

# **FACE AUX NOUVEAUX TEXTES RÉGLEMENTAIRES COMMENT LE MÉDECIN DU TRAVAIL PEUT-IL CONSERVER SON ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE MISSIONS ET EXERCICE BOULEVERSÉS**

**Compte rendu du 43<sup>e</sup> congrès SMT du 3 décembre 2022 (distanciel)**

**Rapporteur : Karyne CHABERT**

**Version révisée Benoit DE LABRUSSE/Dominique HUEZ/Alain RANDON**

## **BILAN DU CAHIER N°39**

**C**ette année, 40 % du *Cahier* a été écrit en juin, le restant jusqu'en octobre. Nous remercions particulièrement Jean-Noël D. pour sa contribution essentielle à la maquette du *Cahier*.

Chacun des auteurs écrit avec sa sensibilité, son expérience et son parcours de formation. L'écriture d'articles est forcément un exercice périlleux où l'auteur s'expose. Nous notons que le contenu des articles évolue avec le temps. À une période, il était question d'inventer des manières de faire, comme par exemple pour mettre en œuvre l'alerte à un employeur face à une situation à risque pour la santé des travailleurs (sur quels arguments et comment ?). Aujourd'hui, il est plus difficile de proposer de nouveaux outils pour faire face aux difficultés professionnelles. Les témoignages attestent souvent de positions de « protection » ou de « savoir-faire de prudence » pour pallier aux mises en danger professionnelles des acteurs en santé au travail.

Les collègues qui travaillent en accompagnement des salariés, soit dans le cadre des consultations souffrance et travail soit des consultations post-professionnelles, font le constat que de nombreux médecins du travail

ont désinvesti le métier ou ont travesti le métier. Ils gardent la fonction mais le métier est vide de sens du fait des empêchements organisés.

*DANS LA PRATIQUE*, beaucoup de collègues témoignent du fait que c'est surtout l'accès au milieu de travail qui est mis à mal. Certains médecins du travail ont recentré leur activité sur les entretiens cliniques en essayant d'attraper l'activité de travail par la parole (clinique médicale du travail). Les confrères qui continuent à pratiquer la clinique médicale du travail sont souvent l'objet de répression car ils mettent en visibilité les dérives gestionnaires et managériales. Les employeurs tentent de s'opposer à ces pratiques et d'orienter l'activité des médecins vers la sélection de la main-d'œuvre via les procédures d'inaptitude.

*DU CÔTÉ DES SALARIÉS*, nous sommes souvent sollicités pour arbitrer des conflits liés au non-respect du Code du travail et à l'origine d'une dégradation des conditions de travail. Il est parfois complexe de dissocier ce qui relève de notre action spécifique ou ce qui relève d'autres acteurs (Inspection du travail, représentants du personnel...).

À travers le témoignage d'une collègue, nous faisons le constat que la violence est probablement sous-estimée

en entreprise. Exemple des violences faites aux femmes, mais celles-ci pourraient concerner beaucoup de travailleurs en situation de précarité (sociale, raciale, contractuelle...) et/ou de domination.

*SUR LE PLAN DE L'ACTION COLLECTIVE*, de la traçabilité individuelle et collective : nous soulevons un problème de traçabilité de « l'histoire » de l'entreprise, des risques collectifs, des constats du médecin du travail (certains ont fait des constats collectifs sous forme de fiches d'entreprise, courriers d'alerte, rapports de visite...). Au fil du temps et des changements de médecins, il n'y a pas forcément de continuité et de transfert des informations ce qui est dommageable pour l'accompagnement des collectifs et la compréhension des enjeux du travail. Cette perte d'historique des expositions dans les entreprises, rend difficile la reconnaissance ultérieure des maladies professionnelles.

*SUR LE PLAN DE LA TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE*, même si la réglementation et les logiciels de santé au travail le prévoient, on peut faire l'hypothèse que les médecins du travail évitent de tracer certaines expositions (en particulier RPS) par peur des plaintes d'employeurs au conseil de l'ordre si la copie du dossier médical est utilisée dans le cadre d'une démarche juridique prud'homale ou pénale. En cas de changement d'emploi, les dossiers médicaux sont bien transmis d'un service de santé à l'autre mais ils sont souvent très incomplets sur les expositions.

#### QUESTIONS DE COOPÉRATIONS

Il y a une difficulté pour les médecins à travailler ensemble, à échanger sur les pratiques (du fait d'un étouffement de l'activité par le nombre, du fait de pratiques trop éloignées de la mission pour certains...).

Nous n'avons pas vraiment eu l'occasion de débattre sur les coopérations possibles avec les IPRP jusque-là. Ils ont souvent comme objectif d'actualiser les fiches d'entreprises ou de s'assurer que ces fiches ont bien été réactualisées. On est surtout sur des indicateurs chiffrés plutôt que sur la qualité ou la pertinence du contenu. Sous certaines conditions (d'indépendance, de confiance...) il est possible de convenir qu'il puisse y avoir un double regard (médical/prévention des risques) sur ces documents réglementaires.

Certains articles du *Cahier N°39* apportent un témoignage sur la construction de coopérations avec les autres métiers de la prévention. Cela suppose que ces collègues préventeurs ne soient pas complètement asservis dans leurs missions à une activité « rentable » de nombre de fiches d'entreprise à réaliser sous le contrôle des directions de service. Certains IPRP sont en mesure de dégager un espace de temps et d'indé-

pendance pour proposer une analyse basée sur l'activité de travail avec une mise en visibilité des risques sur lesquels il est possible de faire des préconisations préventives.

De nombreux médecins témoignent de difficultés à assurer les missions du fait que tout est fait pour empêcher le travail collectif : soit par l'étouffement de l'activité, soit en instrumentalisant les acteurs de l'équipe en particulier en cas de conflit médecin/infirmier(e)s.

L'activité des services interentreprises notamment (mais pas seulement) génère des facteurs de conflits : pression sur le temps, formations inadaptées ou insuffisantes des professionnels, thématiques de travail collectif imposées par les directions et vides de sens ou qui empêchent la pensée et l'élaboration...

Pour ce qui concerne les infirmières, la réflexion sur les coopérations possibles est maintenant bien avancée. Mais, même quand le binôme fonctionne bien, il peut persister des points de tensions inhérents au contexte de pénurie médicale : un médecin témoigne de son exercice particulier dans un petit service inter de deux médecins et une infirmière. Certaines actions sont menées en binôme, mais quand l'infirmière intervient seule en entreprise, c'est un problème si le médecin ne connaît pas l'entreprise : il peut y avoir une difficulté à se représenter l'entreprise, ses activités, sa politique de prévention et à avoir une vision globale des risques. De plus la « vision » du « climat social » dans une même entreprise peut être différente entre le médecin et l'infirmière du fait de l'attribution réglementée des rôles : l'infirmière ne consultant essentiellement que des patients en bonne santé (visites d'embauches et périodiques) alors que le médecin effectue des visites de reprise, de pré-reprise, à la demande du salarié, etc. pour des salariés souvent en souffrance.

Une des pistes pour limiter les conflits entre professionnels consisterait à éviter une position dominante par rapport à nos collègues qui ne ferait qu'accentuer les stratégies de défense.

Les médecins ont toujours eu beaucoup de mal à reconnaître et à mettre en débat leurs difficultés d'exercice. Parler de sa propre souffrance, de ses divergences de pratique en raison de valeurs éthiques et professionnelles parfois très éloignées est un sujet souvent tabou.

Même dans les groupes de travail entre médecins sur les pratiques professionnelles, alors qu'il s'agit de professionnels qui ont choisi d'aborder la question de leurs pratiques et donc de les confronter à celles des autres, il arrive que des groupes demandent l'exclusion de leurs collègues.

Dans ces groupes, la délibération collective devient impossible car les défenses individuelles prennent le dessus et empêchent la dispute au sens du dialogue et de la controverse pour la construction de règles communes.

*EN SYNTHÈSE*, ce que nous pouvons dire c'est que notre exercice a besoin d'éléments de ce que nous observons en clinique médicale individuelle et de ce que nous connaissons en clinique collective. Quand un des axes est défaillant, il est très difficile d'avoir une approche pertinente et en phase avec les référentiels de métier.

Dans la pratique, il faut de toute façon compenser en attrapant des éléments à partir de ce que les travailleurs nous livrent en consultation de santé au travail (clinique du travail), souvent en situation de crise. L'autre piste est la coopération avec les autres acteurs de prévention, équipe médicale et/ou IPRP.

Toutes les initiatives qui permettent de construire des référentiels partagés sont intéressantes.

Un exemple dans le BTP, certains groupes travaillent sur des fichiers « métiers » ce qui devrait faciliter la traçabilité et le suivi médical.

LE FAST Fichier Actualisé des Situations de Travail dans le BTP : [http://forsapre.fr/?post\\_type=fiches\\_fast](http://forsapre.fr/?post_type=fiches_fast)

### **ACTUALITÉ SUR LES AFFAIRES JURIDIQUES CONCERNANT LE PRÉSIDENT DE L'A-SMT**

Rappel des événements :

- ◆ Rappel : il est accusé d'avoir eu un comportement « d'agression verbale » auprès d'une collègue infirmière de santé au travail, événement sorti du contexte puisque la déstabilisation du collectif aurait démarré par l'agression d'une secrétaire par un salarié qui venait en consultation). Les autres motifs sont des plaintes d'employeurs pour « comportement inadapté ».
- ◆ Septembre 2021, convocation préalable au licenciement.
- ◆ Décembre 2021, l'inspection du travail refuse le licenciement ce qui est confirmé par le ministère. L'employeur aurait fait appel à la décision du ministère.
- ◆ Première procédure : juin 2016, mise à pied contestée aux prud'hommes par Jean-Louis Z. La magistrate a donné raison au jugement des prud'hommes. Jean-Louis Z. a fait appel.

Il y a aussi des plaintes au Conseil de l'Ordre des médecins sur des avis d'inaptitude qui par ailleurs n'ont jamais été contestés aux prud'hommes.

Tout porte à penser qu'il y a acharnement du fait de la fonction de président de l'a-SMT de Jean-Louis Z.

Il y a de nombreuses affaires de ce type ou tentatives d'intimidation visant les médecins « engagés » dans leur position de médecin du travail, tenant pour objectif de défendre la santé.

Ces questions amènent à un débat sur l'intérêt ou pas de faire des actions en justice. Il y a eu des avancées sur la prise en charge des urgences RPS par exemple (cf. affaires Dominique Huez). Et le fait de porter ces questions auprès de la justice permet de mettre en visibilité et de sensibiliser les professionnels de la justice à la problématique des pressions exercées sur les médecins du travail et des plaintes aux conseils de l'Ordre.

#### *SITUATION D'UN CONFRÈRE EN DIFFICULTÉ*

Contexte : poste en CHU, situation de pénurie de médecin du travail. Prise en charge de la fonction de responsable de service autonome récemment. Serait « accusé » par l'équipe d'infirmières de comportements et propos « inadaptés ». Un CHSCT extraordinaire a été organisé sur la question de la dégradation des conditions de travail. Le confrère est en AT suite à un CHSCT éprouvant.

Certains collègues de l'a-SMT rentreront en contact pour aider à la réflexion.

### **NOUVEAUX TEXTES RÉGLEMENTAIRES**

#### *DÉCRET N°2022-1434 DU 15 NOVEMBRE 2022*

#### *RELATIF AU DOSSIER MÉDICAL EN SANTÉ AU TRAVAIL*

Le texte prévoit les règles de transmission des dossiers médicaux ce que faisait déjà un certain nombre de services de santé au travail. Si les dossiers sont transmis systématiquement « sauf opposition du salarié » cela impliquerait que tout médecin du travail aurait accès aux pathologies antérieures, donc susceptibles de participer à la décision d'aptitude donc de participer potentiellement à la sélection médicale de la main d'œuvre. Avantage, cela permettrait la reconstitution de carrière pour adapter le suivi médical ou pour ouvrir les droits en cas de pathologie professionnelle. Quand le salarié donne son accord, il n'a pas connaissance du contenu de son dossier médical.

Le texte introduit la notion du droit à la rectification, d'effacement des données contenues dans le dossier par le salarié

Cette transmission de « service à service » devrait se faire en rappelant le respect de l'article L.110-4 du Code santé publique.

Toute consultation du dossier informatique devrait être tracée.

*ART R.4624-45-7 DU CODE DU TRAVAIL*

Attention à la nuance entre absence de consentement et accord explicite au moment du transfert.

La question de l'HAS est sur le transfert des éléments de santé au travail dans le dossier médical dit « partagé » et inversement.

Les éléments du suivi santé au travail sont recueillis dans un contexte particulier où le patient consulte le médecin du travail dans le cadre d'une obligation réglementaire liée à son contrat de travail. Il n'est donc pas dans le même rapport que quand il consulte un médecin de soin.

L'ARS a sollicité des volontaires pour travailler sur le dossier médical partagé (partie santé au travail). Un collègue de l'a-SMT, Benoit De Labrusse s'est proposé.

*TEXTE RELATIF À L'AGRÈMENT*

*ET RAPPORT D'ACTIVITÉ DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL*

**Article D.4622-21**

*« Sauf avis contraire du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, un service de prévention et de santé au travail interentreprises ne peut s'opposer à l'adhésion d'une entreprise relevant de sa compétence.*

*Un service de prévention et de santé au travail interentreprises peut accepter l'adhésion d'une entreprise située dans la région où il dispose d'un agrément dès lors que les conditions suivantes sont réunies :*

*1° L'adhésion de l'entreprise ne remet pas en cause la couverture effective des besoins en médecine du travail des secteurs pour lesquels le service est agréé.*

*2° Le service garantit un accès de proximité pour chaque travailleur dans les conditions prévues au d du 5° du I de l'article D.4622-49-1. »*

*Par ailleurs (5.a)*

*L'effectif maximal de travailleurs suivis par le médecin du travail ou par l'équipe pluridisciplinaire permet une couverture adéquate des besoins des entreprises ou des besoins des secteurs pour lesquels le service demande son agrément. »*

Certains interprètent le fait que ce texte impliquerait qu'il n'y ait plus de seuil en termes de nombre de salariés et/ou entreprises affectés par médecin. En effet ce texte permet une large autonomie des services quant à la fixation des effectifs.

**DÉCRET N°2022-1031 DU 20 JUILLET 2022**

*RELATIF AUX RÉFÉRENTIELS ET AUX PRINCIPES GUIDANT L'ÉLABORATION DU CAHIER DES CHARGES DE CERTIFICATION DES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL INTERENTREPRISES*

**Article D.4622-49**

Pour répondre au cahier des charges dans le cadre d'une demande d'agrément, l'une des composantes serait la mention d'une certification minimale des services.

Cette notion de certification officialise la « démarche qualité » des services et sur des critères essentiellement quantitatifs (ex. nombre de fiche d'entreprises) sans se préoccuper du contenu des interventions. Cela risque d'impacter l'activité des services et donc des professionnels. Sera-t-il possible de conserver une autonomie dans le colloque singulier entre le médecin du travail et le salarié (ce qui se passe derrière la porte du cabinet médical) ?

Il ne s'agit pas d'une accréditation donc *a priori* il n'y aurait pas d'obligation pour les services à s'inscrire dans la démarche mais une incitation forte car cette certification sera une des composantes de l'agrément des services.

*DANS LE DERNIER DÉCRET, UN AUTRE POINT ESSENTIEL CONCERNE LA SUPPRESSION DES CHSCT*

**La suppression des CHSCT a sur notre exercice une influence importante, car nous n'avons plus le lien avec un organisme de prévention qui disposait des moyens de ses actions : disparition de militants spécialisés en hygiène et sécurité et conditions de travail, des possibilités d'expertise qui n'existent pas pour le CSE.**

Par ailleurs le constat actuel est que les représentants du personnel semblent moins concernés par la santé des travailleurs, en tout cas du côté de la prévention primaire. Depuis quelques années, ils orientent leurs actions pour défendre l'emploi plus que les conditions de travail. Il est possible qu'ils poursuivent leur implication dans l'accompagnement individuel des salariés victimes de RPS et la réparation des maladies professionnelles.

Nous assistons à une réforme profonde des missions, et donc des conditions d'exercice, des médecins du travail, entamée par la Loi El Komri. Avec les derniers textes, l'apparition de missions de santé publique de type prévention des addictions, promotion de l'exercice physique... est une brèche dangereuse qui risque de cliquer encore les pratiques de médecins du travail, par l'orientation de la prévention sur une prévention indi-

vidualisée et culpabilisante plutôt que vers la compréhension collective du travail et du lien santé-travail.

Le volet sur la prévention de la désinsertion professionnelle est très critiquable et nous l'avons dénoncé au moment du projet de loi puisque les conditions de travail actuelles font que beaucoup de salariés sont exclus du fait d'une usure prématurée ou de l'accidentologie. Les possibilités d'aménagement ou d'adaptation du travail ne vont pas augmenter du fait que soit organisée une visite médicale dédiée à la prévention de la désinsertion. Si l'on veut prévenir la désinsertion, il faudrait des mesures fermes pour la transformation des conditions de travail dès le début de carrière et pour tous les travailleurs.

L'accumulation de nouvelles tâches demandées aux médecins du travail, en l'absence de moyens en temps (effectifs à suivre) ou en l'absence d'informations sur les risques professionnels, s'apparente à une mission impossible.

Concernant la notion de traçabilité des risques menée par les équipes de santé au travail, celle-ci remplace les obligations de l'employeur. On assiste bien à un transfert de responsabilité des employeurs vers leur service de santé au travail (« J'adhère donc je peux justifier que je m'occupe des risques »). Pour les médecins, lors de la visite de fin de carrière, comment faire un état des lieux sans, faute de moyens, traçabilité des expositions ? Par ailleurs, quels seraient les droits pour des salariés qui partiraient sans visite de fin de carrière et qui estimeraient avoir été exposés ?

Nous faisons l'hypothèse que ces dispositions risquent de contribuer encore à freiner les reconnaissances de MP, en particulier pour les cancers professionnels alors que toutes les enquêtes montrent qu'il y a une sous-estimation énorme et donc que de nombreux anciens exposés renonceraient à faire valoir leurs droits du fait de la complexité des procédures ou de l'insuffisance de données sur leurs expositions.

Par exemple, pour ce qui concerne la reconnaissance des cancers liés à l'amiante et les cancers des ovaires et du larynx, la notion de seuil est de nouveau discutée alors nous savons bien que les cancers ne sont pas considérés comme dose dépendants.

La liste des travaux (indicative ou limitative) est aussi discutable, une liste existe concernant l'amiante mais basée essentiellement sur des métiers plutôt occupés par des hommes (*quid* des cancers chez les femmes ?).

## AXES DE RÉFLEXION POUR LA JOURNÉE DE PRINTEMPS

**S**uite aux derniers textes il faudra discuter quelles sont les conséquences pratiques de ces nouvelles dispositions : quels constats et quelles conséquences pratiques sur l'exercice professionnel. Quelles dérives et surtout comment les professionnels peuvent-ils s'organiser pour continuer à travailler avec l'objectif de préservation de la santé ?

Le positionnement des médecins du travail pourrait intégrer la notion « d'intérêt des salariés » cité dans l'article 95 du Code du travail

### ARTICLE R.127-95

*« Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. »*

*« En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et **dans l'intérêt des personnes** et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce. »*

Référence Mourir de son travail aujourd'hui d'Anne MARCHAND.

## VIE DE L'ASSOCIATION ET LOGISTIQUE

### BIOGRAPHIES DE PARCOURS PROFESSIONNELS

Proposition de création d'une rubrique dédiée sur le site internet : « Parcours professionnels pour débattre des pratiques en médecine du travail ». Les collègues qui le souhaitent sont invités à proposer leurs écrits.

Journée de Printemps le 18 mars 2023 si possible en présentiel au FIAP à Paris.

Renouvellement du bureau : Karine Djemil devient secrétaire-adjointe ; Gilles Seitz devient vice-président.