

ORDRE : ABUS DE JURIDICTION

LES CAHIERS

S.M.T. N°33

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

SEPTEMBRE 2017

ISSN 1624-6799

LE SOIN MÉDICAL PRÉVENTIF

PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL

LE BOULEVERSEMENT DU CADRE
DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

ABUS DE JURIDICTION DE L'ORDRE DES MÉDECINS
LÂCHETÉ DES RESPONSABLES POLITIQUES

Psychopathologie du travail

Aliénation-Coopération	<i>Dominique HUEZ</i>	5
Clinique médicale du travail	<i>Alain GROSSETETE</i>	8
Burn out constaté médicalement, qu'en reste-t-il apres l'analyse du travailler ?	<i>Dominique HUEZ</i>	9
Note de lecture de ce cas clinique pour alimenter la dispute sur la question de l'investissement au travail	<i>Alain GROSSETETE</i>	13
Instruire cliniquement les déterminants de la souffrance au travail – Fiche pratique médicale –	<i>Dominique HUEZ</i>	15
Épuisement professionnel un « concept-écran », l'arbre qui cache la forêt	<i>Alain CARRÉ</i>	18
Rapport parlementaire sur l'épuisement professionnel De bonnes intentions mais aussi des développements préoccupants	<i>Alain CARRÉ</i>	22
Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn out – Questionnaire fiche mémo –	<i>Ass-SMT</i>	26
Processus psychopathologiques et maladies psychiques engendrés par le travail	<i>Dominique HUEZ</i>	31

Le bouleversement du cadre de la médecine du travail

Équipe médicale du travail individualisée au sein de l'équipe pluridisciplinaire L'infirmier(e) en santé au travail, un(e) infirmier(e) clinicien(ne) ?	<i>Alain CARRÉ</i>	33
Continuer à travailler dans le respect de l'éthique de la médecine du travail et du Code de la santé publique dans l'intérêt de la santé des salariés Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail 3 et 4 décembre 2016	<i>Nadine KHAYI</i> <i>Alain RANDON</i>	35
Droit au respect du secret des informations concernant la vie privée des travailleurs Le secret médical s'applique t'il à la santé au travail ?	<i>Alain CARRÉ</i>	40
Coopération des équipes médicales du travail et des équipes médicales des généralistes sur la question du travail Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail 3 et 4 décembre 2016	<i>Benoît DE LABRUSSE</i>	42
La construction de l'invisibilité des inégalités de santé dans le BTP	<i>Jean-Louis ZYLBERBERG</i>	45
Article R.4624-42 du Code du travail, démontage d'une forfaiture	<i>Alain CARRÉ</i>	47
Devenir de la médecine du travail, retour vers le passé, hygiénisme et eugénisme social	<i>Alain CARRÉ</i> <i>Dominique HUEZ</i>	50
Rôle et stratégie du médecin du travail	<i>Dominique HUEZ</i> <i>Annie DEVEAUX</i>	54
Comment continuer à travailler dans le respect de l'éthique de la médecine du travail et du Code de la santé publique Compte rendu de la Journée de Printemps de l'Association Santé et Médecine du travail, 18 mars 2017	<i>Alain GROSSETETE</i> <i>Benoît DE LABRUSSE</i>	57

Abus de juridiction de l'Ordre des médecins

Lâcheté des responsables politiques		
Incompétence et complicité des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins Il est temps que cela cesse !	<i>Ass-SMT</i>	60
Plaintes d'employeurs au Conseil de l'Ordre des médecins Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail 3 et 4 décembre 2016	<i>Karyne CHABERT</i> <i>Alain GROSSETETE</i>	61
Faire taire les médecins lanceurs d'alerte ? Un appel à la résistance	<i>Alain CARRÉ</i>	63
Abus de juridiction de l'Ordre des médecins	<i>Dominique HUEZ</i>	65
Adresse publique aux responsables politiques sur les ordres professionnels et leurs instances disciplinaires	<i>Ass-SMT</i>	69
Requête pour excès de pouvoir devant le Conseil d'État	<i>Avocats des six organismes</i>	70
Bilan 2016-2017	<i>Alain RANDON</i>	76

É D I T O R I A L

RÉFORME DE LA SANTÉ AU TRAVAIL**LA MODERNISATION SOCIALE « EN MARCHÉ » ?**

Le 4 décembre 2000, Ernest-Antoine Seillière, président du MEDEF, intervenait sur le thème de la « refondation sociale » devant l'Académie des sciences morales et politiques : « *La refondation sociale vise à revitaliser le dialogue au plus près du terrain, c'est-à-dire dans l'entreprise et dans les branches professionnelles, en renversant la hiérarchie des normes sociales : d'abord le contrat en entreprise, puis, à défaut, le contrat collectif de branche, c'est-à-dire le métier, et cela dans le cadre des principes généraux fixés au départ par la loi. Ce modèle est de nature fondamentalement différente de celui qui exige qu'on lise dans la loi et dans le règlement le détail de ce qui doit être exécuté dans l'entreprise. La refondation sociale vise aussi à redéfinir les objectifs des politiques sociales, en matière de chômage, de santé, retraites ou formation professionnelle. Elle demande à préciser les frontières entre les systèmes de solidarité à financement budgétaire et les systèmes contributifs de type "assurantiel" financés par cotisation. Elle veut revoir les rôles respectifs des administrations et des partenaires sociaux dans la gestion des systèmes sociaux.* »(1).

Quelques jours plus tard (le 18 décembre 2000), les partenaires sociaux signataires de l'Accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels, publiaient une déclaration où déjà « *des médecins en exercice aux côtés des médecins du travail pour le suivi médical de certains salariés...* »(2) étaient envisagés et « *le temps dégagé par l'espacement des visites médicales (...) doit être consacré à un renforcement de l'action du médecin du travail et des différents acteurs compétents sur le lieu de travail* »(2).

Dix sept ans plus tard, la refondation sociale est enfin « en marche » avec la loi travail 2016 prévoyant un nouveau suivi individuel de la santé des salariés, « mieux ciblé »(3). Sauf que les contradictions entre le nouveau Code du travail et le Code de santé publique demeurent. L'article L.1110-3 du Code de santé publique mentionne : « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.* » Or la loi travail 2016 prévoit des périodicités très différentes du suivi individuel de la santé au travail selon les risques professionnels : les six familles de risques psychosociaux du rapport Gollac(4) sont les grands oubliés et pourtant les conséquences sur la santé des salariés sont gravissimes (pathologies de surcharge, pathologies de la solitude et pathologies post-traumatiques).

L'article R.4127-100 du Code de santé publique est toujours d'actualité : « *Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention...* ». Mais l'examen médical d'aptitude à l'embauche « *a notamment pour objet de s'assurer que le travailleur est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter, notamment en vérifiant la compatibilité du poste avec l'état de santé du travailleur qui y est affecté, (...) de rechercher si le travailleur n'est pas atteint d'une affection comportant un danger pour les autres travailleurs.* ». Dans ce cadre, le médecin du travail est-il encore un médecin exclusivement de prévention de l'altération de la santé du travailleur du fait de son poste de travail ?

Au sein même du Code du travail, un des principes généraux de prévention (article L.4121-1 et suivants) est « **adapter le travail à l'homme**, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire l'effet de ceux-ci sur la santé ». La définition de l'aptitude médicale de la loi travail 2016 est bien d'adapter l'homme à son travail et de rejoindre les tenants de la sélection biologique de la main d'œuvre.

Dans le même temps, un certain nombre d'employeurs ont décidé de mettre un terme à des pratiques professionnelles de médecins du travail ou de soins (médecins généralistes et psychiatres) qui certifient le lien entre l'aggravation de la santé de leur patient et leur travail, quelque soit la forme (certificat médical d'arrêt de travail, certificat médical initial d'accident du travail ou de maladie professionnelle, copies de dossiers médicaux, etc.).

Les stratégies des cabinets d'avocats ou des directions de service de santé au travail sont variées et font même l'objet de formations par certains cabinets d'avocats : leurs titres pourraient être « l'alpha et l'oméga pour déstabiliser votre médecin du travail ».

- Compter sur un allié indéfectible, le Conseil de l'Ordre des Médecins : porter plainte pour tout écrit de votre médecin du travail faisant le lien entre la santé et le travail de vos salariés.
- Contester systématiquement tout avis d'aptitude médicale.
- User de toutes les pratiques managériales en cours dans les « entreprises maltraitantes » : isoler votre médecin du travail, utiliser les stratégies d'intimidations en le convoquant pour toute sorte de motifs, nommer des médecins coordonnateurs pour « harmoniser les pratiques » de ce médecin récalcitrant, lui refuser des formations en faisant mine d'ignorer ses obligations professionnelles de Développement Continu Professionnel, lui refuser des congés payés, etc.
- Former les représentants du conseil d'administration et de la commission de contrôle afin de leur inculquer que les médecins sont « trop indépendants et qu'ils doivent rester dans leurs cabinets pour bien faire leur métier ».
- Former les représentants des commissions médico-techniques (CMT) pour les convaincre que cette instance ne doit rendre compte de ses travaux qu'à la direction du service et non pas à ses électeurs et que les débats professionnels ne doivent pas avoir lieu puisqu'une CMT est le lieu du « consensus constructif ».

Dans ce contexte de modernisation sociale, type « rouleau compresseur », les professionnels de santé au travail sont garants d'un exercice centré exclusivement sur la santé individuelle et collective. Le Code de santé publique donne un cadre de travail indispensable aux pratiques professionnelles des infirmiers en santé au travail et aux médecins du travail. L'exercice salarié d'un médecin « *n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.* »⁽⁵⁾. Une feuille de route semée d'embûches mais qui n'empêche pas d'être « en marche »...

Jean-Louis Zylberberg
Président Association Santé et Médecine du Travail

1- SEILLIÈRE E.-A., « Indispensable et fragile refondation sociale », *Communication présentée le 4 décembre 2000 par le président du MEDEF devant l'Académie des sciences morales et politiques.*

2- « Déclaration des signataires de l'accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels », 18 décembre 2000.

3- QUINTON-FANTONI S., « Évolution des missions des services de santé au travail et du suivi des salariés », *La Revue du Praticien*, vol. 67, mai 2017.

4- GOLLAC M. (sous la direction de), « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », *Rapport du collège 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, 2011.

5- Code de santé publique, article R.4127-95

ALIÉNATION – COOPÉRATION

Dominique HUEZ

Le travail, c'est comme le gruyère : ce qui est intéressant ce sont les trous. Le travail, c'est ne pas faire seulement ce qui est demandé par l'organisation prescrite du travail ; il faut combler les vides. Tous les travailleurs qui se sont appuyés sur de la prescription ont bloqué le système. Il est impossible de prévoir une organisation du travail où tout est prévu. La prescription, ce sont des repères, pour s'adosser, permettre le premier niveau d'activité qui pourrait mettre en délibération le comment faire, qui pourrait permettre de s'engager jusqu'à y construire sa santé. Il n'y a qu'une minorité de travailleurs qui perd sa santé du fait du travail, même dans les situations les plus dégradées. La majorité des travailleurs peut se préserver par des défenses psychiques inconscientes.

L'engagement dans le travail ne se prescrit pas. Si on construit et s'engage dans le travail, c'est qu'il y a un espace de création, un besoin de s'engager en contrepartie de tout un tas de choses : notre identité, notre citoyenneté. On joue gros dans le travail. L'engagement collectif dans le travail procède d'une construction lente, mais il faut un rien pour effondrer l'engagement d'une vie dans le travail. C'est le risque majeur du nouveau management. On ne sait pas bien ce qui provoque l'engagement dans le travail mais on connaît parfaitement ce qui peut l'effondrer. Qu'est-ce qui fait qu'il y a des modalités de management qui effondrent ? Pour le comprendre, il faut passer au crible ses figures, et voir comment se déploie l'activité concrète de travail.

On joue gros au travail et le principal, c'est le « *je suis avec les autres* ». L'individualisation des performances fait l'impasse sur le fait que travailler, c'est avec autrui ; soubassement de la collaboration qui va faire des collectifs de travail, de résistance, mais parfois aussi possiblement aliénants.

Quand des générations de managers sont formés à bousculer au travail des travailleurs parce qu'ils seraient trop limités, incapables de travailler sans pression ou menace, ça ne va pas. Ils ignorent qu'autrui est toujours présent, condition pour travailler ensemble. Et sans cette prise en compte il n'y a aucun espoir de faciliter l'activité de travail individuelle par ce qu'elle est irréductiblement aussi collective.

Dans le projet d'individualisation managériale, il est inacceptable de subir une évaluation sur ce qu'on est, sur ses savoir-être. Sur les faire, savoir-faire, savoir-faire ensemble peut-être, même si beaucoup pensent que l'évaluation ne pourrait être que celle du « travailler ensemble ». C'est contraire au fondement de la citoyenneté. On ne donne pas son identité à son employeur, c'est contraire aux fondements de notre Constitution. Après l'utilisation de notre force physique de travail, l'employeur veut utiliser nos capacités cognitives ; mais il ne doit pas faire intrusion dans le fonctionnement du mental. C'est un champ qui doit lui demeurer interdit. Il n'y a pas d'accès aux éléments de santé intime nous concernant.

Pour comprendre le risque de la perte de santé, il faut prendre l'engagement dans le travail, le travailler, comme grille de lecture. Ou alors on est seulement sur du prêt à penser, des représentations idéologiques. Cette entrée par le travail n'est pas contradictoire avec le fait que le travail peut générer des pathologies. Mais ça ne convoque pas notre intimité.

Les mécanismes de socialisation du travailler ensemble construisent des repères communs. Quand l'activité travail est effondrée faute de repères construits ensemble sur la « belle ouvrage », ça va faire dérapier notre santé mentale sur notre propre structure psychique que notre engagement dans le travail a contribué à fragiliser.

Pour ne pas devoir penser les organisations du travail délétères, un vocabulaire qui y fait écran est créé depuis vingt ans. On a eu le « pervers narcissique ». Puis on a eu « les RPS ». Il y a un vrai débat sur le lien entre corps et esprit concernant les décompensations physiques ou psychiques, mais on ne peut pas le remplacer par une explication simpliste sur les fonctionnements hormonaux. Le « bon stress et le mauvais stress » n'expliquent rien. On a mis en exergue « harcelé » et « harceleur » mais ça ne dit rien du travail ! Ce projet enferme dans l'impensé, donne acte à ce qui fait douleur mais sans jamais permettre de penser la causalité professionnelle. Il y a enjeu pour beaucoup de ne pas permettre de penser les organisations du travail. Les

RPS sont une boîte noire concernant un « travailler ensemble » empêché.

Qu'est-ce qui fait poids sur le psychique ? Le travail du rapport du collègue d'expertises sur la prévention des RPS coordonné par Michel Gollac, donne des clefs pour comprendre. Ce n'est pas de nommer ce qui fait douleur qui importe pour la prévention collective mais d'identifier ce qui la génère.

Le burn out, c'est le nouveau vocabulaire pour ne pas penser la causalité professionnelle. La causalité nommée serait l'épuisement, ce qui veut dire que nous avons mal géré notre engagement professionnel. Le burn out n'est pas une pathologie mais une figure de symptômes dont l'issue sera une pathologie. L'avantage immédiat de son emploi, c'est que ça dit la douleur, mais ça bloque toute réparation professionnelle, et ça ne donne pas accès à la causalité. Alors on ne peut ni prévenir ni guérir ! Il faut nommer les choses.

L'intensification du travail est bien perçue malheureusement par ceux qui la subissent. Ce qu'on repère mal en revanche, ce sont les mouvements de densification du travail, la fin des espaces de respiration. Quand je peux enfin m'asseoir, me poser, souffler dans le couloir, c'est là que je construis, prélève des infos avec les autres, échange, ce qui permettra la coopération de demain. Les chasseurs de coût effondrent tout ce qui permet le travailler ensemble. C'est ce que fait l'encadrement du nouveau management. Le nouveau paradigme c'est « *Si pas vu travailler, c'est pas du travail* » ! C'est l'instrumentalisation, c'est l'irruption de la fasciation à venir des organisations du travail de corps-machine ! C'est méprisant et manipulateur. La citoyenneté naît du travail avec les autres. On peut ainsi permettre les soubassements d'une fasciation de la société. Il y a maltraitance sur les valeurs morales. Quand ce sera effondré, il n'y aura plus de construction commune de repères éthiques communs. Les enjeux sont importants : les pro-patronaux disent qu'on ne sait rien sur la santé au travail. C'est complètement faux. Il y a six familles de facteurs de risques des organisations du travail délétères reconnus scientifiquement. Par exemple comment je suis obligé de me mettre en scène en permanence dans mon travail ce qui provoque des émotions factices si délétères. La mode est au questionnaire, même pour utiliser individuellement les données du collègue d'expertise coordonné par M. Gollac ; c'est une impasse. Mais si on obtient son utilisation dans des micro-collectifs, que l'on trace non pas ce que chacun individuellement dirait de chaque question, mais l'argumentation de cela du point de vue de son activité de travail, on aura une figure, un descriptif des

difficultés individuelles et collectives à coopérer, pour comprendre la réalité de leur collectif de travail.

Au regard de la santé au travail, le travail n'est pas solitaire mais solidaire. Mais l'organisation et son management agissent en son contraire. Ça effondre la coopération. Pourquoi la santé au travail est-elle si prégnante, si importante ? (cf. triangle de Sigaut). Le travail se superpose aux enjeux de ma santé. Sur la scène du travail il y a toujours l'autre quand je tape dans la butte du réel pour le transformer. C'est là que je construis mon identité, soubassement de ma santé. L'acte de faire s'inscrit dans une histoire collective technique et de valeurs. Il est impossible de coopérer avec les autres si on n'a pas d'histoire partagée. L'importance du regard de l'autre sur mon activité, c'est celui porté sur la « belle ouvrage ». Il porte la dynamique de la reconnaissance, le soubassement de la coopération. Porté aussi par la hiérarchie ou le client, il permet du point de vue utilitaire la coordination professionnelle.

S'il n'y a ni lieu, ni espace protégé du poids hiérarchique pour délibérer de ce qui pourrait faire difficulté ou conflit dans le travail ensemble, afin d'élaborer des règles professionnelles communes, pour permettre d'arbitrer leur évolution, il n'y aura pas de construction de la santé au travail possible. C'est cela qui doit repasser dans l'espace public de l'établissement pour informer la hiérarchie et armer les syndicalistes. La façon dont on fait ensemble est essentielle, particulièrement quand les obstacles s'accumulent.

Les souffrances professionnelles sont l'expression de l'aliénation sociale où la dynamique de la reconnaissance par autrui de ma contribution est bloquée. Si les autres ne me renvoient rien de ce que je fais, je ne peux plus m'engager dans mon travail. Tout le monde a des pairs. Si je n'en ai pas, je ne peux plus travailler car aucun conflit qui m'effondre ne peut trouver d'issue. Ce qui fait décompenser, c'est la façon dont sont entravés tous les mécanismes de reconnaissance par autrui. C'est l'isolement qui permet les pathologies de la solitude générant la honte puis la haine de soi.

L'aliénation culturelle de ceux qui rêvent le monde entre eux sans prise en compte de la réalité, c'est les sectes. Mais les responsables d'entreprises qui prescrivent des organisations du travail déconnectées des réalités du travail, du faire, c'est une vraie pratique sectaire. C'est dangereux pour notre santé. Avec les procédures du nouveau management qui empêchent littéralement de travailler et prétendent nous faire progresser par la course à l'échalote, on déploie les soubassements des pathologies du travail, pathologies de surcharge, pathologies posttraumatiques, pathologies de la solitude.

Alors pourquoi on n'est pas tous malades ? L'issue n'est pas d'étendre l'explication maintenant aux « pré burn outés » qui toucheraient 70 % des français ! À l'époque du taylorisme flamboyant, les travailleurs ne devenaient pas tous malades. On déploie en effet des mécanismes de défense psychique inconscients qui protègent de la maladie mais nous privent de l'envie de vouloir en changer les causes qu'on n'est alors plus en mesure de repérer. Cela peut être analysé comme la pointe aigüe de la maltraitance des organisations du travail qui sont alors clairement aliénantes. Lors des crises collectives délétères, du fait de cela, quoi qu'on fasse, ça ira toujours mieux deux ans après lorsque les mécanismes défensifs auront déployé leur office apaisant et aliénant. On se défend généralement pour ne pas basculer dans la maladie. Si la défense est inconsciente, le mécanisme est aliénant du fait qu'on n'a plus le projet de transformer le travail.

Ce qui permet de travailler avec les autres, ce sont les règles de métier qui permettent de construire des façons de faire, de coopérer, de construire ainsi les sous-basements des collectifs de travail. L'inverse des règles de métier, ce sont les systèmes défensifs inconscients. Ça peut-être redoutable, car alors perçu par tous comme de nouvelles règles professionnelles ! Soit je suis en capacité de discuter avec mes collègues, ou je suis aliéné par mes défenses. Ainsi la défense qu'est le désengagement professionnel est très efficace vis-à-vis du risque délétère, mais alors on ne construit plus sa santé au travail.

Notre souffrance professionnelle a pour support des affects douloureux, la peur, la honte. La honte est la résultante de la souffrance éthique, d'être amené à participer, à cautionner, à faire des actes que l'on réprouve au regard de nos valeurs morales. Cela ne peut pas se penser, se dire, ça n'apparaît jamais à autrui encore moins à soi-même. L'issue dramatique, c'est la haine de soi, donc la mort. Avec le concept-écran de burn out qui singularise la responsabilité individuelle à ne pas savoir gérer nos affects douloureux dus à un trop fort engagement professionnel, il n'y a plus d'issue pour la prévention ou la guérison ! Si les modalités d'expression de la souffrance professionnelle nous sont irréductiblement singulières en écho à notre histoire, les causalités professionnelles sont bien collectives et peuvent donc être prévenues. Dans une permanence syndicale face à la souffrance, c'est bien l'organisation du travail collective et les rapports sociaux qui s'y nouent qui doivent être investigués.

Des souffrances professionnelles discrètes précèdent les effondrements pathologiques. Ainsi les troubles cognitifs en secteur : les collègues raisonnent à l'envers,

n'analysent plus la situation. Ou une hyperactivité personnelle qui bascule en activisme pour ne pas avoir à penser l'impensable. C'est se sur-engager pour ne pas penser ! On s'abrutit de travail pour ne pas laisser place à la rêverie qui permet l'élaboration et une issue aux défenses aliénantes. L'activisme professionnel est un mécanisme défensif : on est obligé de s'assujettir. Alors on ne peut plus jouer avec ses enfants car cela nécessite une possibilité d'évasion ludique maintenant entravée. La maltraitance professionnelle génère souvent une souffrance éthique qui ouvre aux pathologies de la solitude. Suite aux autres processus pathologiques de surcharge ou post-traumatiques, apparaissent les pathologies mentales dont les plus courantes sont la dépression professionnelle réactionnelle, le syndrome de stress post-traumatique et l'anxiété généralisée.

Mais le corps lui-même peut être impacté. Ainsi et c'est moins bien instruit, il y a de très nombreuses pathologies auto-immunes comme le diabète type 2, les thyroïdites, la maladie de Crohn par exemple qui ont aussi à voir avec des effondrements de l'économie du travailler. On est bien instruit sur les pathologies cardiovasculaires en rapport avec les risques des organisations du travail : ainsi 25 % des infarctus sont liés au travail. La causalité des organisations du travail est bien démontrée aussi pour la rhumatologie, les rachialgies chronicisées et les TMS. Pour les Troubles Musculo Squelettiques leur explosion est telle que patronat et gouvernement cassent le baromètre du tableau de maladie professionnelle n°57 pour les rendre moins visibles ! On peut estimer que 25 % des invalidités du régime général de sécurité sociale ont pour cause le travail, *via* leurs conséquences psychiatriques, rhumatologiques et cardiovasculaires, non comptés les cancers professionnels !

Sur les suicides professionnels, il n'y a aucun espoir de les prévenir en se transformant en « CGT croix rouge » ! En effet ce sont les plus engagés dans leur travail, qui ne laissent donc rien apparaître, à eux et à nous, qui peuvent être débordés par la pulsion de mort. La meilleure prévention du risque suicidaire, c'est la réhabilitation, la reconstruction des collectifs d'appartenance. Il faut produire un discours de compréhension sur les causalités professionnelles délétères. Les numéros verts, le *coaching* sont une impasse. Il ne faut pas signer ce type d'accord et engager la responsabilité des médecins qui les affichent dans leur salle d'attente les cautionnant ainsi comme prescription médicale les engageant. Le *coaching*, c'est de la psychiatrie comportementale manipulatrice.

Il faut construire des espaces de délibération sur le travail, des lois Auroux sans les chefs, entre collègues uniquement, exclusivement sur ce qui fait difficulté,

dispute, conflit sur le travail, pour en trouver une issue compatible avec la construction de la santé de chacun. Y a-t-il une causalité commune ? Comment on la comprend ? Pour pouvoir peser et entraver les organisations du travail délétères, il faut réussir à élaborer une parole entre collègues sur les dysfonctionnements des organisations du travail et leurs dérives inhumaines.

CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

Alain GROSSETÊTE

Cet article a été publié antérieurement dans la revue Santé et Travail n°97 janvier 2017

Partir du récit du salarié sur sa propre activité pour l'aider à identifier les conflits qui mettent en jeu sa santé psychique, c'est l'approche clinique défendue par certains médecins du travail. Un levier pour la prévention individuelle et collective.

Deux manières d'aborder la santé au travail coexistent en médecine du travail.

➤ La première, la plus répandue, est une approche médicale par les risques. Celle-ci s'appuie sur un entretien médico-professionnel, un examen clinique et, en conclusion, un diagnostic sur les risques et l'état de santé du salarié, d'éventuelles mesures d'adaptation du poste de travail, voire la déclaration d'une inaptitude. Héritée de la médecine légale, dont la médecine du travail est issue, cette pratique se rapproche aussi de celle, assurantielle, des médecins-conseils de la Sécurité sociale et demeure commune aux métiers de la prévention des risques professionnels.

➤ La seconde approche est la clinique médicale du travail, qui investigate le lien entre santé et travail. Cette investigation clinique comporte bien entendu la revue des risques au poste de travail, mais ceux-ci sont examinés en relation avec l'activité réelle du salarié, son « travailler ». Elle conçoit le travailleur comme un être « pro actif », qui anticipe, se défend et peut être affecté par ce qu'il vit dans son travail. Une conception de l'Homme au travail qui est issue des sciences humaines, ainsi que de l'ergonomie, de la psycho-dynamique du travail et de la clinique de l'activité.

LORSQUE LE « TRAVAILLER » EST MENACÉ

La parole du salarié occupe une place centrale dans la clinique médicale du travail, ouvrant à une exploration la plus fine possible de son « travailler ». Car lorsque celui-ci est menacé, la santé du salarié peut l'être également. Tout travail implique un engagement de la personne dans son activité, incluant une part de création

Il est inacceptable de subir une évaluation sur ce qu'on est, sur ses savoir être [...] C'est contraire aux fondements de la citoyenneté. On ne donne pas son identité à son employeur... C'est contraire aux fondements de notre Constitution !

et de souffrance. Aucun travail n'est cantonné à une exécution pure : le salarié fait au travail beaucoup plus que ce qui est attendu de lui, beaucoup plus que ce qu'il croit, et peut-être bien mieux, mais il ne le sait pas. L'activité du salarié n'est en effet pas spontanément accessible en totalité à sa conscience, ni ses mobiles. Une partie des enjeux psychiques autour du travail se situe là, dont l'issue est la santé ou l'entrée dans la maladie. Il faut donc faire réapparaître aux yeux du salarié sa propre activité, en particulier lorsqu'il vient exposer un état de souffrance, en lui faisant raconter ce qui s'est produit dans son travail. Cette partie importante de la démarche clinique est aussi un vrai travail d'élaboration pour le salarié, qu'il ne peut mener avec le clinicien que s'il est en confiance. La relation avec le médecin prend alors un tour particulier. Ce que raconte le salarié prend la forme d'un récit qui met en scène son « travailler », donne du corps à son activité. Cela l'aide à sortir d'un état de rumination dans lequel il pouvait errer auparavant : « *Mon directeur est toujours sur mon dos* », « *Tout le monde m'en veut* »... Il prend alors conscience des enjeux subjectifs sous-tendus par son travail et dans lesquels il engage sa santé, de même que des aspects conflictuels que contient toute activité. Le conflit à dénouer acquiert une dimension collective, le salarié n'ayant plus à le soutenir seul en mettant en jeu sa santé.

DOUBLE ÉLABORATION AU COURS DE LA CONSULTATION

De son côté, le médecin est très attentif à ce qu'il entend dans ce récit, interrompt le salarié pour lui indiquer ce qu'il ne comprend pas. Au cours de la consultation médicale, il y a donc une double élaboration : celle du salarié et celle du clinicien, qui, à partir de ce qu'il entend, peut aider le premier à préserver ou à retrouver son pouvoir d'agir, ou émettre des préconisations médicales de veille ou d'alerte valables pour le collectif de travail.

BURN OUT CONSTATÉ MÉDICALEMENT

QU'EN RESTE-T-IL APRÈS L'ANALYSE DU TRAVAILLER ?

Dominique HUEZ, Consultation Souffrance et travail

Monsieur François Larimal est né en 1970. Il vient dans cette consultation *Souffrance et Travail* sur les conseils de son médecin du travail qui lui a diagnostiqué un burn out après une prise en charge médicale attentive. Celui-ci l'a envoyé voir un psychosociologue qui intervient pour son entreprise de chimie. M. François Larimal désire continuer à rencontrer le psychosociologue aux frais de son entreprise. Il nous est adressé par son médecin du travail afin d'évaluer sa souffrance au travail actuelle, et de savoir si une action complémentaire sur son milieu de travail est nécessaire.

Voici ce que nous avons pu en comprendre par un travail de clinique médicale du travail compréhensive de l'histoire individuelle et collective du « travailler » de M. François Larimal.

M. François Larimal a suivi une filière de BEP électrotechnique pour laquelle il avait un intérêt ancien. Puis à 19 ans il passe un bac-pro électrotechnique et installation industrielle en internat loin de son domicile. Son intérêt augmente pour la technique. En apprentissage en alternance, dans le cadre d'un BTS spécialisé, il prolonge cette voie de formation. Pour sa première année d'apprentissage, il intègre une entreprise de dix salariés d'informatique industrielle spécialisée dans les dispositifs de gestion de stocks. Il se considère comme bien encadré par un maître de stage très investi, aux compétences bien assises. Cette entreprise dépose alors son bilan.

Il fera une seconde année d'apprentissage dans une entreprise de chimie. Mais il doit y refaire sa première année. « *Cela m'a permis de consolider ma première année, j'étais un peu juste* ». Il travaille dans le service électromécanique, spécialisé en métrologie. Il y est aussi bien encadré par son maître de stage. Pour lui « *c'est l'intérêt de la découverte d'une activité de travail* » très spécifique. « *Les contraintes de l'industrie chimique de synthèse y sont majeures, les aspects ré-*

glementaires importants. On a le temps de faire des choses bien. C'était une entreprise où il faisait bon travailler. Ils responsabilisent l'individu par rapport à son rôle dans l'activité ». M. François Larimal est dans toutes ses activités adepte du beau travail : « *Quand je me lance dans le bricolage ou le sport, j'ai l'objectif de bien faire. C'est intrinsèque. Je ne me sens pas bien si je ne suis pas satisfait du résultat. Je suis perfectionniste. Le travail, c'est bien travailler !* » Ses parents qui travaillaient dans l'artisanat alimentaire lui ont transmis cela. Mais il ne succèdera pas à son père devant les contraintes très importantes : « *J'ai préféré m'effacer plutôt que de le faire sans assez de convictions et de motivations.* » Il rate son examen de BTS lors de la soutenance de son rapport de stage. « *C'est un échec que je n'ai pas bien vécu !* » Avant l'armée, il refait deux mois en intérim dans l'entreprise de synthèse chimique qu'il connaît.

Après son service militaire, il intègre alors une enseigne de sport pour six mois au rayon cycle, « *Je faisais du vélo sportif dans le privé.* » Il y rencontre son épouse. « *Il y avait une bonne ambiance, je pouvais rencontrer des gens ; il y avait une entraide réciproque entre les employés ; le chef permettait le travail en confiance.* » « *Je n'ai jamais été au chômage, je ne voulais pas dépendre de la société !* » Pour quatre mois il intègre à nouveau l'entreprise de chimie de synthèse. « *Ils n'ont pas de poste pour le long terme. Je les quitte à contre cœur !* » Pour six mois il prend alors un poste de technicien de maintenance de photocopieurs assurant le service après-vente des entreprises. « *C'était très basique. C'était pas assez technique, il n'y avait pas de diagnostic de pannes à faire.* »

Puis pendant deux ans et demi il intègre un laboratoire pharmaceutique qui intervient dans la transfusion sanguine. Il est technicien de maintenance de process en 3x8. Il retrouve un intérêt certain pour le contenu tech-

nique de son travail. Il y restera le temps des études de sa compagne. « *J'étais en autonomie complète. Je pouvais appeler le cadre d'astreinte qui habitait sur place si besoin important. On m'a reconnu très rapidement autonome.* » Il se déploie sur d'autres compétences que son socle technique initial : la mécanique, le chauffeur distillateur, les « Utilités » (chaud, froid, distribution électrique, l'eau de différentes qualités, les températures d'air, de vapeur). « *Le travail me plaisait, mais je n'appréciais pas la grosse ville.* » Il fatigue avec le travail en équipe en 4x4x4.

Il intègre alors pour sept ans une usine de fabrication de semences très spécialisées. Il est embauché pour remettre à jour le process technique qui est entre l'agricole et le pharmaceutique. Il est responsable des travaux neufs, et coopère avec un collègue responsable de la maintenance. Ce dernier est responsable d'une équipe technique qui leur est commune. « *C'est une vraie coopération !* » Des années après, ils sont encore en contact. Le responsable hiérarchique n'est pas vécu comme aidant : « *Le chef, il nous pénalisait plus qu'il ne nous aidait. À la fin, j'ai eu du mal à "faire comme si", avec lui !* » Au bout de six ans il arrive à la fin de sa mission de rénovation du process. Personne ne veut lui signifier que l'entreprise n'a plus besoin de lui. « *Ils me mettaient dans une situation ambiguë avec mon collègue de la maintenance, ce qui aurait pu générer des conflits absurdes. Je pense que c'était la stratégie élaborée.* », « *Je ne vois pas comment on peut faire cela. J'ai toujours été réglo, toujours un bon état d'esprit. J'étais pas prêt à comprendre, pas prêt à partir vers l'inconnu.* » Il ne doute pas de ses capacités professionnelles, mais de l'orientation de son activité pour l'entreprise. « *J'avais l'impression d'être dans un placard, de ne pas pouvoir apporter ce que je sais faire pour l'entreprise, de ne pas servir à grand-chose. Je cherchais du boulot. J'essayais d'amener des projets. On me rétorquait qu'il n'y avait pas de budget. Je me demandais si j'avais bien ficelé mon projet puisqu'il ne se vendait pas !* » Les choses se dégradent. Il se rend compte que la hiérarchie directe pénètre sur son ordinateur. Le N+2 n'arbitre pas. Alors qu'il débute sa journée tôt et déjeune rapidement sur place, il est convoqué selon ce qu'il en rapporte pour être parti une fois quelques minutes plus tôt : « *J'ai claqué la porte !* » Pendant cette période de sous charge, il valide par VAE son BTS interrompu. Dans ce climat malsain, M. François Larimal doute de ses compétences, de sa perception de la réalité. « *Ainsi le lundi, on me demande une activité dans un sens, et en fin de semaine, on me dit droit dans les yeux qu'on m'a demandé l'inverse.* » Dans ce climat de perte de sens du travail, des troubles cognitifs semblent s'instaurer. « *Je doute de moi. Je*

consulte pour la mémoire. Je note au jour le jour tout ce qui se passe. » Son épouse est inquiète, « *Elle dit des choses que je n'ai pas envie d'entendre. C'est mon directeur qui me conseille un bilan de compétence, bilan qui m'a beaucoup aidé.* » Mais M. François Larimal n'en comprend pas la finalité. La personne qui fait ce bilan favorise une rencontre tripartite avec son chef de service, car « *elle avait du mal à le croire* », quand il décrivait ce qui ressemble à une mise au placard. « *La direction a alors annoncé la couleur clairement. Mon directeur m'a dit texto qu'on n'avait plus besoin de moi dans l'entreprise ! J'ai pris cela comme un déficit de reconnaissance de ma contribution. Quand on n'a plus besoin de vous, on vous jette. Cela m'a mis un gros coup derrière la tête ! J'aurais préféré qu'on me le dise clairement avant. Ils laissaient pourrir la situation dans un climat pas bon. Je démissionne ! Mon but est alors de tourner la page. Je leur en veux de ne pas avoir fait proprement les choses.* »

Et M. François Larimal réintègre l'entreprise de synthèse chimique en juin 2006 qui recrute alors un technicien spécialisé « Utilités », c'est-à-dire ce qui est périphérique à la production : l'énergie, la production de vapeur, la production d'eau, la station d'épuration. « *Cela correspond à mon profil professionnel !* » Il travaille dans un service technique qui comprend un responsable technique et quatre techniciens spécialisés « Utilités », qui chacun ont une formation et des bases différentes, mais qui exercent tous pour l'activité « Utilités » ; deux des techniciens sont confirmés. Avec lui, ils seront cinq. « *Il y a un très bon esprit professionnel. Le responsable technique est très technique. On avait la même approche, et la même vision du travail. On s'est trouvé très vite. L'encadrement technique m'a vite fait confiance et m'a laissé toute autonomie pour les activités. J'étais heureux d'aller travailler.* » Il intègre l'astreinte au bout de six mois, alors que l'objectif de l'entreprise est de l'y former en un an et demi. « *J'avais déjà la maîtrise de l'outil et la connaissance de l'entreprise.* », « *S'il y avait un souci, je savais que je pouvais appeler officieusement un collègue. De plus si on travaillait sur une activité, avant de partir on appelait le dernier pour voir s'il avait besoin d'entraide avant. Cela s'est très bien passé pendant trois ans !* »

« *Au bout de trois ans, un collègue technicien est parti pour des raisons personnelles, puis il est revenu après six mois. Pendant ces six mois, on a du faire le travail à quatre. Six mois avec une personne manquante, c'est compliqué, il y a des choses qu'on ne fait pas. Mais ce n'est pas le point de non-retour.* » Puis le responsable de service part et est remplacé par un nouveau responsable qui vient du service de métrologie, « *pas très encadrant* » selon M. François Larimal, il n'a pas de profil

très technique comme son prédécesseur et il est peu manager. « *Le responsable technique précédent nous laissait travailler en autonomie, il nous suivait et savait aller au charbon, même s'il n'était pas très rigoureux en indicateur.* » Alors selon M. François Larimal, « *Cela s'est compliqué très vite. Il n'y a pas de management participatif, pas de confiance. Son chef n'a pas de compétence technique et s'appuie surtout sur le ressenti d'un collègue, pas des autres.* » Ce responsable ne prendrait donc pas en compte les préconisations des trois autres techniciens, ne leur permettant plus de contribuer. « *Tout le monde le fait remarquer ! Et il y a toujours une fin de non-recevoir et d'incompréhension. Il y a des conflits permanents ; c'est quelqu'un de très irritant. Une fois où j'avais pris un congé pour une journée de VTT, je suis quand même revenu le matin pour finaliser une intervention en retard. Le chef ne s'en rappelle plus et envoie un message incendiaire ! Ou bien j'ai commandé quatre lampes frontales pour moi et mes collègues, lampes dont on se sert tout le temps. Il me demande pourquoi ! Il nous demande d'être au courant de tout et nous reproche aussi de l'inonder d'informations ! Il me pourrit la vie.* » La situation est tellement dégradée que M. François Larimal commence à tout noter, la défiance se construit : « *J'ai un book de cinquante pages sur les anecdotes. Je note car il y a un moment où il pourra y avoir un conflit.* » Il cherche un arbitrage auprès de son N+2. « *Il m'a reçu en présence du N+1. Le manager c'est le N+1, c'est à vous d'appliquer !* » Leur service est maintenant en charge de la distribution électrique et le technicien qui le faisait antérieurement ailleurs les rejoint. « *Il nous a aidé à remonter la pente pendant deux ans. Ils travaillent alors à cinq techniciens.* »

Il y avait un prestataire sous-traitant qui avait le contrat principal et les assiste dans leurs tâches quotidiennes, le même depuis longtemps. Les salariés connaissent les installations, l'environnement et les réseaux de travail. Il y a alors un appel d'offre pour changer de prestataire. « *On n'est pas sollicité pour faire le cahier des charges technique de l'appel d'offre ; il est fait par un prestataire externe ! L'objectif est de baisser les coûts. On se retrouve alors en très grande difficulté. On ne peut plus compter maintenant sur le prestataire. L'ancien prestataire pour ses contraintes nous appelait une fois par semaine. Le nouveau nous appelle trois à quatre fois par semaine ! Il faut le seconder au jour le jour car il ne connaît pas nos besoins, nos exigences. Il faut tout refaire !* » Le N+2 n'arbitre pas cette situation. C'était il y a quatre ans.

Le technicien chargé de la distribution électrique est parti sans être remplacé, mais en laissant cette nouvelle activité très spécialisée. « *Au bout de six mois, j'ai*

proposé de reprendre son activité, sous conditions que je me professionnalise sur ce terrain et que je sois dégagé de mes autres tâches. » Mais il n'y a personne pour faire ce que M. François Larimal considère ne plus pouvoir faire. « *Je n'ai pas le choix, je continue aussi à le faire.* » Il assume ainsi un poste et demi, avec en sus de la gestion de projet ce qui est nouveau. « *Je n'ai plus la tête hors de l'eau ; je fais 55 à 60 heures. Mon alerte n'est pas prise en compte.* » Là-dessus un autre collègue technicien s'en va. Ils sont épaulés pendant un an par un intérimaire à la formation très poussée en distribution électrique. Quand ce dernier s'en va, il reste trois techniciens pour quatre tâches et demi. Une phase de recrutement est lancée, mais elle est interrompue par le changement de structure de l'entreprise.

Lors de l'hiver 2014 – 2015, du fait d'un arrêt technique de l'installation, une grosse préparation doit en être effectuée. C'est la mise en place d'un distillateur. Les enjeux sont très importants, car le risque serait de priver de travail près de 400 personnes. M. François Larimal y est très investi. Il se déplace pour cela en Finlande. En plus de cette activité supplémentaire, il gère les activités quotidiennes et de petits projets. « *Le projet se termine, et là, je suis vidé. Et j'explose. Je n'ai plus d'envie !* » M. François Larimal est alors submergé par l'émotion. « *Lors de mon entretien de fin d'année avec mon N+1, il me dit qu'il est relativement satisfait de mon travail. Mais il n'y a aucune prise en compte de mon travail réel, de mon volontariat pour prendre la distribution électrique dans l'intérêt de l'entreprise, de mes projets. Mon chef me dit qu'il n'y a pas la nécessité d'avoir une note supérieure à la moyenne. Je suis parti alors chez moi. Pendant 48 heures j'ai regardé le plafond. J'étais effondré. Impossible pourtant pour moi de couper avec le travail. Je me connectais à mon ordinateur que j'emmenais de mon travail, pour continuer à être informé.* » M. François Larimal est arrêté par son médecin généraliste deux mois et demi en janvier 2015, et bénéficie d'un lourd traitement anxiolytique, antidépresseur et hypnotique.

La surcharge de travail a fragilisé M. François Larimal. Il a tout donné en confiance pour son entreprise. L'intérêt de ses nouvelles tâches l'a porté. Le sentiment d'utilité pour l'entreprise était central, et le contexte le lui signifiait. Antérieurement l'entreprise lui avait montré sa reconnaissance financière pour son engagement dans la distribution électrique. Même si cela ne remplaçait pas le différentiel de 10 % de rémunération qu'il avait avec les autres techniciens que l'entreprise s'était engagée oralement selon lui, à combler lors de son embauche, mais ce qui n'avait pas été fait. Et là, cet entretien d'évaluation porte pour lui un déni majeur de reconnaissance de son engagement hors du commun.

Il est loyal pour son entreprise, compense même ce qu'il considère comme des fautes de management ou de gestion. Mais là, c'en est trop. Il s'effondre. Ce n'est donc pas que la surcharge, mais le vécu d'injustice déniaient sa contribution qui effondre sa construction identitaire facteur de santé.

À son retour de maladie, M. François Larimal voit son médecin du travail, qui l'oriente vers le psychosociologue qui travaille habituellement avec l'entreprise. M. François Larimal pense qu'il s'agit de soins. Les séances durent une heure, une fois par mois. Elles sont payées directement par l'entreprise. Dans ces séances, « *Je vide mon sac !* » Il y aura cinq séances qui seront arrêtées vers juin 2015, contrairement à l'envie de M. François Larimal. Il en tient pour responsable son médecin du travail dont il maintient qu'il en serait à l'origine. Il va donc jusqu'à demander l'arbitrage de l'entreprise. Ses idées se brouillent et il n'arrive pas à percevoir la différence d'entre le cadre des soins thérapeutiques qui ne peuvent pas relever de l'entreprise, du cadre de la prévention en santé au travail qui engage au contraire son entreprise. « *Mais pourquoi le psychosociologue parle de thérapeutique ?* », nous énonce-t-il ?

Vers mars 2015, une réunion de médiation tripartite est organisée, avec l'entreprise et le service médical du travail. « *J'arrêtais pas de pleurer, j'ai préféré lire une lettre où je parle de surcharge, de manque de clarté des objectifs fixés, d'absence de cadre professionnel.* » Depuis, tous les trois mois, je fais le point avec mon N+2 en présence du N+1. Il y a six mois un technicien mécanicien arrive d'un autre service pour les aider. « *C'est très bien, mais il ne connaît pas les "Utilités". Début septembre un autre collègue les rejoint, qui a le même profil.* » L'équipe passe enfin de trois à cinq, mais deux d'entre eux doivent apprendre complètement le travail : « *ils seront opérationnels dans un an, autonomes dans un an et demi.* »

Son responsable lui laisserait un peu plus d'autonomie. M. François Larimal avec les autres techniciens participerait à l'élaboration technique du nouvel appel d'offre. Mais selon lui, l'entreprise n'a pas procédé à la définition des responsabilités de chacun contrairement à ses engagements lors de la réunion de médiation. « *Mes N+2 et N+1 doivent mettre en place les organigrammes ad hoc.* » Ce ne serait pas fait. « *Je n'ai pas signé pour faire un travail d'ingénierie support qui n'est pas spécifié ! Les responsabilités de chacun ne sont pas définies depuis deux ans malgré les engagements formels d'il y a un an.* »

Pour le médecin consultant, M. François Larimal semble avoir pâti du défaut de son entreprise de mise en

place de son obligation de résultat en matière de santé au travail le concernant ainsi que son équipe de travail des « Utilités ». La surcharge de travail objective qui a été rencontrée au sein de son équipe n'a pas été arbitrée. Le collectif de travail y a été fragilisé. Cette situation difficile s'est déployée dans le cadre d'un changement de style de son management de proximité qui a privilégié les indicateurs, s'est éloigné de la compréhension de ce qui faisait difficulté dans le travail réel des techniciens très spécialisés des « Utilités ». La compétence professionnelle de M. François Larimal a pu être un facteur de renforcement de la peur, pour son N+1, de sa propre méconnaissance.

Ces situations sont de plus en plus communes dans les entreprises et de nombreux travailleurs s'en protègent en se désengageant. Ce faisant, ils perdent en opérationnalité et leur entreprise en pâtit. M. François Larimal ne peut se désengager professionnellement. Ce serait se trahir soi-même. Il est loyal à l'excès pour son entreprise. Il est alors écartelé entre deux représentations inconciliables qu'il ne peut arbitrer :

- D'un côté, il considère que son entreprise a failli à son encontre, et qu'elle est responsable de ne pas avoir arbitrée des conditions de travail qui sont devenues préjudiciables à sa santé.
- D'un autre côté, il ne peut concevoir 'être déloyal à son entreprise, puisque travailler pour lui, c'est travailler en confiance avec son management et s'y engager tout entier. Et même dans les situations très difficiles avec un management en difficulté, il lui faut compenser, être « loyal » pour deux. Il ne pourrait imaginer de faire reconnaître en accident de travail son effondrement post-traumatique de début 2015 après un entretien d'évaluation, entretien qui l'a pourtant anéanti.

Alors, sa polarisation pour son droit à avoir une prise en charge thérapeutique par le psychosociologue attaché à son entreprise, sédimente bien cet écartèlement. Cet espace de soin illégal et interdit à son entreprise, cette dernière l'a pourtant financé sans le nommer ainsi. Cela signerait sa responsabilité et de sa bonne volonté. Et c'est cette même entreprise qui n'arbitrerait pas complètement ses conditions de travail encore déléguées !

Il n'est pas possible de construire sa santé en étant écartelé par l'injonction paradoxale,

- de la subordination loyale malgré tout ;
- et de la confiance nécessaire, qui est subordonnée au respect de ses valeurs morales du beau travail avec un management technique compétent et juste.

La polarisation sur la prise en charge thérapeutique impossible d'un suivi psychologique par l'entreprise, est l'écho de la difficulté M. François Larimal à trouver une issue nécessaire du côté de l'élaboration de règles professionnelles partagées avec ses collègues, pour pouvoir continuer à œuvrer sans atteindre à sa santé.

Le qualificatif de burn out est peut-être bien pratique, puisqu'il dispenserait ici d'analyser :

- d'une part ce qui fait concrètement difficulté dans son travail ;
- et d'autre part de nommer un état de stress traumatique chronicisé, à l'origine d'une dépression professionnelle.

NOTE DE LECTURE DE CE CAS CLINIQUE

POUR ALIMENTER LA DISPUTE SUR LA QUESTION DE L'INVESTISSEMENT AU TRAVAIL

Alain GROSSETÊTE

La remarque qui peut être faite à propos de l'emploi du terme de burn out, repris ici et en pleine période d'un débat à la fois médical et social, est que ce terme est particulièrement apprécié par les patients consultants car il leur permet de nommer une souffrance. Il a le même succès que le terme de harcèlement il y a vingt ans. Mais pour le clinicien, il ne doit signifier rien d'autre que le début d'une investigation à mener sur le travail et le travailler.

Ce cas clinique a entre autres intérêts, celui de permettre d'explorer facilement ce qu'apporte la clinique médicale du travail à un patient salarié en difficulté, sur deux éléments de portée assez différente : le retour sur l'investigation du travail comporte l'examen de l'Organisation du Travail au sens large, (qui pourrait être nommée « macro »), et le « travailler » de ce dernier (OT qui pourrait être désignée par « micro »), qui touche à l'organisation qu'a déployée le travailleur quel que soit son travail, avec la partie de son collectif par lequel il tisse et retisse une coopération au quotidien qui fait l'activité. Quasi clandestin, ce tissage et ses trous échappent en grande partie à la fois à la prescription et doit faire l'objet d'un vrai travail(1) pour apparaître à ses yeux ou à ceux du clinicien. Considérés à eux deux, ils doivent permettre au clinicien du travail de proposer au salarié-patient une autre issue à sa fragilisation que celle d'une entrée en maladie, qu'il s'agit ici de prévenir en prévention thérapeutique.

.....
1- Voir référence suivante

Les deux éléments dans le travail clinique sont à mettre à l'étude, car les deux sont à l'origine de sa fragilisation. Le premier se prête relativement facilement à l'analyse inter compréhensive entre clinicien et patient. Le second est conflictuel, il suppose que le clinicien se prépare éventuellement à affronter le patient salarié qui peut lutter contre ce qu'il entend, même si in fine, il se trouvait que le clinicien avait vu juste. Pour cette raison, il est utile de persévérer car il est possible d'envisager que ce qui est conflictuel est situé à l'épicentre de la consultation. Pouvoir identifier ce qui est au cœur du conflit, est ce qui peut permettre de venir en aide à un salarié venu consulter, pour retrouver son pouvoir d'agir sur son travailler.

Lors de l'entretien avec le salarié (au cours de la consultation de souffrance au travail ou chez le médecin ou l'infirmière du travail), « l'organisation du travail » est comme ici accessible à la compréhension dans ses composantes : il existe une surcharge de travail, des causes de perturbations en regard de changements fréquents de l'encadrement, avec des positionnements différents de ce dernier, et des compétences techniques et relationnelles très différentes (et au centre de tout ceci, la question de la juste rétribution – symbolique et financière – par l'encadrement des efforts consentis par lui, et derrière, la manifestation de l'arbitraire et de l'injustice).

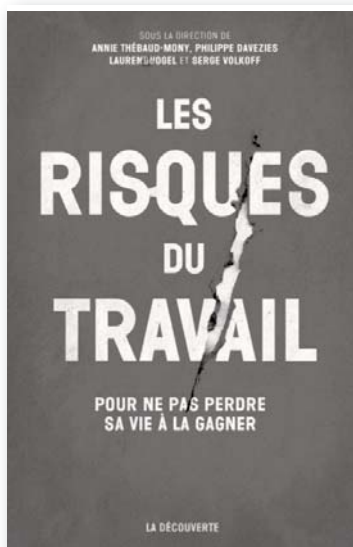
L'examen de son « travailler » est beaucoup plus laborieux. Le clinicien tente de l'aider à se sortir d'une certaine tendance « victimisante » qui pourrait l'inciter s'il y demeurait, à le conforter dans l'idée qu'il se trouve dans une impasse. S'il ne parvient pas à dépasser la simple dénonciation de rapports autoritaires avec la hiérarchie, cela ne le conduirait qu'à renforcer son vécu d'impuissance. C'est ce regard que le clinicien doit tenter de déplacer, et l'exercice promet d'être conflictuel car le salarié est face à ses défenses pour lutter contre la souffrance. Certaines doivent être respectées et d'autres contournées.

➤ Le premier élément du travail clinique incite à revenir sur son investissement dans son travail. L'investissement n'est pas un trait psychologique (d'où l'inanité du terme de « sur-investissement » qui est teinté d'une couleur psychologisante). Le tableau clinique comporte un envahissement de tout l'appareil psychique par des ruminations sur le travail (espace du travail mais aussi du hors-travail). L'importance et la qualité de son investissement, qui sont des manifestations situées du côté de la normalité, loin d'être à l'origine de sa fragilisation au travail, sont une indication que le travail apporte du plaisir, ce qui renseigne sur une des fonctions du travail quand il n'est pas assez dégradé pour barrer la route à l'irruption du plaisir au travail. Ce qui complique la clinique, est où le plaisir parvient à se loger, y compris dans l'intensification du travail.

➤ Le second, sur l'instruction des obstacles du réel qui surgissent face à l'exigence d'un travail en qualité. Le travail clinique va tenter de mettre sur la table en quoi consiste le conflit de critères sur le travail, selon

sa hiérarchie et selon lui. On peut y ajouter aussi selon ses collègues. Une fois ce conflit à peu près instruit, une série d'arbitrages visant à transformer la situation du travail devient possible. Par exemple, soutenir sa réflexion en se faisant décrire quels gaspillages pour la qualité une organisation du travail telle décrite peut générer. Le goût du travail efficace est facilement partageable. Mais dans le cas présenté, le salarié paraît bien seul et peut-être construit-il, en partie, son isolement comme stratégie individuelle de défense contre la souffrance, ce qui ne contribue qu'à aggraver sa santé en mettant à distance sa propre exploration de l'expérience ouvrière(2). Celle-ci est pourtant collectivement susceptible de construire face à la hiérarchie des contre-propositions pour tenir un travail de qualité ; lesquelles dans un mouvement permanent, seront arbitrées par la direction dans un conflit de critères plus ou moins violent. Le résultat peut être alors d'améliorer à la fois la santé de chacun et le travail ! Or se réapproprier le travail d'organisation à son niveau individuel est possible : l'organisation prescrite ne s'y risque pas, elle ne descend jamais à ce niveau de résolution fine du travail réel. L'organisation autour du « travailler », quant à elle, est tissée de façon informelle et probablement inconsciente partiellement, par le collectif qui peut y faire porter son analyse si toutefois il est en état d'en débattre, des façons de prendre le travail, et donc de l'instruire. Il devient alors possible pour lui d'arbitrer en étant mieux armé pour le faire vis-à-vis de la hiérarchie qui prescrit, en pouvant faire jouer ses propres critères de qualité de production.

.....
2- ODDONE I., RE A. et BRIANTE G., *Redécouvrir l'expérience du travail*, précédé « De Mayo à Oddone, l'instruction au sosie » de Yves CLOT, Éd. sociales, coll les parallèles, biographie 1- 2015.



**Les risques du travail
Pour ne pas perdre sa vie à la gagner**
Annie THÉBAUD-MONY, Philippe DAVEZIES,
Laurent VOGEL, Serge VOLKOFF
Éditions La Découverte

INSTRUIRE CLINIQUEMENT LES DÉTERMINANTS DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

– FICHE PRATIQUE MÉDICALE –

Support et traces du déroulé d'une consultation de clinique inter-compréhensive nourrie de clinique médicale du travail(1) à partir du « Récit(2)(3) du salarié de son activité de travail » pour l'aider à identifier les conflits qui mettent en jeu sa santé psychique

Dominique HUEZ

Certains éléments thématiques et listés ci-dessous, ont vocation selon les différentes situations, à être retenus et instruits, ou supprimés, pour permettre en cas de besoin au travail clinique d'être tracé médicalement. Ils sont listés comme « possible ».

MOTIF DE LA CONSULTATION

- À la demande du patient
- À la demande d'un médecin le prenant en charge
- Dans les suites d'une aggravation de la santé
- Dans le cadre de difficultés à la prise en charge médico-légale
- Dans le cadre d'une action juridique du patient
- Spécificité .../...

ÉLÉMENTS DU CONTEXTE PROFESSIONNEL ACTUEL

- Secteur, métier et activité professionnels
- Ancienneté professionnelle
- Points clés nécessaires pour comprendre
- Spécificité .../...

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE PROFESSIONNEL PASSÉ

- Évènement professionnel délétère passé, non pensé et non résolu, enkysté, qui fait résonance à l'occasion de difficultés professionnelles actuelles
- Passif spécifique .../...

.....

1– Clinique médicale du travail :

<http://www.e-pairs.org/colloque2013/2013-06-14/0-clinique-medecale.html>

2– GROSSETÊTE A., « La clinique médicale du travail », *Santé et travail*, n°97, janvier 2017, p.37.

http://www.sante-et-travail.fr/page.php?lg=fr&controller=article&action=html&id_article=78143&id_parution=1461&rub=05

3– **Faciliter le récit** : Le médecin se fait raconter dans le détail une situation de travail dans laquelle le salarié a été mis en difficulté, les premiers incidents qui l'ont malmené. Il facilite le récit en manifestant

FACTEURS DE RISQUES PROFESSIONNELS MIS EN ÉVIDENCE(4)

A) **LA CHARGE DE TRAVAIL** : quantité de travail, pression temporelle, complexité du travail, difficulté de conciliation entre vies professionnelles et personnelles.

B) **LES EXIGENCES ÉMOTIONNELLES** : l'épuisement émotionnel, la difficulté à être disponible émotionnellement pour ses proches après le travail, la facticité des émotions, le contact direct et les tensions avec le

.....

ses difficultés à comprendre l'activité du salarié pour ne pas coller au discours et éviter les chausse-trappes dans le récit qui s'accroche au relationnel et comportemental de collègues ou de la hiérarchie. Ces récits de l'activité de travail peuvent permettre d'approcher ce qui peut potentiellement faire souffrir les salariés. Le fait de parler de son travail permet au salarié un niveau d'élaboration plus complexe, où sa problématique prend une nouvelle dimension, ce qui peut lui permettre de prendre conscience des enjeux de son activité et de ses dimensions conflictuelles. Le médecin se représente alors l'activité de travail, il « voit » travailler le salarié. Sinon, l'intercompréhension du « travailler » est impossible.

Quand le salarié peut mettre en récit et rendre compte des impasses de son activité, il ramène dans l'espace de la consultation des contradictions et des dilemmes qu'il affrontait seul dans l'isolement comme s'il s'agissait de questions personnelles sans lien avec le travail et les collègues.

Dans certaines situations professionnelles, il peut être nécessaire au médecin de vérifier la compréhension des événements qu'il s'est forgé, afin de ne pas se fourvoyer. C'est dans ces circonstances que peut apparaître l'intérêt « de la reformulation » de ce que croit comprendre le médecin du travail en écho au récit du sujet. Cette « reformulation » doit être prudente au regard du risque de déstabilisation des processus défensifs professionnels, respectueuse du sujet, et ouverte à plusieurs possibles explicatifs. Quand un sujet « rebondit » sur la reformulation du médecin et « débloque » le récit en y apportant de nouveaux éléments du côté de l'activité de travail, le travail d'élaboration peut à nouveau se déployer, un saut qualitatif dans la compréhension du lien santé-travail peut avoir lieu.

4– Issus du rapport du Collège d'expertise des RPS, dit rapport Gollac

public, l'empathie et le contact avec la souffrance, la peur au travail.

C) L'AUTONOMIE ET LES MARGES DE MANŒUVRE : l'autonomie procédurale, la prévisibilité du travail, l'utilisation et le développement des compétences, la participation ou la représentation lors des changements organisationnels.

D) LES RAPPORTS SOCIAUX ET LES RELATIONS DE TRAVAIL : le soutien social au travail, la violence au travail, la non-reconnaissance des efforts consentis, l'absence de clarté de ce qu'on a à faire dans son travail.

E) LES CONFLITS DE VALEUR : travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle, avoir le sentiment de faire ce qu'on désapprouve, ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité.

F) L'INSÉCURITÉ DE L'EMPLOI : comme impuissance ressentie à préserver la continuité souhaitée dans une situation de menace sur l'emploi

SYMPTOMATOLOGIE PROFESSIONNELLE GÉNÉRATRICE DE PROCESSUS DÉLÉTÈRE(5)

A) CONTRAINTES DES ORGANISATIONS DU TRAVAIL EMPÊCHANT DE TRAVAILLER

- Contradiction entre le cadre prescrit du travail et l'organisation réelle du travail
- Sous charge de travail punitive
- Organisation du travail sans marge de manœuvre
- Contraintes de travail intenable
- Injonctions paradoxales
- Tricherie ou fraude

B) RECONNAISSANCE DU TRAVAIL EN PÉRIL

- Déni de la contribution professionnelle, Déni de reconnaissance professionnelle
- Effondrement brutal d'une dynamique de reconnaissance de la contribution professionnelle

C) TRAVAIL COLLECTIF EN PÉRIL

- Fragilité ou absence de **coopération professionnelle**
- Absence de **collectif de travail**
- Effondrement du **travailler ensemble**

D) SENS DU TRAVAIL FRAGILISÉ

- Irruption de la **honte** de son entreprise, de ce qu'il y fait au regard des usagers, de sa conception de la **Belle ouvrage**
- Refus de pratiques professionnelles contraires à ses valeurs
- Perte de sens du travail

.....

5- Issus d'une pratique de six ans de consultation *Souffrance et Travail*

➤ Sentiment d'aliénation sociale

E) DISCRIMINATION ORGANISATIONNELLE

- Organisation du travail gravement irrespectueuse
- Vécu de maltraitance stratégique
- Vécu de bouc-émissaire
- Vécu d'injustice majeure, passif de vécu d'injustice

F) MALTRAITANCE SEXUELLE

- Harcèlement sexuel professionnel
- Surgissement d'un harcèlement sexuel ancien, maintenu à l'écart un temps par un **travailler** constructeur de santé

G) ÉCHO DES EFFONDREMENTS

GRAVEMENT DÉLÉTÈRES DE COLLÈGUES

- Contexte de gravité d'évènements de santé touchant un membre du collectif de travail (suicide, tentative de suicide, vécu de maltraitance de collègues...)

PROCESSUS DÉLÉTÈRE EN COURS(6)

A) PATHOLOGIE DE SURCHARGE qui résulte de l'intensification d'un travail générant un excès ingérable de sollicitations gestuelles, cognitives ou émotionnelles et effondrant le soutien social. Pour tenir il ne faut plus penser son travail.

B) PATHOLOGIE POST-TRAUMATIQUE qui résulte des conséquences psychopathologiques des violences symboliques ou physiques subies par des personnes dans l'exercice de leur activité

C) PATHOLOGIE DE LA SOLITUDE qui résulte de la maltraitance d'un management individualisant coupé de la réalité du travail collectif, possiblement par harcèlement par un groupe

STRATÉGIE DE DÉFENSE PSYCHIQUE INCONSCIENTE CONTRE LA PEUR OU LA HONTE(7)

A) INDIVIDUELLE OU COLLECTIVE, les stratégies défensives psychiques des sujets visent à protéger, mais empêchent d'agir pour transformer le travail

- Hyperactivité professionnelle qui bascule en **Activisme**, pour ne pas penser ce qui fait difficulté professionnelle
- Désengagement, Démobilisation professionnelle
- Médicalisation comme défense
- Autres .../...

.....

6- Issus des apports de Christophe Dejourn et de la psychodynamique du travail

7- *Ibid.* note 6

B) **IDÉOLOGIE DÉFENSIVE** privant de la possibilité d'en comprendre les déterminants professionnels : l'autre est l'ennemi.

DIAGNOSTIC MÉDICAL DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE

A) **MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES**
QUI PRÉCÈDENT LE PASSAGE À LA PATHOLOGIE

Existent depuis .../... avant la décompensation psychopathologique

- **Souffrance professionnelle pathologique** : verbalisation au cours de l'entretien clinique d'une douleur morale en relation avec le travail englobant parfois des éléments de somatisation
- **Souffrance éthique(8)** : engourdissement de la conscience morale, formation d'un déni de ce qui fait souffrir, en étant acteur actif ou passif d'actes que l'on réprouve
- **Troubles cognitifs en secteur**, amputation de la capacité de raisonner
- **Clivage en secteur(9)**, pour tenir face à des pratiques que l'on réprouve
- **Épuisement professionnel(10)**
- Troubles du sommeil, cauchemars
- Ruminations sur le travail, évitements phobiques
- Addiction pour tenir professionnellement
- **Capacité d'agir pour sa santé en péril**
 - ◆ Effondrement du pouvoir d'agir
 - ◆ Effondrement identitaire
 - ◆ Perte de la capacité de prendre soin de sa santé

.....

8– *Ibid.* note 6

9– *Ibid.* note 6

10– Le syndrome d'épuisement professionnel est composé en fait de symptômes de souffrance professionnelle à géométrie variable.



Vente en librairie
Éditions Privé – 2008 – 185 pages

B) **PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES**

- **Dépression réactionnelle professionnelle**
- **Anxiété généralisée**
- **État de stress post-traumatique aigu, ou chronique**
- **Délires paranoïaques, effondrements mélancoliques, accès maniaques**
- **Projet suicidaire, risque suicidaire**
- **TMS**
- **Rachialgies hyperalgiques**
- **Pathologie cardiovasculaire : HTA, infarctus, AVC**
- **Pathologie auto-immune spécifique : thyroïdite, Crohn, ...**

Ou, résonance de l'état morbide actuel sur la scène du travail, semblant en rapport principalement avec un processus psychopathologique personnel nécessitant une prise en charge spécialisée

NOTIFICATION DE GRAVITÉ PARTICULIÈRE

- **Alerte médicale** sur la gravité de la situation et le risque de passage à l'acte

ORIENTATION

- Revoir le médecin consultant
- Rencontre avec le médecin du travail nécessaire, pour préparer la reprise, pour qu'il puisse émettre des préconisations de son ressort .../...
- Orienté vers le médecin traitant, vers un psychiatre, vers un psychologue clinicien.

PRÉCONISATION SPÉCIFIQUE

- Déclaration en AT ou MP possible, souhaitable.
- Un temps encore nécessaire en arrêt de travail pour motif médical pour restaurer sa santé.
- Demander à rencontrer le médecin inspecteur du travail en absence de médecin du travail en charge de l'entreprise.
- Rencontre avec les acteurs sociaux par le patient pour faciliter la mise en débat au sein du collectif de travail de ce qui fait difficulté dans le travail.
- .../...

ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

UN « CONCEPT-ÉCRAN », L'ARBRE QUI CACHE LA FORÊT

Alain CARRÉ, Association Santé et Médecine du Travail

INTRODUCTION

Une parfaite démonstration de la notion de concept-écran, destiné à détourner l'attention de l'essentiel, a été l'invention du risque psychosocial(1). Il a fallu plusieurs années pour que cette entité soit enfin définie de façon opératoire(2).

Autre concept-écran, mis en place tout au début de l'apparition des organisations du travail pathogènes, celui de stress (de Seyler) avec son mauvais et son bon stress et sa possibilité de gestion de son stress par le travailleur.

On pourrait faire la même démonstration pour le harcèlement ou la qualité de vie au travail.

Un concept-écran à trois fonctions :

- Couvrir le champ, notamment sémantique et médiatique, pour minimiser ou faire oublier les pathologies réelles.
- Transférer la responsabilité et la prise en charge du côté des victimes, en substituant les effets aux causes, pour faire oublier la véritable étiologie.
- Ignorer ou déconsidérer les approches des praticiens de terrain et leurs savoir-faire clinique.

.....

1- Voir notamment : BENQUET Marlène, MARICHALAR Pascal, MARTIN Emmanuel, 2010, « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines*, n°79, p. 121-143.

2- « Par conséquent, il convient de considérer que ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine : **les risques psychosociaux seront définis comme 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.** » in « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », p. 31.

Ces stratégies ne sont pas nouvelles(3) mais ont un caractère systématique depuis que des organisations du travail pathogènes se sont mises en place sous le terme générique de management.

Critiquer un concept-écran ne signifie pas que ce qu'il décrit ne soit pas une facette de la réalité pathologique, parfois douloureuse, mais c'est remettre à sa juste place cette réalité virtuelle et surtout mettre en évidence une autre réalité, cette fois-ci, opératoire, c'est-à-dire portant potentiellement des possibilités de porter remède. C'est à cette perspective que nous consacrerons la deuxième partie.

LE « SYNDROME » D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL UN CONCEPT-ÉCRAN

La notion d'épuisement professionnel ou burn out(4) est le concept-écran à la mode. Que l'Assemblée Nationale ait créé une commission parlementaire sur ce « syndrome » est en soi symptomatique. Réclamer que ce syndrome soit l'objet d'une reconnaissance en maladie professionnelle relève de l'incongruité puisque le terme même de syndrome, qui exclut celui de maladie, en rend techniquement la reconnaissance improbable, voire impossible.

L'épuisement professionnel est une conséquence de ce qu'il est convenu d'appeler la souffrance au travail. En fait les pathologies engendrées par l'activité de travail

3- Jenny WHITE - M.Sc., M.P.H. -, Albert BANDURA - Ph.D. -, and Lisa A. BERO - Ph.D. -, "Moral disengagement in the corporate world", *Accountability in Research*, 16:41-74, 2009

4- En anglais : « extinction ». Il est préférable qu'un concept-écran soit d'origine étrangère ce qui, semble t'il, lui confère une crédibilité plus grande et permet aux médias de s'en emparer. Rappelons-nous le Karoshi japonais (mort par excès de travail des cadres) qui a eu aussi son heure de gloire.

et son organisation ne sont identifiables qu'à travers l'analyse de ces dernières, l'engagement du sujet dans son travail, la façon dont il coopère avec autrui, la dynamique collective dans laquelle il travaille et la spécificité de son collectif de travail et des rapports sociaux qui s'y nouent. On peut identifier notamment des pathologies de surcharge (l'épuisement professionnel en étant un des symptômes), des pathologies post traumatiques et des pathologies de la solitude.

Un syndrome est un regroupement de symptômes. Or, l'épuisement professionnel n'est lui-même qu'un symptôme de pathologies liées à l'organisation du travail que sont parmi d'autres les états de stress post traumatiques, les états anxieux et les dépressions professionnelles.

Nous notons que les manifestations cliniques qui sont attribuées à l'épuisement professionnel(5) paraphrasent la majorité des critères du DSM 5 utilisés pour qualifier la dépression(6) en les déclinant dans le secteur professionnel.

L'épuisement professionnel n'est donc pas un syndrome individualisé mais bien une des manifestations pathologiques (un symptôme) d'une dépression réactionnelle professionnelle.

Une définition de l'épuisement professionnel implique « *un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* »(7). Elle réduit la causalité à un paramètre personnel et ne qualifie la situation de travail que par son caractère exigeant ce qui ne la désigne pas comme pathogène. C'est méconnaître l'inéluctabilité de l'investissement prolongé des salariés (et non d'un seul salarié) dans des organisations construites pour obtenir cet investissement en utilisant notamment l'intensification et l'individualisation du travail et des objectifs. La réification des personnes impliquées peut aussi avoir pour conséquence une dépersonnalisation qui aura un effet dans la survenue de l'épuisement. L'hyperactivité manifestée par le salarié, des processus défensifs cyniques qui lui permettent parfois de trahir ses propres valeurs morales, sont aussi des conséquences de l'organisation du travail pathogène.

.....

5- *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, Mieux comprendre pour mieux agir, Guide d'aide à la prévention*, INRS, ANACT, DGT, 2015, p. 9, « Les symptômes constitutifs du syndrome d'épuisement professionnel .2146

6- Référence HAS : note de cadrage recommandation de bonne pratique : épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours, annexe 1 : DSM-57.

7- SCHAUFELI WB., *Psychol Health* 2001;16(5):501-10.

Une autre définition(8) implique qu'il s'agirait d'un « *processus de dégradation du rapport subjectif au travail* ». elle est à la fois pertinente puisque c'est l'engagement subjectif du sujet dans le travail qui est entravé par l'organisation du travail mais aussi ne recouvre qu'une facette de la pathogénèse de l'épuisement professionnel.

Elle pourrait, par omission, faire supposer qu'il n'y aurait comme hypothèse causale que la subjectivité individuelle dégradée, c'est-à-dire une défaillance de la victime à percevoir ce rapport comme positif. Or l'épuisement professionnel est une conséquence inévitable, dès lors qu'elles ne sont pas réformées, d'organisations du travail pathogènes.

Il s'agit donc bien d'un concept-écran puisqu'il masque en s'y substituant une des manifestations des pathologies de surcharge : la dépression professionnelle réactionnelle et qu'il permet de mettre en avant des étiologies liées à des traits de personnalité ou à des susceptibilités individuelles qui sont mineures au regard d'organisations du travail particulièrement pathogènes. En tout état de cause un « *travail réellement humain* » implique comme la loi l'impose « *d'adapter le travail à l'Homme* ». Le dépistage de supposées susceptibilités individuelles n'est en aucun cas un facteur opératoire de prévention et est contraire aux réglementations qui interdisent toute discrimination en fonction de l'état de santé.

Impasse préventive, le concept-écran ignore l'importance des préventions primaire et secondaire des psychopathologies du travail, en permettant de centrer l'action préventive sur la prévention tertiaire, c'est-à-dire sur la victime.

Il convient donc d'élargir le propos aux psychopathologies professionnelles et d'en explorer toutes les pistes préventives.

**ÉLÉMENTS POUR UNE PRÉVENTION DES PSYCHOPATHOLOGIES PROFESSIONNELLES(9)
LA PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE PRÉCOCE
PAR LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL**

Une définition du management prend en compte son caractère manipulateur: « *Le management peut être défini, comme "une technologie politique" : il s'agit d'un dispositif organisateur de discours qui guident des*

.....

8- Christina MASLACH

9- Consulter à ce sujet la dernière livraison de la revue *Santé et Travail*, n°97, janvier 2017, consacrée aux « Maladies psychiques au travail » et qui consiste en une exploration tout à fait pertinente de ces pathologies (dont l'épuisement professionnel) et un instrument efficace d'information non seulement à destination du public mais des professionnels de santé.

actes, d'un savoir inscrit dans des techniques verbales et mentales qui produit du pouvoir »(10). L'organisation managériale a donc comme objectif la prise de pouvoir sur la volonté des individus avec toutes les conséquences prévisibles, dès lors qu'il cherche un contrôle total. Cette tendance est aggravée par la « *gouvernance par les nombres* », le résultat n'étant plus déterminé que par des chiffres(11). Il y a alors une contradiction majeure entre les aspirations des sujets à la construction de soi au travail et le caractère destructeur de l'organisation pathogène. Notamment la question du travail bien fait, l'utilité sociale du travail, l'intensification du travail, l'individualisation du résultat, l'absence de reconnaissance, les injonctions contradictoires, l'insécurité de l'emploi sont communs dans nombre de situations de travail. On peut donc conclure que les pathologies dont elles sont responsables sont consubstantielles des organisations du travail pathogènes.

C'est ce fait incontournable de la mise en place de telles organisations à partir du milieu des années 1980 qui a mobilisé l'attention des médecins du travail et de notre association(12).

Les médecins du travail ayant pour mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, leur priorité est la prévention primaire. Ne pas traiter ce volet préventif revient à accepter l'inévitabilité des pathologies professionnelle.

Nous ne mésestimons pas l'intérêt du diagnostic et de la prise en charge des victimes du travail, puisque les médecins du travail les assurent par ailleurs, mais leur devoir vis-à-vis de chaque travailleur et de la collectivité de travail repose sur des obligations de signalement collectif, en amont, des facteurs de risques, des risques et de leurs effets éventuels. Elles reposent notamment sur la rédaction d'une fiche d'entreprise et le signalement de risques mais aussi sur des conseils de prévention formalisés dans le cadre de l'article L.4624-9 (numérotation post loi travail) du code du travail. Ces

.....

10- MISPELBLOM Frédéric, *Au-delà de la qualité. Démarches qualités, conditions de travail et politique du bonheur*, Paris, Syros (Alternatives Sociologiques), 1995.

11- SUPIOT Alain, « La gouvernance par les nombres », *Cours au Collège de France (2012-2014)*, chapitre 12 : « Un régime de travail réellement humain ».

12- On citera, outre les deux ouvrages *Des médecins du travail prennent la parole : le métier de médecin du travail et Femmes au travail : violences vécues*, les publications suivantes :

➢ Mai 1996, *CAHIERS SMT N°9* : Les dérives de l'organisation du travail : quelles pratiques pour les médecins du travail ?

➢ Juin 2002, *CAHIERS SMT N°17* : Organisation du travail santé mentale

➢ Novembre 2007, *CAHIERS SMT N°22* : Maltraitements organisationnelles quelles pratiques cliniques ?

➢ Mai 2011, *CAHIERS SMT N°27* : Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle

dispositions déclinent en partie l'article L.1111-2 du Code de la santé publique qui impose à tout médecin de signaler les risques pour la santé à son patient.

Il faut considérer que cette phase d'identification des facteurs de risque et des risques est un préalable clinique étiologique au repérage et la prise en charge des psychopathologies professionnelles et peut participer à un éventuel diagnostic différentiel. C'est précisément le repérage et le signalement a priori de caractères potentiellement pathogènes de l'organisation du travail qui doivent être mis en place par le médecin du travail, notamment pour éclairer l'employeur, et non seulement (cela ne survient que dans un second temps) le repérage des effets collectifs de dysfonctionnement.

L'approche de la souffrance au travail par le biais de questionnaires ne nous paraît ni pertinente ni souhaitable. Nous préférons baser notre approche clinique sur le dialogue confiant entre le travailleur et son médecin du travail. Participe aussi de cette confiance la publicité institutionnelle donnée aux signalements de risque du médecin du travail.

L'activité clinique quotidienne du médecin du travail comporte notamment une exploration très fine du travail comme grille de lecture, en lien avec l'exploration de la dégradation du rapport subjectif au travail. C'est cette activité clinique fondée sur l'intercompréhension médecin-patient qui dans ce domaine permet le repérage de pré-symptômes. La prévention des atteintes précoces est aussi un objectif du clinicien spécialiste du travail à un moment où le salarié est encore dans son « travailler », c'est-à-dire disponible, avant même d'être éventuellement en arrêt maladie, pour rencontrer son médecin du travail, et commencer à élaborer avec son aide.

Nous croyons que le médecin du travail est dans ce domaine un participant important au parcours de soins(13). Nous recommandons toutefois que les thérapeutiques individuelles, notamment psychothérapeutiques, ne soient pas exclusives au risque de favoriser chez le travailleur un vécu de fragilité psychologique personnelle et de l'éloigner ainsi de la recherche d'une compréhension opératoire de ce qui se joue pour lui au travail et comment agir pour recouvrer sa capacité d'initiative.

Notre action, alors que nos signalements préventifs collectifs ont été ignorés, est la mise en œuvre d'une clinique intercompréhensive(14) centrée sur l'activité

.....
13- Voir à ce sujet *LES CAHIERS SMT N°32* (<http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>) qui traite des « coopérations avec quatre spécialistes médicaux » dont les médecins généralistes et les psychiatres.

14- Une synthèse en est faite par Alain GROSSETÊTE : « La clinique médicale du travail », *Santé et Travail*, n°97, janvier 2017.

réelle de travail individuelle et collective et la subjectivité du travailleur sur son travail, notamment en signalant éventuellement la survenue de troubles chez d'autres salariés. Le but de cette clinique est de permettre au travailleur dont la pensée a été entravée, voire suspendue, de comprendre ce qui se joue pour lui au travail et comment l'activité et l'organisation du travail ont une responsabilité dans ce qu'il ressent et ce qui le rend mal à l'aise ou malade. Il s'agit de lui permettre de restaurer son pouvoir d'agir notamment en lien avec d'autres salariés afin qu'ils se donnent les moyens d'agir pour changer l'organisation du travail. En aucun cas il ne s'agit d'aider le salarié à supporter sans agir des situations insupportables, au risque d'enkyster des situations de travail, d'en rendre le patient responsable et de faire obstacle à la restauration de la santé.

Nous estimons également que cette clinique implique que nous tracions au minimum dans le dossier médical, souvent par courrier au médecin traitant, voire par certificat médical ce que nous comprenons de la situation et des liens de la pathologie du salarié avec des déterminants de l'activité ou de l'organisation du travail.

Cette traçabilité n'est pas médico-légale mais a pour objet de donner acte au travailleur et de prévenir ainsi les risques de passage à l'acte liés à la culpabilité ou à l'auto dépréciation qui sont un des risques majeurs de ces pathologies. Nous tenions à développer ce point alors que des plaintes d'employeurs au Conseil de l'Ordre des médecins met en péril cette pratique clinique et que cette institution ne paraît pas prendre en compte notre argumentaire professionnel.

Il faut en conclusion insister sur l'importance d'une clinique médicale adaptée en médecine du travail pour repérer et prendre en charge les salariés victimes de psychopathologies professionnelles et son rôle de facilitateur de compréhension du patient lui permettant ainsi de restaurer sa capacité de penser et d'agir. Il faut signaler l'importance d'un suivi individuel du groupe de travail du salarié « sentinelle » tant pour dépister et prendre en charge d'autres pathologies de même nature que comme élément facilitateur de la reprise de travail en luttant contre l'isolement lié aux méthodes de l'organisation du travail.

LES CAHIERS S.M.T.

Publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN 1624-6799

Responsables de rédaction : Dominique HUEZ, Jean-Noël DUBOIS

Responsable de publication : Jean-Louis ZYLBERBERG

Comité de rédaction : Alain CARRÉ, Benoît DE LABRUSSE, Dominique HUEZ, Annie DEVEAUX, Alain RANDON

Ont participé à ce numéro : Alain CARRÉ, Karyne CHABERT, Benoît DE LABRUSSE, Annie DEVEAUX, Alain GROSSETÊTE, Dominique HUEZ, Nadine KHAYI, Alain RANDON, Jean-Louis ZYLBERBERG

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil

RAPPORT PARLEMENTAIRE

SUR L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

DE BONNES INTENTIONS

MAIS AUSSI DES DÉVELOPPEMENTS PRÉOCCUPANTS

Alain CARRÉ, Association Santé et Médecine du Travail

RÉSUMÉ : *un rapport parlementaire tente en vain de définir le syndrome d'épuisement professionnel composé en fait de symptômes de souffrance psychique. Heureusement, il élargit le propos à la reconnaissance des maladies psychiques lié au travail pour lesquelles il recommande la mise en chantier d'un tableau. Il réclame à juste titre la qualité de salarié protégé pour les infirmiers du travail. Toutefois même s'il demande la fin des plaintes au Conseil de l'Ordre concernant les médecins du travail il ne va pas jusqu'à demander la réforme de l'article litigieux qui sert de prétexte aux plaintes d'employeur. Encourageant mais peut mieux faire. Parallèlement la HAS met à l'étude puis publie un mémo sur le « Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou (burn out) ».*

Après avoir pris connaissance du « Rapport parlementaire d'information relatif au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out) » de plus de cent pages et le mémo publié par la HAS, la métaphore qui vient à l'esprit est celle du verre à moitié plein dont on peut penser qu'il est aussi à moitié vide.

UNE ENTITÉ NOSOLOGIQUE QUI NE PEUT ÊTRE DÉFINIE N'A PAS D'EXISTENCE : « L'ÊTRE DE LA MALADIE EST ENTIÈREMENT ÉNONÇABLE EN SA VÉRITÉ »(1) (PROPOSITIONS 2, 8, 22)

Notre trouble commence au sous-titre « *L'épuisement professionnel ou burn out : une réalité en manque de reconnaissance* ».

.....

1- Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, PUF, 1963

En fait les premiers chapitres, dans lesquels le rapport cherche à définir le syndrome d'épuisement professionnel (SEP), est une valse-hésitation entre prouver son existence ou le définir comme un regroupement de pathologie psychiatriques avérées. Sans rentrer dans le détail la tâche est rendue particulièrement difficile par la multiplicité des définitions et des investigations sur le burn out (BO). **Or quand une entité nosologique ne peut être précisément définie, c'est souvent qu'elle n'a pas d'existence réelle.**

Disons-le tout net, notre premier point de désaccord est que nous estimons que le SEP n'a pas d'existence spécifique (puisque'il s'agit de figures de symptômes de souffrance psychique à géométrie variable). Cela ne signifie pas, bien sûr, que la souffrance qu'il traduit n'existe pas. Malheureusement les maladies psychiques liées au travail existent et sont en constante inflation. En cela nous sommes satisfaits que ce rapport en donne acte et tente un chiffrage en nombre et en coût et recommande d'en faire porter la responsabilité aux employeurs qui mettent en place des organisations délétères.

Mais en fait le SEP est ce qu'il convient d'appeler un concept écran(2) : un arbre qui cache la forêt(3).

.....

2- Une parfaite démonstration de la notion de concept-écran, destiné à détourner l'attention de l'essentiel, a été l'invention du risque psychosocial. Il a fallu plusieurs années pour que cette entité soit enfin définie de façon opératoire. Cela oblige, comme le fait justement le rapport, à définir ce qu'on entend par RPS.

3- Pour plus de précisions on se rapportera à la page 18 du présent *CAHIERS SMT* : « Épuisement professionnel un concept écran, l'arbre qui cache la forêt »

Un concept-écran à trois fonctions :

- Couvrir le champ, notamment sémantique et médiatique, pour minimiser ou faire oublier les pathologies réelles ;
- Transférer la responsabilité et la prise en charge du côté des victimes, en substituant les effets aux causes, pour faire oublier la véritable étiologie
- Ignorer ou déconsidérer les approches des praticiens de terrain et leurs savoir-faire clinique

Ces stratégies ne sont pas nouvelles mais ont un caractère systématique depuis que des organisations du travail pathogènes se sont mises en place sous le terme générique de management.

Critiquer un concept-écran ne signifie pas que ce qu'il décrit ne soit pas une facette de la réalité pathologique, parfois douloureuse, mais c'est remettre à sa juste place cette réalité virtuelle et surtout mettre en évidence une autre réalité, cette fois-ci, opératoire, c'est-à-dire destinée à porter remède

Ainsi les manifestations émotionnelles, cognitives, somatiques et comportementales que décrit le rapport sont des symptômes de dépression réactionnelle professionnelle. Ecrire que la dépression du SEP est particulière car elle se manifeste d'abord dans la sphère professionnelle alors que « *la dépression concerne tous les aspects de la vie* » ignore que seules les dépressions endogènes relèvent de cette définition et non les dépressions réactionnelles qui concernent d'abord le secteur qui provoque la dépression puis impliquent les autres secteurs.

UN RAPPORT SUR LE REPÉRAGE, LA PRÉVENTION ET LA RÉPARATION DES MALADIES PSYCHIQUES LIÉES AU TRAVAIL (PROPOSITIONS 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 20, 21, 23, 24, 25, 26,27)

Alors que le mémo de la HAS est par nature peu prolixe sur les maladies psychiques liées au travail, on ne peut faire le procès au rapport d'ignorer les pathologies psychiques liées au travail au regard du nombre de propositions qui leur sont consacrées.

On peut même dire que la citation in extenso, comme exemple de tableau de maladie professionnelle (MP), du Tableau N°57 relève peut être du clin d'œil puisque personne ne peut ignorer le lien entre les troubles musculo-squelettiques et les organisations du travail. Ce tableau, en cours de sabotage par l'administration du travail, évite soigneusement ce lien.

En fait la grande majorité des recommandations portent non sur le SEP mais sur les « maladies psychiques liées au travail » et « la souffrance au travail » dont on

peut dire qu'elles sont la face cachée de ce rapport. C'est un aspect particulièrement positif du rapport. Car s'il reconnaît que le BO ne se prête pas à la déclaration de MP, ce que conclut, en creux, ce rapport est que d'autres pathologies psychiques liées au travail pourraient parfaitement relever d'un tableau de MP. Même s'il propose l'étude de la création d'un tableau de reconnaissance du SEP, ce conseil irréaliste pourrait ouvrir une porte pour un tableau permettant de reconnaître des pathologies psychiques liées au travail. On peut dresser une liste des étiologies professionnelles qui sont en cause en le feuilletant. Quant aux pathologies : l'anxiété généralisée, les états de stress post traumatique, la dépression réactionnelle professionnelle, qui constituent peu ou prou l'entité artificielle du SEP, sont épinglées comme pouvant être éventuellement reliées à des éléments professionnels. Il reste à contraindre le ministère du Travail qui y résiste de mettre en chantier un tableau de MP pour les maladies psychiques liées au travail. Les bilans de reconnaissance par la branche AT-MP comparés à l'estimation du coût des maladies psychiques est particulièrement accusateur pour la CNAM qui laisse faire. Le rapport cible également le fonctionnement profondément inégalitaire et peu respectueux du droit des victimes des comités régionaux de reconnaissance des MP. Il propose de baisser le taux couperet en alinéa 4 de 25 % à 10 %. De faciliter la prise en charge des victimes et leur traitement spécifique.

LA FAUSSE PISTE DES SUSCEPTIBILITÉS INDIVIDUELLES ET UNE SOUS-ESTIMATION DU CARACTÈRE CONSUBSTANTIEL DU MANAGEMENT ET DES ATTEINTES PSYCHIQUES LIÉES AU TRAVAIL (PROPOSITIONS 15 ET 16)

Le Mémo HAS définitif est moins insistant sur les susceptibilités individuelles des victimes que sa première version. Le rapport est par contre moins pertinent dans l'importance donnée aux éléments propres au travailleur qu'il s'agisse, du « *surengagement* » au travail, de la vie familiale, ou de supposées susceptibilités individuelles dans la survenue du BO. Ce dernier élément est particulièrement inapproprié. Affirmer que le BO « *résulterait d'un ensemble de causes liées à la fois au travail et à l'individu* » ou que « *Le milieu dans lequel évolue l'individu n'est pas le facteur premier de l'épuisement professionnel mais peut inhiber ou, au contraire, renforcer la possibilité de connaître un burn out.* » ou encore que « *La majorité des salariés vit un déchirement entre l'importance qu'ils accordent à leur travail et celle qu'ils peinent à donner à leur vie privée* » relève des idées reçues.

Comme le précise par ailleurs le rapport, l'organisation du travail est devenu tellement puissante qu'elle use

de la menace face à des travailleurs individualisés et isolés confrontés à des tâches impossibles. Cette organisation fonctionne en provoquant la peur et ou la honte. Peur de ne pas suivre l'intensification imposée d'où l'hyperactivité (et non le « surengagement ») qui est une manifestation de souffrance et a pour objet d'arrêter la pensée, honte devant sa passivité ou ce que l'organisation oblige à faire.

Les réactions des employeurs face à l'apparition puis à l'impact de ces risques s'organisent autour de quelques stratégies de « désengagement moral » (*moral disengagement*) assez classiques dont la description formelle en sociologie est maintenant bien établie(4). Ainsi peut-on repérer la stratégie de « déplacement de la responsabilité » (*attribution of blame*(5)) par exemple le report de la responsabilité des effets sur des individus harceleurs pervers ou la mise en place d'un soutien psychologique des travailleurs en difficulté et ou de soutien professionnel technique (*coaching*). On note aussi des stratégies « d'euphémisation » (*advantageous comparison*)(6). Mais ce qui nous intéresse plus spécifiquement ici est la stratégie de « dénigrement et de disqualification des critiques et des victimes » (*disparaging, denigrating critics, and victims*). La définition qu'en donnent les auteurs est la suivante : « *L'autocritique morale peut être bloquée ou minimisée en attribuant des caractéristiques particulières aux victimes...* »

Or, dans le contexte d'organisations du travail pathogènes, les caractéristiques individuelles sont de peu de poids devant l'organisation du travail. Certaines formes d'organisation sont plus délétères que d'autres ainsi le *lean management*(7). Elles devraient être amendées ou interdites.

La voie des susceptibilités individuelles est pratiquement une voie sans issue puisqu'elle ouvre sur une prétendue sélection des moins « fragiles », des plus « employables » ce qui relève de la discrimination. Rappelons que la directive de 1989 impose « l'adaptation

4- Jenny WHITE - M.Sc., M.P.H. -, Albert BANDURA - Ph.D. -, and Lisa A. BERO - Ph.D. -, "Moral disengagement in the corporate world", *Accountability in Research*, 16:41-74, 2009.

5- « *Ceux qui souffrent de la nocivité des produits et des pratiques sont accusés d'être responsables des effets nocifs du fait de leur comportement inadapté, de leur déficience psychosociale et de leur vulnérabilité biologique. D'autres facteurs, par exemple les conditions environnementales, les facteurs génétiques ou d'autres maladies sont accusés d'être responsables de la nocivité.* », Traduction des auteurs

6- Voir notamment : BENQUET Marlène, MARICHALAR Pascal, MARTIN Emmanuel, 2010, « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines*, n°79, p. 121-143.

7- A. VALEYRE, « Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'union européenne : des situations contrastées selon les modes d'organisation », *Centre d'étude de l'emploi*, novembre 2006.

du travail à l'homme » et que la conférence de Philadelphie précise que « le travail n'est pas une marchandise ». C'est à l'entreprise de mettre en place des adaptations du travail qui permette à chacune et à chacun d'y construire sa santé grâce à un « régime de travail réellement humain ».

C'est précisément ce dont acte en partie ce rapport parlementaire, à plusieurs reprises, pourquoi par conséquent se fourvoyer du côté des susceptibilités individuelles et ne pas les dénoncer comme une impasse ?

Proposer d'intégrer des éléments de prévention des risques psycho sociaux dans la formation des managers méconnaît que les mécanismes pathogènes du management lui sont consubstantiels. Les managers ne sont plus des encadrants. L'objectif par le résultat financier est très loin de la nature du travail(8). Les moyens managériaux pour atteindre ces objectifs transforment le travail qui ne peut être que solidaire en une activité solitaire et contrainte par un résultat à atteindre dont la nature et la faisabilité échappent au travailleur. Intégrer cette prévention dans la formation des managers c'est les mettre en injonction paradoxale. Ce sont ces organisations et la notion même de management qu'il faut avant tout réformer.

DES PROPOSITIONS POSITIVES MAIS DONT CERTAINES IMPLIQUENT DES DISPOSITIONS PROBLÉMATIQUES (PROPOSITIONS 5, 18, 19) : « C'EST L'INTERVENTION D'UNE CONSCIENCE QUI TRANSFORME LE SYMPTÔME EN SIGNE »(9)

La proposition que nous soutenons sans réserve est celle qui concerne les infirmiers du travail et consiste à les doter d'un statut de salarié protégé. Il n'est pas logique que ces intervenants qui participent cliniquement à la prévention soient encore sous subordination contractuelle avec les employeurs sans un statut protecteur. Cette subordination peut notamment entrer en conflit avec la supervision technique des médecins du travail et est parfois un facteur d'incompréhension entre les professionnels de santé des services de santé au travail. Cette mesure doit être mise en œuvre très rapidement par le législateur.

Les développements qui sous-tendent la proposition 5 (permettre aux médecins du travail d'attester du lien santé travail) mettent justement en cause les plaintes des employeurs devant les conseils de l'Ordre et les bases même de l'instruction par ces derniers. L'inter-

8- Voir à ce sujet Alain SUPIOT, « La gouvernance par les nombres », chapitres 12 et 13, *Cours au collège de France 2012-2014*.

9- Michel FOUCAULT, *ibid*.

diction d'attester du lien santé/travail par un rapport du conseil de l'ordre est critiquée.

Ce que nous constatons également est la responsabilité personnelle de Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé dans le refus d'en revenir à la première rédaction de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique. C'est bien elle qui a différé ce retour.

La raison avancée par le rapport que le « notamment » que comporte cet article permettrait les plaintes d'employeurs est elle-même soumise à caution par des juristes(10). Dire que les employeurs ont le droit d'avoir accès aux instances disciplinaires de l'Ordre puisque les salariés peuvent y avoir recours c'est méconnaître la nature très spécifique du fonctionnement de ces instances réservées aux patients. Par exemple la question du secret médical ne se pose pas entre un patient plaignant et son médecin mis en cause. L'employeur est un tiers absolu dans l'acte médical. Alors que les juridictions de droit lui sont ouvertes ce n'est pas priver l'employeur de tout recours que de l'empêcher d'avoir accès aux instances disciplinaires de l'Ordre comme le prétend Madame Touraine.

Permettre aux médecins du travail d'attester du lien santé/travail sans encourir de plainte est donc une bonne proposition. Toutefois appliquer à cette attestation le régime de contestation mis en place par la calamiteuse loi travail qui désengage l'état de ses responsabilités dans la protection de la santé au travail en la transférant au conseil des prud'hommes, compétent sur le contrat de travail, est une mauvaise proposition. En effet, cette disposition qui porte sur les propositions du médecin du travail ne peut s'appliquer à un diagnostic médical.

Permettre **aux seuls** médecins du travail de pouvoir attester du lien santé travail est une proposition très contestable. C'est ignorer la nature même du travail cli-

nique possible pour tout médecin à partir du moment où il déploie sa pratique du point de vue de la clinique médicale du travail. C'est la mise en œuvre d'une clinique intercompréhensive(11) qui assure la pertinence du diagnostic étiologique. Cette clinique est centrée sur l'activité réelle de travail et la subjectivité du travailleur sur son travail, notamment en constatant la survenue de troubles identiques chez d'autres patients de la même entreprise ou d'entreprise semblables(12). Le but de cette clinique est de permettre au travailleur dont la pensée a été entravée, voire suspendue, de comprendre ce qui se joue pour lui au travail et comment l'activité et l'organisation du travail ont une responsabilité dans ce qu'il ressent et ce qui le rend mal à l'aise ou malade.

Cette clinique nouvelle élaborée par des praticiens, hors du cadre universitaire, est la grande absente de ce rapport. La médecine ne peut se limiter à une clinique qui ignore la santé sociale des personnes en refusant de s'adapter à la nouvelle définition de la santé que promeut l'OMS. Le travail est un facteur d'accomplissement et de santé. La santé des travailleurs ne peut que se dégrader quand le travail est méprisé et se limite à l'emploi.

Malgré des aspects positifs, notamment le détournement de son objet vers la prévention des maladies psychiques liées au travail, ce rapport démontre que la représentation nationale est loin de comprendre ce qui se joue ici. La disparition du travail, qu'on nous promet pour bientôt, n'est qu'une fiction destinée à faire accepter sa profonde dégradation par la gouvernance par les nombres. L'être humain, animal chétif, n'a pas survécu en opposant ses égoïsmes mais en pratiquant la solidarité autour du travail, et la solidarité c'est la fraternité en action. À quand le rapport parlementaire qui défendra cette évidence ?

.....
10- P^r Patrice ADAM, « Médecins du travail : le temps du silence », *Droit Social*, 2015.

.....
11- Une synthèse en est faite par Alain GROSSETÊTE : « *La clinique médicale du travail* », *Santé et Travail*, n°97, janvier 2017.

12- Ainsi dans le domaine des risques environnementaux on peut rapporter l'expérience des médecins traitants de l'étang de Berre qui, devant la carence des médecins du travail, ont pu, dans le cadre de l'association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME), faire le diagnostic de cancers d'origine professionnelle.

REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE CLINIQUES DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL OU BURN OUT – QUESTIONNAIRE FICHE MÉMO –

Nous reproduisons ici les réponses faites à la HAS par l'association Santé et Médecine du Travail sur la première version de son mémorandum publié finalement en mars 2017 et citées dans le rapport qui l'accompagne

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf

COMMENTAIRES SUR LA FORME

La forme mémorandum nous paraît trop contraignante pour être appropriée à des psychopathologies professionnelles qui pourraient parfaitement relever d'une recommandation.

On perçoit, à la lecture, les raccourcis de rédaction imposés par la forme et qui par leur concision sont réduits.

COMMENTAIRES SUR « PRÉAMBULE ET CONTEXTE »

PRÉAMBULE

Il ne paraît pas approprié dans une recommandation concernant la prévention d'une entité pathologique professionnelle de s'en tenir à la prévention tertiaire notamment si ces recommandations s'adressent, comme indiqué, aussi aux médecins du travail.

Ces derniers ayant pour mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, leur priorité est la prévention primaire.

Ne pas traiter ce volet préventif revient à accepter l'inévitabilité de cette pathologie professionnelle.

Nous ne mésestimons pas l'intérêt du diagnostic et de la prise en charge des victimes du travail, que les mé-

decins du travail assurent par ailleurs, mais leur devoir vis-à-vis de chaque travailleur et de la collectivité de travail repose sur des obligations de signalement collectif en amont des facteurs de risques, des risques et de leurs effets éventuels. Elles reposent notamment sur la rédaction d'une fiche d'entreprise et le signalement de risques et de conseils de prévention formalisés dans le cadre de l'article L.4624-9 (numérotation post loi travail) du Code du travail. Ces dispositions déclinent en partie l'article L.1111-2 du Code de la santé publique qui impose à tout médecin de signaler les risques pour la santé à son patient.

Il faut considérer que cette phase d'identification des facteurs de risque et des risques est un préalable clinique étiologique au repérage et la prise en charge de l'épuisement professionnel et peut participer à un éventuel diagnostic différentiel.

CONTEXTE

L'épuisement professionnel est une conséquence de ce qu'il est convenu d'appeler la souffrance au travail ou le stress lié au travail. Il ne saurait par conséquent regrouper ces situations **par ailleurs assez mal définies**. En fait les pathologies engendrées par l'activité de travail et son organisation ne sont identifiables qu'à travers l'analyse de ces dernières, l'engagement du sujet

dans son travail, la façon dont il coopère avec autrui, la dynamique collective dans laquelle il travaille et la spécificité de son collectif de travail et des rapports sociaux qui s’y nouent. On peut identifier notamment des pathologies de surcharge (l’épuisement professionnel en étant un des symptômes), des pathologies post traumatiques et des pathologies de la solitude.

C’est pourquoi nous nous interrogeons sur la qualification même de syndrome (voir nos remarques sur la définition) appliquée à l’épuisement professionnel.

ENCADRÉ : « DÉFINITION »

Nous souhaitons rappeler en préambule la définition du management qu’en donne Frederik Mispelblom enseignant en sociologie à l’université d’Évry : « *Le management peut être défini, comme “une technologie politique” : il s’agit d’un dispositif organisateur de discours qui guident des actes, d’un savoir inscrit dans des techniques verbales et mentales qui produit du pouvoir* ». L’organisation managériale a donc comme objectif la prise de pouvoir sur la volonté des individus avec toutes les conséquences prévisibles, dès lors qu’il cherche un contrôle total. Cette tendance est aggravée par la « *gouvernance par les nombres* » le résultat n’étant plus déterminé que par des chiffres. Pour plus de précision sur ce point on pourra lire Alain Supiot, la gouvernance par les nombres, cours au Collège de France (2012-2014), chapitre 12 « *Un régime de travail réellement humain* ».

Il y a alors une contradiction majeure entre les aspirations des sujets à la construction de soi au travail et le caractère destructeur de l’organisation pathogène.

Un syndrome est un regroupement de symptômes. Or comme nous le montrons dans nos commentaires sur les manifestations cliniques, l’épuisement professionnel n’est lui-même qu’un symptôme de pathologies liées à l’organisation du travail.

La définition ici proposée pour l’épuisement professionnel qui implique « *un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* » réduit la causalité à un paramètre personnel et ne qualifie la situation de travail que par son caractère exigeant ce qui ne la désigne pas comme pathogène. C’est méconnaître l’inéluctabilité de l’investissement prolongé des salariés (et non d’un seul salarié) dans des organisations construites pour obtenir ce résultat en utilisant notamment l’intensification et l’individualisation du travail et des objectifs. La réification des personnes impliquées peut aussi avoir pour conséquence une dépersonnalisation qui aura un effet dans la survenue de l’épuisement. L’hyperactivité manifestée par le salarié, des processus défensifs cyniques qui lui per-

mettent parfois de trahir ses propres valeurs morales, sont aussi des conséquences de l’organisation du travail pathogènes.

La référence citée qui implique qu’il s’agirait d’un « *processus de dégradation du rapport subjectif au travail* » est à la fois pertinente puisque c’est l’engagement subjectif du sujet dans le travail qui est entravé par l’organisation du travail mais aussi ne recouvre qu’une facette de la pathogénèse de l’épuisement professionnel.

Elle pourrait, par omission, faire supposer qu’il n’y aurait comme hypothèse causale que la subjectivité individuelle dégradée, c’est-à-dire une défaillance de la victime à percevoir ce rapport comme positif. Or l’épuisement professionnel est la conséquence inévitable, dès lors qu’elles ne sont pas réformées, d’organisations du travail pathogènes qui sont responsables d’états de stress post traumatiques, d’état anxieux et de dépressions professionnelles (ainsi les trois dimensions citées dans le texte comme manifestation de l’épuisement professionnel peuvent également être symptomatiques de cette dernière pathologie). Nous sommes, par conséquent, extrêmement dubitatifs sur l’intérêt de focaliser la prévention sur ce seul symptôme. C’est pourquoi également nous conseillons de ne plus employer le terme « syndrome » mais bien d’employer le terme de « symptôme » d’épuisement professionnel comme une conséquence parmi d’autres d’organisations du travail délétères.

Nous estimons, en outre, que ce concept « valise » d’épuisement professionnel a aussi pour défaut de faire écran à des pathologies qui pourraient donner lieu à des reconnaissances en maladie professionnelle. Ainsi le mémorandum nie à plusieurs reprises le caractère de maladie de l’épuisement professionnel ôtant ainsi toute possibilité de réparation.

ENCADRÉ : « MANIFESTATIONS CLINIQUES »

Nous notons que les manifestations cliniques qui sont attribuées à l’épuisement professionnel paraphrasent la majorité des critères du DSM 5 utilisés pour qualifier la dépression(1) en les déclinant dans le secteur professionnel.

L’épuisement professionnel est donc une des manifestations pathologiques d’une dépression réactionnelle professionnelle. Nous proposons par conséquent que le document soit réformé et traite de la prévention des

.....
 1– Référence HAS : Note de cadrage recommandation de bonne pratique : épisode dépressif caractérisé de l’adulte : prise en charge en premier recours, annexe 1
http://www.has.sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1739922

dépansions réactionnelles professionnelles dont l'épuisement professionnel est un des symptômes ou **une des** manifestations cliniques, ou s'il était plus ambitieux qu'il traite des diverses pathologies liées à des organisations du travail pathogènes.

ENCADRÉ : « FACTEURS DE RISQUE »

C'est à juste titre que vous évoquez l'analyse de l'activité de travail ou la recherche de facteurs de risques psychosociaux comme des pistes de d'identification des risques (et non des « *facteurs de risque* » puisqu'en l'occurrence s'il y a pathologie ce ne sont plus des facteurs de risque mais bien des risques).

Vous pourriez également considérer que certaines organisations du travail sont plus pathogènes que d'autres (notamment le *lean management*) et les désigner comme telles. Ainsi le rapport d'Antoine Valeyre(2) trace une hiérarchie entre plusieurs formes d'organisations en fonction de leurs effets pathogènes notamment psychiques.

Nous sommes par contre très dubitatifs sur l'association de l'épuisement professionnel à des éléments individuels qui nous paraît marginale au regard de l'influence du travail et nous sommes désireux que vous nous procuriez les sources de ces constats.

Toutefois nous partageons en partie votre conclusion sur l'inanité dans ce domaine d'une sélection des travailleurs.

En tout état de cause un « travail réellement humain » implique comme la loi l'impose « d'adapter le travail à l'Homme ». Le dépistage de supposées susceptibilités individuelles n'est en aucun cas un facteur opératoire de prévention et est contraire aux réglementations qui interdisent toute discrimination en fonction de l'état de santé.

ENCADRÉ : « REPÉRAGE »

Là encore, l'évocation des susceptibilités individuelles nous paraît peu pertinente alors que les situations à risque pour la santé psychique sont bien identifiées. Nous vous renvoyons à l'étude « *Les risques psychosociaux au travail. un panorama d'après l'enquête santé et itinéraire professionnel 2010* »(3) .

Nous sommes également assez peu convaincus que l'utilisation de questionnaires (dont nous ignorons dans

2- VALEYRE Antoine, « Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation », Centre d'Études de l'Emplol, 11/2006, 48 p. <http://www.cee-recherche.fr/publications/document-de-travail/conditions-de-travail-et-sante-au-travail-des-salaries-de-lunion-europeenne-des-situations>

3- BEQUE Maryline, *Dares Analyses* N°31, disponible sur le site de la DARES

le cas précis la nature) soit un outil de médiation pertinent pour guider un entretien avec le travailleur. Nous préférons baser notre approche clinique sur le dialogue confiant entre le travailleur et son médecin du travail et nous estimons que l'approche par questionnaire compromet ce dialogue. Participe aussi de cette confiance la publicité institutionnelle donnée aux signalements de risque du médecin du travail.

C'est précisément le repérage et le signalement a priori de caractères potentiellement pathogènes de l'organisation du travail qui doit être mis en place par le médecin du travail, notamment pour éclairer l'employeur, et non seulement (cela ne survient que dans un second temps) le repérage des effets collectifs de dysfonctionnement.

C'est l'activité clinique quotidienne du médecin du travail qui dans ce domaine permet le repérage de pré-symptômes par la mise en œuvre d'une clinique médicale du travail fondée sur l'intercompréhension médecin-patient.

ENCADRÉ : « PRISE EN CHARGE ET ACTEURS »

Nous ne nous prononçons pas sur le parcours de soin hors de l'intervention du médecin du travail, toutefois nous recommandons que les thérapeutiques individuelles, notamment psychothérapeutiques, ne soient pas exclusives au risque de favoriser chez le travailleur un vécu de fragilité psychologique personnelle et de l'éloigner ainsi de la recherche d'une compréhension opératoire de ce qui se joue pour lui au travail et comment agir pour recouvrer sa capacité d'initiative.

Notre action, alors que nos signalements préventifs collectifs ont été ignorés, est la mise en œuvre d'une clinique compréhensive centrée sur l'activité réelle de travail individuelle et collective et la subjectivité du travailleur sur son travail notamment en signalant éventuellement la survenue de troubles chez d'autres salariés. Le but de cette clinique est de permettre au travailleur dont la pensée a été entravée, voire suspendue, de comprendre ce qui se joue pour lui au travail et comment l'activité et l'organisation du travail ont une responsabilité dans ce qu'il ressent et ce qui le rend malade. Il s'agit de lui permettre de restaurer son pouvoir d'agir notamment en lien avec d'autres salariés afin qu'ils se donnent les moyens d'agir pour changer l'organisation du travail.

En aucun cas il ne s'agit d'aider le salarié à supporter sans agir des situations insupportables, au risque d'enkyster des situations de travail, d'en rendre le patient responsable et de faire obstacle à la restauration de la santé.

Nous estimons également que cette clinique implique que nous tracions au minimum dans le dossier médical, souvent par courrier au médecin traitant, voire par certificat médical ce que nous comprenons de la situation et des liens de la pathologie du salarié avec des déterminants de l'activité ou de l'organisation du travail. Cette traçabilité n'est pas médico-légale mais a pour objet de donner acte au travailleur et de prévenir ainsi les risques de passage à l'acte liés à la culpabilité ou à l'auto-dépréciation qui sont un des risques majeurs de ces pathologies.

Nous tenions à développer ce point alors que des plaintes d'employeurs au Conseil de l'Ordre des médecins met en péril cette pratique clinique et que cette institution ne paraît pas prendre en compte notre argumentaire professionnel.

Sur ce chapitre, les N°27(4) et 28(5) des *Cahiers SMT* traitent précisément de la question de la clinique médicale du travail des écrits en médecine du travail et particulièrement dans les psychopathologies professionnelles.

Nous vous renvoyons également au N°32(6) des *Cahiers SMT* qui traite des « coopérations avec quatre spécialistes médicaux » dont les médecins généralistes et les psychiatres.

En ce qui concerne la clinique médicale du travail une synthèse en est faite par Alain Grossetête : « La clinique médicale du travail » dans la revue *Santé et Travail*, n°97 de janvier 2017.

ENCADRÉ : « PARTICULARITÉS DES SOIGNANTS »

On ne peut qu'acquiescer devant ce qui est présenté concernant les soignants et nous sommes bien informés des spécificités de la situation puisqu'un certain nombre d'entre nous sont leurs médecins du travail. Nous-mêmes confrontés aux contradictions et surcharges de nos services nous compatissons, pour les vivre aussi, aux difficultés qu'ils rencontrent.

Toutefois nous voyons dans cette situation une incarnation des difficultés que nous observons pour les autres travailleurs.

Notamment la question du travail bien fait, l'utilité sociale du travail, l'intensification du travail, l'individualisation du résultat, l'absence de reconnaissance, les injonctions contradictoires, l'insécurité de l'emploi sont communs dans nombre de situations de travail.

.....

4- <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-27/cahier27.htm>

5- <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-28/cahier28.htm>

6- <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

Nous suggérons que ces questions que vous évoquez pour les soignants ne leurs soient pas limitées et que, comme nous l'avons déjà proposé, la question du caractère pathogène de certaines organisations de travail responsables notamment de l'épuisement professionnel soit envisagée dans votre mémorandum comme piste d'action préventive prioritaire.

ENCADRÉ : « ACCOMPAGNEMENT DU RETOUR AU TRAVAIL »

Il serait approprié de commencer ici par conseiller, comme conditions de retour à l'emploi, une action de préconisations de réforme de l'organisation du travail pathogène par le médecin du travail. Nous ne mésestimons pas la difficulté actuelle de réformer une organisation du travail pathogène tant ces pathologies lui sont consubstantielles. Toutefois la mise en visibilité des dysfonctionnements collectifs dans l'espace public de l'entreprise (*via* le CHSCT par exemple) peut par contrecoup avoir une efficacité dans le cadre de la reprise de travail du salarié concerné. Outre que cette action participe à la déculpabilisation du salarié et lui permet de reconstruire un rapport au travail, l'organisation mise en cause considèrera souvent que traiter la réinsertion professionnelle individuelle du salarié servira de coupe-feu à une réforme fondamentale de ses pratiques. Il appartiendra au médecin du travail de persévérer afin que l'employeur comprenne l'intérêt d'en faire la prévention.

Un suivi régulier est bien évidemment une précaution indispensable. Il doit aussi s'étendre aux travailleurs de l'entité professionnelle à laquelle appartient le salarié car ils pourraient d'une part être aussi victimes de mêmes éléments pathogènes et d'autre part participer à la réussite de la reprise de travail. C'est le suivi régulier collectif « sentinelle » qui renforcera le diagnostic différentiel et affinera les causalités professionnelles collectives.

AUTRES COMMENTAIRES

En conclusion, nos remarques portent sur la forme et la rédaction de ce mémorandum :

Le sujet lui-même ne nous paraît pas opportun

- Le concept d'épuisement professionnel qualifié de syndrome, ce qui n'est pas exact, constitue en fait un symptôme de pathologie de surcharge et notamment de la dépression réactionnelle professionnelle.
- Il comporte un risque de dérive vers une personnalisation trop importante de la victime dans la genèse de la pathologie du fait de l'importance donnée aux susceptibilités personnelles qui sont mi-

neures au regard d'organisations du travail particulièrement pathogènes.

Le mémorandum manque de pertinence

- Il méconnaît l'importance du dépistage *a priori* du caractère pathogène de certaines organisations du travail, de leur signalement par le médecin du travail dans le cadre de la prévention primaire, condition indispensable du repérage et de la prise en charge des psychopathologies professionnelles. L'abord médical de ces questions doit privilégier la question du travail et de l'engagement subjectif du travailleur dans celui-ci, son « travailler », et ne doit pas privilégier les caractéristiques personnelles des victimes ou une prévention de surface (gestion du stress...).
- Il ne signale pas l'importance d'une clinique médicale adaptée en médecine du travail pour repérer et prendre en charge les salariés victimes de psychopathologies professionnelles et son rôle de facilitateur de compréhension du patient de ce qui se joue pour lui au travail, lui permettant ainsi de restaurer sa capacité de penser et d'agir. Il ignore l'importance d'un suivi individuel du groupe de travail de ce salarié « sentinelle » tant pour dépister et prendre en charge d'autres pathologies de même nature que comme élément facilitateur de la reprise de travail en luttant contre l'isolement lié aux méthodes de l'organisation du travail
- Enfin et surtout il ne donne pas la place nécessaire à la responsabilité prépondérante dans la genèse de psychopathologies professionnelles aux

organisations du travail pathogènes et à une critique constructive de forme ou de méthodes de ces organisations qui sont maintenant bien individualisées

Outre la prise en compte de nos remarques, nous conseillons donc que ce document soit élargi à « la prévention, le dépistage et la prise en charge clinique des psychopathologies professionnelles » non sous forme de mémorandum mais de recommandation.

Pour illustrer notre propos nous vous indiquons, par ordre chronologique les publications de notre association(7) consacrées aux organisations du travail pathogènes et leurs effets.

Enfin nous vous conseillons de consulter la dernière livraison de la revue *Santé et Travail* n°97, janvier 2017, consacrée aux « Maladies psychiques au travail » et qui consiste en une exploration tout à fait pertinente de ces pathologies (dont l'épuisement professionnel) et un instrument efficace d'information non seulement à destination du public mais des professionnels de santé.

Notre association est bien entendu à la disposition de la HAS pour échanger sur ces sujets ou toute autre question relevant de nos compétences.

.....

7- <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

- *CAHIERS SMT N°9*, Mai 1996 : Les dérives de l'organisation du travail : quelles pratiques pour les médecins du travail
- *CAHIERS SMT N°17*, Juin 2002 : Organisation du travail santé mentale
- *Cahiers SMT N°22*, Novembre 2007 : Maltraitements organisationnelles, quelles pratiques cliniques ?
- *CAHIERS SMT N°27*, Mai 2011 : Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle



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 46)

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES ET MALADIES PSYCHIQUES ENGENDRÉS PAR LE TRAVAIL

Dominique HUEZ

Face aux psychopathologies du travail, l'analyse du travail est essentielle pour repérer les différents processus pathogènes des psychopathologies du travail. Ainsi :

➤ **Les pathologies de surcharge** résultent de l'intensification d'un travail générant un excès ingérable de sollicitations gestuelles, cognitives ou émotionnelles et effondrant le soutien social. Pour tenir il ne faut plus penser son travail. Elles sont à l'origine d'effondrements dépressifs, mais aussi de conséquences somatiques telles que les maladies cardio-vasculaires par surtravail ou les troubles musculo-squelettiques (TMS) et rachialgies.

◆ **Le burn out** décrit le processus d'épuisement qui peut mener à une dépression professionnelle. Il y a un risque pour la restauration de la santé, à se limiter à ce « mot-valise », qui amalgame cause et conséquence. C'est le moyen de dédramatiser la maladie sans analyser la causalité du travail ni en permettre sa reconnaissance en maladie professionnelle car la pathologie n'est pas nommée.

◆ **La dépression professionnelle est une des issues morbides des pathologies de surcharge.** Elle est déclenchée par des événements qui engagent le rapport subjectif au travail et demeurent en partie non pensés, n'ayant pu faire l'objet d'une délibération collective. L'amputation défensive psychiquement de la capacité de raison-

ner, les défauts majeurs de reconnaissance des contributions singulières et la fragilisation du *travailler ensemble* peuvent en majorer le risque. Il s'agit de la pathologie mentale la plus répandue sur les lieux de travail, et pourtant la moins socialisée. Elle peut être reconnue en maladie professionnelle par le CRRMP si son lien direct et essentiel avec le travail est démontré, mais ce processus est entravé par la nécessité réglementaire d'une IPP supérieure à 25 %.

➤ **Les pathologies post-traumatiques** par état de stress traumatique aigu ou chronique, autrefois exceptionnelles dans le cadre du travail, se développent. Elles sont constituées par les conséquences psychopathologiques des violences symboliques ou physiques dont sont victimes des personnes dans l'exercice de leur activité. Ce qui est nouveau est la façon dont l'organisation du travail prescrit le résultat à atteindre en faisant l'impasse sur l'activité réelle à y déployer et augmente la charge de travail émotionnelle. Les salariés en rapport avec le public, ou pris dans des logiques clients-fournisseurs très dégradées, ou écartelés entre des logiques de production de qualité et des logiques commerciales, ou stigmatisés par des évaluations individuelles des performances qui dénie leur contribution, sont concernés.

Le tableau clinique de l'état de stress post-traumatique regroupe **une anxiété généralisée** associée à

des troubles du sommeil majeurs et à des crises d'angoisse, pendant lesquelles le sujet revit de façon répétitive dans la journée la scène traumatique. Il peut être accompagné de symptômes névrotiques généraux, de phobies, d'obsessions ou de conversion hystérique. Il peut y avoir des symptômes psychosomatiques, cardiaques ou digestifs. Faute de pouvoir échapper aux risques dans la réalité, les travailleurs adoptent alors des stratégies mentales de lutte contre la perception de la peur, peur dont l'origine ne peut être reconnue.

L'état de stress post-traumatique peut être déclaré en accident du travail.

Au regard de cette déclaration et de ses difficultés qui peuvent mettre en difficulté le travailleur et renforcer son isolement, il faut construire un accompagnement collectif solidaire pour faire obstacle au risque de victimisation qui empêche alors de penser les contradictions du travail.

➤ **Les pathologies de la solitude** résultent de la maltraitance d'un management individualisant coupé de la réalité du travail collectif, possiblement par harcèlement ou *mobbing* (harcèlement par un groupe). Face à son vécu d'injustice, le sujet ne sait pas distinguer la lâcheté d'autrui d'un jugement péjoratif sur son propre travail. Il s'épuise, commet des erreurs qui le convaincront qu'il est fautif. La spirale de la dépression se déploie, avec le sentiment d'imposture, de faute, de déchéance. L'effondrement du « sol » commun, la « dé-sol-ation », conduit à l'anxiété généralisée, à la dépression.

♦ **La souffrance éthique** résulte du fait de collaborer ou de consentir à des actes que l'on réprouve. Les personnes ordinaires ne font pas ce qu'elles veulent de leur sens moral. La souffrance éthique résulte de l'expérience de la lâcheté et de la soumission. Elle touche la question de l'identité. On se conduit ainsi comme un lâche, on trahit les autres, mais d'abord soi-même et l'image que l'on s'en fait. Le risque est la perte de l'estime de soi, qui est aussi la condition de l'estime d'autrui, ce qui entrave les coopérations. Elle s'accompagne de l'effondrement de la solidarité. L'angoisse qui en naît peut conduire à une crise psychopathologique. La souffrance éthique

peut générer la formation de nouvelles stratégies psychiques de défense, qui consistent à engourdir sa conscience morale par la formation d'un déni de perception de ce qui dans le travail fait souffrir.

♦ **La crise suicidaire** concerne un sujet parmi les plus mobilisés dans son travail et qui a perdu la capacité du fait de son sur-engagement, de prendre soin de sa santé. Dans la majorité des cas, une histoire très longue et très construite de souffrance au travail existe, souvent effacée de la perception par l'activisme défensif. Un événement inaugural survient, qui transforme brutalement le vécu du travail. Apparaissent des sentiments de perte de valeurs, d'injustice, de trahison, d'abandon, de dévalorisation, de culpabilité. L'identité est atteinte par la perte du sens de la situation de travail elle-même. Les mécanismes de défense psychique pour tenir coûte que coûte, la rationalisation de ce qui est subi sans être pensé, puis l'isolement, la fuite, l'évitement, mènent à l'effondrement. Les facteurs qui provoquent la décompensation psychique sont souvent les conflits avec la hiérarchie sur le *bel ouvrage* et les conflits de valeur à l'origine d'une honte d'avoir consenti à des actes que l'on réprouve. Cela génère la haine de soi et le passage à l'acte.

L'élucidation par le sujet des déterminants de sa souffrance générée par le travail est un passage obligé pour recouvrer sa capacité d'action et sa santé. Si la souffrance est un vécu individuel, c'est la prise en compte de ses déterminants collectifs qui permet de sortir d'un vécu délétère. Le silence des autres face à la maltraitance d'autrui précipite la désagrégation du sens commun concernant la justice, la dignité, la solidarité.

D'où l'importance de toute *alerte collective de risques*. La prévention en passe par la critique de l'exaltation démesurée de la performance individuelle, la réflexion sur les causes de fragilisation des collectifs de travail. Cela pour permettre les mises en délibération de *règles professionnelles entre pairs*, et rouvrir un débat concernant les moyens de penser, d'évaluer et de développer la *coopération*, le *travailler ensemble* et faire évoluer l'organisation du travail.

ÉQUIPE MÉDICALE DU TRAVAIL INDIVIDUALISÉE AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE L'INFIRMIER(E) EN SANTÉ AU TRAVAIL UN(E) INFIRMIER(E) CLINICIEN(NE) ?

Alain CARRÉ, Association Santé et Médecine du Travail

UN NOUVEAU RÔLE POUR LES INFIRMIER(E)S DU TRAVAIL ET UNE NOUVELLE ÉQUIPE L'ÉQUIPE MÉDICALE DU TRAVAIL

La mise en œuvre de visites d'information et de prévention à la fois pour les travailleurs sans risques particuliers (selon la loi travail) que pour des travailleurs exposés à des risques particuliers induit un rôle nouveau pour les infirmières et infirmiers.

Tout d'abord il faut rappeler que la notion de risque particulier reste très théorique à une époque où l'organisation du travail elle-même, dans tous les secteurs peut être pathogène. Les articles R.4624-11 à R.4624-21 et l'article R4624-28 constituent une véritable nouveauté en France car ils instituent de facto sous l'appellation « *professionnels de santé* » une « *équipe médicale du travail* » dont les membres médecins, internes et infirmier(e)s relèvent outre du champ du Code du travail, individuellement et collectivement, de celui du Code de la santé publique. Cela a pour conséquence une césure entre équipe pluridisciplinaire et « *l'équipe médicale du travail* » constituée des « *professionnels de santé* » de cette équipe. On peut souhaiter que cette organisation ne soit qu'une étape vers la création dans les SSTIE d'un pôle constitué « *d'équipes de médecine du travail* » comportant outre l'équipe médicale du travail des IPRP qui lui soient rattachés spécifiquement et d'un pôle de gestion de la santé et de la sécurité positionné du côté de l'expertise HSE et chargé d'aider l'employeur dans son obligation de sécurité de résultat. Cette organisation éviterait la confusion qui règne actuellement dans nombre de services.

L'IMPLICATION NOUVELLE DES INFIRMIER(E)S DU TRAVAIL DANS L'ACTIVITÉ CLINIQUE

Si l'on désire que l'équipe médicale s'investisse pleinement dans cette prévention il faut lui en donner le temps. En particulier augmenter les effectifs par équivalent temps plein au prétexte de substitution serait saboter cette nouvelle organisation.

La première visite de prévention et d'information notamment destinée à exposer au salarié (tous) les risques de son poste nécessite, par conséquent, une montée en compétence de l'ensemble du personnel du SST et pour l'assurer le temps nécessaire.

Cette nouvelle activité des infirmier(e)s du travail n'a pas été intégrée à la loi de santé du 27 janvier 2016 qui instituait la fonction d'infirmier clinicien titulaire d'un mastère.

Pourtant, pour la première fois, à notre connaissance, (à l'exception de ce nouveau corps d'infirmier(e)s), les infirmier(e)s du travail sont chargés d'intervenir dans un cadre clinique.

Ainsi, ces articles demandent à ce professionnel de santé d'élaborer des diagnostics puisqu'il s'agit bien :

- « *d'interroger le salarié sur son état de santé* » afin « *d'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail* »
- « *s'il l'estime nécessaire, orienter sans délai le travailleur vers le médecin du travail dans le respect du protocole prévu au troisième alinéa de l'article L.4624-1* »

- d'assurer parfois la totalité de la surveillance de la santé des salariés dont certains ne seraient jamais examinés par le médecin du travail.

L'ÉLABORATION DES PROTOCOLES EN COOPÉRATION ET LA MAÎTRISE DES POSSIBLES

L'encadrement de l'activité infirmière dans ce cadre clinique par des protocoles, qui est rappelée de façon obsessionnelle par le texte (afin d'empêcher réglementairement que l'activité de l'infirmière ne relève de la clinique médicale ?), demande en effet du temps puisqu'il impose au médecin une rédaction qui encadre étroitement l'activité « d'identification de l'état de santé » et la prise de décision en matière « d'orientation ». Cette élaboration ne peut également s'exempter des conditions fixées par le code de la santé publique concernant les rapports entre professionnels de santé. Ainsi, le médecin doit assurer et s'assurer de la compétence des professionnels de santé placés sous sa subordination technique(1). Il doit également respecter leur indépendance(2).

Ces conditions ainsi qu'une recherche de qualité de l'acte délégué, impose donc que ces protocoles soient élaborés en coopération avec les infirmiers. L'échange entre professionnels est ici le gage d'une qualité qui conditionne la pertinence de l'acte et relève par conséquent des moyens, y compris temporels, à déployer.

Toutefois, la rédaction des protocoles ne parviendra jamais à maîtriser totalement l'éventail des possibles. Cela qualifie donc l'activité de l'infirmier comme une activité clinique.

LES RESPONSABILITÉS RESPECTIVES NOUVELLES

Se pose alors la question des responsabilités respectives des acteurs. En fait l'infirmier, dont la signature du protocole n'a pour fonction que d'attester qu'il l'a bien reçu, ne pourrait être mis en cause que s'il n'avait pas appliqué le protocole qui lui a été confié (responsabilité d'exécution). Le responsable des conséquences du protocole est ici uniquement le médecin du travail, ce qu'il atteste par sa signature.

L'élaboration par le médecin des protocoles est donc un acte médical clinique puisqu'il concerne des patients. Il nécessite d'une part qu'il déploie les moyens de connaissance, tant médicale que celle des postes et des conditions du travail réel, mais aussi qu'il soit en

capacité de tracer leur évolution pour adapter les protocoles en temps réel. Il doit également veiller à ce que l'infirmier ait acquis les compétences nécessaires pour l'appliquer.

Dès lors que le protocole serait dépassé par les circonstances et que l'infirmier déploierait d'autres compétences, il ne pourrait le faire, là encore, que dès lors que ses connaissances le lui permettraient. À moins qu'il ne choisisse d'adresser systématiquement le travailleur au médecin ce qui deviendrait une habitude couteuse en temps et saperait l'avantage attendu de cette nouvelle organisation.

LES IMPLICATIONS POUR LA FORMATION ET LE STATUT DES INFIRMIER(E)S DU TRAVAIL

Ce nouveau rôle de l'infirmier et son intervention dans l'activité médicale amène à conclure que cela implique, outre une augmentation des effectifs d'infirmiers dans les services de santé au travail :

- Une formation spécifique à déterminer en lien avec les médecins responsables mais qui équivaudrait à un mastère spécialisé.
- Une revalorisation de leur situation en matière de classement salarial.
- Un statut de salarié protégé assurant leur indépendance déjà conseillé par le rapport parlementaire sur le syndrome d'épuisement professionnel.

Sauf si cette organisation était pour la puissance publique un alibi pour avoir sciemment saboté la prévention médicale des risques professionnels, elle impose la mise en œuvre de véritables moyens notamment de formation. La question du temps et des effectifs est au cœur de ces nouvelles pratiques.

Il faut par conséquent trouver un juste équilibre entre les nouveaux rôles des infirmiers en nombre plus nombreux qui pourraient décharger l'activité du médecin et le temps nécessaire qu'implique pour le médecin ce nouveau mode de fonctionnement. L'inflation de l'effectif par ETP qui atteindrait aux moyens d'exercice engagerait la responsabilité de l'employeur ou de l'administration qui l'exigerait dans les agréments en matière de conséquences pour la santé des salariés.

.....

1- Article R.4127-71 - « Le médecin (...) doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. »

2- Article R.4127-68 - « Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient. »

CONTINUER À TRAVAILLER DANS LE RESPECT DE L'ÉTHIQUE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS L'INTÉRÊT DE LA SANTÉ DES SALARIÉS

**Élaboration de pratiques et d'argumentaires pour celles-ci,
ajustées au nouveau cadre réglementaire**

Compte-rendu du Congrès de l'Ass.SMT du 3 décembre 2016

Nadine KHAYI, Alain RANDON, rapporteurs

Le projet de décret est présenté en soulignant les points importants. La surveillance médicale est remplacée par un « suivi individuel de l'état de santé ».

Art. R.4624-10(1) : le délai pour la visite d'embauche, devenue « visite d'information et de prévention » (VIP) va aboutir à ce que certains salariés ne voient aucun médecin avant la fin de la période d'essai, et même au-delà. Effectivement, ce sont essentiellement les IDEST qui sont visés par cet article

LA SURVEILLANCE MÉDICALE EST EFFONDREE

Art. R.4624-11(2) : le quatrième point du pré-projet relevant d'un diagnostic devrait être amendé par le

1- Art. R.4624-10 - « Tout travailleur bénéficie d'une visite d'information et de prévention, réalisée par l'un des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L.4624-1 dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail. Tout travailleur bénéficie d'une visite d'information et de prévention, réalisée par l'un des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L.4624-1 dans un délai qui n'excède pas trois mois à compter de la prise effective du poste de travail. »

2- Art. R.4624-11 - « La visite d'information et de prévention dont bénéficie le travailleur est individuelle. Elle a notamment pour objet :

- « 1° D'interroger le salarié sur son état de santé ;
- « 2° De l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail ;
- « 3° De le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre ;
- « 4° D'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail ;
- « 5° De l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail. »

COCT(3). En effet ces VIP seront essentiellement faites par les IDEST qui n'ont pas de compétence diagnostique.

Miser sur l'information et la sensibilisation comme moyen de prévention pose problème : il s'agit d'un moyen « faible », qui n'empêche pas la réalisation du risque. De plus cela suppose que les postes, leurs risques et tous les moyens de prévention adéquats aient été identifiés au préalable par le médecin. Agissant en responsabilité personnelle, celui-ci ne peut se réfugier derrière le DUE ou des instructions données par l'employeur. Il s'agit d'un transfert de responsabilité de l'employeur vers le médecin.

Art. R.4624-12(4) : cet article entre en contradiction avec le L.4624-8(5) qui précise que le dossier médical est ouvert par le médecin ; si celui-ci ne donne pas de délégation, l'IDEST ne peut ouvrir de dossier(6).

.....
3- Pré-projet de décret du 16.11.2016, 4^{ème} point : « s'assurer qu'il n'est pas atteint d'une affection dangereuse » (supprimé dans le décret du 27.12.2016)

4- Art. R.4624-12 - « Lors de cette visite, un dossier médical en santé au travail est ouvert par le professionnel de santé du service de santé au travail mentionné au premier alinéa de l'article L.4624-1, sous l'autorité du médecin du travail dans les conditions prévues à l'article L.4624-8. »

5- Art L.4624-8 - « Un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur... »

6- Décret du 27.12.2016 : prise en compte : « sous l'autorité du médecin »

La délégation de VIP à l’infirmière est une possibilité, pas une obligation. Peut-on refuser de travailler avec des IDEST ? Certains le refusent mais il peut leur être opposé de ne pas déployer les moyens nécessaires à la réalisation de toutes leurs missions(7). La solution du blocage ne paraît pas pertinente ; il semble préférable de former les IDEST afin qu’elles puissent apporter des éléments pertinents pour le suivi des salariés. Au médecin de s’assurer que l’IDEST a la formation nécessaire. Il faut réfléchir aux modalités d’action avec les infirmières et créer des règles de métier partagées.

Les VIP sont faites obligatoirement par des personnes relevant du Code de la santé publique (médecin, infirmier) ; le décret ne précise pas quelles pratiques ces personnes doivent déployer dans leur exercice. Elles doivent pouvoir permettre au salarié de connaître les risques (ceux déclarés par l’employeur et ceux identifiés par le médecin). Il est nécessaire de rendre visible auprès des salariés les difficultés des médecins pour assurer le suivi.

Art. R.4624-13(8) : cet article subordonne le protocole (qui est personnel et sous la responsabilité du médecin) au projet de service, ce qui limite l’indépendance du médecin (donc en contradiction avec le Code de déontologie). Le terme « sans délai » pour orienter vers le médecin du travail interroge car trop vague.

Art. R.4624-16(9) : la périodicité est fixée par le médecin en fonction d’éléments relevés par d’autres personnes. Mais le médecin peut-il évaluer la nécessité d’intervenir à travers la perception de la situation, les éléments transmis par une autre personne ? La question est posée de savoir comment le médecin va garder une compétence pour un suivi médical rationnel avec une telle périodicité dont il est censé prendre la responsabilité

.....
 7- Devant le refus de déléguer de façon systématique les visites d’embauche aux infirmiers, l’employeur pourrait attaquer le médecin du travail pour insubordination, car il ne s’agit plus d’un problème de compétence d’un infirmier mais du refus d’appliquer une disposition réglementaire

8- **Art. R.4624-13** - « À l’issue de toute visite d’information et de prévention, si elle n’a pas été réalisée par le médecin du travail, le professionnel de santé qui a effectué cette visite peut, s’il l’estime nécessaire, orienter sans délai le travailleur vers le médecin du travail dans le respect du protocole prévu au troisième alinéa de l’article L.4624-1. Cette nouvelle visite, effectuée par le médecin du travail, a notamment pour objet de proposer, si elles sont nécessaires, des adaptations du poste ou l’affectation à d’autres postes. »

9- **Art. R.4624-16** - « Le travailleur bénéficie d’un renouvellement de la visite d’information et de prévention initiale, réalisée par un professionnel de santé mentionné au premier alinéa de l’article L.4624-1, selon une périodicité qui ne peut excéder cinq ans. Ce délai, qui prend en compte les conditions de travail, l’âge et l’état de santé du salarié, ainsi que les risques auxquels il est exposé, est fixé par le médecin du travail dans le cadre du protocole mentionné à l’article L.4624-1. »

Art. R.4624-17(10) : comment peut-on adapter la surveillance en fonction de données individuelles en « protocolisant » ? Il y a contradiction entre un protocole qui standardise et une surveillance qui se dit individuelle.

Il y a injonction paradoxale entre le suivi médical et l’inflation des différentes actions que le médecin doit mener.

Compte tenu de la réalité de nos consultations, le médecin pourrait être débordé par les demandes des salariés en souffrance, les visites de reprise, pré-reprise et, par conséquence, ne plus être en mesure de s’en tenir à la périodicité qu’il aurait pu déterminer en fonction des textes et de la situation sanitaire de son secteur. Il pourrait alors dégrader son fonctionnement pour adapter son activité aux moyens dont il dispose et non aux besoins observés. Lorsque le médecin ne peut assurer la périodicité définie en raison des demandes de visites urgentes, il entraîne une perte de chance pour les salariés non vus.

Sa responsabilité est engagée, Il apparait donc essentiel que les médecins actent dans des écrits (à la direction, CHSCT, commission de contrôle, rapport annuel, etc.) le manque de moyens(11) et l’impossibilité de remplir leur mission notamment dans le rapport annuel ainsi que dans des courriers d’alerte et qu’ils priorisent leurs actions.

Le médecin du travail qui serait amené à prendre en compte les préconisations de l’employeur ou de la CMT au nom de « l’harmonisation des pratiques », abandonnerait la responsabilité de son exercice médical en mettant en œuvre ces protocoles médicaux écrits par les directions. Il est rappelé qu’il n’y a que le médecin qui soit responsable de ce qu’il fait : l’exercice médical est personnel.

SUR LES RISQUES

Pour certains, le texte introduit une confusion avec la multiplication de notions imprécises : risques profes-

.....

10- **Art. R.4624-17** - « Tout travailleur dont l’état de santé, l’âge, les conditions de travail ou les risques professionnels auxquels il est exposé le nécessitent, notamment les travailleurs handicapés, les travailleurs qui déclarent être titulaires d’une pension d’invalidité et les travailleurs de nuit mentionnés à l’article L.3122-5, bénéficie, à l’issue de la visite d’information et de prévention, de modalités de suivi adaptées déterminées dans le cadre du protocole écrit prévu au troisième alinéa de l’article L.4624-1, selon une périodicité qui n’excède pas une durée de trois ans. »

11- L’obligation médicale de moyens recouvre deux champs distincts :

- a. l’obligation de moyens que l’employeur doit mettre à ma disposition pour mon exercice médical
- b. Les moyens que je me donne pour organiser mon travail (maîtrise du temps médical, hiérarchisation des tâches, maîtrise des convocations, etc.) ce qui relève de la responsabilité médicale.

sionnels, risques particuliers, salariés à risque. À rapprocher de la notion de risque pour les tiers. Le texte ne définit que les risques particuliers dont certains, art. R.4624-21(12), viennent du salarié et non d'un risque professionnel au sens habituel du terme.

En fait, nous constatons régulièrement qu'il n'y a pas de poste sans risque mais le législateur prend la responsabilité juridique de hiérarchiser les risques.

Pour la définition des risques particuliers, faut-il tenir compte des risques déclarés ou des risques constatés ? Le médecin doit donner son avis donc il faut partir des risques constatés. Pour les travailleurs handicapés, il faut que la reconnaissance TH soit attribuée. La hiérarchisation des risques par le médecin entraîne sa responsabilité en termes de perte de chance éventuelle pour le salarié.

L'A-SMT s'est toujours positionnée sur une logique d'adaptation du poste aux besoins de santé du salarié, le texte conduit à transférer la responsabilité de la sélection de l'employeur vers le médecin.

Lorsqu'il y a des risques particuliers nécessitant une visite **médicale d'embauche** et une décision d'aptitude, l'objet de cette aptitude est avant tout de veiller à la compatibilité de la santé avec le poste, l'éventualité d'une adaptation venant en troisième position. Il s'agit donc bien d'une médecine de sélection et non d'une médecine de prévention.

Peut-on imaginer un moyen de subvertir cette logique ? Pour cela, le médecin peut s'appuyer sur les principes généraux de sa mission de prévention (adapter le travail à l'Homme). Le médecin peut indiquer que le poste n'est pas compatible avec la santé du salarié et doit être modifié. Mais l'employeur demande à être éclairé par le médecin. Le médecin se trouve donc amené à valider des normes de prévention. Or nous voulons continuer à « dire la santé au travail », à questionner la santé du salarié sur son poste.

De même est-il de la compétence du médecin de dire si la santé de quelqu'un n'est pas compatible avec le poste ? Ceci revient souvent à faire des prédictions sur l'évolution de la santé du salarié, or celle-ci relève de nombreux facteurs dont des susceptibilités individuelles dont on ne peut savoir comment elles s'exprimeront.

.....

12- Art. R.4624-21 - « Si le médecin du travail est informé et constate que le travailleur est affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail défini à l'article R.4624-23, le travailleur bénéficie sans délai des modalités de suivi individuel renforcé prévues à la sous-section 2. »

Le texte entretient la confusion entre la mission d'ordre public (veiller à la santé) et une mission de contrôle de l'aptitude.

Le lien entre la santé et le travail n'est pas fait : les risques pour la santé ne se réduisent pas aux risques d'accidents. Sur la conduite on voit l'empreinte du MEDEF et les préoccupations de la CARSAT et de la DIRECCTE sur les AT/MP. La RATP a essayé de mettre en place un service unique où les médecins étaient porteurs des deux missions (santé et contrôle d'aptitude sécuritaire), elle a dû revenir en arrière et scinder les deux services. Les deux fonctions ont été jugées incompatibles (avis du Conseil d'État/SNCF). Il faut distinguer médecine d'aptitude et médecine du travail.

APTITUDE, INAPTITUDE

Certains notent : « *Le poste est compatible avec l'état de santé du salarié (+/- avec aménagements du poste) en fonction des déclarations de l'employeur et du salarié* ». Cette formulation peut être litigieuse puisque le médecin doit donner son avis sur les risques et que d'autre part, elle renvoie à une responsabilité du salarié. D'autres écrivent : « *Apte avec les moyens de prévention collectifs et individuels en fonction des risques professionnels déterminés dans le DUER* ».

Il est rappelé la position de l'A-SMT : l'aptitude est une prédiction donc elle ne relève pas de la médecine du travail. La détermination de l'aptitude entraîne la recherche de susceptibilité individuelle(13) ce qui est contraire aux bases de la médecine(14).

Un certain nombre de médecins, selon leur contexte professionnel, refusent d'écrire le mot apte, et dans leurs avis utilisent les termes de suivi médical, préconisations médicales.

La sous-section 3 traite à égalité la visite de reprise et de pré reprise.

Le texte donne la possibilité de prononcer une inaptitude à tout emploi or le médecin ne peut se prononcer que sur un poste défini(15). C'est une porte de sortie pour les salariés en souffrance mais le médecin se substitue alors à l'employeur dans la responsabilité du reclassement. Il n'a pas à endosser la responsabilité de l'inaptitude. Ce qui serait positif serait de noter le lien santé/travail avec le consentement éclairé du salarié : « *Tout maintien du salarié dans son emploi serait pré-*

.....

13- <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis046.pdf> p31/44

14- <http://www.a-smt.org/bibliotheque/2014-11-Susceptibilite-personnelle.AC.DH.pdf>

15- Le médecin n'a aucune légitimité à s'exprimer sur tous les emplois. Il s'immiscerait alors dans le contrat de travail, comme gestionnaire des intérêts de l'entreprise, et non plus dans l'intérêt de la santé du salarié.

judiciable à sa santé du fait des conditions de travail ». Si le salarié nécessite d'être retiré de son poste, le médecin ne peut se prononcer pour tout emploi.

Jusqu'à présent, la jurisprudence voulait que le médecin note les capacités résiduelles, ce qui entre en contradiction avec l'inaptitude à tout poste.

Si le salarié n'est pas d'accord avec l'inaptitude il peut attaquer le médecin pour perte de chance. La position éthique serait de refuser d'écrire le mot inapte. Il s'agirait alors de « ciseler » l'avis avec les préconisations. Si l'employeur nous dit qu'il ne peut pas les appliquer, le médecin devrait les maintenir. Cela améliorera les marges de manœuvres pour le salarié du côté du droit (négociation, transaction) par rapport à une inaptitude assimilée à une simple rupture du contrat de travail du fait du salarié, dégageant l'employeur de sa responsabilité. Le problème des sous-traitants est complexe car il est difficile d'avoir accès aux décideurs.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Art R.4624-35(16) : introduit la possibilité ou l'obligation de prescrire les examens complémentaires nécessaires « à la détermination de la compatibilité entre son poste de travail et l'état de santé du travailleur ». Ainsi les contraintes du poste de travail sur la santé sont mises en avant. Ceci est en contradiction avec l'article 6 de la directive européenne de 89. Mais aussi avec l'obligation du consentement éclairé de la personne (Code de santé publique).

MISSIONS ET FONCTIONNEMENT DES SST (ARTICLE 4)

Le décret réduit-il le rôle de la fiche d'entreprise (art. R.4623-1[17]) ?

La participation à l'identification des risques, n'apparaît pas choquante mais l'employeur pourrait se retrancher derrière cette fiche pour le DUER. Or l'évaluation des risques, c'est-à-dire leur identification et leur gestion, reste de la responsabilité de l'employeur.

.....

16- Art. R.4624-35 - « Le médecin du travail peut réaliser ou prescrire les examens complémentaires nécessaires :

« 1° À la détermination de la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, notamment au dépistage des affections pouvant entraîner une contre-indication à ce poste de travail ;

« 2° Au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du travailleur ;

« 3° Au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage professionnel du travailleur. »

17- Art. R.4623-1 - [...] « 2° Il conseille l'employeur, notamment en participant à l'évaluation des risques dans le cadre de l'élaboration de la fiche d'entreprise et dans le cadre de son action sur le milieu de travail... »

La contribution du médecin du travail est contrainte par la dynamique de la rédaction de la fiche d'entreprise par le médecin. Il doit assumer la reconnaissance des risques.

Il faut distinguer la traçabilité par le service et par le médecin. La traçabilité est une obligation pour l'employeur. Pour le médecin, l'obligation de traçabilité est plus large et comprend les notions de « repérages des risques, de signalements des risques, de conséquences des risques, lien santé/travail », (même si l'employeur n'a rien dit).

Art. R.4623-34(18) : Par la formulation « il assure », une partie de la responsabilité de l'infirmier, lors des missions, est transférée au médecin. L'obligation de décider de l'aptitude en fonction de la sécurité des tiers a déjà été largement critiqué par l'A-SMT sur le plan de l'éthique professionnelle ; il faudrait discuter le texte lui-même en termes de droit.

L'appréciation de la notion de tiers par le médecin est irréalisable. La définition du tiers n'est pas précisée pas plus que la notion de risque pour les tiers. On peut considérer que les modalités de management de nombreux responsables de service ou d'entreprise font courir un risque de décompensation psychique pour les salariés ; c'est donc un risque pour les tiers. Dans ce cadre-là, des examens complémentaires pourraient être obligatoires et par exemple la détection d'une addiction pourrait conduire à une inaptitude ; faudra-t-il prescrire des CDT à tous les cadres dirigeants pour statuer sur leur aptitude ?

Les employeurs eux-mêmes n'y croient pas : il s'agit simplement de sécuriser l'entreprise sur le plan juridique. À partir du moment où on met en place cette mesure, il n'y a plus d'exercice médical possible car il y a rupture de la confiance.

Une décision d'inaptitude sur la base du risque pour un tiers pourrait être qualifiée de discrimination. La loi sur les discriminations de 1989 précise que pour qu'une mesure ne soit pas discriminatoire elle doit être « nécessaire, objective et appropriée ».

Nous devons continuer à nous appuyer sur les textes contraignants : la constitution, les principes de prévention, le Code de santé publique et le Code de déontologie.

.....

18- Art. R. 4623-34 - « L'infirmier assure ses missions de santé au travail sous l'autorité du médecin du travail de l'entreprise dans le cadre de protocoles écrits ou sous celle du médecin du service de santé interentreprises intervenant dans l'entreprise, dans le cadre de protocoles écrits. L'équipe pluridisciplinaire se coordonne avec l'infirmier de l'entreprise »

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)
- N°28 Les Écrits des médecins du travail. Liens santé-travail (octobre 2014)
- N°29 Quels métiers et Pratiques en médecine du travail (octobre 2015)
- N°30 La coopération médecin et infirmier en santé au travail (7^e Colloque E-Pairs) (octobre 2015)
- N°31 Agir pour la seule santé des salariés (octobre 2016)
- N°32 Les Coopérations du médecin du travail avec quatre spécialistes médicaux, du point de vue de la santé du patient (8^e Colloque E-Pairs) (novembre 2016)

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>

DROIT AU RESPECT DU SECRET DES INFORMATIONS CONCERNANT LA VIE PRIVÉE DES TRAVAILLEURS

LE SECRET MÉDICAL S'APPLIQUE T'IL À LA SANTÉ AU TRAVAIL ?

Alain CARRÉ, association Santé et Médecine du Travail

L'article L.1110-4 du Code de la santé publique garantit le droit au secret médical. Il ne fait que traduire, en droit français, un droit fondamental objet de conventions internationales notamment dans le cadre de l'OMS.

Ce secret assure le « *respect de (la) vie privée et du secret des informations la concernant* », et implique « *l'ensemble des informations concernant la personne* » et pour un médecin « *ce qu'il a vu, entendu ou compris* » (R.4127-4 du Code de la santé publique).

Soubassement de tout exercice médical, ce secret est protégé contre toute obtention ou tentative d'obtention des informations qu'il concerne. Ainsi, « *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* ».

Or, plusieurs transgressions organisées concernent actuellement des éléments du secret médical en milieu de travail.

Le premier exemple de transgression institutionnelle est liée aux plaintes d'employeur au Conseil de l'Ordre des médecins à l'encontre de médecins ayant délivré à leur patient un écrit attestant du lien négatif entre leur travail et leur santé.

Rappelons que depuis plusieurs années les employeurs instrumentalisent la procédure de plainte devant l'ordre des médecins pour faire pression sur le médecin concerné afin qu'il retire l'écrit qui les gêne. Le Conseil

de l'Ordre des médecins, composé en majorité d'employeurs, accompagne complaisamment cette stratégie.

L'obtention d'éléments relevant du secret médical est ici évidente : lors de la conciliation et lors de la procédure disciplinaire, le médecin est sommé de justifier de la pertinence de son écrit, ce qu'il ne peut accomplir sans transgresser le secret médical. Comment en effet justifier de la pertinence de l'écrit sans dérouler le raisonnement clinique ce qui a pour effet d'atteindre au secret médical ?

Il y a donc de la part des employeurs une tentative d'obtenir des éléments couverts par le secret médical.

En ne refusant pas l'instruction de telles plaintes alors qu'il ne peut ignorer que cette procédure a pour conséquence un tel risque on peut en inférer que l'Ordre des médecins se rend complice de la tentative d'obtenir des informations relevant du secret médical.

Le deuxième exemple de transgression institutionnelle du secret médical en milieu de travail est représenté par certaines dispositions de la loi travail. Ainsi, avant toute décision concernant un aménagement de poste, ou une inaptitude au poste voire à l'emploi, le médecin du travail doit avoir un échange avec l'employeur. Bien évidemment c'est au médecin de ne pas transmettre d'éléments relevant du secret médical, néanmoins le risque de tentative d'obtenir des données médicales est majoré.

Mais, la principale disposition transgressive des dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique par la loi travail est liée au nouveau mode de contestation des préconisations du médecin en matière d'aménagement de poste, de changement de poste ou d'inaptitude.

L'intervention de la tutelle administrative de l'inspection du travail a été abandonnée au profit d'une procédure prud'homale.

Ce transfert d'une procédure d'ordre public social en un litige privé entre employeur et salarié mériterait une analyse spécifique puisqu'elle relève d'un contre-sens dans la mesure où les conséquences dans l'exécution du contrat de travail échappent à la volonté de l'une ou de l'autre des parties et relèvent de dispositions extra contractuelles. Il faudrait analyser également cet abandon par l'État de son obligation régaliennne de protection de la santé d'un point de vue politique dans le cadre d'une République que la Constitution qualifie de « sociale ».

Toutefois, notre propos concerne spécifiquement la question du secret médical dans le cadre du travail et nous réservons ces questions pour une contribution ultérieure.

La procédure de contestation précédente prévoyait l'expertise du médecin inspecteur du travail. Ce praticien est en effet le seul qui puisse avoir accès explicitement(1) au dossier médical du salarié et par conséquent à des informations relevant du secret médical.

La nouvelle procédure dans le cadre des prud'hommes est une procédure contradictoire ce qui implique que toutes les parties aient connaissance des pièces. Or cette nouvelle procédure prévoit l'intervention d'un médecin expert lequel remet, après examen, un rapport d'expertise qui a pour fonction d'analyser la pertinence des conclusions du médecin du travail au regard de cet examen. Ce rapport est remis aux deux parties ce qui constitue une transgression des règles du secret alors qu'aucune disposition ne l'autorise.

Les premières applications venues à notre connaissance font état de telles atteintes au secret médical qui

vont jusqu'à examiner le salarié en présence des représentants de l'employeur.

Il nous semble qu'il y a dans cette procédure matière à contestation juridique de son existence même.

Au-delà de ces deux transgressions volontaires, cela pose la question du respect du secret médical concernant les travailleurs dans l'entreprise. Jusqu'à une époque récente l'administration avait connaissance, à travers la transmission de la totalité des volets d'arrêt de travail des raisons médicales de l'arrêt pour les agents publics. Quel salarié pourrait nier qu'il ne lui soit jamais arrivé qu'au retour d'un arrêt son encadrant lui en demande « amicalement » les raisons.

C'est une singulière société dans laquelle l'intérêt privé des entrepreneurs se transforme en intérêt public, où le respect des personnes et de leur vie privée serait subordonné à leur utilité comme objet de production ou de service. C'est une singulière société dans laquelle les droits fondamentaux cesseraient de s'appliquer sitôt franchie la porte de l'entreprise.

Or le droit au secret médical est un droit fondamental essentiel. Ne pas l'appliquer en matière de santé au travail, voire en rendre l'exercice plus difficile pour les praticiens, constitue une grave dérive qui, si aucun frein n'y était apporté, gagneraient progressivement, sous prétexte d'utilité économique, l'intégralité de la société. Bientôt d'autres droits fondamentaux seraient mis en cause jusqu'à la fin de l'État de droit.

.....
1- L.4624-8 - « Un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis, ainsi que les avis et propositions du médecin du travail, notamment celles formulées en application des articles L.4624-3 et L.4624-4.
Ce dossier ne peut être communiqué qu'au médecin de son choix, à la demande de l'intéressé. En cas de risque pour la santé publique ou à sa demande, le médecin du travail le transmet au médecin inspecteur du travail.(...) »

COOPÉRATION DES ÉQUIPES MÉDICALES DU TRAVAIL ET DES ÉQUIPES MÉDICALES DES GÉNÉRALISTES SUR LA QUESTION DU TRAVAIL

Compte-rendu du Congrès de l'Ass. SMT du 4 décembre 2016

Benoît DE LABRUSSE, rapporteur

Rappel : Les « équipes médicales » en santé au travail sont composées de membres soumis au Code de la santé publique – médecins du travail, internes en santé au travail, collaborateurs médecins, infirmières en santé au travail (IST).

Poser le problème : il est nécessaire de faire un état des lieux de la médecine générale face à la santé au travail, afin de ne pas argumenter uniquement du point de vue des médecins du travail.

Plusieurs « groupes » de médecins généralistes s'interrogent sur les questions, de santé au travail notamment :

- Le SMG (Syndicat de la Médecine Générale)(1) notamment lors de leur 42^e congrès : « Santé et travail - Arrêtons les dégâts », du 2 au 4 décembre 2016 à Nantes.
- Ceux ayant participé au groupe « ESCALES »(2), Enjeux de Santé au travail et Cancers (les expositions à supprimer dans les métiers portuaires).
- L'APCME(3) de Port de Bouc (Bouches -du-Rhône).
- Ceux actifs dans la lutte contre les expositions aux pesticides(4).

Pour les généralistes les principales préoccupations sont dans les champs :

- de la souffrance psychologique au travail ;
- des TMS ;
- des pathologies cardiovasculaires ;

.....

1– SMG : <http://www.smg-pratiques.info/>
<http://www.smg-pratiques.info/Reservez-la-date-42e-congres-du.html>
2– ESCALES : http://www.msh.univ-nantes.fr/34368189/0/fiche_article/
3– APCME : <http://www.apcme.net>
4– <http://www.alerte-medecins-pesticides.fr/>

- des pathologies cancéreuses environnementales : cancer et travail ;
- des pathologies auto-immunes telles que thyroïdite ;
- des perturbateurs endocriniens.

et aussi :

- Les relations avec les médecins-conseil des assurances maladie posent parfois problème, notamment pour les **durées d'arrêt de travail « standardisées »** ex. les lombalgies et les psychopathologies du travail. Les médecins-conseil imposent une reprise de travail en contradiction avec les prescriptions de généralistes qui doit alors se « débrouiller » avec le médecin du travail. Cela passe par la procédure de « visite de pré-reprise », où tant le médecin traitant, que le médecin du travail sont informés de l'injonction du médecin-conseil.
- Cette visite de pré-reprise peut aussi avoir des effets positifs dans la mesure où le médecin du travail fait retour au généraliste des situations de travail, des liens entre la santé du patient/salarié et de son travail. Cela permet la compréhension du lien entre la pathologie et le travail. L'exemple le plus probant est celui des pathologies cardiovasculaires : ex. quand l'hypertension est liée au « stress ».
- les **AT et MP** : Comment prendre en compte les droits sociaux des patients/salariés qui leurs sont souvent refusés ou niés ?

À noter que la convention médecins/Sécurité sociale prévoit un devoir de déclaration des MP/AT par les médecins. Or ces derniers méconnaissent les procédures complexes de réparation des MP. Ils rédigent souvent

les CMI (Certificat Médical Initial) de déclaration, mais butent sur les notions de délai de prise en charge, de date de consolidation, etc.

Anecdote : pour qu'un patient ayant déclaré un cancer professionnel soit indemnisé, il est nécessaire que sur le CMI soit coché la case « consolidation » (avec soins) qui déclenche l'expertise du médecin conseil de la Sécurité sociale et le taux d'IPP, générateur d'une rente. Ceci n'ayant pas d'incidence sur la prise en charge médicale. Or il est très difficile de faire comprendre aux généralistes cette notion (administrative) qui heurte le sens médical commun.

- Le **suivi post-professionnel** par les généralistes, est encadré par des textes réglementaires, mais il est parfois difficile de les faire appliquer. Soit que les CPAM les ignorent, soit qu'elles exigent des attestations d'expositions exceptionnellement fournies aux exposés.

Il en résulte : une prise en charge des examens hors de ce cadre, par le régime d'assurance maladie et une invisibilité de cette surveillance post-professionnelle.

Les généralistes peuvent s'adresser aux consultations de pathologie professionnelles pour avoir un avis spécialisé, mais leur nombre est très insuffisant, face aux 16 % des hommes salariés exposés à des cancérogenèse(5).

- Concernant **les dispositifs de retour au travail et de maintien dans l'emploi**, utiles lors de la fin de l'arrêt maladie,

En cas de pathologie chronique telle que SEP, cancer, etc., la prise en charge est globale : médicale et sociale avec des intervenants différents (généralistes, infirmières, assistantes sociales, médecin du travail, médecin-conseil). Une coopération entre ces intervenants est nécessaire car le retour au travail n'est pas toujours envisagé ou alors trop tardivement.

Dans les cas de lombalgies chroniques, il est souvent rapporté par les salariés la phrase de leur médecin traitant « *Il faut changer de métier* » alors que l'exploration des conditions de travail permet parfois des améliorations qui ne profiteront pas qu'au seul salarié en souffrance, mais aussi à ses collègues de travail.

.....

5- Estimation des parts attribuables de cancers aux expositions professionnelles à l'amiante en France : utilisation des matrices développées dans le cadre du programme matgéné INVS 20/01/2015 BEH 3-4

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2016/Estimation-de-parts-de-cancers-attribuables-a-certaines-expositions-professionnelles-en-France>

Parfois, la complexité des mesures à mettre en œuvre pour le reclassement dans l'entreprise provoque de l'incompréhension entre le médecin traitant et le médecin du travail.

Les dispositifs sont parfois mal utilisés par les généralistes. Ainsi est cité l'exemple d'une préconisation de bilan de compétence, sans que les motivations et le parcours professionnel du patient aient été explorés.

Il est donc nécessaire de toujours remettre le patient/salarié, au centre des démarches.

- Pour les patients en **souffrance psychologique au travail** : quand le généraliste a épuisé tous ses outils, il s'adresse alors au médecin du travail, « *Que pouvez vous faire ?* ». Ceci permet à ce dernier d'intervenir auprès de l'employeur. Mais vu les effectifs en charge par médecin du travail, il devient de plus en plus difficile d'assurer cette mission.
- Les généralistes sont aussi préoccupés par **l'état de santé de leurs patients en l'absence de travail, au chômage.**

ÉQUIPES MÉDICALES DU TRAVAIL ET ÉQUIPES MÉDICALES DES GÉNÉRALISTES

La notion d'équipe médicale du travail existe pour les généralistes : beaucoup ont développé des réseaux de soins, notamment avec des infirmier(e)s avec qui ils ont mis en place des protocoles de surveillance de pathologies chroniques (HTA, diabète, anticoagulants....).

Y a-t-il un parallèle entre cette délégation de tâche, ces protocoles et ceux de la médecine du travail ? Ce peut être le cas pour les protocoles d'urgence, notamment dans les services médicaux du travail autonomes où le médecin du travail établit des protocoles de soins d'urgence pour qu'en son absence, les infirmier(e)s du travail, parfois en 3x8, aient des instructions d'action.

LE PROTOCOLE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Passé entre le médecin du travail et l'Infirmière en santé au travail, ce protocole ne peut être une simple délégation de tâche qui enfermerait l'IST et l'empêcherait de déployer sa propre clinique du travail. Le protocole risque alors de rigidifier la relation de travail

Mais le protocole a aussi un rôle protecteur pour l'IST dans la mesure où il la protège. Exemple : un employeur se plaint au médecin du travail des questions posées sur le ressenti du travail lors de l'entretien infirmier, il est facile de répondre que cela résulte du protocole établi.

La relation entre médecin du travail et IST passe-t-elle par le protocole ou par une complicité professionnelle ?

Question : quelle légitimité pour une IST d'adresser directement un salarié à un généraliste ?

COOPÉRATION MÉDECIN DU TRAVAIL/ MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Deux types de coopérations sont possibles :

- Coopération induite par le médecin du travail qui expose au généraliste les risques existants dans une entreprise.
- Coopération à l'occasion d'un cas singulier d'un patient/salarié initiée par le généraliste. Elle se confronte à la vision préétablie du travail par ces libéraux, qui voient le travail « à leur manière », parfois une vision stéréotypée des métiers. Dans ce cas, les échanges médecin du travail/libéraux permettent au médecin du travail d'apporter sa grille de lecture du travail, et d'aborder toute la complexité des relations interprofessionnelles.

Une approche simpliste voudrait que le médecin du travail se consacre à la prévention et le généraliste à la thérapeutique, aux soins. Or le **Code de la santé publique**, fait obligation aux différents médecins, intervenants dans la « boucle de soins » d'échanger et de délibérer entre eux. Si l'action du médecin du travail pourrait être considérée comme essentiellement préventive, il intervient aussi dans la « boucle de soins » par sa thérapie préventive : ex. en cas de souffrance psychologique organisationnelle, il peut intervenir en entreprise ou retirer le salarié de la situation dangereuse pour sa santé. Le médecin du travail doit donc revendiquer toute sa place dans le soin.

Parfois la demande du généraliste au médecin du travail, prend la forme d'une injonction d'agir qui heurte ce dernier. Cette agressivité peut être lue, au delà d'une surestimation des pouvoirs d'action du médecin du travail, comme :

- Une absence d'exploration du champ santé/travail de son patient qui ne lui permet pas de comprendre les causes de la pathologie.
- Un refus d'aborder la relation santé/travail et il se « lave les mains » avec l'expression « *C'est le rôle du médecin du travail, allez le voir* ».

Heureusement les relations sont le plus souvent moins agressives et prennent simplement la forme d'un échec thérapeutique de la part du généraliste et d'une demande de coopération au médecin du travail.

LES DIFFÉRENCES D'APPROCHE ENTRE LES DEUX PROFESSIONS

Beaucoup de médecins (généralistes ou du travail) ne considèrent pas le patient/salarié comme un acteur de sa santé.

- Ex : ils pensent que leur rôle est d'amener le patient à l'observance de soins ou de comportements par des méthodes culpabilisantes ou inefficaces « *Prenez sur vous* », y compris dans leur travail quand il est pathogène.
- Ils peuvent considérer le travail comme *a priori* aliénant, comme un facteur de risques et ne pensent pas que le travail peut être constructeur de la santé.

La grille des risques d'Odonne(6) n'est pas suffisante pour le médecin généraliste pour appréhender le travail.

Il y a donc nécessité pour les généralistes de faire l'instruction clinique de question du travail, mais c'est à eux à inventer le vocabulaire et leurs propres méthodes d'investigation cliniques.

LES ÉVOLUTIONS EN COURS

La montée des effectifs en charge par médecin du travail, et les évolutions législatives en cours (loi El Khomri, décret du 27 décembre 2016), en retardant tous les cinq ans, les visites médicales systématiques, ne permettront plus au médecin du travail, d'avoir une vision d'ensemble de l'entreprise, de son évolution, des rapports sociaux internes.

.....
6— Yvar ODONNE (*Médecin et psychologue [1923-2011]*) : « Construction d'un nouveau rapport avec les experts de la santé. » « *Les délégués (ouvriers) posent ainsi le problème d'accroître le niveau de santé, en améliorant en même temps la qualité des processus productifs et la productivité. Ils portent en eux une "expérience agie" Ces délégués nient le rapport cause/effet entre conditions de travail objectivement hostiles et dépersonnalisation.*

Il ne s'agit pas de diffuser les connaissances de la communauté scientifique vers l'action ouvrière, mais d'intégrer deux types de connaissance, celle des experts de la santé et celle des experts des situations de travail, sur un même axe central à partir duquel se développe une profonde transformation de ses compétences pour réaliser, comme le dit Wiener, une société capable d'un "usage humain" des êtres humains ».

LA CONSTRUCTION DE L'INVISIBILITÉ

DES INÉGALITÉS DE SANTÉ DANS LE BTP

Jean-Louis ZYLBERBERG

L'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER), conduite en 2009-2010 montrait que la silice cristalline, les émissions de moteur diesel, les poussières de bois, les fumées de goudron et de bitume étaient les principaux agents cancérogènes dans le secteur de la construction.

En 2009, Anne Thuret soutenait sa thèse d'épidémiologie, *Les risques pour la santé des travailleurs de la construction. Analyse de la mortalité prématurée et évaluation des expositions professionnelles*. Les principaux résultats montraient un risque accru de mortalité toutes causes, de mortalité par cancer de la lèvre, de l'appareil digestif et du péritoine (œsophage, estomac), de l'appareil respiratoire (poumon, larynx) et de la vessie, particulièrement chez les ouvriers non qualifiés de la maçonnerie, de la couverture-installation et des travaux publics. Elle observait une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les ouvriers de la couverture-installation, de la serrurerie-métallerie et des travaux publics. Un excès de risque de broncho-pneumopathies obstructives chez les ouvriers des travaux publics était retrouvé. Elle mettait en évidence une surmortalité par diabète chez les ouvriers de la maçonnerie par rapport aux autres ouvriers de la construction et une surmortalité par chutes accidentelles chez les ouvriers de la couverture-installation.

Depuis trois ans, j'exerce dans un service interentreprises du BTP. Le logiciel gérant le dossier médical informatique a été conçu début des années 2000 par certains médecins du service. Il permet la saisie de certains risques professionnels. Parmi les quatre principaux agents cancérogènes retrouvés par l'enquête SUMER, les émissions de moteur diesel ne peuvent être saisies que dans une rubrique « Autres ». Les six familles de risques psychosociaux décrits par le Collège d'Expertise animé par M. Gollac en 2009 ne peuvent être saisies que dans la rubrique « Autre » ou via un item « Charge mentale » proposé par le logiciel. C'est une première façon de rendre invisible certains risques dans le rapport annuel d'activité.

Depuis la nouvelle réglementation applicable depuis le 1^{er} janvier 2017, ce logiciel a été actualisé d'une façon « remarquable ». Si l'entreprise ne déclare aucun risque au service de santé au travail, pour de multiples raisons (difficultés pour les entreprises de saisir les risques dans une interface informatique peu « ergonomique », cabinet comptable peu au fait de l'évaluation des risques professionnels, de nombreuses menuiseries ne déclarent pas le risque « agents cancérogènes » alors qu'auparavant elles déclaraient le risque « poussières de bois »), le logiciel ne permet ni à l'ASST ni à l'infirmier ni au médecin du travail de modifier l'intitulé de la consultation et donc la périodicité. C'est une seconde façon de rendre invisible les risques dans les TPE et PME (plus de 80 % des entreprises de mon secteur d'activité).

En août 2015, un dirigeant polonais d'une entreprise tous corps d'état du bâtiment, déclarant au service un effectif de quatre salariés, demande, en urgence, à la secrétaire médicale planifiant mes consultations, 35 consultations d'embauche. Ce sont des salariés détachés, c'est-à-dire sans contrat de travail avec l'entreprise basée en France. Après de nombreux échanges y compris avec la DIRECCTE, et devant mon refus de consulter en urgence ces 35 salariés, la direction de mon service expliquera à l'employeur qu'il existe des services de santé au travail en Pologne compétents. Un an après, l'effectif de cette même entreprise passe de quatre salariés à 40 salariés. Comme souvent dans le secteur du bâtiment, le premier salarié polonais qui vient me voir en consultation ne parle pas le français et est seul. Concluant sur sa fiche d'aptitude médicale que je ne peux pas conclure en l'absence de traducteur, le second sera accompagné de l'assistante de direction... Il est relativement complexe, dans ce contexte, « ...d'interroger le salarié sur son état de santé, de l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail, de le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre et de l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur

la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande... » (article R.4624-11 du Code du travail, aucun risque n'étant déclaré par l'entreprise, je me trouve dans le cadre de cet article). L'entreprise sollicitera, quelques jours plus tard, la direction de mon service pour changer de médecin du travail, ce que cette dernière s'est empressée de faire sans m'en informer...

En janvier 2016, la directrice Qualité Hygiène Sécurité d'un grand groupe de gros œuvre m'informe de l'hospitalisation d'un ferrailleur intérimaire travaillant pour une entreprise sous traitante dans un hôpital du Val-de-Marne pour suspicion de tuberculose pulmonaire. Je sollicite l'entreprise pour avoir les coordonnées de l'agence d'intérim afin d'avoir les coordonnées du confrère de cette dernière. Malgré de multiples messages laissés, le confrère ne me sollicitera pas. Le Centre de Lutte antituberculeux (CLAT) du Val-de-Marne me contacte pour m'indiquer que le chantier où travaillait l'intérimaire se trouvait dans les Hauts-de-Seine et donc le CLAT de ce département devenait mon interlocuteur. Sur les 21 salariés considérés comme exposés, sept sont des intérimaires (proportion d'intérimaires sur les chantiers habituellement inverse) : quatre intérimaires ne viendront pas pratiquer les examens complémentaires proposés par le CLAT alors que quatre contractuels sur 14 ne viendront pas. Une autre invisibilité des inégalités de santé...

Je n'ai vu en consultation aucun intérimaire dans le cadre du suivi individuel renforcé en tant que médecin du travail de l'entreprise utilisatrice dans le cadre des risques déclarés par l'entreprise utilisatrice à l'agence d'intérim. Mais aurais-je les moyens de le faire dans ce contexte de démedicalisation du suivi individuel de la santé au travail ?

En 2009, la Haute Autorité de Santé publiait une recommandation de bonnes pratiques concernant le Dossier Médical en Santé au Travail. Il était recommandé une consultation à l'âge de 50 ans afin de mieux participer à la traçabilité des expositions professionnelles. Cette consultation n'a pas été discutée en commission médico-technique et ne fait donc pas partie du projet de service. Elle permettrait pourtant de tenter de mettre en place les outils pour un suivi médical post-exposition puis entamer une traçabilité des expositions en vue d'un suivi post-professionnel.

Par courrier du 8 juillet 2017, le Premier ministre a supprimé quatre facteurs de prévention de la pénibilité : le travail répétitif, les manutentions manuelles, les vibrations et les agents chimiques dangereux. Un peintre, un maçon, un coffreur boiseur ou un menuisier ne vivent plus des travaux « pénibles ». C'est la dernière cerise sur le gâteau de l'invisibilité des inégalités de santé dans le BTP.

BULLETIN D'ADHÉSION

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

Tél. 06 79 72 44 30 / courriel : secrtaire@a-smt.org / internet : <http://www.a-smt.org>

- Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et je vous joins mon adhésion
- Je suis adhérent(e) à l'association et je règle ma cotisation 2017

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 95 €, à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

Prénom : Courriel :

Ce CAHIER N°33 m'a intéressé(e) : Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je réserve le CAHIER N°35 (à paraître courant 2018)

Adresser à Ass. Santé et Médecine du Travail

25 rue Edmond Nocard 94410 SAINT MAURICE

ARTICLE R.4624-42 DU CODE DU TRAVAIL

EMPÊCHER L'AMÉNAGEMENT DU POSTE

SÉLECTIONNER LES TRAVAILLEURS SUR DES CRITÈRES DE SANTÉ

DÉMONTAGE D'UNE FORFAITURE

Alain CARRÉ, Association santé et médecine du travail

Pour comprendre la signification et la portée de l'article R.4624-42(1) du Code du travail il faut faire référence à la 22^e mesure de simplification portée en son temps par E. Macron(2). Il s'agit bien de « *sécuriser l'employeur* » en mettant en place des mesures d'encadrement de la décision du médecin du travail notam-

.....

1- Art. R. 4624-42 - « Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du travailleur à son poste de travail que :

1° S'il a réalisé au moins un examen médical de l'intéressé, accompagné, le cas échéant, des examens complémentaires, permettant un échange sur les mesures d'aménagement, d'adaptation ou de mutation de poste ou la nécessité de proposer un changement de poste ;

2° S'il a réalisé ou fait réaliser une étude de ce poste ;

3° S'il a réalisé ou fait réaliser une étude des conditions de travail dans l'établissement et indiqué la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée ;

4° S'il a procédé à un échange, par tout moyen, avec l'employeur.

Ces échanges avec l'employeur et le travailleur permettent à ceux-ci de faire valoir leurs observations sur les avis et les propositions que le médecin du travail entend adresser.

S'il estime un second examen nécessaire pour rassembler les éléments permettant de motiver sa décision, le médecin réalise ce second examen dans un délai qui n'excède pas quinze jours après le premier examen. La notification de l'avis médical d'inaptitude intervient au plus tard à cette date.

Le médecin du travail peut mentionner dans cet avis que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi. »

2- 22. Clarifier les notions d'aptitude et d'inaptitude professionnelles

But : harmoniser les pratiques des médecins du travail, sécuriser l'employeur dans sa recherche d'une solution adaptée et assurer au salarié un parcours professionnel adapté à ses possibilités

Aujourd'hui : lorsque les médecins du travail délivrent des avis d'aptitude « avec réserves » (plus d'un million), ces avis sont parfois assortis de telles restrictions qu'ils constituent quasiment une inaptitude de fait : l'employeur ne peut remplacer son salarié au risque d'être poursuivi pour discrimination liée à l'état de santé du salarié et le salarié ne peut se reconstruire en envisageant une reconversion professionnelle.

Demain : des propositions d'évolution de la notion d'aptitude seront faites d'ici la fin de l'année et donneront lieu à des mesures législatives au 1^{er} semestre 2015.

ment en matière d'aménagement de poste. Ce texte particulièrement alambiqué a été conçu comme une machine à exclure les moins « employables ». En témoigne aussi l'organisation de l'impossibilité pratique de contester les avis du médecin.

UNE DÉFINITION ÉLARGIE DE L'INAPTITUDE QUI A POUR OBJET DE RIGIDIFIER L'AMÉNAGEMENT DU POSTE DE TRAVAIL

Alors que, jusqu'alors, la notion d'inaptitude ne concernait que l'inaptitude au poste(3), elle regroupe dorénavant « *les mesures d'aménagement, d'adaptation ou de mutation de poste ou la nécessité de proposer un changement de poste* ». Cette définition élargie permet d'imposer des mesures de même nature pour un simple aménagement de poste ou une inaptitude au poste. Il s'agit avant tout de dissuader médecin et salarié en instituant une procédure absconse autrefois réservée spécifiquement à l'inaptitude au poste.

UNE PROCÉDURE « D'INAPTITUDE » ABSCONSE

Il est ici opportun de rappeler que conformément à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique le médecin a pour unique devoir d'assurer une prise de décision de son patient concernant sa santé. Or la loi travail tend à changer la nature même du métier de médecin du travail pour en faire un médecin de sélection de la main-d'œuvre du seul point de vue d'une supposée utilité pour l'entreprise. Cela est actuellement illégal et des décisions de cet ordre relèveraient

.....

3- Ancien Art. R.4624-31 - « Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail que s'il a réalisé : 1° Une étude de ce poste ; 2° Une étude des conditions de travail dans l'entreprise ; 3° Deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines, accompagnés, le cas échéant, des examens complémentaires. »

de la discrimination puisqu'elles ne seraient pas objectives nécessaires et appropriées(4).

Maintenant, alors qu'il doit asseoir sa décision en une seule visite, le médecin doit dans le même temps avoir :

- un échange avec le salarié, ce qui va de soi mais n'est mentionné que pour construire un parallélisme avec ce qui serait du à l'employeur, alors que la relation médicale avec un patient est la seule qu'un médecin doit considérer ;
- réalisé ou fait réaliser une étude du poste qu'occupe le salarié ;
- réalisé ou fait réaliser une étude des conditions de travail dans l'établissement ;
- indiqué la date où la fiche d'entreprise a été actualisée ;
- procédé à un échange par tout moyen avec l'employeur.

Réunir en une visite l'ensemble de ces conditions relève de la mission impossible et dès lors qu'un élément sera manquant, les prud'hommes pourront annuler l'avis du médecin du travail pour vice de forme.

En effet il n'est pas rare que le médecin du travail notamment en SSTIE n'ait pas rédigé sa fiche d'entreprise. Encore plus exceptionnel qu'il puisse produire une fiche de poste du poste considéré, totalement irréaliste qu'il fasse réaliser une étude des conditions de travail dans l'établissement dans lequel travaille le salarié. Cette complexité signe le procédé de construction de l'impossibilité, dorénavant, d'aménager les postes de travail.

Une possibilité de deuxième visite pour permettre au médecin de motiver sa décision est de pure forme. Outre qu'elle est contre productive en terme de temps médical, elle laisse une marge qui pourrait être utilisée pour « permettre (à l'employeur) de faire valoir ses observations sur les avis et les propositions que le médecin du travail entend adresser » c'est-à-dire, en réalité, à faire pression sur le médecin du travail pour lui faire modifier son avis, notamment en le menaçant de recourir à la nouvelle procédure de contestation qui a pour effet, dans ce cas, de placer un salarié déjà en difficulté dans une situation d'incertitude particulièrement difficile à vivre.

Il est donc recommandé, si possible, de conclure en une visite.

.....

4- Article L.1133-3 du Code du travail - : « Les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé ou du handicap ne constituent pas une discrimination lorsqu'elles sont objectives, nécessaires et appropriées. »

**UNE MACHINE À SÉLECTIONNER
LES TRAVAILLEURS SUR DES CRITÈRES
DE SANTÉ QUI CONSTITUE, EN L'ÉTAT,
UN RISQUE MAJEUR DE MISE
EN RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

« ... Le médecin du travail peut mentionner dans cet avis que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi. »

Cette formule permet à l'employeur de licencier le salarié pour raison personnelle(5) c'est-à-dire avec un minimum d'indemnité. Or :

- Un médecin du travail est compétent en matière de santé au travail, de maintien ou de modification du poste de travail mais il n'a ni compétence ni les compétences pour décider **des caractéristiques ou de la possibilité de l'emploi.**
- Un médecin du travail n'est pas compétent pour déterminer **si un reclassement est possible ou impossible.**

De plus la formule « à un emploi » par son caractère indéfini pourrait entraîner des conséquences pour toute recherche institutionnelle d'emploi après un éventuel licenciement.

Pour un médecin du travail, cette formule est un piège. L'utiliser conduit inmanquablement à engager sa responsabilité personnelle civile, du fait du préjudice qu'il fait subir au salarié, et pénale puisqu'il intervient dans un domaine dans lequel il n'a pas les compétences(6).

Il faut donc continuer à utiliser, avec l'accord du salarié, si nécessaire, la formule « inapte à tout poste dans l'entreprise ».

CONTESTATION : UNE PROCÉDURE VOLONTAIREMENT INADAPTÉE, AU PÉRIL DU SECRET MÉDICAL RÉPRIMÉ PAR L'ARTICLE L.1110-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Avant la « loi travail », la contestation portait sur les avis du médecin et était confiée à l'arbitrage de l'inspecteur du travail qui disposait d'une expertise du médecin inspecteur du travail, lequel consultait le dossier médical de santé au travail, rencontrait le médecin et examinait le salarié. Cette procédure garantissait les

5- Article L.1226-12 du Code du travail

6- Article R.4127-70 du Code de la santé publique - : « Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. »

droits à la protection de la santé au travail, obligation régaliennne, en impliquant l'administration du travail. La nouvelle procédure marque le retrait de l'État de son obligation constitutionnelle de protection de la santé au travail.

Les nouvelles dispositions de contestation(7) relèvent, dorénavant, du tribunal des prud'hommes et concernent **non pas de l'avis du médecin du travail mais « des éléments de nature médicale justifiant les avis »** ce qui constitue une tentative d'obtenir des éléments couverts par le secret médical qui ne saurait être autorisée y compris aux prud'hommes.

Mais aussi, la nature « contradictoire » du fonctionnement des prud'hommes fait craindre des pratiques qui dans ce cadre seraient une transgression du secret médical (consultation des parties en cause effectuée en leur présence par le médecin expert traitant de faits médicaux ?). L'expert peut demander au médecin du travail de lui transmettre le dossier médical alors que l'article L.4624-8 du Code du travail n'autorise toujours cette transmission qu'au médecin inspecteur du travail ou à un médecin du choix du patient. Le médecin devra donc refuser de remettre le dossier à une autre personne que le salarié pour éviter toute poursuite pour transgression du secret médical ou ne céder qu'à une saisie judiciaire en bonne et due forme.

Cette procédure oppose, car c'est la nature de juridiction contractuelle qui l'impose, l'employeur au salarié et vice versa. Ni le service de santé au travail, ni le médecin ne peuvent être partie à la cause. Ces nouvelles dispositions instituent en outre, dans ce cadre, une expertise médicale sans véritable compétence en médecine du travail voire en santé au travail. Ces dispositions rendent aussi la contestation par le salarié plus complexe et plus aléatoire. Par exemple, c'est celui qui conteste qui doit verser une provision (de l'ordre de 500 €) pour assurer la rémunération future de « l'expert ». On imagine mal que face à l'employeur, le salarié se prive de la défense d'un avocat. L'inégalité entre employeur et salarié est évidente en matière de moyens et donc d'accès à la contestation.

L'employeur a maintenant toute latitude de rendre plus délicate la prise d'avis du médecin du travail en menaçant de la contester ou en la contestant ce qui est attentatoire à l'indépendance de celui-ci.

SUBVERTIR DES DISPOSITIONS SCÉLÉRATES

Ce sont l'incohérence et l'obscurité même du texte qui permettent de le subvertir. Toutefois, parmi ces dispositions certaines sont incontournables. Ce sont celles

.....
7- Article L.4624-7 et R.4614-45 du Code du travail

qui concernent l'étude des conditions de travail dans l'établissement ou l'étude du poste occupé par le salarié. Bien évidemment la réalisation systématique de fiches de postes, prélude ou aboutissement de la fiche d'entreprise qui porte aussi sur les conditions de travail de l'établissement, est possible. Toutefois une absence de fiche d'entreprise si elle est anormale en service autonome est parfaitement explicable en service interentreprises du fait du nombre élevé d'établissements suivis. Des fiches d'entreprise types par catégories d'entreprises réalisées en coopération entre médecins du travail et équipes pluridisciplinaires assumées individuellement par chaque médecin pourrait être une solution.

La faille de ces dispositions c'est que la notion d'étude de poste ou celle des conditions de travail dans l'établissement n'est pas définie techniquement. Par conséquent rien n'empêche le médecin du travail d'effectuer cette étude, sur le champ, en demandant au salarié de décrire en quoi consiste son poste et ce qu'il estime être les conditions de travail dans l'établissement où il travaille. La seule précaution du médecin du travail est de consigner ces éléments dans deux documents portant en titre « étude de poste » et « étude de conditions de travail » et de les horodater.

Procéder à un échange avec l'employeur n'implique pas qu'il faille attendre sa réponse puisqu'il n'est pas précisé qu'il faille que cet échange soit réciproque. La mention « *par tout moyen* » permet d'utiliser la messagerie électronique. La proposition est donc d'adresser la teneur de la décision par ce moyen ce qui lui contribue une date et une heure certaine. Et d'horodater postérieurement l'avis du médecin du travail remis au salarié et à l'employeur. Ainsi la procédure est intégralement appliquée : il y a eu étude de poste et des conditions de travail avant la prise de décision, échange avec le salarié et avec l'employeur.

La formule, qui doit être portée sur un document horodaté, pourrait être : « *Après avoir échangé avec le salarié et avec l'employeur (date et heure du courrier électronique) et réalisé une étude de poste (date et heure du document rédigé) et une étude des conditions de travail dans l'établissement (date et heure du document rédigé), la fiche d'entreprise ayant été mise à jour le (date)... suivi de l'avis du médecin du travail* ».

Néanmoins, pour être précis cela relève d'une résistance « fragile » des médecins du travail et il est particulièrement étonnant qu'aucune organisation représentative des travailleurs n'ait pris l'initiative de contester légalement ce texte particulièrement attentatoire aux droits des salariés en matière de santé au travail.

DEVENIR DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

RETOUR VERS LE PASSÉ

HYGIÉNISME ET EUGÉNISME SOCIAL

Alain CARRÉ, Dominique HUEZ

Vice-présidents de l'association Santé et Médecine du travail

LES TROIS RACINES DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE, HYGIÈNE, SÉLECTION MÉDICALE DES TRAVAILLEURS

Au départ est née la pathologie professionnelle. Les constats anecdotiques deviendront de plus en plus nombreux et argumentés avec le début de l'industrialisation au 19^e siècle. Cette voie constitue une première racine de la médecine du travail : elle ne s'intéresse à la santé du travailleur que dès lors qu'elle est compromise.

Toutefois, interpellés par les constats des médecins, les employeurs de l'époque confrontés à une responsabilité le plus souvent de nature civile ou assurantielle, outre l'influence qu'ils peuvent avoir à l'intérieur des institutions médicales, élaborent des stratégies autour de trois grands axes : le déni des atteintes à la santé au travail, l'endiguement de l'intervention publique, la minimisation des coûts(1).

C'est au début du 20^e siècle et plus particulièrement pendant le premier conflit mondial, qui va justifier certaines pratiques au nom de l'intérêt national, que se mettent en place, dans les grandes industries productives qui naissent à l'époque, des médecines d'entreprise ou de main-d'œuvre dont la finalité est double curative et sélective. Il s'agit d'une part de maintenir la main-d'œuvre en état de produire d'où la mise en place de dispensaires de soins.

Les médecins sont chargés notamment de faire la promotion de bonnes pratiques d'hygiène : il suffirait guidé par le médecin que le travailleur ait de « bonnes pratiques personnelles » pour prévenir la pathologie professionnelle. C'est de cette racine que vont naître

.....

1— *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs 19^e, 20^e siècle*, ouvrage collectif sous la direction de Sophie BRUNO, Eric GEEKENS, Nicolas HATZFELD, Catherine OMNES ; Presses universitaires de Rennes, 2011

recettes de bonnes pratiques, et de comportements adaptés et leur inverse les mauvaises pratiques et les comportements inadaptés. Même si cela peut aujourd'hui paraître tristement cocasse il suffit à l'époque de consommer du lait pour combattre le saturnisme ! Il s'agit de dénier au travail sa responsabilité dans la survenue des pathologies professionnelles en mettant en avant la responsabilité du travailleur. C'est le facteur humain qui serait le maillon faible de la prévention.

La stratégie de minimisation des coûts implique de rationaliser la main d'œuvre en sélectionnant les travailleurs les plus « aptes » et en excluant les « inaptés ». Le contexte idéologique de l'entre deux guerres marqué par l'eugénisme donne un soubassement idéologique et « scientifique » à ces pratiques dont on connaît maintenant les dérives racistes. De cette racine vont naître les pratiques de sélection des travailleurs sur des critères de « susceptibilité individuelle », « d'inaptitude » et « d'incapacité ». La médecine du travail n'existe pas encore et on parle à partir des années 1920 de médecine d'usine ou d'entreprise. Les consultations du médecin d'usine tournent autour du dépistage des maladies professionnelles, de conseils d'hygiène et de la sélection (« orientation ») du travailleur. Tout un courant professionnel va porter ce modèle d'exercice.

Ce n'est qu'au début des années 1930 qu'un autre courant, celui d'une médecine du travail fondée sur la prévention médicale, va se singulariser autour du D^r Guy Hausser qui dans un cadre syndical, celui de la CGT, met en place « L'institut d'étude et de prévention des maladies professionnelles ». C'est le travail qui devient ici le centre de l'exercice et la prévention du point de vue de la santé du travailleur son action principale. Le deuxième conflit mondial vient interrompre cette évolution(2). La médecine d'usine connaîtra son apogée en collaborant à la sélection pour le service du travail obligatoire de Vichy.

LES DÉBUTS AMBIGUS DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL : L'APTITUDE ET L'INAPTITUDE

La médecine du travail, institution mise en place en 1946 dans le contexte du Conseil national de la résistance reprend en partie le projet progressiste en assignant au médecin du travail une mission d'ordre public social de protection médicale primaire de la santé au travail du point de vue exclusif de la santé du travailleur. Cette mission était restée inchangée jusqu'à ce jour. Toutefois cette institution va être influencée par son passé trouble. Notamment, sa mise en place reconduira les employeurs comme gestionnaires du fonctionnement de l'institution la tirant immanquablement vers ses racines hygiéniste et eugéniste et la privant des moyens nécessaire à son déploiement.

Alors que la Loi assigne au médecin du travail la possibilité de proposer, dans l'intérêt de la santé du travailleur des transformations ou des mutations de son poste de travail, les décrets d'application réintroduiront la sélection médicale autour de l'aptitude et de l'inaptitude. Cela compromettra durablement l'exercice de la médecine du travail dans l'esprit des médecins et celui des travailleurs.

L'enseignement lui-même participera de ce dévoiement. Ce ne sont pas des praticiens en médecine du travail qui assureront l'enseignement, comme pour les autres spécialités médicales, mais des spécialistes en pathologie professionnelle. Ainsi en 1975, le manuel destiné aux étudiants de la spécialité, recommande de centrer l'examen médical autour de « profils d'aptitude » que doit satisfaire l'état de santé du travailleur ! C'est à un exercice dévoyé que seront confrontés les travailleurs pour lesquels la médecine du travail perd sa crédibilité.

**LE RENOUVEAU À PARTIR DES ANNÉES 1970
LA QUESTION DU TRAVAIL
LA QUESTION DU SUJET**

Les années 1970 après le choc de 1968 sont fertiles en revendications ouvrières d'amélioration des conditions de travail. Sont emblématiques de cette époque la lutte des OS ou des « Peñarroya ». Bien évidemment cela ne peut laisser indifférents des médecins du travail. Il faut ajouter également la montée en puissance de l'ergonomie et par conséquent de la prise en compte de l'activité de travail du travailleur. C'est aussi autour de la question de l'amiante que le clivage va se produire entre des praticiens qui suivent aveuglément la théorie de l'usage contrôlé de l'amiante prôné par le comité

2- Le D' Hausser sera interdit d'exercice par le Conseil de l'Ordre des médecins de l'époque, au prétexte de ses origines juives, puis arrêté et déporté en 1942. Il mourra en déportation.

permanent amiante, organisme lié aux industries de l'amiante, et des médecins du travail qui prennent au sérieux leur mission de prévention primaire. Cela va être à l'origine de réseaux interprofessionnels et professionnels dans lesquels les praticiens vont enfin pouvoir échanger et réfléchir sur leurs pratiques et construire un vrai métier. C'est dans ce cadre que se développe ce qu'il sera convenu d'appeler pour mieux la contrôler une « pluridisciplinarité ».

C'est de ce travail en réseau que va se déployer un nouvel exercice strictement conforme à la mission d'ordre public social. Ces échanges vont permettre aux médecins du travail qui y participent de prédire au milieu des années 1980 les dégâts pour la santé des nouvelles techniques libérales de management dont ils sont consubstantiels. C'est autour de la question du sujet et de sa subjectivité qui génèrent des pratiques cliniques inter-compréhensives que va se construire l'intervention du médecin du travail pour donner à voir individuellement et collectivement et que va se déployer une « clinique médicale du travail ». En 1988, un enseignant en médecine du travail écrit ce que souhaite obtenir le patronat : « *Il appartient essentiellement (au médecin) de rechercher l'adéquation entre l'homme et le poste de travail (...) Le médecin qui opte pour un exercice dans l'entreprise choisit par là même le monde de la rentabilité et du profit, source vive des entreprises puisque générateurs d'emploi. En tant que cadre de l'entreprise qui l'emploie, "son entreprise" il a à son égard des devoirs. Dans ce contexte contribuer à une meilleure productivité de l'entreprise doit être un des principaux objectifs de son rôle.* »

**LA RÉACTION DES EMPLOYEURS
L'ÉTRANGLEMENT PAR LES EFFECTIFS
LA RÉFORME COMME MOYEN
POUR UNE TRANSFORMATION EN MÉDECINE
DE SÉLECTION DES TRAVAILLEURS**

Dès lors qu'il prétend exercer sa mission d'ordre public social un médecin du travail n'est pas seulement inutile il devient gênant.

Les employeurs vont donc circonvenir la puissance publique pour l'inciter à « réformer » cette institution. La réforme de 2002, celle de 2010 et enfin celle en cours sont autant d'entraves à l'exercice. Alors qu'en 2002 la loi instituait une indispensable pluridisciplinarité dans les services de santé au travail les décrets de 2003 qui privent ses acteurs non médecins d'indépendance permettra d'initier l'inflexion de services de médecine du travail renommés opportunément services de santé au travail vers un service aux entreprises et non dédié exclusivement à la prévention primaire médicales du point de vue exclusif de la santé du travailleur.

Enfin l'encadrement étroit des services que mettent en place les décrets d'application de la loi de 2010, rend illusoire l'exercice de l'indépendance des médecins du travail et rend encore plus marginal le contrôle social des représentants syndicaux sur l'institution.

Pratiquement, les médecins du travail réfractaires vont être l'objet de pressions coordonnées pour les faire rentrer dans le rang ou démissionner. Bien évidemment les étudiants en médecine fuient ce métier et une pénurie s'installe et s'aggrave qui justifiera (c'est la stratégie du pompier-pyromane) toutes les dérives au motif de la compenser.

En 2006, un rapport du Conseil de l'Ordre des médecins va apporter sa contribution à la stratégie des employeurs. On peut y lire : « *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. 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.* » C'est au motif de l'interdiction faite au médecin du travail de faire des diagnostics fondés sur sa compétence et les moyens mis en œuvre (ce qui est pourtant son rôle institutionnel) que les employeurs vont poursuivre les médecins qui font le lien entre la santé et le travail d'un travailleur.

**L'INSTITUTIONNALISATION
D'UNE NOUVELLE MÉDECINE DE SÉLECTION
MÉDICALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE
LES LOIS « DIALOGUE SOCIAL » ET « TRAVAIL »**

Les prémices de cette transformation radicale souhaitée par le patronat sont les 21^e et 22^e mesures de simplification publiée sous l'égide d'Emmanuel Macron : il faut « simplifier la visite médicale » en supprimant les visites périodiques dans un but « de sécurisation juridique des entreprises » et en finir avec les aptitudes avec réserves (aménagements de poste) « pour sécuriser l'employeur ». Ce sont ces deux directions que vont s'employer de concrétiser M. Rebsamen et M^{me} El Khomri.

L'examen du sort que fait subir la loi travail au droit des travailleurs à la protection de la santé au travail, est particulièrement démonstrative de la régression sociale qu'elle entraîne en ce qui concerne une médecine du travail au bénéfice de tous.

Le droit fondamental à la surveillance médicale régulière de la santé au travail ne concernerait plus qu'une frange des salariés.

Une première disposition concerne les visites médicales en médecine du travail qui assurent la pertinence

de tout acte médical : sans examen médical périodique ouvert à chaque salarié, comment un médecin pourrait-il intervenir et comprendre alors ce qui se joue pour la santé d'un salarié et formuler ses propositions ?

C'est l'exercice d'une médecine du travail de première ligne, aux objectifs de prévention individuels et collectifs, dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés, qui est visé. La prévention médicale primaire n'est plus l'objectif des services de santé au travail.

Alors qu'actuellement tous les salariés sont confrontés à des organisations du travail, délétères ce qui implique une vigilance accrue des médecins du travail, le projet de loi réserverait les visites médicales aux seuls postes à risque qui ne prennent pas en compte d'ailleurs les organisations du travail générant des psychopathologies du travail ou des TMS. Pour les autres salariés, une « visite d'embauche » réalisée par d'autres personnels qu'un médecin du travail serait organisée. Puis, ils ou elles pourraient ne jamais plus rencontrer de médecin du travail.

Il s'agit de transformer la médecine du travail en médecine de sélection médicale de la main-d'œuvre.

Ce projet consacre l'abandon du principe que la santé au travail relève de l'ordre public social. La loi de 1946 sur la médecine du travail institue un contrôle étroit de la puissance publique sur la médecine du travail laquelle repose sur trois grands principes :

- Son action se déploie dans l'intérêt exclusif de la santé de chaque travailleur.
- Le travail étant un facteur de santé, la possibilité du maintien au travail est un des objectifs de l'institution.
- Toute décision du médecin du travail qui aurait une influence sur la santé du travailleur est arbitrée par la puissance publique.

Le projet de loi a pour finalité de détruire cet édifice ainsi : le médecin du travail devrait dorénavant attester de « *la capacité du salarié à exercer l'une des tâches existant dans l'entreprise* » et « *de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté* ». Il s'agit clairement d'une sélection médicale par la santé sans projet de prévenir les conditions de travail dangereuses. Cela est contraire à l'exercice clinique des médecins du travail, en référence au Code de la santé publique !

Actuellement, la mission du médecin du travail inscrite dans la loi est inverse. C'est le travail qu'il se propose d'analyser et modifier si besoin et non les éléments présents de la santé du salarié qui devraient être conformés à des tâches existantes potentiellement dangereuses pour lui. En cas d'incompatibilité pour la

santé il lui appartient de proposer des alternatives qui permettent le maintien au travail.

D'après ce projet le médecin du travail doit « éviter(...) tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers... ». Or, la relation médicale ne saurait concerner des tiers autrement que lorsque ceux-ci peuvent interférer avec la santé de ce patient. Ce qui doit être privilégié concernant la prévention médicale est la construction d'une relation médicale de confiance, essentielle pour les risques engageant la sécurité ou la sûreté ! Un médecin construit un diagnostic individuel, ce qui ne permet pas des conclusions générales pertinentes sur des tiers hypothétiques. Tout acte médical a un caractère instantané et non prédictif et est impuissant en matière de prévention autre que celle de la santé du salarié examiné. On peut donc considérer que le seul objet de cette nouvelle mission impossible, est de décharger la responsabilité de l'employeur en matière de sécurité.

Enfin, le médecin du travail peut mentionner dans son avis que « que tout maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé » ce qui permettrait à l'employeur de licencier le salarié pour motif personnel sans que soit instruite la nécessité d'intervenir sur d'éventuelles causes professionnelles délétères qui en seraient l'origine, ni son éventuelle responsabilité de ce « grave préjudice à la santé ». Même si cette disposition donne de la visibilité à l'actuelle décision « d'inaptitude à tout poste dans l'entreprise », elle permet aussi, sur ce motif, la sélection des salariés sur des critères de santé et non plus l'adaptation du travail à l'Homme. Ce n'est sans doute pas un hasard si ce projet de loi a été précédé par une intense campagne de plaintes d'employeurs au conseil de l'ordre des médecins contre les médecins qui tracent par écrit les liens entre des processus délétères de travail et la santé des salariés. Malheur au médecin du travail qui accompagnerait cette décision d'un écrit rattachant ce risque grave aux conditions ou à l'organisation du travail !

La puissance publique serait dégagée de son obligation d'ordre public social

Une nouvelle disposition vise à supprimer l'arbitrage d'une contestation sur l'avis du médecin du travail par l'inspection du travail. Cela déchargerait la puissance publique de son obligation d'ordre public social et faisant de la santé du travailleur un élément du contrat de travail, c'est-à-dire une variable d'ajustement de « l'employabilité ».

- Rappelons que la procédure actuelle consiste à saisir l'inspecteur du travail, lequel diligente une expertise médicale effectuée par le médecin inspecteur régional du travail. Celui-ci rédige un rapport

(avis) à destination de l'inspecteur du travail après rencontre avec le médecin du travail, examen du dossier médical et examen médical du salarié. Cette procédure donne possibilité à deux appels l'un auprès du ministre l'autre auprès du tribunal administratif. L'état est ici le garant du droit à la protection de la santé et du droit à travailler. Il relève de son obligation régaliennne d'arbitrer ce droit en cas de contestation.

- Le projet vise à retirer la compétence de la puissance publique en confiant la contestation au tribunal des prud'hommes et par son entremise à un expert devant les tribunaux, généralement sans aucune connaissance en santé au travail. Or, il ne s'agit pas d'un problème contractuel arbitré par le tribunal des prud'hommes mais d'un droit fondamental qui doit, par conséquent, être arbitré par la puissance publique. Quel expert serait plus qualifié que le médecin inspecteur du travail ?
- Alors que l'État prétend simplifier les procédures en milieu de travail il institue ici une procédure bien plus lourde dans une voie juridictionnelle elle-même en réforme ce qui supprime une partie des droits des travailleurs.

Au total il s'agit d'accorder aux employeurs ce qu'ils revendiquent depuis la fin du 19^e siècle :

- l'abandon de l'obligation constitutionnelle de l'État de garantir la protection de la santé de tous les travailleurs et d'assurer ce droit notamment par le contrôle des décisions qui le concerne ;
- priver les salariés du bénéfice d'une prévention médicale régulière ouverte à tous, par l'abandon de la mission, existant depuis soixante dix ans, de prévention médicale des risques évitables que sont les risques professionnels et ainsi d'ôter toute visibilité sur la santé d'une partie des travailleurs ;
- transformer la médecine du travail en médecine de sélection médicale de la main d'œuvre.

C'est à un retour vers l'invisibilité des effets du travail qui sera la conséquence de ces mesures. Reste à décider si le retour vers le passé est bien conforme à la Constitution de la République et au 11^e alinéa de son préambule : « **La Nation garantit (à toutes et à tous) la protection de la santé...** ».

RÔLE ET STRATÉGIE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Dominique HUEZ, Annie DEVEAUX

MISSION ET PRATIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Le médecin du travail(1) déploie son activité dans quatre axes essentiels : l'identification médicale des risques professionnels d'altération de la santé, la veille médicale sur la santé des salariés pour un collectif de travail, la rédaction éventuelle de préconisations individuelles (L.4624-1 du Code du travail), ainsi que le signalement de risque collectif et l'alerte médicale (L.4624-3 du Code du travail). Chacun de ces axes d'activité est mis en œuvre notamment grâce à la réalisation de consultations régulières pour chaque salarié où il déploie un « *soin préventif* » individuel et collectif. Toutes ces activités sont susceptibles de produire des informations contribuant à la santé collective au travail.

Lors d'une consultation avec un salarié, le médecin du travail y fait le point sur sa santé et sur son poste de travail, les produits utilisés, les procédés, les équipements de protection. La surveillance médicale ciblée pour chaque salarié permet de détecter des signes avant-coureurs de maladies. Son activité de compréhension du travail par la clinique médicale du travail, qu'il acquière par la multiplicité et la diversité des consultations médicales qui explorent le travail, est complétée par la connaissance des postes dans l'entreprise.

UNE VEILLE MÉDICALE COLLECTIVE

Les consultations médicales servent à la surveillance de l'apparition de nouvelles pathologies qui pourraient être en lien avec les conditions de travail. C'est la « *veille médicale* ». Le médecin du travail peut

.....
 1– Article L.4622-3 – « *Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé, ainsi que toute atteinte à la sécurité des tiers.* »

construire un système de veille médicale en santé au travail et en présenter les résultats au CHSCT et aux élus du personnel. Cela lui permet de rendre compte du risque délétère et d'ébaucher des pistes de compréhension concernant les organisations ou relations de travail. Une veille médicale collective a pour projet de préserver la santé altérée avant l'atteinte pathologique et d'ouvrir à la compréhension du rôle du travail, pour les sujets fragilisés.

LES PRÉCONISATIONS MÉDICALES

Du fait de sa pratique médicale clinique, le médecin du travail peut si besoin rédiger des préconisations individuelles mentionnées dans l'article L.4624-1 du Code du travail, « *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* ». Les « *préconisations médicales* » sont émises dans l'intérêt exclusif de la santé du salarié. Le médecin du travail peut proposer des aménagements du poste de travail d'un salarié, mais avec son consentement éclairé. La fiche de suivi médical peut faire état du lien entre le changement d'organisation et l'altération de la santé du salarié. La « *préconisation médicale* » est une véritable ordonnance médicale. Elle permet au salarié une sauvegarde de sa santé individuelle et d'être acteur de la transformation de son travail, en remettant le travail réel au centre de son action. Elle peut faciliter une mise en délibération collective des difficultés de ce travail.

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 a fini par émerger réglementairement. L'alerte médicale a pour objet de prévenir les situations de travail qui font

grande difficulté, dispute ou empêchement. Elle est nécessaire du fait de la gravité d'une situation individuelle emblématique ou concerne aussi les situations de collectifs de travail que le médecin du travail considère comme graves. L'alerte médicale est un écrit pérenne à visée préventive pour saisir la gravité de la situation, adressé à l'employeur et tenu à disposition du CHSCT. Le médecin du travail y relate ce qu'il comprend des difficultés de réalisation du travail et leur impact pour la santé, il y identifie les risques responsables des graves effets pour la santé. Il trace alors par écrit son « *diagnostic de la situation* », et énonce des recommandations médicales pour préserver la santé au travail. Ce qui est visé est la reconnaissance par les salariés et l'encadrement des situations concrètes de travail pour mettre en débat les questions d'organisation du travail et pour faciliter leur transformation dans un sens favorable à la santé. L'exercice du devoir d'alerte médicale permet de signifier publiquement l'existence d'un risque aux salariés, au CHSCT et à l'encadrement, afin qu'ils puissent agir en vue de transformer les situations de travail délétères.

LE DOSSIER MÉDICAL EN SANTÉ AU TRAVAIL

Le Dossier Médical en Santé au Travail est constitué par le médecin du 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.4624-8 du Code du travail). Il a pour fonction d'aider le médecin du travail à apprécier le lien entre l'état de santé du travailleur et le poste et les conditions de travail et de participer à la traçabilité des expositions professionnelles. Le DMST trace l'existence ou l'absence de signes cliniques ou de symptômes physiques ou psychiques qui permettront d'évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et les expositions professionnelles antérieures. L'action de prévention individuelle du médecin du travail devrait y être aussi attentivement tracée. Il en est ainsi des informations délivrées au travailleur par le médecin du travail ; des informations sur les expositions professionnelles, des risques identifiés et des moyens de protection ; de l'existence ou de l'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.

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

LA FICHE D'ENTREPRISE

À partir de 1986 apparaît l'obligation pour le médecin du travail d'établir une *fiche d'entreprise*(2). 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. 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.

Le médecin du travail est responsable de l'établissement et de la mise à jour de la fiche d'entreprise qui est le support d'un repérage *a priori* des facteurs de risque. La fiche d'entreprise est donc un document médical qui relève de l'exercice personnel du médecin et dont la rédaction et la production ne peuvent être partagées. Pour son établissement le médecin du travail a tout intérêt à bénéficier de la collaboration des membres de l'équipe de médecine du travail du SST. Il peut la nourrir de documents de l'équipe pluridisciplinaire dans les services interentreprises ou des experts HSE de l'employeur, et de ceux du CHSCT.

Le contenu de cette fiche est précisé par l'arrêté du 29 mai 1989 qui en fixe, dans le détail, chacune des rubriques.

LE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le médecin du travail établit un rapport annuel de son activité. Il 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). Le médecin du travail devrait le présenter personnellement annuellement au contrôle social à la fois pour la compréhension du rapport et parce qu'il ne peut déléguer sa responsabilité.

Ce rapport est destiné à informer le contrôle social des conditions d'exercice du médecin du travail. 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.

.....
 2- Art. D.4624-37 – « Pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail [...] établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés. »

LES OBLIGATIONS DU MÉDECIN DU TRAVAIL CONCERNANT LES EXPOSITIONS AUX RISQUES(3)

Le médecin du travail articule l'identification des risques avec une pratique clinique qui permet d'inscrire les expositions rencontrées dans l'histoire professionnelle du sujet, car celui-ci peut construire une compréhension singulière de ce qu'il subit et de ce qu'il rencontre.

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 Code de santé publique). L'un des articles fondateurs de la réforme de ce code, survenue en 2002, l'article L.1111-2, porte sur le droit à l'information de tout patient et par conséquent sur le devoir du médecin d'informer. Depuis janvier 2012 cette obligation est formalisée en médecine du travail ; lors 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) ; ou 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). Aussi le médecin du travail doit explicitement participer à la « traçabilité des risques professionnels », soit comme délégué avec d'autres membres du SST interentreprises(4), soit personnellement dans les services autonomes. Ce rôle est lié aux missions de conseil du médecin du travail.

L'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale(5), suppose depuis 1995 la remise par l'employeur d'une at-

testation d'expositions aux agents et procédés cancérigènes dont le modèle est fixé par arrêté, révisé en 2011(6). La rédaction de cette attestation fait intervenir le médecin du travail. En cas de désaccord avec l'employeur sur la nature de l'attestation, le médecin du travail peut rédiger un certificat médical d'attestation afin de permettre l'accès à un suivi post exposition ou post 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.

Participer à l'évaluation médicale des risques, c'est alors permettre l'identification et l'évaluation précise des expositions professionnelles, leur visibilité dans l'entreprise, et aussi le débat social sur leur prévention pour que chacun des acteurs, employeurs, CHSCT, médecins du travail, puissent « jouer leur partition propre » en terme de prévention et construire une politique de prévention de la santé au travail.

.....
6- Arrêté du 28 février 1995 pris en application de l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale fixant le modèle type d'attestation d'exposition et les modalités d'examen dans le cadre du suivi post-professionnel des salariés ayant été exposés à des agents ou procédés cancérigènes.

.....
3- Alain CARRÉ, « Les obligations du médecin du travail en matière de risque professionnel d'altération de la santé : identifier, informer, conseiller », CAHIER SMT N°31, octobre 2016, <http://www.a-smt.org/>

4- Article L.4622-2 - « Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cette fin, ils [...] 4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. »

5- Article D.461-25 - « La personne qui au cours de son activité salariée a été exposée à des agents cancérigènes figurant dans les tableaux visés à l'article L.461-2 du Code de la sécurité sociale ou au sens de l'article R.231-56 du Code du travail et de l'article 1^{er} du décret n° 86-1103 du 2 octobre 1986 peut demander, si elle est inactive, demandeur d'emploi ou retraitée, à bénéficier d'une surveillance médicale post-professionnelle prise en charge par la caisse primaire d'assurance maladie ou l'organisation spéciale de sécurité sociale. Les dépenses correspondantes sont imputées sur le Fonds national des accidents du travail.

Cette surveillance post-professionnelle est accordée par l'organisme mentionné à l'alinéa précédent sur production par l'intéressé d'une attestation d'exposition remplie par l'employeur et le médecin du travail.

Le modèle type d'attestation d'exposition et les modalités d'examen sont fixés par arrêté. »

COMMENT CONTINUER À TRAVAILLER DANS LE RESPECT DE L'ÉTHIQUE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**Témoignages de difficultés rencontrées dans les services de santé au travail,
suite au décret d'application de la « loi travail » du 27 décembre 2017**

Compte-rendu de la Journée de Printemps de l'Ass. SMT du 18 mars 2017

Benoît DE LABRUSSE, Alain GROSSETETE, rapporteurs

PLACE DES INFIRMIERS EN SANTÉ AU TRAVAIL (IST) EN SERVICES INTER ENTREPRISES

En PACA il n'y a pas encore de pénurie de médecins du travail. Dans certains services la direction a décidé de ne plus embaucher de médecins. Les effectifs suivis augmentent, inversement il y aurait une menace d'absence d'agrément de la part de la DIRECCTE, vis-à-vis de SST qui n'embaucheraient pas d'IST.

Les directions initient une « harmonisation » des protocoles infirmiers. Ailleurs, les protocoles infirmiers sont parfois initiés par les directions.

Il règne le plus grand désordre vis-à-vis de **protocoles** sensés régler les conditions d'exercice de l'IST Certains médecins ne sont pas demandeurs de protocoles. Or l'absence de protocole entre un IST et médecin du travail engage la responsabilité de celui-ci.

Dans l'établissement d'un protocole entre le médecin et l'IST il devrait y avoir concertation. Mais la discussion est asymétrique entre les deux personnes.

Le rôle des DIRECCTE : il est de la responsabilité des directions des SST de s'assurer de la réalisation des protocoles infirmiers. En l'absence cela constituerait une infraction et pourrait compromettre le renouvellement de l'agrément. Mais, sous prétexte de pénurie de médecin, les DIRECCTE sont très timides sur ce sujet.

ENTREPRISE NATIONALE DE TRANSPORT

Il y a eu beaucoup d'embauches de jeunes médecins et une prévision de 5 % de départ à la retraite, ce qui ne facilite pas la pérennisation d'un collectif de médecins.

Depuis les années 2000, les infirmières ont pris la suite des secrétaires administratives et font des examens complémentaires, des visites d'atelier, des fiches d'entreprise... et des missions d'interventions dévoyées du côté de l'instrumentalisation lors d'interventions anti-addictions.

Mais ces infirmières ne pratiquent pas les ESTI car elles ne sont pas formées en santé au travail. La seule formation proposée est celle de l'Institut de médecine du travail des Hauts-de-France qui forme en cinq jours au lieu de vingt jours précédemment. Les MIRT (Médecin Inspecteur Régional du Travail) semblent accepter cette formation au rabais.

80 % des postes de travail devraient relever d'une « SIR » (Surveillance Individuelle Renforcée) d'après les médecins du travail, l'employeur n'ayant pas encore décliné la loi 2016.

Concernant la répercussion de l'application de la loi El Khomri, le constat actuel semble que le statut prévaut sur les décrets, car il prévoit une visite d'aptitude au bout d'un an seulement.

FPE (FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT)

La loi El Khomri n'est pas applicable à la fonction publique d'État. Dans certains secteurs le médecin du travail ne dispose pas de secrétariat médico-administratif, ni d'infirmière. Dans d'autres secteurs, maintenant à statut privé relevant du Code du travail, mais autrefois fonction publique, il existe encore du personnel de la FPE.

Il y a des entretiens type ESTI (Entretien en Santé au Travail Infirmier), sur un support particulier, nommé dossier infirmier, qui semble faire partie intégrante au DSMT. Cela pose le problème de la responsabilité du médecin du travail qui pourrait être mise en cause en cas de transmission au salarié de son DSMT. Les salariés ne disent pas la même chose en ESTI qu'au médecin.

UNE GRANDE ENTREPRISE DU SECTEUR DE L'ÉNERGIE

Il y a actuellement des tractations de la part de la direction d'une grande entreprise du secteur de l'énergie pour rechercher avec les syndicats (pour tenter de prévenir des conflits avec eux), une application des textes issus de la loi El Khomri notamment autour de la surveillance clinique, et aussi pour tenter de subordonner les médecins du travail. La subordination des infirmières étant supposée acquise du fait de leur statut d'agents d'entreprise publique, contrairement aux médecins.

La direction a une vision purement économique où les risques seraient définis uniquement par l'employeur dans un contexte de sous-traitance généralisée des métiers techniques.

Il faut ajouter un cadre général de conflit entre médecins et infirmières qui ignore les articles du Code de déontologie médicale qui précise les devoirs du médecin vis-à-vis des autres professionnels de santé qu'ils soient ou non sous sa subordination technique.

La coopération médecins/IST déstabilise le projet patronal de subordination de la santé au travail du fait du rappel au respect commun du Code de la santé publique.

Un effet inattendu de la loi El Khomri, qui viendrait contrecarrer la volonté managériale de subordination, *via* plus spécialement l'activité des IST, conçue en pôle et en polyvalence et non en tant que membre de l'équipe médicale. Or paradoxalement la direction qui avait avancé dans son projet de subordination totale des médecins dans une médecine d'entreprise, se voit amenée à être contrariée par les textes El Khomri (qui nécessite la coopération entre médecins et IST) et les recommandations de la HAS.

Car il lui va falloir réviser tout ce qui a été construit par cette entreprise contre l'équipe médicale en coopération. Un quart au moins des médecins du travail se trouve engagé dans des pratiques managériales.

Il risque d'émerger un système à l'anglaise en sur-qualifiant les corps des IST (niveau bac +5), la montée en compétence des IST avec accès au diagnostic (infirmière clinicienne) amènerait un modèle avec un médecin cantonné à une mission de superviseur d'un pool d'infirmières. Dans ce cadre qu'advierait-il de l'ouverture des droits tels que le droit d'alerte (L.4624-9 du Code du travail), tel que le Certificat Médical Initial de Maladie professionnelle, etc. ?

L'exercice d'infirmières cliniciennes ne semble pas pour demain ! Le modèle futur sera plutôt canadien avec des médecins d'entreprise contribuant à construire eux-mêmes l'invisibilité des atteintes santé/travail.

BTP

Dans un service du bâtiment, il y a un infirmier coordinateur en lien avec la direction. Des entreprises qui pouvaient créer un service autonome mais ont fait le choix d'être en SSTIE, disposent d'infirmières futures IST d'entreprise, qui vont sur les chantiers. Quelle serait la possibilité pour ces infirmières d'entreprise de faire des VIP (Visites d'Information et de Prévention) ?

Ces infirmières n'ont pas accès au DMST informatisé du médecin qui est SSTIE (le SIST ne veut pas assumer la responsabilité des actes d'infirmière d'entreprise. Dans ces conditions la coopération dans l'équipe médicale de santé au travail sera en grande difficulté. La transmission des données médicales se fera par le salarié sur sa demande).

ANALYSE DES ARTICLES CONCERNANT LE LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE

À propos du nouvel article R.4624-42(1), du Code du travail et de la dualité entre poste et emploi. La nouveauté de cet article est la légalisation de l'inaptitude

1- Art. R. 4624-42 - « Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du travailleur à son poste de travail que :
 1° s'il a réalisé au moins un examen médical de l'intéressé, accompagné, le cas échéant, des examens complémentaires, permettant un **échange** sur les mesures d'aménagement, d'adaptation ou de mutation de poste ou la nécessité de proposer un changement de poste;
 2° s'il a réalisé ou fait réaliser une étude de ce poste ;
 3° s'il a réalisé ou fait réaliser une étude des conditions de travail dans l'établissement et indiqué la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée ;
 4° s'il a procédé à un échange, par tout moyen, avec l'employeur.
 Ces échanges avec l'employeur et le travailleur permettent à ceux-ci de faire valoir leurs observations sur les avis et les propositions que le médecin du travail entend adresser
 S'il estime un second examen nécessaire pour rassembler les éléments permettant de motiver sa décision, le médecin réalise ce second examen dans un délai qui n'excède pas quinze jours après le

à tous les postes – ou emplois – de l’entreprise. Ceci peut avoir un aspect positif uniquement quand il est impératif pour la santé du salarié de l’écarter de l’entreprise (ex : souffrance psychologique telle qu’il est dangereux pour le salarié de rester dans ce milieu de travail). Mais le versant négatif de la formulation « *tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l’état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi* » est que l’employeur pourrait faire pression pour que le médecin du travail note cette formule, afin de se dédouaner de son obligation de reclassement.

L’article tiré d’un décret visé en Conseil d’État, faisant mention que le salarié est inapte à tenir tout emploi du fait de sa santé, est de rédaction très étonnante. Cela risque de poser un problème au salarié en recherche d’emploi : quelle sera la réaction de *Pôle Emploi* lors de l’inscription ?

Cela pose le problème de la responsabilité du médecin du travail qui n’est compétent que pour un poste et sa périphérie ; la médecine n’étant pas prédictive, le médecin du travail est illégitime au-delà du poste.

Cette notion d’aptitude à l’emploi était déjà présente dans la réforme de 2012 où le rôle du médecin du travail était étendu au « maintien dans l’emploi ».

AMÉNAGEMENT DE POSTE ÉCHANGES AVEC L’EMPLOYEUR

La préconisation écrite avec l’accord du salarié de l’employeur selon l’article L.4624-3(2). L’obligation de cette information préalable à l’inaptitude pose de nombreux problèmes : elle suppose que l’employeur soit informé d’une future inaptitude d’un salarié dont l’identité lui est révélée.

N’y a-t-il pas risque de court-circuit de la procédure d’inaptitude au « profit » d’une procédure de licenciement plus avantageuse pour l’employeur ?

L’échange avec l’employeur « *par tous moyens* », préalable à la décision du médecin, (c’est là la nouveauté) sur les mesures d’adaptation du poste prévu par l’article doit, pour ne pas être nié dans son existence par l’employeur, faire l’objet d’une trace écrite.

.....
premier examen. La notification de l’avis médical d’inaptitude intervient au plus tard à cette date.
Le médecin du travail peut mentionner dans cet avis que **tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l’état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.** »

2- Art. L.4624-3 - « Le médecin du travail peut proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l’employeur, des mesures individuelles d’aménagement, d’adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d’aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l’âge ou à l’état de santé physique et mental du travailleur. »

Quelle pourrait être la règle professionnelle dans ce cas ?

- **Auparavant**, l’aménagement était demandé à l’employeur ; puis le second examen médical concluait sur l’aptitude. Il y avait donc un temps pour la délibération du médecin, qui rendait ensuite sa décision.
- **À présent**, il doit discuter avec l’employeur avant de prendre sa décision. Avant d’écrire il doit prendre l’avis de l’employeur !

L’employeur peut donc à présent peser sur la décision médicale en l’instrumentalisant. Certains participants évoquent la notion de rupture du secret médical lors de la concertation avec l’employeur. D’autres nient cette possibilité dans la mesure où le médecin du travail ne révèle rien d’autres que les capacités restantes du salarié : ce qu’il a toujours écrit sur les fiches d’aptitude.

Il est noté que dans cet article du Code du travail, l’échange avec l’employeur est à l’initiative du médecin du travail et que rien ne prévoit une réponse de l’employeur. Le seul fait de contacter l’employeur — que ce contact soit fructueux ou non — est constitutif de l’échange prévu dans l’art L.4624-3.

La subversion de la procédure pourrait être :

- d’échanger oralement ou par courriel, avec l’employeur ;
- de formaliser cet échange par un écrit (par exemple courriel) daté en jour, heures, minutes ; avec l’utilisation du conditionnel « *l’état de santé de M. X... nécessiterait...* » ;
- d’adresser dans les minutes suivantes, à l’employeur, la fiche d’aptitude comportant les préconisations du médecin du travail.

Mais n’oublions pas que nous avons toujours la possibilité d’effectuer une seconde « visite » dans les quinze jours maximum, ce qui nous laisse le temps de la réflexion.

INCOMPÉTENCE ET COMPLICITÉ DES INSTANCES DISCIPLINAIRES DE L'ORDRE DES MÉDECINS IL EST TEMPS QUE CELA CESSE !

Association Santé et Médecine du Travail

Le D^r S... médecin du travail dans une maison de retraite (EHPAD), est alerté à partir de 2010 par des déclarations des employés de l'établissement, lors des visites médicales, sur la dégradation de leurs conditions de travail et la souffrance qui en résulte. Il mène une enquête par questionnaire et recueille l'expression des salariés lors des consultations médicales entre le 14 mars et le 11 avril 2011. Suite au résultat, il demande par écrit au chef d'établissement de modifier l'organisation du travail et, devant son inertie, précise par courrier le 17 octobre 2012 le risque pour la santé des travailleurs, les responsabilités du chef d'établissement s'il n'agissait pas pour en faire la prévention, et enfin recommande une expertise de la CARSAT afin de pouvoir prévenir le risque.

Cette démarche est strictement conforme au signalement de risque devenu obligatoire pour les médecins du travail depuis 2011 dans le cadre de l'article L.4624-9 du Code du travail (numérotation nouvelle dans le cadre de la « loi Travail »). En effet cet article précise que : « *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 (...). Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur, (...), sont transmises au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, aux délégués du personnel, à l'inspecteur ou au contrôleur du travail, au médecin inspecteur du travail ou aux agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés à l'article L.4643-1.* »

Le D^r S... a déployé les moyens appropriés pour établir son diagnostic de risque psychosocial collectif en lien

avec des causes organisationnelles et relationnelles notamment en utilisant des questionnaires validés.

Il a alerté loyalement et par écrit le chef d'établissement de ce risque et de la nécessité de le prévenir.

Confronté à un refus, il a appliqué les dispositions de signalement motivé et circonstancié, et notamment préconisé comme première mesure de prévention une enquête d'un organisme extérieur, comme il y est astreint, comme médecin du travail, par l'article L.4624-9 du Code du travail. S'il s'en était abstenu, alors qu'il en avait l'obligation réglementaire, il aurait engagé sa responsabilité personnelle et pénale.

Il a transmis aux autorités désignées son courrier de signalement comme l'y oblige la loi et a prévenu les autorités responsables de ce type d'établissement qui en sont la tutelle.

La plainte du chef d'établissement contre le D^r S... a été déclaré recevable et transmise par le conseil départemental de l'Ordre des médecins. Il a été condamné par l'instance disciplinaire régionale. Cette condamnation a été confirmée par l'instance disciplinaire nationale de l'Ordre au motif qu'il aurait méconnu l'obligation déontologique de moralité !

- **Nous accusons** d'incompétence ces instances d'exception qui ont condamné un médecin du travail au motif qu'il a accompli son devoir en appliquant des dispositions du Code du travail.
- **Nous accusons** le président du Conseil de l'Ordre de ne pas intervenir pour faire cesser ce qui constitue un déni de droit et un détournement de la déontologie médicale.
- **Nous accusons** la ministre de la Santé de laisser perdurer de telles pratiques incompatibles avec un État de droit.

Il est temps que cela cesse !

PLAINTES D'EMPLOYEURS

AU CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

RÉFLEXIONS AUTOUR D'UNE POSTURE PROFESSIONNELLE PARTAGÉE ÉTAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS D' ACTIONS

Compte-rendu du Congrès de l'Ass. SMT du 3 décembre 2016

Karyne CHABERT et Alain GROSSETÊTE, rapporteurs

Un des médecins concernés témoigne de son vécu suite à plusieurs plaintes d'employeurs. Les conséquences sur son activité professionnelle et sur sa propre santé surviennent de manière décalées dans le temps par rapport à l'évènement.

- Pour l'ensemble des médecins concernés, ces plaintes nécessitent une mobilisation intense dans un contexte de procédures longues et complexes (constitution des dossiers de défense, sollicitations médiatiques...).
- Cela peut avoir des conséquences sur sa propre pratique professionnelle : « frilosité » ou au contraire « surexposition » dans ses prises de décision professionnelle et dans ses rapports aux employeurs.
- Un risque majeur est celui de l'isolement (les collègues proches géographiquement ne sont pas toujours les plus soutenant, probable par positionnement défensif), il est rappelé ici l'importance du soutien collectif. En effet, il est indispensable de pouvoir exprimer ses difficultés professionnelles et son ressenti dans un climat de confiance au sein d'un collectif professionnel.

Dans les affaires en cours, il est parfois noté un manque de mobilisation des instances internes à l'entreprise (CHSCT, autres IRP...) et des autres instances de prévention (CARSAT, IT) dont les acteurs sont eux-mêmes confrontés à leurs propres limites ou dysfonctionnements. Un médecin témoigne sur la situation d'un inspecteur CARSAT qui aurait subi des pressions dans le cadre d'enquêtes AT/MP.

Un débat s'installe sur le thème du courage, et les pratiques professionnelles, face à la peur et la honte qui

pourrait s'installer en particulier dans ces démarches de contestation éprouvantes sur le plan personnel. En réalité, il ne s'agit pas de prises de position courageuses qui reposeraient sur un critère de comportement individuel. Il faut rester sur des positions professionnelles validées par les pairs et « Il faut dire vrai ». Les médecins du travail ne sont « ni des héros, ni des zéros », c'est toute la construction du métier reposant sur des règles partagées qui permet de faire face. Ces arguments ont été discutés il y a très longtemps déjà à la SMT.

La question de fond est de tenir des pratiques professionnelles qui ont été très travaillées, et d'agir avec le collectif même s'il s'est affaibli, en termes de métier, et non en posture militante.

Plus généralement, et malgré de nouveaux obstacles, comment continuer à bien travailler, en utilisant la *métis* ?

ÉTAT DES LIEUX CONCERNANT LES CONTESTATIONS

Il est fait le constat d'une augmentation des contestations d'avis d'aptitude ou d'inaptitude par les employeurs de manière générale, y compris pour des salariés déclarés « APTÉ ». Tout écrit peut être soumis à contestation, que ce soient des certificats, attestations, courriers d'échange entre médecins, photocopies d'extrait de dossier médical... Tout médecin peut être concerné (généraliste, médecin du travail, autre spécialiste).

Les médecins malmenés par ces attaques en justice pourraient se sentir isolés et fragilisés. Un des moyens de résistance est la mise dans l'espace public. Certains

confirment que la médiatisation peut être une forme de protection par l'attention qu'elle attirerait sur l'entreprise concernée.

Le Conseil de l'Ordre n'a pas une position unique, ni dans les plaintes recevables, ni dans le mouvement de protestation MIOP qui organise le non règlement des cotisations par les médecins.

Les sanctions sont très variables selon les cas, à ce jour et à notre connaissance, deux plaintes ont abouti à une interdiction d'exercice (deux médecins différents).

Pour ce qui concerne les plaintes qui opposent les salariés à leur employeur, il arrive qu'en cours de jugement, les salariés acceptent de « transactionner » avec l'employeur qui propose parfois une grosse somme d'argent pour faire stopper la procédure et éviter le jugement.

Pour information, la requête collective en Conseil d'État de la part de six organisations, est reçue. (CGT énergie, Ugict-CGT, Union Syndicale solidaires, ASD pro et le SMG). Le conseiller rapporteur est en train de travailler sur les dossiers. Il faut compter un à deux ans pour que cette requête soit examinée par le Conseil d'État. L'objectif serait d'apporter des arguments (longuement détaillés dans les écrits de l'association SMT) afin de rendre impossible, pour un employeur, de porter plainte auprès du Conseil de l'Ordre.

Une autre alternative pourrait être la Cour européenne des droits de l'Homme.

Deux dimensions différentes sont à instruire dans la requête : au centre, le diagnostic médical, beaucoup plus que le certificat médical, peu importe comment il est nommé, car en définitive c'est le juge qui décide en droit si c'est un certificat ou non, et rappelons que tout écrit actuellement est attaquant (copie de dossier médical, copie d'écran, fiche d'entreprise, certificat, lettre, attestation) par le Conseil de l'Ordre. C'est donc sur le lien santé/travail qu'il faut pouvoir argumenter. Il faut rappeler que le Conseil de l'Ordre n'est pas compétent pour dire que les médecins ne peuvent instruire le lien santé/travail.

L'autre dimension relève d'un moyen de procédure empêchant un employeur de saisir le Conseil de l'Ordre contre un médecin pour défendre les intérêts de l'entreprise.

Un autre argument de procédure consiste à dire qu'un document utilisé au tribunal des prud'hommes par un salarié ne peut pas être utilisé dans une autre juridiction. (Information issue d'un argumentaire déjà utilisé en Conseil d'État).

PROPOSITION DE SOUTIEN AUX CONFRÈRES QUI SERAIENT CONCERNÉS PAR UNE PLAINTÉ

Suite à une plainte d'employeur auprès du Conseil de l'Ordre des médecins, la première étape est généralement une convocation en vue d'une conciliation. Il est très difficile de convaincre un confrère de ne pas aller en conciliation car il est persuadé qu'ayant mobilisé des éléments de pratiques très solides, il sera entendu. Il n'a pas toujours conscience que pour sa défense, il devra mobiliser des éléments couverts par le secret médical. Il risque donc de se retrouver en position d'injonction paradoxale (protéger le secret pour son patient ou se défendre ?), décision qui ne peut être tranchée dans une grande solitude.

Il pourrait être proposé aux médecins incriminés de répondre à l'invitation du Conseil de l'Ordre par écrit en expliquant pourquoi le médecin ne peut pas se présenter devant l'employeur. Il faudrait que les médecins puissent disposer d'une « conduite à tenir » avec les différents arguments à mettre en avant, dont celui qui consiste à dire qu'il y a un risque de transgression du secret médical. Il faudrait pouvoir répondre au Conseil de l'Ordre que s'il insiste, il pourrait être accusé en pénal d'incitation à trahir le secret médical.

Au bout du compte, nous sommes devant un débat : faut-il devancer la convocation du conseil départemental de l'Ordre en conciliation, ou y répondre, en demandant à rencontrer le conseil de l'Ordre le plus tôt possible (et sans la présence de l'employeur) pour exposer que la plainte de l'employeur est irrecevable, au motif que lors de l'échange les pièces discutées devant les prud'hommes ne peuvent être utilisées dans un autre usage (premier argument), qu'il y aurait complicité de recel de secret médical si le médecin devait s'exprimer devant l'employeur (second argument) et que s'il malmène le secret médical en première instance (par un procès verbal de non-conciliation qui n'a pas à être signé à la différence d'un procès verbal de conciliation), puis en disciplinaire le conseil de l'Ordre devra en répondre sous la forme d'une plainte déposée auprès du procureur de la république.

Un modèle de réponse pourrait être proposé par l'association SMT et mis à la disposition des généralistes et médecin du travail.

Il faut signaler également des plaintes de salariés (quatre pour le même) pour un collègue condamné deux fois en Chambre nationale. Ces dernières peuvent être actuellement reçues. Un salarié est un patient. Le secret médical n'est pas opposable au patient.

EN CONCLUSION

Sur les plaintes d'employeurs auprès des conseils de l'Ordre, étant donné qu'il n'y a pas d'instruction du lien santé/travail en conciliation ou en appel, on pourrait attendre que ces affaires soit portées au pénal et non devant un tribunal d'exception. La suppression des tri-

bunaux d'exception est de l'ordre de la défense des libertés associatives, tout comme a été dissous le tribunal des forces armées après 1968.

La question actuelle est la suppression des tribunaux d'exception qui doit être défendue par les associations de victimes et syndicats professionnels. C'est l'initiative du mouvement APLA.

FAIRE TAIRE LES MÉDECINS LANCEURS D'ALERTE ?

UN APPEL À LA RÉSISTANCE

Alain CARRÉ, association Santé et Médecine du Travail

DE NOUVELLES ORGANISATIONS DU TRAVAIL PATHOGÈNES

À partir du milieu des années quatre-vingt se mettent progressivement en place de nouvelles organisations du travail. Leur objectif est l'obtention d'une rentabilité élevée dans un temps court. Une culture de résultat « pour le marché, dans le temps du marché » se met en place. L'encadrement est le premier concerné puisque son rôle d'intermédiaire entre le donneur d'ordre et le travail, qui reposait sur une connaissance approfondie de celui-ci, est remplacé par celui de « manager » uniquement centré sur l'obtention du résultat prescrit. Les méthodes mises en œuvre sont profondément manipulatrices et violentes. Une autonomie sur les moyens à mettre en œuvre et un contrôle renforcé du résultat renvoient le travailleur à de supposées imperfections personnelles. Pratiquement on assiste à une intensification du travail pour atteindre un résultat inatteignable. En effet, le moteur de ces méthodes est l'individualisation et la mise en concurrence de chacun avec un autre travailleur, dont l'évaluation individuelle n'est qu'un des moyens. Alors que le travail n'est jamais solitaire mais toujours solidaire, puisqu'il repose sur les échanges entre les femmes et les hommes pour faire ce qui n'est pas prévu par l'organisation du travail, on assiste du fait de cette individualisation à un repliement de chacun sur soi-même. Il est aussi indispensable pour le management de faire éclater les structures collectives qui font obstacle à l'individualisation en tentant éventuellement de les remplacer par une identification occulte des savoirs faire (Lean-management). Les sujets, que sont les travailleurs, sont instrumentalisés par le discours managérial et deviennent des objets de production ou de service.

UNE CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL QUI PERMET LA MISE EN LUMIÈRE DU LIEN ENTRE L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET SES EFFETS SUR LA SANTÉ

Les effets sur le travail sont dévastateurs : effondrement des processus collectifs, isolement, conflits inter-individuels, crainte des autres, dissimulation des tricheries autrefois assumées collectivement, impossibilité d'échanger sur le travail. La pensée est arrêtée par la peur et la honte et les défenses contre la souffrance notamment éthique se mettent en place. Les travailleurs, dès lors qu'on les écoute, expriment leur atteinte à l'estime de soi (doute sur soi même, culpabilité vécue dans l'isolement). Les effets sur la santé sont nombreux et graves (état de stress post traumatique, état anxieux généralisé, dépression, maladies psychosomatiques, épuisement professionnel...).

Les spécialistes du champ du travail mais également les médecins investis dans le domaine du travail, dont les médecins du travail, sont en première ligne et constatent le caractère profondément délétère de ces nouvelles organisations. Comme tous les professionnels de santé confrontés à un processus pathogène émergent, les médecins s'organisent collectivement pour mieux repérer les éléments pathogènes et leurs effets et mettent en place des techniques d'investigation et d'intervention. Ils élaborent une méthode clinique spécifique : la clinique médicale du travail. Cette clinique qui notamment, grâce à l'intercompréhension qui soutient le dialogue clinique, permet de construire le lien entre ce qu'on observe de la santé et l'organisation du travail (le lien santé/travail).

Alors que l'organisation du travail délétère tente de camoufler son implication et sa responsabilité dans un déploiement de leurres (difficultés personnelles du travailleur prise en charge par des professionnels du psychisme, apprentissage par *coaching* des bonnes pratiques pour « monter en compétence », harcèlement d'individus pervers...) la mise en visibilité publique collective sous la forme d'alerte de la communauté de travail et individuelle en actant par écrit le lien santé-travail fait courir un risque insupportable pour ces méthodes et ceux qui les appliquent. Il est donc essentiel et urgent que les lanceurs d'alerte soient réduits au silence.

**FAIRE TAIRE LES LANCEURS D'ALERTE
UNE ACTION INSTITUTIONNELLE
DE LONGUE HALEINE**

Pour s'en tenir à l'exemple de la médecine du travail, institution en constant balancement entre vision sociale ou managériale, les stratégies des employeurs sont à l'œuvre depuis qu'elle est devenue un risque de mise en responsabilité et de frein à l'exploitation de la force de travail, la médecine du travail fait alors l'objet d'une action institutionnelle d'envergure visant à la ramener à ses origines supplétives(1).

Dès 1988, la voie d'un retour vers le passé se dessine : « *Il appartient essentiellement (au médecin) de rechercher l'adéquation entre l'homme et le poste de travail [...] En tant que cadre de l'entreprise qui l'emploie, "son entreprise", il a à son égard des devoirs. Dans ce contexte contribuer à une meilleure productivité de l'entreprise doit être un des principaux objectifs de son rôle.* » (2)

Les réformes successives entreprises depuis 2000 tendent vers ce résultat.

Plus récemment la loi « dialogue social », puis les 21^e et 22^e mesures de simplification et le rapport de la commission « Aptitude et médecine du travail » constituaient les prolégomènes d'une réforme « pour en finir avec la médecine du travail ». C'est l'objet de la « modernisation » à laquelle procède la Loi travail.

Elle articule appauvrissement des moyens cliniques (espacement, voire disparition des consultations individuelles) avec des injonctions à devenir une médecine prédictive en repérant les salariés « à risque » ou inadaptés à leur travail du fait de « susceptibilités indivi-

.....

1- P. MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins, une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Revue Politix*, Volume 23 - n° 91/2

2- J. LORiot, « La médecine du travail face à l'Europe », *Le Concours Médical*, 21 mai 1988

duelles ». Elle impose une médecine de sélection de l'employabilité en exemptant l'employeur de toute responsabilité (inaptitude en cas de danger pour la santé) et aux recours aléatoires (remplacement de l'expertise de l'inspection du travail par le tribunal des prud'hommes). C'est la raison d'être de la médecine du travail et le statut de lanceur d'alerte d'ordre public social du médecin qui sont ici annihilés.

**FAIRE TAIRE LES LANCEURS D'ALERTE
LES PLAINTES DES EMPLOYEURS
AU CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS**

Chronologiquement, c'est le Conseil de l'Ordre des médecins qui prend l'initiative. En 2006 paraît un rapport approuvé par le CNOM sur les certificats médicaux dans lequel « *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. Il n'a pas non plus à "authentifier" en les notant dans le certificat sous forme de "dires" du patient les accusations de celui-ci contre un tiers, conjoint ou employeur* ».

En mars 2007, un décret modifie l'article R.4126-1 du Code de la santé publique et dresse une liste limitative des personnes ou institution pouvant porter plainte devant le Conseil de l'Ordre. Les plaintes de personnes sont limitées aux patients. Un mois plus tard, un décret modifie à nouveau cet article. Les plaintes sont désormais ouvertes « NOTAMMENT aux patients ». Comme par hasard, l'interprétation, que des juristes considèrent comme abusive, du Conseil de l'Ordre et des employeurs est que, dorénavant, les plaintes sont ouvertes à ces derniers.

En transformant une procédure réservée aux patients pour recevoir les plaintes d'un tiers, les instances disciplinaires de l'Ordre, déjà contestables, deviennent des instances d'exception (pas d'instruction vérifiant les dires du plaignant, tentative de transgresser le secret médical au profit d'un tiers lors de soi disant « conciliations », droit à une défense équitable non respecté à cause de l'impossibilité pour le praticien de se justifier du fait du secret médical, substitution complaisante à l'employeur des CDOM). Les employeurs vont s'engouffrer dans la brèche et les plaintes connaîtront une croissance exponentielle. On estime à plus de cent plaintes annuelles le volume actuel qui s'étend aux spécialistes ou généralistes qui attestent. Est qualifié de certificat tout écrit médical y compris les courriers et extraits de dossiers. La situation est si dégradée que les travailleurs commencent à avoir des difficultés à obtenir des certificats notamment en matière de maladie professionnelle.

RÉSISTER DANS L'INTÉRÊT DE LA SANTÉ DES PATIENTS

En matière de plaintes d'employeurs, les associations professionnelles et syndicales, dont les associations SMT et SMG, se sont attaqués à la racine du problème en saisissant le Conseil d'État afin de faire retirer l'adverbe notamment ou de faire reconnaître que l'adverbe notamment ne permet pas les plaintes d'employeurs. Plusieurs médecins condamnés se sont pourvus devant la même juridiction et, s'ils n'avaient pas gain de cause, pourraient porter plainte devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme pour que soient supprimées les instances disciplinaires d'exception du Conseil de l'Ordre.

La destruction institutionnelle de la médecine du travail par un exécutif égaré ou complice est un risque important pour les travailleurs confrontés dorénavant à une médecine de sélection médicale de la main-d'œuvre. La vigilance des organisations syndicales s'imposera quand les décrets d'application de la loi travail seront promulgués. La résistance professionnelle des médecins contre ce dévoiement s'organise autour des principes fondateurs de la déontologie et contre le Conseil de l'Ordre qui institutionnellement devrait en être le garant : l'intérêt de la santé (y compris sociale) du patient, son droit de choisir pour ce qui concerne sa santé, l'indépendance médicale, fondée sur la compétence, en matière de décision.

ABUS DE JURIDICTION DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Dominique HUEZ

TEXTE DE LA PÉTITION

**CONTRE LA COLLUSION ENTRE LES EMPLOYEURS
ET L'ORDRE DES MÉDECINS**

Le 20 mars 2017

<http://www.mesopinions.com/petition/sante/contre-collusion-entre-employeurs-ordre-medecins/29205>

La société Orys, sous-traitante dans le nucléaire, n'a jamais accepté que le D^r Dominique Huez, médecin du travail au CNPE-EDF de Chinon, en Indre-et-Loire, fasse le lien entre la maltraitance au travail et la pathologie d'un salarié. Démarche non isolée : Orys fait partie de ces employeurs qui veulent empêcher les médecins du travail de remplir leur mission au service des salariés. Leur objectif est d'obliger les médecins du travail à ne pas indiquer l'existence d'un lien entre santé et travail. Une centaine de praticiens sont ainsi visés chaque année en France.

Il s'agit d'une stratégie globale qui vise à accélérer la remise en cause de l'ensemble des protections des salariés (loi Macron, loi travail, inspection du travail...).

Ainsi, Orys a saisi l'Ordre des médecins d'une plainte contre le D^r Huez, lui reprochant d'avoir établi un certificat mensonger. Comme pour 90 % des plaintes de

cette nature, l'Ordre a sanctionné le D^r Huez et prononcé un avertissement le condamnant à 1 € d'indemnité de procédure, au motif que son certificat excéderait les seules constatations médicales. Le D^r Huez est dans l'attente du recours qu'il a formé devant le Conseil d'État contre cette décision critiquable et lourde de conséquences.

DÉCISION CRITIQUABLE

Le D^r Huez a fait le seul constat qui s'imposait à lui sous peine de ne pas porter secours au salarié et d'ignorer sa mission de prévention : une pathologie réelle, heureusement bien diagnostiquée par le D^r Huez dans son certificat médical de 2011, qui a permis au conseil de prud'hommes de condamner la société Orys à payer 20 € de dommages intérêts pour harcèlement, en 2014.

DÉCISION LOURDE DE CONSÉQUENCES

➤ Pour le D^r Huez d'abord qui doit depuis six ans faire face à l'acharnement d'un employeur : récemment la société ORYS (80 millions de chiffres d'affaires) pour récupérer les 1 000 € d'indemnité de procédure a fait immobiliser par huissier son véhicule et celui de sa femme, bloquer son compte bancaire, sans vouloir attendre la décision du Conseil d'État.

- Pour les médecins du travail ensuite, ainsi que les généralistes face aux souffrances professionnelles. Une centaine de plaintes d'employeurs devant le Conseil de l'Ordre sont déposées par an, au niveau national. Dans la région Centre depuis quatre ans, en sont connues une dizaine. Trois médecins ont dû renoncer à leur diagnostic. Un médecin a subi quatre plaintes.
- Pour les salariés qui ne pourraient pas avoir reconnaissance et droits à réparation vis-à-vis des accidents du travail et maladies professionnelles.
- Également pour les citoyens que nous sommes, attachés à une médecine préventive, garante du bien social et de la sûreté générale de l'activité industrielle.

Nous demandons :

- Que cessent les poursuites et les pressions envers le D^r Huez et les médecins du travail qui exercent en pleine conscience, leurs activités de prévention.
- À l'Ordre des médecins, de ne pas recevoir les plaintes des employeurs et de respecter la conscience professionnelle de leurs pairs.
- À l'État, garant de la protection de la santé et de la sécurité au travail, de veiller au respect des droits des travailleurs.

Premiers signataires : Convergence des services publics 37, Collectif 37 « Notre santé en danger », Ligue des Droits de l'Homme 37, Réseau Sortir du Nucléaire, CGT 37, Solidaires, FSU, association pour le contrôle de la radioactivité dans l'Ouest, PCF, MRC, EELV37, France Insoumise, PCOF37, NPA, Sciences citoyennes, association Santé et Médecine du Travail, association d'aide aux victimes et aux organisations, confrontées aux Suicides et Dépressions Professionnelles (ASDPro), Syndicat de la médecine générale (SMG), Union syndicale de la psychiatrie (USP)

ÉCHOS DU RASSEMBLEMENT DU 7 JUIN 2017 À L'APPEL DES NOMBREUSES ORGANISATIONS DU COLLECTIF DE SOUTIEN À D. HUEZ DEVANT L'ORDRE DES MÉDECINS D'INDRE-ET-LOIRE

Au moins quatre-vingt personnes étaient présentes issues de nombreuses organisations : *Convergence des services publics 37, Collectif 37 « Notre santé en danger », Ligue des Droits de l'Homme 37, Réseau Sortir du Nucléaire, CGT 37, Solidaires, FSU, association pour le contrôle de la radioactivité dans l'Ouest, PCF, MRC, EELV37, France Insoumise, NPA, LO, PCOF37, Sciences citoyennes, association Santé et Médecine du Travail, association d'aide aux victimes et aux organisations,*

confrontées aux Suicides et Dépressions Professionnelles (ASDPro), SMG, USP, etc.

CE RASSEMBLEMENT AVAIT ÉTÉ PRÉCÉDÉ DE DEUX COURRIERS ADRESSÉS À L'ORDRE DES MÉDECINS D'INDRE-ET-LOIRE PAR LE COLLECTIF DE SOUTIEN À D. HUEZ

Le 15 avril 2017 : « Nos associations et syndicats, regroupés au sein du Collectif de soutien au D^r D. Huez souhaitent vous rencontrer. Ils sont en effet inquiets de l'atteinte portée à la médecine du travail par le biais de plaintes déposées entre vos mains contre des médecins du travail, par des employeurs qui taxent leur certificat de "complaisant" lorsque celui-ci contient un diagnostic de souffrance au travail.

Le motif souvent invoqué par ces employeurs est celui de l'absence de constatation personnelle par le médecin des "faits" à l'origine de la pathologie décelée. Il ne nous semble pas sérieux. Sauf à exclure de l'examen clinique d'un patient, toute information sur ses antécédents personnels, ses conditions de vie et de travail, ou encore les symptômes qu'il présente. Va-t-on reprocher à un médecin légiste son rapport d'autopsie parce qu'il n'était pas sur les lieux au moment d'un crime ou d'un accident ?

Nous sommes attachés à la médecine du travail dont la mission de service public est d'identifier les pathologies liées au travail et de prévenir les risques professionnels. Nous déplorons que l'indépendance des médecins du travail soit affaiblie par le lobbying dont votre ordre fait l'objet. Avec pour conséquence la remise en cause des principes de prévention et de réparation des préjudices lorsque l'employeur a méconnu l'obligation de sécurité-résultat à laquelle il est tenu vis-à-vis de ses salariés.

Le choix même de la voie ordinaire pour contester un diagnostic de pathologie liée au travail nous paraît contestable. En effet, nous sommes attachés au respect du secret professionnel institué dans l'intérêt des patients. Or en déclarant les plaintes d'employeurs recevables, celle notamment de la société Orys contre le D^r D. Huez, il y est de fait porté atteinte. En premier lieu lors de la phase de conciliation préalable, prévue pour permettre aux parties "d'échanger quant aux faits et rapprocher leurs positions", à laquelle le D^r D. Huez a, pour cette raison, refusé de participer. Comment un employeur non médecin peut-il être autorisé à discuter des faits causals d'une pathologie avec un médecin tenu au secret professionnel ?

La situation serait différente dans le cadre d'un procès de droit commun, en raison précisément des dérogations prévues dans le cadre de la préservation des intérêts de la justice.

Face aux questions que nous nous posons, nous vous remercions par avance de bien vouloir accorder une audience à une délégation de notre Collectif. »

Le 1^{er} juin 2017 : « Par courrier du 24 mai 2017, vous nous opposez une fin de non-recevoir non motivée suite à la demande d'audience que nous avons formulée. Cependant, dans un second courrier daté du même jour, vous indiquez au D^r D. Huez que vous êtes prêt à le recevoir le 7 juin à 9 h 30, en précisant les deux raisons de votre refus de nous rencontrer :

- d'une part, votre absence de qualité à vous exprimer sur la chose jugée ;
- d'autre part, la volonté que des éléments confidentiels ne soient pas divulgués à des personnes non autorisées.

Notre Collectif, dont le D^r D. Huez est membre, n'entend en aucune manière s'exprimer auprès de vous sur la chose jugée provisoirement par les instances disciplinaires de votre Ordre, dans un dossier dont l'examen est toujours pendant devant le Conseil d'État.

Par ailleurs, notre Collectif souscrit entièrement à votre souci de ne pas voir divulguer des éléments confidentiels. À cet égard, nous insistions dans notre courrier du 15 avril 2017 sur le caractère absolu du secret médical institué dans l'intérêt des patients. Nous vous précisions notamment : " Le choix même de la voie ordinaire pour contester un diagnostic de pathologie liée au travail nous paraît contestable... Comment un employeur non médecin peut-il être autorisé à discuter des faits causals d'une pathologie avec un médecin tenu au secret professionnel ? "

En tout état de cause, aucun élément du dossier médical du patient du D^r D. Huez ne saurait être discuté avec l'Ordre des médecins départemental puisque son patient ne vous a communiqué aucune pièce. Le respect du secret médical s'impose même aux médecins qui ne concourent pas au processus de soins.

En toute logique, c'est en tant que membre de notre Collectif que le D^r D. Huez, aujourd'hui à la retraite, accepte votre invitation. Il sera accompagné de deux ou trois autres membres du Collectif. Notre démarche s'inscrit dans la nécessité de placer les patients au centre de la relation de soins, comme prévu depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, ce qui passe par le dialogue de votre ordre avec les usagers de la médecine et citoyens que nous sommes. »

AVANT DE TENTER D'ÊTRE REÇU, LE COLLECTIF A RÉEXPLIQUÉ LES ENJEUX ET LES RESPONSABILITÉS DE L'ORDRE DES MÉDECINS

En effet en recevant les plaintes d'employeurs, tiers absolus à la santé des patients, l'Ordre des médecins rend

impossible les soins pour les victimes des effets des nouvelles organisations du travail pour la santé, et fait entrave à leur prévention.

Dominique Huez a dénoncé « l'abus de juridiction de l'Ordre des médecins » qui se laisse instrumentaliser par les employeurs et fait ainsi entrave à l'application du droit du travail. Il a parlé que de ce fait l'Ordre des médecins faisait obstacle aux devoirs de médecins « d'assistance à personne en péril » et, au regard des médecins mis en cause en s'associant aux plaintes d'employeur, était responsable de dénonciation calomnieuse.

L'ORDRE A REÇU D'EMBLÉE DANS SON REFUS DE RECEVOIR LE COLLECTIF

Mais il l'a subordonné à la réception préalable de D. Huez, qui a refusé ! Devant la polémique publique qui s'en est suivie, trois membres du Collectif ont pu être reçus sans conditions, Catherine L... C... pour la LDH-37 et Convergence de défense des services publics37, Stéphane D... de l'UD-CGT37 et D. Huez.

L'Ordre a dit qu'il ne reparlerait pas de la chose jugée. Mais de fait pour illustrer nos propos comme pour l'Ordre, l'affaire Huez-Orys a fréquemment été évoquée ! L'Ordre n'a pas bougé sur sa légitimité selon lui à recevoir les plaintes d'employeurs qu'il a constamment mélangées avec la légitimité de la réception des plaintes de patients ! Au nom de la déontologie « interprétée par l'Ordre », toute plainte « de ceux qui ont un intérêt à agir » serait donc recevable. L'intérêt de la santé des patients a totalement disparu ici ! L'Ordre des médecins n'a donc pas voulu entendre qu'il était alors piégé et donc responsable du dispositif de menace que représentait la conciliation ordinaire entre un employeur et un médecin, qui conduisait de nombreux médecins à renier leur diagnostic médical du lien santé/travail sous la menace de la chambre disciplinaire, et certains médecins qui y participaient pour se défendre, à transgresser le secret médical.

C'est pour cela que D. Huez a argumenté qu'il avait refusé en 2013 de se présenter en conciliation pour préserver le secret médical, que de ce fait il ne pouvait se défendre, ce pourquoi les plaintes d'employeurs étaient donc irrecevables !

Ce quoi l'Ordre des médecins lui a rétorqué que de cela, il était légitime que l'Ordre des médecins se joigne à la plainte de l'employeur Orys ! Cette entreprise est maintenant « harceleur moral avéré » puisqu'elle n'a pas fait appel de sa condamnation par les prud'hommes de Nîmes concernant le patient de D. Huez.

Bref ! dialogue de sourd !

Mais ce qui est nouveau est :

- que du fait de l'existence de la loi Kouchner, un collectif de très nombreuses organisations de patients-citoyens a contraint l'Ordre des médecins à les recevoir sans être en position subordonnée ;
- qu'un autre discours a pu être énoncé par rapport aux contrevérités ordinales et que non, l'Ordre n'était pas omnipotent et devait tenir compte des cadres de droit et des cadres sociaux dont il semble n'avoir que faire dans sa bulle de pouvoir médical qui ignore la question sociale et l'origine environnementale et sociale des maladies.

Malheureusement, pour déployer une médecine préventive, rénover la médecine du travail et prendre en compte pour toutes les pratiques médicales l'intérêt de la santé des patients, le droit qui devra être rappelé à l'Ordre par le Conseil d'État ne suffira pas.

Ce sont les contre-pouvoirs des citoyens qui devront ici, cadrer les immenses pouvoirs que s'est arrogé l'Ordre des médecins qui fait « abus de juridiction » et devant lesquels, les politiques ont renoncé à leurs responsabilités.

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

PRÉSIDENT : Jean-Louis ZYLBERBERG

VICE-PRÉSIDENT(E)S DÉLÉGUÉ(E)S : Alain CARRÉ
– Dominique HUEZ

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Josiane CRÉMON
– Benoît DE LABRUSSE – Nadine KHAYI – Annie LOUBET-DEVEAUX – Odile RIQUET – Nicolas SANDRET

SECRÉTAIRE : Gilles SEITZ

SECRÉTAIRE-ADJOINTE : Karyne CHABERT

TRÉSORIER : Alain RANDON

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Benoît DE LABRUSSE

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Bernadette BERNERON, Martine BESNARD, Marie-Andrée CADIOT, Jean-Marie EBER, Catherine GONDRAN, Alain GROSSETÊTE, Michel GUILLAUMOT, Florence JEGOU, Claire LALLEMAND, Hervé LE SCAO, Gérard LUCAS, Jocelyne MACHEFER, Brigitte PANGAUD, Nathalie PENNEQUIN, Claire THOMASSIN

ADRESSE PUBLIQUE AUX RESPONSABLES POLITIQUES SUR LES ORDRES PROFESSIONNELS

ET LEURS INSTANCES DISCIPLINAIRES

Ass. SMT

Vous et votre majorité parlementaire devez garantir la protection de la santé, inscrite au 11^e alinéa de la Constitution, dans ses rapports au travail. Outre les conséquences désastreuses de la Loi travail sur le fonctionnement de la médecine du travail, dont vous devrez tenir compte, nous vous interrogeons sur vos intentions concernant les pressions qui s'exercent non seulement sur les médecins du travail mais sur tous les médecins qui dans leurs écrits évoquent les liens entre la santé et le travail.

SAVEZ-VOUS QUE

- Le Conseil de l'Ordre des médecins « *interdit [au médecin] d'attester d'une relation causale entre les difficultés [...] professionnelles et l'état de santé présenté par le patient [et que le médecin] n'a pas non plus à « authentifier» en les notant dans le certificat sous forme de "dires" du patient les accusations de celui-ci contre un [...] employeur* » ce qui constitue une intrusion inadmissible sur les pratiques de leurs consœurs et confrères et une incongruité clinique notamment concernant les médecins du travail spécialistes du lien santé/travail, comme le signale un rapport parlementaire récent sur le syndrome d'épuisement professionnel.
- L'article R.4126-1 du Code de la santé publique, qui désigne les personnes ayant possibilité de déposer plainte devant l'Ordre des médecins, a été modifié, moins d'un mois après sa promulgation, par l'ajout de l'adverbe « *notamment* » précédant la liste des plaignants potentiels. Cette modification est actuellement contestée au Conseil d'État par plusieurs organisations professionnelles et syndicales.
- Actuellement, chaque année, une centaine de médecins, de tout exercice, sont victimes de plaintes d'employeurs qui se sont emparés des propos du Conseil de l'Ordre des médecins et de la modification énigmatique (?) de l'article R.4126-1.
- Ces plaintes sont reçues par l'Ordre des médecins avec une constance et une complaisance remarquables et organisées pour enjoindre au médecin de renier son écrit, au mépris de l'intérêt du patient, et l'inciter, pour se défendre, à transgresser le secret médical.

- L'instance disciplinaire ne procède pas à une instruction contradictoire et méconnaît les droits à une défense équitable. Les décisions sont souvent partiales, certains comportements des membres de ces instances sont discriminatoires, en particulier vis-à-vis du sexe des victimes ou des médecins mis en cause. Faut-il s'en étonner alors que l'Ordre des médecins n'a toujours pas, malgré des mises en demeure répétées, appliqué la parité représentative.
- Ces plaintes portent non seulement sur des certificats mais également sur des échanges de courriers entre médecins et des extraits de dossier, remis conformément à la loi aux patients. Elles portent aussi bien sur les liens entre la santé mentale et le travail mais également sur des déclarations de maladies physiques professionnelles.
- Les travailleurs ont de plus en plus de difficultés à obtenir des écrits de leur médecin traçant les liens entre leur santé et leur travail ce qui atteint à leurs droits légitimes et compromet à terme la protection de leur santé.

Par conséquent, nous souhaitons savoir ce que vous envisagez pour faire cesser ce trouble à l'ordre public social, alors que deux questions de parlementaires à la ministre de la Santé n'ont pas reçues de réponse argumentée.

ENVISAGEZ-VOUS

- la suppression des instances disciplinaires d'exception des ordres professionnels du fait de leur fonctionnement illégal et de « l'abus de juridiction » auquel il procède fréquemment ?
- ou mieux, la suppression des ordres professionnels notamment de l'Ordre des médecins dont le fonctionnement est problématique et qui ne représente que les intérêts d'une caste médicale dominante qui a oublié que l'intérêt de la santé du patient prime, pour un véritable médecin, sur toute autre considération ?

REQUÊTE POUR EXCÈS DE POUVOIR

DEVANT LE CONSEIL D'ÉTAT

Pour : *l'Association Santé et Médecine du Travail SMT, le Syndicat National des Médecins du Travail des Mines et des Industries Electriques et Gazières, le Syndicat UGICT CGT, l'association ASD PRO, l'Union Syndicale Solidaires, le Syndicat de la Médecine Générale – Requérants –*

Ayant pour avocats :

SELARL TEISONNIERE-TOPALOFF-LAFFORGUE-ANDREU

Représentée par M^e Sylvie TOPALOFF, avocat au barreau de Paris

Contre : *Le Gouvernement*

La décision implicite de rejet née le 17 juillet 2016 de Monsieur le Premier ministre à l'encontre de la demande d'abrogation partielle de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique en ce qu'il comporte le mot « notamment » dans son premier alinéa.

1 – LES FAITS ET LA PROCÉDURE

Par une requête préalable du 13 mai 2016, les requérants ont sollicité du Premier ministre (ci-après le ministre) l'abrogation partielle de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique qui dispose que : « *L'action disciplinaire contre un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ne peut être introduite devant la chambre disciplinaire de première instance que par l'une des personnes ou autorités suivantes :*

*1° Le Conseil national ou le conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction, agissant de leur propre initiative ou à la suite de plaintes, formées **notamment**(1) par les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, qu'ils transmettent, le cas échéant en s'y associant, dans le cadre de la procédure prévue à l'article L.4123-2 (...) ».*

Le but de la requête est l'abrogation pure et simple du mot « notamment » de cet article car la liste des plaignants ne peut être que limitative.

.....

1– Soulignement en gras rajouté

Le ministre a accusé réception de cette réclamation le 17 juin 2016. N'y ayant pas répondu favorablement à ce jour, on doit considérer qu'il l'a rejetée implicitement.

Tout au plus a-t-il répondu le 15 juin 2016 qu'il transmettait la correspondance des requérants au ministre des Affaires sociales afin qu'elle en prescrive un examen approfondi et qu'une réponse puisse être apportée, mais ce courrier purement informatif n'a aucune incidence sur la procédure.

La présente requête a donc pour objet de solliciter l'annulation de la décision implicite de rejet du ministre quant à la demande d'abrogation sollicitée et une injonction d'abroger partiellement l'article R.4126-1, s'agissant de l'adverbe « notamment ».

2 – DISCUSSION

2.1 – À TITRE PRÉLIMINAIRE :

SUR L'INTÉRÊT À AGIR DES REQUÉRANTS

Les syndicats requérants ont un intérêt moral et collectif à l'abrogation partielle de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique. En effet, cette disposition a des conséquences sur la pratique quotidienne de tout médecin amené à rédiger un certificat, un courrier, etc. susceptible de tomber entre les mains de tiers à la relation médecin-patient qui voudraient porter plainte devant le Conseil de l'Ordre.

Le mot « notamment » enlève tout caractère limitatif à la liste potentielle des plaignants, aussi tout médecin est susceptible de faire l'objet d'une plainte devant l'organe disciplinaire.

Partant, l'action des syndicats requérants est recevable.

2.2 – SUR LA LÉGALITÉ DE LA DÉCISION DU MINISTRE DE
REFUSER D'ABROGER PARTIELLEMENT L'ARTICLE R.4126-1
DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

L'article R.4126-1 du Code de la santé publique dispose que : « L'action disciplinaire contre un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ne peut être introduite devant la chambre disciplinaire de première instance que par l'une des personnes ou autorités suivantes :

1° Le Conseil national ou le conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction, agissant de leur propre initiative ou à la suite de plaintes, formées notamment par les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, qu'ils transmettent, le cas échéant en s'y associant, dans le cadre de la procédure prévue à l'article L.4123-2 ;

2° Le ministre chargé de la santé, le préfet de département dans le ressort duquel le praticien intéressé est inscrit au tableau, le directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle le praticien intéressé est inscrit au tableau, le procureur de la République du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le praticien est inscrit au tableau ;

3° Un syndicat ou une association de praticiens.

Les plaintes sont signées par leur auteur et, dans le cas d'une personne morale, par une personne justifiant de sa qualité pour agir. Dans ce dernier cas, la plainte est accompagnée, à peine d'irrecevabilité, de la délibération de l'organe statutairement compétent pour autoriser la poursuite ou, pour le conseil départemental ou national, de la délibération signée par le président et comportant l'avis motivé du conseil.

Lorsque la plainte est dirigée contre un étudiant non inscrit au tableau à la date de la saisine, le conseil départemental ayant qualité pour saisir la chambre disciplinaire est le conseil au tableau auquel est inscrit le praticien auprès duquel a été effectué le remplacement ou l'assistantat.

Les plaintes sont déposées ou adressées au greffe ».

L'article L.4123-2 précité dispose que : « Il est constitué auprès de chaque conseil départemental une commission de conciliation composée d'au moins trois de ses membres. La conciliation peut être réalisée par un ou plusieurs des membres de cette commission, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

Lorsqu'une plainte est portée devant le conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur, en informe le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme mis en cause et les convoque dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation. En cas d'échec de celle-ci, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec l'avis motivé du conseil dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant.

Lorsque le litige met en cause un de ses membres, le conseil départemental peut demander à un autre conseil de procéder à la conciliation.

En cas de carence du conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du Conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le président du Conseil national transmet la plainte dans le délai d'un mois. »

On relèvera, au préalable, que le Conseil national ou les conseils départementaux de l'Ordre ne disposent que de deux alternatives pour introduire une action devant la chambre disciplinaire de première instance, en vertu de l'article R.4126-1 précité : ils peuvent agir de leur propre initiative ou à la suite de plaintes. C'est cette seconde possibilité qui nous intéresse, en l'espèce, dans le cadre de plaintes de tiers à l'encontre d'un médecin, relatives à la relation qu'il a pu entretenir avec son patient et notamment des courriers, des certificats, etc. qu'il a pu dresser.

La première alternative, quoique non exempte de problèmes du point de vue du strict respect du secret professionnel – *quid* de la divulgation de ce qui a été confié au médecin dans l'exercice de sa profession ou de ce qu'il a vu, entendu ou compris à l'égard de ses confrères du conseil départemental de l'Ordre et de ses juges ? – est moins dramatique que la seconde dans la mesure où ces derniers ont prêté serment.

La seconde alternative ne résiste pas à l'analyse du point de vue de la légalité. Les hypothèses de départ sont multiples et assez similaires : tel médecin du travail, par exemple, dresse un certificat médical sur la question du droit de retrait d'un salarié en présence d'un danger grave et imminent, tel médecin généraliste, rédige un certificat détaillé établissant un lien entre le travail et l'état de santé d'un patient, dans le cadre d'une consultation de psychopathologie au travail, ou à son cabinet, ou tel psychiatre écrit un courrier à son confrère généraliste, remis en main propre à son patient, évoquant, là encore, un lien entre la pathologie constatée et le travail.

Il arrive que la situation de travail se dégrade à tel point que le salarié est licencié pour toute raison possible et imaginable : inaptitude, faute, prise d'acte de la rupture du contrat de travail, etc., et que l'affaire est portée aux prud'hommes. Le salarié, pour faire valoir ses droits, verse alors aux débats le certificat ou le courrier susvisé, et l'employeur, mécontent de ce qu'un médecin ait pu établir un diagnostic de psychopathologie liée au travail de saisir le conseil départemental de l'Ordre d'une plainte à son encontre(2).

Ceci est malheureusement permis par la deuxième alternative susvisée car la liste des plaignants potentiels fixée par l'article R.4126-1 du Code de la santé publique n'est pas limitative : « *Le Conseil national ou le conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction, agissant de leur propre initiative ou à la suite de plaintes, formées **notamment**(3) par les patients [etc.]* »...

Les conséquences sur la légalité de la procédure sont très graves au plan du secret professionnel et de son corollaire pour le patient : le droit au secret médical. Vous pourriez considérer, en opérant une analyse très superficielle, que dans la mesure où le salarié – dans le cadre d'une procédure prud'homale par exemple – a choisi de divulguer lui-même la pathologie dont il était atteint et le lien qu'avait établi le médecin avec son travail, le secret médical serait levé, et que rien n'empêcherait tel ou tel tiers de s'emparer du courrier, du certificat, pour porter plainte devant les juges disciplinaires.

Mais ce moyen ne résiste pas à l'analyse dans la mesure où le secret médical du patient est un droit absolu, garanti par 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 du 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, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »

.....

2- La psychopathologie est prise à titre d'exemple car les plaintes relevées, jusqu'à présent, devant les instances disciplinaires, portent très souvent sur ce point. Mais, le cas est transposable à toute autre pathologie contractée au travail.

3- Soulignement en gras rajouté

L'écrit médical aboutissant, par exemple, à la constatation d'un danger grave et imminent, d'un lien entre une dépression grave et le travail, d'une inaptitude pour un syndrome anxiodépressif à la suite de faits de harcèlement moral ou sexuel, n'est que la partie émergée d'un iceberg dans le cadre d'une anamnèse sérieuse et donc globale d'un patient.

Tout médecin, qu'il soit généraliste, psychiatre, médecin du travail, etc. entretient une relation privilégiée et unique avec son patient dont le caractère secret est garanti par la loi. Aussi, nul employeur, nul autre tiers, hormis les cas particuliers des organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, des médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, et des associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, listés par l'article R.4126-1 du Code de la santé publique, ne peut venir en perturber l'existence.

La partie immergée de l'iceberg que constitue le dossier médical prévu par les articles R.1112-2 et 4127-45 du Code de la santé publique contient notamment l'anamnèse du patient, ses antécédents, la nature des soins qui lui sont dispensés, les informations sur ses hospitalisations éventuelles, son état clinique, les examens prescrits, les informations sur la démarche médicale adoptée, les correspondances échangées avec d'autres professionnels de santé, etc.

Or, ce sont ces éléments précis, figurant au dossier médical du patient, qui conduisent à l'établissement de tel ou tel écrit médical incriminé. Il ne saurait en être autrement sauf à violer de plein fouet les règles de déontologie médicale. Ainsi, dans le cadre d'une plainte portée devant la chambre disciplinaire par tel ou tel employeur, il est impossible de discuter sérieusement du contenu de l'écrit précité sans évoquer tout ou partie du dossier médical du patient.

Ainsi, la plainte d'un tiers, tel qu'un employeur, hormis les organismes, médecins et associations susvisés, qui entrent dans des cadres très particuliers, permise par l'adverbe « notamment » de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique, heurte de plein fouet le droit au secret médical du patient, qui *a fortiori*, n'est pas partie à l'instance disciplinaire.

La contrainte terrible pour le médecin est qu'il doit se taire : il ne peut en aucun cas évoquer l'anamnèse, les antécédents, les examens pratiqués, l'état général du patient, devant un tiers, afin de le protéger, alors qu'il encourt un risque de sanction grave pouvant aller jusqu'à la radiation. En d'autres mots, il ne peut dévoi-

ler à un employeur (par exemple) les raisons qui l'ont conduit à rédiger un écrit établissant un lien entre santé et travail.

Or, ces raisons peuvent être multiples et complexes, elles peuvent être le fruit d'hésitations, après une minutieuse analyse, qui aura conduit le médecin à prescrire des examens complémentaires pour écarter une maladie intercurrente... Ainsi, par exemple, en présence d'un syndrome anxiodépressif majeur d'un cadre bancaire qui fait l'objet, selon ce dernier d'un harcèlement moral, son médecin généraliste, son médecin du travail, son psychiatre, etc., peuvent prescrire un scanner cérébral pour des maux de tête persistants et rebelles aux analgésiques qui s'inscriraient dans le cadre du syndrome précité...

Ce scanner peut révéler l'existence d'une maladie telle une sclérose en plaques, une épilepsie, ou une tumeur cérébrale, par exemple, et le médecin va alors se poser la question de l'incidence de cette pathologie sur le syndrome anxiodépressif précité... Est-il lié au travail ou à la pathologie découverte sur le scanner ? En conscience, après réflexion et éventuelle concertation avec ses confrères généralistes, neurologues, psychiatres, etc., le médecin pourra décider que la pathologie intercurrente doit être écartée et que la dépression est liée essentiellement à la dégradation des conditions de travail, d'ailleurs décrites par d'autres salariés de la même entreprise...

Imaginons maintenant que le médecin en question qui a établi un écrit médical relatif au lien santé/travail se retrouve attaqué devant la chambre disciplinaire de première instance à la suite d'une plainte – seconde alternative de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique – de l'employeur mécontent de ce qu'un médecin ait pu rédiger l'écrit précité.

L'employeur, prêt à tout pour faire sanctionner un prétendu certificat de complaisance au visa de l'article 4127-28 du Code de la santé publique, a-t-il à savoir que son salarié, cadre bancaire, est atteint d'une tumeur cérébrale qui n'entraîne aucune inaptitude à son poste ?(4) A-t-il à connaître tout le cheminement médical, les scanners passés, les examens complémentaires, les avis de spécialistes, les notes du médecin du travail, les courriers échangés avec les confrères qui auront conduit au lien santé/travail établi par le médecin du travail ? A-t-il à être informé de toutes ces investigations, de tous ces questionnements, que le médecin du travail – s'il veut se défendre de la façon la plus efficace possible – est forcé de dévoiler à ses juges, puisque pour échapper à la sanction, le médecin devra

4- On relèvera également le risque qui existe pour la carrière du salarié si l'employeur prend connaissance d'une telle pathologie.

user de tous ses moyens de défense disponibles et donc d'expliquer à la chambre disciplinaire, dans un cadre contradictoire, tous les éléments qui l'ont conduit à son diagnostic ?

À l'évidence non : le tiers à la relation entre le médecin et son patient n'a pas à avoir connaissance de tous les ressorts qui ont conduit au lien santé/travail. Ainsi, l'adverbe « notamment » de l'article 4126-1 pose un problème insurmontable à l'égard de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique qui protège le secret médical du patient.

La violation est d'autant plus inévitable que l'article L.4123-2 du Code de la santé publique impose au président du conseil départemental de l'Ordre de convoquer le plaignant et le médecin incriminé, pour une conciliation, dans le délai d'un mois. Elle **l'oblige**(5) également de transmettre la plainte à la chambre disciplinaire en s'y associant ou non, si la conciliation n'aboutit pas.

On notera, bien évidemment, que cet article, qui n'est pas en cause, ne fait pas obstacle à l'examen de la légalité de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique. Simplement, sa rédaction renforce l'impasse dans laquelle l'adverbe « notamment » de l'article R.4126-1 place les médecins dans la mesure où, en cas d'échec de la conciliation, le conseil départemental **« transmet »**(6) la plainte à la chambre disciplinaire en s'y associant ou non.

Ainsi, le conseil départemental, en cas de plainte, n'a même pas le pouvoir de faire obstacle à l'immixtion du tiers dans la procédure. En d'autres termes, une fois la plainte lancée, si le tiers ne souhaite pas concilier, le médecin sera jugé devant les instances disciplinaires, en présence d'un tiers, sans aucune garantie ni pour le secret médical de son patient ni pour son droit à une défense efficace qui s'inscrit dans le droit à un procès équitable, prévu par l'article 6 § 1 de la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme du 4 novembre 1950.

Soulignons par ailleurs l'article L.1110-4 est violé par l'adverbe « notamment » dès la phase de conciliation obligatoire, car si le médecin veut concilier il devra énoncer les multiples et complexes raisons précitées qui ont conduit à son diagnostic.

L'alternative est insoluble : soit le médecin incriminé se défend point par point, dès la phase de conciliation contre le plaignant, que le conseil départemental se soit ou non associé à la plainte, et viole le secret médical en divulguant des informations du dossier médical,

5- Souligné par nous

6- Souligné par nous

soit il respecte son obligation déontologique vis-à-vis du secret et se prive, paradoxalement, d'un procès équitable à l'égard du plaignant susvisé.

Aussi, d'une part, l'article R.4126-1 viole-t-il l'article L.1110-4 du Code de la santé publique qui dispose que : « 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.

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, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé [...] ».

Aucune dérogation légale à cet article n'est permise par le Code de la santé publique dans le cas qui nous intéresse. Ainsi, la violation est flagrante puisque l'article R.4126-1 aboutit, de fait, en raison de l'absence de limitation des plaignants – par l'emploi de l'adverbe « notamment » – à une violation du secret médical pour se défendre.

D'autre part, l'article R.4126-1 viole de plein fouet, pour les raisons sus invoquées, le droit à un procès équitable, respectueux de l'égalité des armes, garanti par l'article 6 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme du 4 novembre 1950, faisant partie intégrante du bloc de légalité.

En effet, le principe d'égalité des armes, « implique l'obligation d'offrir à chaque partie une possibilité raisonnable de présenter sa cause,... dans des conditions qui ne la placent pas dans une situation de net désavantage par rapport à son adversaire(7) » : CEDH, *Dombo Beheer*, 27 octobre 1993.

Toute aussi grave est la contradiction entre l'article R.4126-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction actuelle, avec l'adverbe « notamment », et l'alinéa V de l'article L.1110-4 du même code qui prévoit que « 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 ». Les informations dont s'agit concernent, bien entendu, l'entier dossier médical du patient.

La présence de tel ou tel employeur à la procédure disciplinaire est ainsi illégale, même du point de vue de la loi pénale, puisque comme on l'a vu, pour se défendre

7– Souligné par nous

efficacement, le médecin est contraint de délivrer toute l'anamnèse qui l'a conduit à écrire le lien entre santé et travail. Or, si l'employeur est plaignant, il est certain qu'il voudra obtenir la communication de toute information du dossier qui pourrait aboutir à la sanction maximale pour le médecin.

On arrive ainsi à une contradiction extrême : le médecin se rend coupable d'une violation du secret professionnel prévue et sanctionnée par l'article 226-13 du Code pénal, du fait de la présence de l'employeur dès la phase de conciliation, s'il veut se défendre, mais ce dernier encourt aussi un an d'emprisonnement du fait de sa seule présence, en tant que tiers à la relation médecin patient...

Et dans le cadre de l'échange des mémoires, les membres du Conseil de l'Ordre risquent, à cause de cet adjectif « notamment », des poursuites pour complicité de violation du secret médical, du seul fait du respect de la procédure, telle qu'elle existe aujourd'hui.

Aussi, la décision de rejet du ministre de supprimer l'adverbe « notamment » de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique encourt-elle une annulation certaine.

On fera remarquer, par ailleurs, à votre Conseil les circonstances rocambolesques dans lesquelles ont été édictées l'article dont l'abrogation partielle est sollicitée. En effet, dans sa rédaction initiale, issue du décret n°2007-434 du 25 mars 2007, la liste des plaignants potentiels contre un médecin était limitative. Seuls les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité pouvaient porter plainte contre un médecin du travail.

Moins d'un mois plus tard et contre toute attente, l'administration ouvrait la boîte de pandore, en supprimant le caractère limitatif des plaignants potentiels par l'introduction de l'adverbe « notamment ».

Désormais, peuvent **notamment** porter plainte contre un médecin : les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité.

Le texte a été modifié une dernière fois par le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 mais le mot « notamment » a été conservé.

Enfin, il convient d'ajouter que tout employeur a la possibilité de se défendre contre tout écrit médical établissant un lien entre la santé et le travail dans le cadre d'une procédure prud'homale ou de toute autre procédure. Un certificat, un courrier, un écrit, émanant d'un médecin, n'est qu'un moyen de preuve comme un autre pour la personne qui aura décidé de le faire valoir. Et rien n'empêche un employeur de critiquer ce certificat devant la juridiction de droit commun concernée ou d'utiliser tout moyen de preuve admissible pour le contrer, tels que des témoignages, des procès-verbaux de CHSCT, des rapports de la médecine du travail, etc.

Partant, la décision de refus du ministre d'abroger l'adverbe « notamment » de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique encourt une annulation certaine.

PAR CES MOTIFS

Il est demandé au Conseil d'État :

➤ **D'annuler** la décision implicite de rejet de monsieur le premier ministre concernant la demande d'abrogation partielle de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique en ce qu'il contient l'adverbe « notamment ».

➤ **D'enjoindre** monsieur le Premier ministre d'abroger partiellement l'article R.4126-1 du Code de la santé publique, en supprimant l'adverbe « notamment » qu'il contient.

➤ **De mettre à la charge** de l'État la somme de 5 000 € au titre de l'article L.761-1 du Code de justice administrative.

Fait le 14 septembre 2016

BORDEREAU DE PIÈCES JOINTES À LA REQUÊTE

◆ Pièce n°1 : Requête préalable.

◆ Pièce n° 2 : « Les écrits en médecine du travail : écrire comme médecin du travail » Alain CARRÉ, Dominique HUEZ, Odile RIQUET, Alain GROSSETÊTE, Annie DEVEAUX, Alain RANDON, Benoît DE LABRUSSE, Mireille CHEVALIER, Huguette MARTINEZ, Bernadette BERNERON, Gérard LUCAS ; 6^e Colloque de E-Pairs et ass. SMT du 20 juin 2014.

◆ Pièce n°3 : « Médecins du travail : le temps du silence », Patrice ADAM, *Droit social*, 2015.

◆ Pièce n°4 : Le dossier médical en santé au travail (DMST), rapport du CNOM 17 et 18 décembre 2015.

◆ Pièce n°5 : « Médecine du travail : le conseil de l'Ordre attentif aux... employeurs », Mathilde GOANEC, 19 janvier 2016.

◆ Pièce n°6 : Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale, rapport du CNOM de juin 2015.

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 38^e Congrès annuel se tiendra à Paris, les 25 et 26 novembre 2017

Partage Accueil Solidarité (PSA)
Enclos Rey, 57 rue violet 75015 Paris
M° Emile Zola ou Commerce
Tél. 01 44 37 34 00

Pour toute information ou pré-réservation, prière de s'adresser à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE 06 79 72 44 30

courriel : secretaire@a-smt.org

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

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir page 46

ASSOCIATION S.M.T.

– LE BILAN 2016/2017 –

38^e CONGRÈS ANNUEL LES 24 ET 25 NOVEMBRE 2017 À PARIS

(Voir page 75 pour les pré-inscriptions)

RÉUNIONS TENUES

- 37^e Congrès annuel les 3 et 4 décembre 2016 (Paris)
 - ◆ Continuer à travailler dans le respect de l'éthique de la médecine du travail et du Code de la santé publique, dans l'intérêt de la santé des salariés
 - ◆ Élaboration de pratiques et d'argumentaires pour celles-ci, ajustées au nouveau cadre réglementaire
 - ◆ Les coopérations équipes médicales du travail et équipes médicales généralistes sur la question du travail
 - Journée de printemps le 18 mars 2017
 - ◆ Procédures ordinales contre les médecins du travail
 - ◆ Comment continuer à travailler dans le respect de l'éthique de la médecine du travail et du Code de la santé publique» volet 2
- Vous en trouverez les comptes rendus dans ce Cahier.

ACTIONS

Face aux nouveaux décrets visant le Code du travail et la médecine du travail nous avons multiplié nos interventions :

- Actions au sein du « Collectif pour la santé des travailleurs et travailleuses »
 - ◆ Participation à la journée du 24 janvier 2017, podcasts, tribunes en ligne sur le site <http://neplusperdresaviaelagagner.org/>
 - ◆ Nous participons à la réalisation d'une permanence *Santé au travail* ouverte aux travailleurs (le 1^{er} vendredi de chaque mois à la Bourse du travail de Paris)
- Participation au Conseil National Professionnel des Médecins du Travail (CNPMT)
 - ◆ Thème de travail 2017: le parcours du DPC en médecine du travail
- Procès des médecins aux conseils de l'Ordre des médecins
 - ◆ Soutien aux médecins poursuivis par l'Ordre des médecins à la suite de plaintes d'employeurs
 - ◆ Actions collectives auprès de l'Ordre des médecins d'Indre-et-Loire, de la permanence de M^{me} Marissol Touraine
- Lettre ouverte aux responsables politiques sur les ordres professionnels et leurs instances disciplinaires
- Tribunes dans les presses régionales, *medscape*, le *Quotidien du médecin* et dans *Médiapart*
 - ◆ Les tribunaux d'exception de l'Ordre des médecins
 - ◆ Faire reconnaître irrecevable les plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins
 - ◆ Bilan chiffré des plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins – 9 mars 2017
 - ◆ ORYS et EDF s'acharnent contre le D^r Dominique Huez
 - ◆ Abus de juridiction de l'Ordre des médecins, entrave aux soins
- Adhésion au MIOP : Mouvement Médical d'Insoumission Ordinale Partielle

- **En coopération avec E-Pairs**, réalisation le 9 juin 2017 d'un colloque sur « La question du travail au cœur de la coopération entre les équipes médicales du travail et la médecine générale » (Publication des actes dans le prochain *CAHIER SMT* N° 34)

PUBLICATIONS

- Édition du *CAHIER SMT* N°31, « Agir pour la seule santé des salariés », diffusé à 1 000 exemplaires en octobre 2016
- Édition du *CAHIER SMT* N°32, « Actes du 8^e Colloque E-Pairs », novembre 2016
- Informations par la mise en ligne régulière de nos textes de réflexions, de nos actions sur notre site web : a-smt.org

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Le 4 décembre 2016, nous avons procédé au renouvellement de nos instances.

Président : Jean-Louis ZYLBERBERG (75)

Vice-présidents délégués : Alain CARRÉ (75) – Dominique HUEZ (37)

Vice-président(e)s : Josiane CRÉMON (38) – Benoît DE LABRUSSE (84) – Nadine KHAYI (82) – Annie LOUBET-DEVEAUX (42) – Odile RIQUET (69) – Nicolas SANDRET (75)

Secrétaire : G. SEITZ (92)

Secrétaire-adjointe : Karyne CHABERT (69)

Trésorier : A. RANDON (94)

Cahiers SMT :

Rédacteurs : Dominique HUEZ (37) – Jean-Noël DUBOIS (2B)

Maquettiste : Jean-Noël DUBOIS (2B)

Administrateur du site Web : Benoît DE LABRUSSE (84)

Conseil d'Administration : Pierre ABÉCASSIS (21) – Bernadette BERNERON (37) – Martine BESNARD (38) – Marie-Andrée CADIOT (69) – Jean-Marie EBER (67) – Catherine GONDRAN (92) – Alain GROSSETÊTE (69) – Michel GUILLAUMOT (52) – Florence Jegou (49) – Claire LALLEMAND (37) – Hervé LESCAO (92) – Gérard LUCAS (44) – Jocelyne MACHEFER (49) – Brigitte PANGAUD (75) – Nathalie PENNEQUIN (75) – Claire THOMASSIN (94)

ORIENTATIONS 2017-2018

- Garder notre éthique face à la nouvelle réglementation de la santé au travail
- Poursuite de notre participation au « Collectif pour la santé des travailleuses et des travailleurs »
- Soutien aux médecins poursuivis par l'Ordre des médecins suite à une plainte d'employeur
- Publication des *CAHIERS SMT* N°33 et N°34
- *Journée de Printemps* prévue au printemps 2018