela la chambre disciplinaire rend impossible tout constat du lien santé-travail. Car, en l'occurrence, toute mise en lumière du lien entre des éléments du travail et leurs effets délétères sur la santé, qui relève pourtant des obligations réglementaires du médecin du travail tombent sous le coup de cette qualification puisqu'ils engagent la responsabilité des employeurs.

Il en est ainsi par exemple du certificat de maladie professionnelle, mais aussi de dispositions du Code de la

sécurité sociale qui engagent tout médecin à signaler les étiologies professionnelles d'atteintes à la santé.

La véritable question bien évidemment ne relève pas de juridictions qui paraissent incapables d'analyser le droit et de considérer la question sociale sous-jacente à ces affaires.

Les Ordres des médecins risquent de perdre toute légitimité en prêtant le flanc à des accusations de trop grande proximité d'intérêt avec les employeurs. Depuis le jugement concernant le D^r Huez, deux autres médecins du travail, trois praticiens de soins viennent de s'ajouter à la liste de nos trois confrères contre lesquels des employeurs ont porté plainte devant l'Ordre. Les employeurs s'engouffrent dans la brèche.

La question relève dorénavant de la responsabilité politique de l'exécutif. Il est urgent qu'il agisse.

Alors qu'une loi sur la protection des lanceurs d'alerte est entrée en vigueur en avril 2013 ne s'appliquent-elle pas aux médecins ?

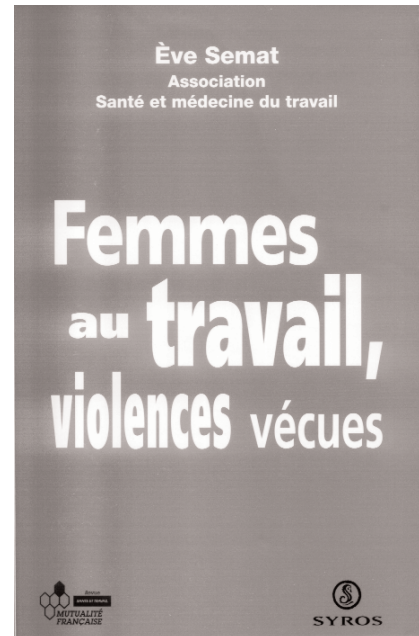
Ce gouvernement veut-il assumer la responsabilité d'une disparition de la médecine du travail ? Veut-il liquider la possibilité pour les travailleurs d'accéder à

leurs droits légitimes et à une juste réparation des atteintes à la santé liés au travail ? Tient-il à se priver de toute visibilité sur les effets du travail sur la santé ?

On pourrait le croire devant l'attentisme dont il fait preuve, alors qu'une infime rectification d'un décret, modifié à la sauvette par la mandature précédente, pourrait rétablir une situation plus conforme aux principes de protection de la santé des travailleurs, en conditionnant toute plainte de cette nature à la voie judiciaire.

Pour signer la pétition :

http://www.petitions24.net/alerte_et_soutien_aux_drs_e_delpesch_d_huez_et_b_berneron



Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Ève SEMAT
Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75013 Paris
Tél. : 01 44 08 83 80 Télécopie 01 44 08 83 99

BULLETIN D'ADHÉSION

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

Tél. 06 79 72 44 30 / courriel : secretaire@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 2014

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 95 €, à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

Prénom :

Courriel :

UN JUGEMENT FAVORABLE POUR LE D^R DELPUECH MAIS QUI N'ABORDE PAS LE PROBLÈME DE FOND LA RÉCEPTION DE PLAINTES D'EMPLOYEURS PAR LE CONSEIL DE L'ORDRE EST ILLÉGALE

Alain CARRÉ

Le D^r Delpuech est finalement relaxée de toute faute par la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins. Il faut saluer le courage et la ténacité de notre consœur et collègue, ainsi que sa valeur professionnelle. Rappelons, en effet que, parallèlement à cette dénonciation calomnieuse d'un employeur, ses écrits sur les conséquences du *benchmark* pour les salariés de la Caisse d'Épargne ont été décisifs dans le jugement de la chambre sociale de la Cour d'appel de Lyon (arrêt du 21 février 2014, RG 12/06988) interdisant la mise en place des dispositions dans ce cadre.

Il ne faut pas boudier son plaisir et nous nous réjouissons de ce jugement de la chambre disciplinaire. Toutefois, si nous ne méconnaissions pas son aspect positif, son analyse relativise notre optimisme.

Examinons dans le détail les considérants : «... pour rédiger ces certificats le D^r Delpuech ne s'est pas bornée à faire siennes les déclarations de la salariée mais s'est fondée sur la connaissance personnelle qu'elle avait acquise des conditions de travail dans l'étude de M^{me} Vignaud à travers notamment des consultations dispensées à d'autres salariés de l'étude ses constatations l'ayant amené à alerter l'employeur à le rencontrer puis à saisir à trois reprises l'inspecteur du travail... »

Ainsi, cela ébrèche une disposition du rapport du CNOM de 2006 sur les certificats médicaux qui indique : « Ce que le médecin atteste dans un certificat doit correspondre, avec une scrupuleuse exactitude, aux faits qu'il a constatés lui-même. » Cet

attendu assimile donc les constats collectifs du médecin du travail sur l'organisation du travail et ses effets sur la santé, mais aussi l'impact de l'organisation du travail sur d'autres salariés, émanant de consultations médicales, à des faits constatés par le médecin. On peut donc en conclure que l'addition de faits cliniques similaires valide un certificat médical.

L'assertion du même rapport selon laquelle il est interdit au médecin « d'attester d'une relation causale entre les difficultés (...) professionnelles, et l'état de santé présenté par le patient » est donc sans objet.

Les conseils en matière d'évitement ou d'euphémisation d'écritures pour se plier au rapport de 2006 sont donc à considérer comme obsolètes.

Toutefois, si ce jugement est favorable aux médecins du travail qui ont accès directement aux conditions de travail, il comporte une difficulté pour les médecins qui ne seraient pas en exercice de médecine du travail, même si, dès lors que plusieurs patients de ce médecin travaillant dans la même entreprise souffrent de l'organisation du travail, le présent jugement valide le bien fondé du certificat.

Le fait nouveau de la formalisation d'une clinique médicale du travail qui permet d'accéder au lien santé travail dans le cadre de la consultation individuelle est malheureusement encore ignoré dans ce jugement.

Notre première conclusion est qu'il serait peut être judicieux pour le Conseil national de l'Ordre de réécrire le rapport de 2006, contestable par bien des

points, pour qu'y figurent des éléments plus appropriés et moins polémiques ou fallacieux.

Pour les autres considérants, malheureusement, la Chambre disciplinaire nationale, partageant ainsi l'aveuglement des autres juridictions de l'Ordre, considère comme légal pour les employeurs de porter plainte devant les juridictions de l'Ordre et refusent la qualité de service public à l'exercice de la médecine du travail.

Pour la nature de service public de la médecine du travail, la brillante démonstration des conseils du D^r HUEZ reste toujours valable, l'inscription de ce métier dans le Code du travail et, l'étroite tutelle du ministère du Travail sur l'institution et l'exercice sont là pour attester que les médecins du travail exercent une mission d'ordre public social.

La légitimité des employeurs à porter plainte est tout particulièrement contestable.

L'objet de notre action n'est pas, rappelons-le, de priver un employeur d'exercer un recours contre un médecin dont il estimerait avoir subi un préjudice, mais bien de réserver ce recours aux juridictions de droit commun.

Nous estimons que seuls des patients ou leurs ayants droits ont accès aux juridictions de l'Ordre. La déontologie médicale n'est pas conçue pour d'autre motif que l'intérêt de la santé du patient. Or, dans ces plaintes d'employeur, portées par l'unique intérêt du plaignant, le grand absent est le patient lui-même.

Pour un Ordre départemental, accepter de se saisir d'une plainte d'employeur est donc sans fondement puisque cette plainte est reçue sans aucune référence à l'intérêt de la santé du patient.

Passons sur l'entretien confraternel qui devrait précéder la réception de la plainte et qui manque singulièrement alors que déontologiquement il s'impose pour entendre, dans ce cadre, un confrère qu'on s'apprête à mettre en cause.

La procédure même est particulièrement instructive quand à son caractère inapproprié à une plainte d'employeur.

Ainsi l'organisation d'une conciliation par un conseil de l'Ordre entre un tiers non patient et un médecin, en l'incitant à expliquer les motifs de l'écrit qu'on lui reproche, constitue au sens de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique une tentative d'obtenir des éléments de la vie privée d'un patient couverts par le secret médical. Rappelons que ce code réprime de tels faits d'un an d'emprisonnement et de 15 000 €

d'amende. Seules la continuité des soins ou la meilleure prise en charge sanitaire peuvent, sauf opposition du patient, permettre l'échange de ces informations de soignant à soignant.

Les membres des conseils départementaux de l'Ordre sont-ils conscients de ce qu'ils risquent ?

L'obligation impérative de secret explique l'extrême difficulté pour un médecin de cette conciliation. Comment pourrait-il, afin de se justifier, citer le contexte clinique personnel sans rompre le secret qui le lie au patient ? Comment pourrait-il modifier son écrit sans nouvel entretien clinique avec le patient ?

Ainsi, une procédure qui ne soulève pas question si elle concerne les patients devient un véritable piège pour les médecins et l'institution si elle s'applique aux employeurs.

Le médecin mis en cause est en l'occurrence en injonction paradoxale : soit il déroule les faits cliniques et le dossier médical du patient vis-à-vis d'un tiers, voire accepte de modifier son écrit, et il encoure les peines prévues pour rupture du secret médical et manquement à ses obligations de médecin dans la rédaction d'un écrit médical remis au patient ; soit il refuse la conciliation (ou refuse de s'y expliquer) ce qui entérine la plainte.

Une procédure de droit commun qui comporte une instruction à charge et à décharge et la possibilité pour le juge de recourir à des expertises médicales donne des garanties au médecin qui peut déployer dans ce cadre sa défense.

A contrario, on peut dire que la réception d'une plainte d'employeur au Conseil de l'Ordre méconnaît les droits fondamentaux du médecin mis en cause puisqu'elle le prive de la légitime possibilité à se défendre.

La réception d'une plainte d'employeur auprès d'un Conseil de l'Ordre est une aberration juridique. Résumons : réception d'une plainte d'un tiers non patient, absence d'entretien confraternel, incitation à délivrer à un tiers des éléments couverts par le secret médical, atteinte au droit fondamental de se défendre du médecin mis en cause, véritable instruction absente ou au moins non contradictoire, empiètement d'une instance au périmètre déontologique sur les pratiques médicales, cela fait beaucoup.

Qu'en penseraient le Conseil d'État et la Cour Européenne des Droits de l'Homme ?

ACCUMULATION DES PLAINTES AU CONSEIL DE L'ORDRE CONTRE LE D^R BERNERON LA VALIDATION DE NOTRE PÉTITION, UN APPEL À MOBILISATION

Alain CARRÉ

Si elles n'avaient un caractère odieux et ne posaient la question d'un attentat aux droits fondamentaux, les plaintes d'employeurs récurrentes déposées auprès du Conseil de l'Ordre concernant l'exercice du D^r Bernadette Berneron auraient un mérite : celui de mettre en lumière que la position des signataires de cette pétition est entièrement justifiée par la réalité des faits.

Rappelons l'enchaînement des événements :

- En avril 2013, première plainte, celle de l'entreprise EDF, reprochant un écrit dans le cadre de la consultation hospitalière de pathologie professionnelle, adressée tout d'abord au Conseil de l'Ordre des médecins de l'Indre-et-Loire, dont nous signalions ailleurs le zèle dans la plainte concernant le D^r Huez. La plainte transmise au Conseil de l'ordre du Loir-et-Cher, dont dépend le D^r Berneron, est classée non recevable par vote unanime de ce Conseil départemental de l'Ordre.
- En mai 2013, deuxième plainte au Conseil de l'Ordre du Loir-et-Cher, celle de l'entreprise laboratoire d'analyse médicale SELCO-BIO, reprochant un écrit adressé, comme médecin du travail, à l'un des responsables de l'entreprise. Plainte classée comme non recevable, au motif que ces écrits relèvent des responsabilités d'un médecin du travail.
- En mars 2014, troisième plainte, celle de la Fédération départementale des exploitants agricoles, concernant un certificat de maladie profession-

nelle rédigé pour une salariée de cette association patronale dans le cadre de la consultation de pathologie professionnelle. Concernant un praticien hospitalier, elle ne peut être déposée par un tiers. Qu'à cela ne tienne : le Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Loir-et-Cher reprend la plainte sous sa responsabilité et transmet à la Chambre disciplinaire régionale.

- En juin 2014, quatrième plainte, SELCO-BIO, relapse, dépose une nouvelle plainte contre le D^r Berneron, comme médecin du travail, pour un courrier au médecin traitant d'une salariée, rédigé dans le cadre de la continuité des soins, et que le plaignant qualifie de « certificat médical ». Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Loir-et-Cher transmet la plainte à la chambre disciplinaire au motif du refus du D^r Berneron de se présenter à une « conciliation ».

Les faits sont têtus : contrairement à ce qu'affirme le Conseil national de l'Ordre des médecins les plaintes des employeurs envers les médecins du travail ne sont pas « rarissimes ». Quatre plaintes d'entreprises au Conseil de l'Ordre en quatorze mois contre le même praticien, dont l'une pour des faits remontant à 2011, il ne faut pas être paranoïaque pour émettre l'hypothèse qu'il s'agit d'actions concertées et que ces actions instrumentalisent les Ordres des médecins. Le démontre, s'il était besoin, les plaintes récurrentes de l'entreprise SELCO-BIO.

Les deux plaintes de cette entreprise posent, en outre, la question d'une éventuelle atteinte répétée à l'indépendance d'un médecin du travail laquelle est garantie par l'article L.4623-8 du Code du travail. Qu'ont à dire les services de l'inspection du travail à ce sujet ?

Se pose également la question des raisons du retournement d'attitude du Conseil de l'Ordre des médecins du Loir-et-Cher : entre mai 2013 et mars 2014, aurait-il été l'objet de pression des associations d'employeurs ? Aurait-il été rappelé « à l'ordre » par l'Ordre national ?

A-t-on prévenu l'Ordre départemental que la réception de ces deux plaintes est risquée ? En effet :

➤ Il reprend d'emblée, sous sa responsabilité exclusive, une plainte d'employeur alors qu'il aurait pu la transmettre pour information au ministre de la Santé et lui laisser gérer le conflit. Il assumera donc une éventuelle responsabilité de nature judiciaire.

➤ Il accepte de transmettre une plainte d'employeur, au motif du refus de conciliation du D' Berneron, alors qu'il lui écrit dans une lettre, concernant l'une de ces procédures, que lors d'une conciliation : « *Il est vraisemblable que vous serez amené à vous retrancher au moins partiellement derrière le secret médical face à l'employeur* ». Ainsi l'organisme récepteur de la plainte reconnaît, lui-même, que toute conciliation est un acte dénué de sens, dans ce cadre, et qu'en outre, du fait du secret médical, l'accusée est dans l'impossibilité de développer des arguments justificatifs. Cela démontre que son droit fondamental à se défendre n'est pas respecté par cette procédure ! Le Conseil départemental reconnaît qu'il met donc en place, volontairement, une procédure qui bafoue les droits fondamentaux d'une de ces consœurs.

Il faut ici rappeler que le secret médical est l'objet de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique qui stipule : « *Toute personne prise en charge par*

un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant... » et plus loin : « *Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende* ».

Le Conseil départemental accepte de considérer, sur simple déclaration d'un employeur, comme certificat médical, un écrit destiné à un médecin traitant et rédigé dans le cadre de la continuité des soins, sans relever, dans sa transmission à la Chambre disciplinaire, la nature inexacte de cette qualification.

Nous rappelons que nous avons écrit au ministre du Travail, tutelle du fonctionnement de la médecine du travail et garant de son indépendance et au ministre de la Santé responsable des instances disciplinaires et du fonctionnement des Ordres.

Nous leur demandions d'agir afin que cessent ces pressions inadmissibles sur l'indépendance des médecins, et plus particulièrement des médecins du travail, notamment, en retirant la possibilité aux employeurs de déposer plainte auprès des Conseils de l'Ordre, qui doivent limiter leur intervention à la déontologie médicale et aux conflits entre médecins et avec leurs patients.

Alors que, notamment, la procédure de réception des plaintes par les Conseils de l'Ordre en instituant une « conciliation » avec l'employeur, empêche le médecin de se justifier pour respecter le secret médical, ce qui bafoue son droit fondamental de disposer de tous les moyens pour se défendre, les ministres concernés ne daignent pas répondre.

Le secret médical, l'indépendance des médecins, les droits fondamentaux de la défense ne les intéressent visiblement pas.

C'est pourquoi, nous, signataires présents et futurs de la pétition devons rester mobilisés.

UNE CLINICIENNE HORS PAIR

Cette consœur est une des animatrices de la Société de Médecine du Travail du Val de Loire officiant en Région Centre (SMTVL) depuis plus de 20 ans. En coopération avec un groupe de pairs motivés, elle a permis qu'émergent dans la région Centre des compétences professionnelles avérées et très reconnues concernant la psychopathologie du travail et la prévention des RPS. Depuis le début de sa pratique professionnelle, elle a dans de nombreux lieux médicaux, entre pairs, mis en discussion sa pratique clinique dans le groupe d'accompagnement des pratiques en médecine du travail de Tours, puis dans un GAPEP, structure voisine qui s'est créée dans le cadre de *E-Pairs*. Au sein de l'association Santé et Médecine du Travail elle a contribué à refonder le métier de médecin du travail. Ses écrits monographiques ont « *laissé traces* » dans *Les Cahiers SMT* et dans les trois ouvrages coordonnés et publiés par cette association. Dans l'ensemble de ces lieux elle a toujours développé une pratique médicale conforme à la déontologie médicale et aux Codes de la santé publique, du travail et de la sécurité sociale, dans l'intérêt de la santé de ses patients.

Elle a joué un rôle très important dans l'émergence d'une méthodologie concernant l'élaboration de « *Monographies médicales individuelles en clinique médicale du travail* », particulièrement au regard des risques psychopathologiques engendrés par le travail. Ces vingt dernières années ont démontré que cette « *pratique d'écriture clinique* » était adaptée et efficiente à la fois dans le quotidien du métier de médecin du travail inter-entreprises, et aussi pour la mise en délibération du métier de médecin du travail entre pairs, support aujourd'hui au DPC. Plus tard cette méthodologie a servi d'appui à des études scientifiques de grande ampleur.

Tout naturellement cette méthodologie d'écriture clinique monographique assise sur la clinique médicale du travail, a servi de support écrit pour les consultations « *Souffrances et Travail* » déployées dans plu-

sieurs CHU. Praticienne expérimentée en psychopathologie du travail, elle a intégré la consultation « *Souffrances et Travail* » du CHU de Tours. Au sein de cette consultation de pathologie professionnelle du CHU de Tours, pour la partie « *Souffrances et Travail* » :

- est organisé au CHU deux fois par an, sur une journée, des « *staffs médicaux* » de discussions des dossiers cliniques anonymes, à partir des écrits médicaux des consultants, comme celui mis en cause aujourd'hui à son encounter par un employeur devant l'Ordre des médecins ;
- est pratiquée en sus, une entraide entre médecins expérimentés pour la compréhension ou l'écriture de situations cliniques particulièrement difficiles autant que de besoin ;
- est évalué par écrit auprès de tous les patients depuis trois ans l'ensemble des conséquences du travail d'investigation compréhensive du rôle du travail, pour leur santé et la reconstruction de leur « *pouvoir d'agir* ». Le rôle irremplaçable de cette consultation est démontré par le retour « *qualitatif* » après quelques mois, très argumenté, de ces évaluations auprès des patients.

Ces consultations « *Souffrances et Travail* » se déroulent sur deux heures trente à quatre heures et génèrent quasi systématiquement un « *écrit médical* », qui n'est nullement une expertise. Cet écrit médical dont la rédaction demande le double du temps de la consultation, est rédigé pour sédimenter un moment irremplaçable d'un travail médical clinique entre un spécialiste en Santé au Travail et son patient. Toutes ces consultations se déroulent actuellement en présence d'un autre médecin du travail expérimenté, en formation pour ce type de consultation, avec qui l'analyse clinique est confrontée à l'issue. Les médecins consultants de cette consultation et les médecins en formation, y travaillent selon la même méthodologie

clinique « en prenant le travail réel de leurs patients comme grille de lecture » d'éventuelles atteintes à leur santé, pratique usuelle en médecine du travail. Le projet de cette consultation est d'y permettre que les patients recouvrent leur *pouvoir d'agir* sur leur travail, pour leur santé.

Les écrits médicaux à destination des confrères, ou les certificats de maladies professionnelles rédigés à l'issue, écrits toujours remis aussi au patient, ne sont pas des expertises contradictoires. Ce sont des actes médicaux en responsabilité rédigés dans l'intérêt de la santé des patients. Ils ne sont pas rédigés pour faire du droit médical, mais pour acter de l'état d'un travail clinique à l'issue d'une très longue consultation, pour un patient qui n'y sera généralement jamais revu. Les consultants mettent en garde leurs patients contre les risques de psychologisation ou de judiciarisation générés par leur situation. Mais ces derniers sont aussi informés, conformément aux textes en vigueur, que les écrits médicaux qui leur sont remis pourraient être le support d'un constat médical du rôle délétère du travail sur leur santé, dans les arènes du droit s'il y avait besoin, comme les codes de la santé publique et de la sécurité sociale le prescrivent. De fait, peu de patients se retrouvent aux prud'hommes ou au pénal face à leur employeur. Mais il y en a évidemment du fait de la gravité de situations irrésolues.

Les praticiens qui œuvrent professionnellement dans les consultations « *Souffrances et Travail* » ont-ils démerité ? C'est leur honneur médical d'y travailler de façon invisible, dans l'intérêt exclusif de leurs patients, malgré les très nombreux obstacles du fait de la place

singulière que l'actualité a faite à ces nouveaux lieux médicaux indispensables, dont bien peu de praticiens connaissent le fonctionnement et les soubassements cliniques, praxiques et scientifiques pourtant publiés et disponibles.

Aujourd'hui, nous n'ignorons pas qu'un juge n'a nul besoin de l'avis de l'Ordre des médecins pour instruire autant que de besoin le contenu d'un écrit médical concernant les RPS dont il sait parfaitement maintenant qu'il ne s'agit pas d'un certificat de coups et blessures ni d'une expertise, mais d'un écrit médical original et spécifique de liaison entre médecins, ou d'un certificat de maladie professionnelle remis en main propre rédigé dans l'intérêt de la santé du patient. Les 1 000 médecins du travail qui ont signé une pétition de soutien pour permettre qu'en compétences et responsabilités, les médecins du travail puissent attester d'un lien entre le travail et la santé autant que de besoin, sont conscients qu'il se joue à travers les plaintes d'employeur devant l'Ordre des médecins contre un médecin ayant attesté du lien santé/travail, employeur en litige juridique avec un salarié, la possibilité ou non de continuer à prévenir et soigner individuellement les effets du travail pour la santé psychique.

Cette clinicienne que nous décrivons pourrait rester anonyme comme de nombreux médecins du travail lecteurs de cette revue. Mais concrètement, du fait des circonstances des plaintes à répétition d'employeurs, ces dernières ont mis la lumière sur ce médecin du travail : il s'agit du D^r Bernadette Berneron.

Dominique Huez

Vente en librairie
Éditions PRIVÉ - 2008 - 185 pages



PLAINTES AU CONSEIL DE L'ORDRE : LA PASSIVITÉ DE L'ÉTAT RELÈVE-T-ELLE DE L'ABSTENTION DÉLICTEUSE ?

Alain CARRÉ

Plutôt que de s'adresser aux juridictions de droit commun, certains employeurs ont entrepris, en les poursuivant devant les juridictions de l'ordre des médecins, de terroriser les médecins qui conformément à l'article 50 du Code de déontologie médicale assurent à leurs patients l'accès au droit à la reconnaissance de pathologies professionnelles. De ce point de vue on peut malheureusement craindre que leur objectif soit atteint et qu'ils portent préjudice à ce que nous nous obstinons à nommer « médecine du travail ».

Rappelons néanmoins que ces plaintes concernent tout le panel des praticiens pouvant constater les effets du travail sur la santé : médecins du travail, praticiens hospitaliers en psychopathologie du travail, praticiens hospitalier en pathologie professionnelle, psychiatres, généralistes.

Le jugement en appel par la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins concernant le Dr Delpuech, qui la relaxe au motif de sa compétence, laisse entrevoir l'avenir probable de l'appel concernant le D' Huez. Sa particulière compétence fondée sur ses connaissances et son expérience de terrain est si évidente et en contradiction avec ce qui lui est reproché qu'on voit mal comment cet organisme pourrait, en le condamnant, déjuger le précédent jugement.

On peut même considérer que cette relaxe est la décision la moins risquée pour cette institution et lui permettrait de préserver ce qu'elle considère comme essentiel si on en juge par l'analyse des motifs des sanctions infligées régionalement :

- ne pas modifier les termes du rapport de 2006 sur les certificats médicaux en réservant la possibilité jurisprudentielle du lien santé-travail aux seuls médecins du travail, ce qui laisse intacte l'efficacité de la manœuvre de ces employeurs et introduit accessoirement un coin entre les différentes spécialités concernées par les plaintes ;
- conserver la possibilité pour les employeurs de se pourvoir contre des médecins auprès des Ordres sans prendre le risque d'un recours juridique normal ;
- éluder la question du caractère d'ordre public social de la médecine du travail ;
- éviter le débat sur le caractère de juridiction d'exception des Chambres disciplinaires de l'Ordre des médecins ;
- ne pas envisager les irrégularités de leur fonctionnement.

En effet, les Conseils de l'Ordre des médecins ont tout à perdre d'un regard du Conseil d'État ou de la Cour Européenne des Droits de l'Homme sur ces juridictions professionnelles. Une haute décision d'appel pourrait, en effet, leur faire subir le sort du tribunal des forces armées.

Rappelons, pour mémoire, certaines questions que posent ces plaintes et les jugements :

- Une institution, le Conseil de l'Ordre des médecins, dont le domaine de compétence concerne principalement la déontologie médicale, peut-elle intervenir dans les pratiques des médecins en

empiétant sur les prérogatives de la puissance publique et de sa haute autorité en santé, notamment, en interdisant de faire le lien entre des situations professionnelles et leur impact sur la santé ou de relater les dires d'un patient ?

➤ Un Conseil départemental peut-il recevoir la plainte d'un tiers non patient engagé dans un conflit souvent délétère avec le patient d'un médecin et au détriment de ses droits sociaux ?

➤ Peut-il recevoir la plainte sans avoir entendu au préalable le médecin mis en cause ?

➤ La déontologie médicale et l'article L.1110-4 du Code de la santé publique permettent ils qu'un Conseil départemental organise une « conciliation » entre un employeur et un médecin en contraignant ce dernier à s'expliquer sur ses actes médicaux, au péril du secret médical, voire à l'inciter à modifier un écrit hors de la présence du patient qui en est le sujet et sans l'avoir reçu ?

➤ Le médecin mis en cause n'est-il pas, du fait qu'il est tenu au secret, privé de son droit à se défendre ?

➤ La plainte étant transmise par le Conseil départemental à la Chambre disciplinaire régionale, dans le meilleur des cas accompagnée d'un simple rapport, peut-on, sans atteindre à ses droits fondamentaux, déférer un justiciable devant une juridiction sans instruction contradictoire par un magistrat ?

➤ Les Conseils départementaux et les Chambres disciplinaires étant composés principalement de médecins ne peut-on estimer que, dès lors que ceux-ci seraient aussi des employeurs, se pose la question d'un conflit d'intérêt dans le cadre de plaintes d'employeurs ?

Ces questions ne relèvent pas seulement de la théorie. Ainsi :

➤ le jugement de la Chambre disciplinaire régionale ayant condamné en première instance de D^r Delpuech n'envisage dans ses attendus que le point de vue de l'employeur et ce faisant manque à ses devoirs ce que démontre tacitement le jugement en appel ;

➤ celui concernant le D^r Huez reste à la surface des faits et relaie la partialité du Conseil départemental s'étant associé à la plainte là encore sans instruction contradictoire ;

➤ le Conseil départemental dont relève le D^r Berneron alors qu'elle est l'objet de quatre plaintes dont deux du même employeur, renvoyées devant la Chambre disciplinaire pour d'eux d'entre

elles, est incapable, finalement, de mettre un terme au harcèlement qu'elle subit en refusant d'instruire la dernière en date ;

➤ la Chambre disciplinaire ayant condamné le D^r Rodriguez, psychiatre, lui reproche notamment un délit d'opinion dans des termes particulièrement partiaux ;

➤ certains praticiens, mis en cause et ayant accepté une conciliation, ont rapporté des propos de membres du Conseil départemental prenant explicitement fait et cause pour les employeurs, au motif exprimé de leur propre qualité d'employeur.

Les ministres de la Santé et du Travail informés de la situation et interpellés par courrier sont, semble-t-il, victimes de surdi-mutité. Cela révèle-t-il des complicités entre l'État et l'establishment médical ou de la peur que lui inspire cette institution ?

Plus grave encore, l'absence de réponse de la puissance publique accrédirait-elle l'analyse socio-historique(1) qui considère cette permissivité dans un projet plus large de construction de l'invisibilité des atteintes professionnelles à la santé ?

Pourraient amener à le penser des décisions convergentes, précédées de l'institution d'un *numerus clausus* entraînant une démographie mortelle pour la médecine du travail :

➤ réglementations de 2003, 2012 et 2014 sur la « santé au travail » démobilisatrices pour de futurs médecins du travail :

♦ favorisant le poids des employeurs sur l'institution ;

♦ comportant notamment un rétrécissement de la nature des surveillances médicales renforcées et diminuant la périodicité des visites médicales c'est-à-dire s'attaquant frontalement aux moyens des médecins du travail ;

♦ faisant du médecin et de l'équipe pluridisciplinaire des supplétifs et des fusibles en responsabilité de la gestion des risques, du seul point de vue des obligations d'employeur et au détriment de la mission d'ordre public social ;

♦ substituant des médecins sans titre de spécialité, c'est-à-dire à l'indépendance encore plus précaire, aux médecins du travail.

➤ parallèlement décisions instituant un affaiblissement des possibilités d'expertise des CE et des CHSCT (sécurisation de l'emploi), mettant en avant

.....

1- Voir : Anne Sophie BRUNO, Catherine OMNES, Nicolas HATZFELD, Eris GEERKENS, *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs 19^{ème} - 20^{ème} siècles*, Presses Universitaires de Rennes, 2011

la compensation de la pénibilité au détriment de la prévention (compte pénibilité) et projet de supprimer les minima ouvrant à droits sociaux collectifs, c'est-à-dire de diminuer le nombre d'institutions représentatives chargées de l'hygiène de la sécurité et des conditions de travail.

Ainsi, les plaintes et leur traitement complaisant par les Ordres de médecins et la passivité de la puissance publique doivent-ils être considérés comme un procédé opératoire de construction de l'invisibilité destiné à briser le thermomètre « médecine du travail » et à le remplacer par une médecine de sélection de la main d'œuvre(2) ? Cette passivité de l'état relève t'elle

.....
2- Pascal MARICHALAR, *Médecin du travail, médecin du patron ?*, Nouveaux débats, Sciences Po, Les Presses, 2014

d'une stratégie consciente ou de son manque de compétence ?

L'absence de réaction de l'exécutif et de son administration concernant ces affaires est particulièrement démonstrative du retrait de l'État de son obligation régaliennne de protection de la santé(3) au mépris de la Constitution de la République. Cette abstention d'intervention concernant ces plaintes laisse ouvertes toutes les hypothèses.

.....
3- 11^{ème} alinéa du Préambule à la Constitution de 1946, annexé à la Constitution de 1958 « (la Nation) garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

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 LOUBET-DEVEAUX – Dominique HUEZ – Jocelyne MACHEFER – Nicolas SANDRET – Jean-Louis ZYLBERBERG

SECRÉTAIRE : Gilles SEITZ

TRÉSORIER : Alain RANDON

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Benoît DE LABRUSSE

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

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

Ce Cahier n°28 m'a intéressé(e) : Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 20 € et je réserve le Cahier n°29 (à paraître courant 2015)

**Règlement à l'ordre de Ass. Santé et Médecine du Travail
25 rue Edmond Nocard 94410 SAINT MAURICE**

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**
- N°13 Poursuivre la Refondation de la médecine du travail (juin 99)
- N°14 **Femmes au travail, violences vécues (mai 2000), Éditions Syros**
- 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 Maltraitements 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 ? (mai 2012)
- N°27 Clinique médicale du travail. Écrits du médecin du travail (octobre 2013)

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 2013/2014 –

RÉUNIONS TENUES

- Journée de Printemps le 22 mars 2014
 - ♦ *Subordination et Indépendance du médecin du travail*
- 34^e Congrès annuel les 7 et 8 décembre 2013 (Paris)
 - ♦ *Les écrits du médecin du travail*

PARTICIPATIONS ET ACTIONS

- Suite au recours en Conseil d'État fait par plusieurs organisations dont l'association SMT, nous avons obtenu, en juillet 2013, l'annulation partielle de la circulaire du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.
- Soutien aux médecins attaqués par l'Ordre des médecins et le MEDEF en raison de leur implication dans la préservation de la santé des salariés. Les objectifs poursuivis : affirmer qu'attester un lien de causalité entre le travail et la santé relève du devoir du médecin du travail, combattre l'instrumentalisation du Conseil de l'Ordre par le MEDEF, faire reconnaître la médecine du travail comme étant un service social public.
- Lancement d'une pétition d'alerte et de soutien aux trois médecins, dont le bilan est fait par son coordonnateur (p. 76), plus de 10 000 signataires dont près de 1 000 médecins du travail.
- En collaboration avec l'association *E-Pairs*, réalisation d'un colloque sur *Les écrits des médecins du travail*, le 21 juin 2014 à Paris.
- Nous sommes présents, au sein de l'association *E-Pairs*, au Collège national professionnel de médecine du travail (CNPMT) et membre du Collectif Santé/Travail.

PUBLICATIONS

- Le *Cahier S.M.T. N°27* a été tiré à 1 500 exemplaires, en octobre 2013, dont 800 exemplaires diffusés lors du Congrès national de santé au travail de juin 2014.
- Communication : le site web a-smt.org, régulièrement consulté.

BILAN FINANCIER

Nos dépenses sont 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 (1 500 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 2013 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) – Dominique HUEZ (37) – Annie LOUBET-DEVEAUX (42) – Jocelyne MACHEFER (49) – Nicolas SANDRET (75) – Jean-Louis ZYLBERBERG (75)

Secrétaire : Gilles SEITZ (75)

Trésorier : Alain RANDON (94)

Administrateur du site Web : Benoît DE LABRUSSE (84)

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) ; Benoît DE LABRUSSE (84) ; Karyne DEVANTAY (69) ; Jean-Marie EBER (67) ; Claude GARCIA (94) ; Catherine GONDRAN (92) ; Alain GROSSETÊTE (69) ; Michel GUILLAUMOT (52) ; Nadine KHAYI (82) ; Claire LALLEMAND (37) ; Gérard LUCAS (44) ; Brigitte PANGAUD (75) ; Michèle PRÉVOST (79) ; Martine TAVERNIER (06) ; Claire THOMASSIN (94)

ORIENTATIONS 2014

- *Poursuite de nos actions pour le droit du médecin du travail à attester le lien santé/travail*
- *La Journée de Printemps s'est tenue le 22 mars 2014 à Paris*

35^e CONGRÈS ANNUEL

LES 6 ET 7 DÉCEMBRE 2014 À PARIS

Partage Accueil Solidarité (PSA),
Encls Rey, 57 rue Violet 75015 Paris
M° Émile Zola ou Commerce
Tél. 01 44 37 34 00

- ♦ *Transmission du métier de médecin du travail*

(Voir page 17 pour les pré-inscriptions)

Alain RANDON