

LA QUESTION DU BURN-OUT

ÉLABORATION DE LA LETTRE AUX PARLEMENTAIRES

**Compte rendu du Congrès de l'Association Santé et Médecine du Travail,
6-7 décembre 2014**

Gilles SEITZ, Alain RANDON, rapporteurs

Plusieurs points ont été abordés dimanche matin :

- La question du *burn-out* mise sur la place publique par la discussion au sein de la commission « maladies professionnelles » du COCT et par la pétition initiée par les médecins du travail tourangeaux ;
- Le document A.SMT à écrire sur les mesures de simplification intéressant la notion d'aptitude et de l'inaptitude, la périodicité de la visite, la visite d'embauche, sur la méthode des ordonnances — écriture adressée aux parlementaires et au ministère.

LE BURN-OUT, LES MALADIES PSYCHIQUES DUES AU TRAVAIL, LES MALADIES PROFESSIONNELLES

Un point sur l'état des lieux au COCT (Commission des maladies professionnelles) sur cette question est présenté par Alain CARRE, membre de cette commission. Un travail dans ce champ a été initié depuis quatre ans avec deux documents. Il a été fait en particulier en intersyndicale dont le porte-parole est Alain CARRE pour essayer de présenter un front commun.

Les questions posées sont :

- celles de la définition de trois maladies à l'origine de troubles psychiques graves dues au travail (la dépression, les troubles anxieux généralisés, et l'état de stress post-traumatique) ;
- les éléments pris en compte au niveau des maladies professionnelles ;
- les CRRMP ;
- les guides pour les enquêteurs de la CARSAT.

Le côté patronal reconnaît une sous-évaluation de ces maladies. Le débat actuel de ce groupe de travail de la commission et dans la commission se porte sur le maintien de ce groupe de travail. Si le patronat est contre, l'intersyndicale est pour son maintien afin d'explorer d'autres voies que le CRRMP et pour l'établissement de tableaux de maladies professionnelles des trois maladies citées plus haut et celles d'origine psychiques dues au travail telles les TMS, les maladies cardiovasculaires... Nous notons aussi qu'il existe un rapport sénatorial sur la santé au travail et la lutte contre les « risques psycho-sociaux » et un rapport de l'IGAS dont le champ est « l'influence du travail sur les maladies cardiovasculaires ». L'ANSES, de son côté, semble ne rien avoir produit dans ce domaine.

En ce qui concerne ce qui est appelé « *burn-out* », le groupe de travail a décidé de ne pas l'évoquer du fait de l'absence d'une définition précise par une entité internationale ainsi que le *mobbing* et le harcèlement qui ne sont pas à proprement parler des maladies mais plutôt des méthodes de

management et d'organisation du travail, et qui ont une définition juridique. Les troubles addictifs sont considérés comme des complications, tout comme le suicide qui est traité plutôt versus « accidents du travail ».

Le rapport du Sénat demande l'ouverture de tableaux de maladies professionnelles ce qui implique la notion d'imputabilité et le recours possible à la faute inexcusable.

Technologia, pour sa part, a travaillé de la façon que nous savons, sur les suicides à Renault avec sa fameuse « autopsie psychique ». Il lance actuellement une pétition pour faire reconnaître le *burn-out* en tant que maladie professionnelle. Il fait du *lobbying* sur cette seule maladie sans vouloir parler des trois autres déjà citées ci-dessus. Dans son texte, cette association d'expertise CHSCT se réfère à la cause « travail », mais sans l'investiguer. Ainsi, ne veut-il pas déstabiliser l'entreprise, sa « mission » est de « repérer les individus en pré-*burn-out* pour les empêcher de plonger dans une pathologie plus grave ».

Des médecins du travail tourangeaux ont lancé de leur côté une autre pétition sur le même sujet. Leur base de travail est la PNL (programmation neurolinguistique). Ils ne voient de solution que du côté individuel. Mais là aussi, il n'est parlé que du *burn-out*.

Ainsi, nous constatons que le seul sujet traité est le *burn-out*, pathologie à concept flou sans classification internationale. Le travail n'est pas instruit comme cause principale. Mais on peut y voir un intérêt : celui d'une porte d'entrée au niveau de la présomption d'imputabilité qui pourrait servir pour la reconnaissance des trois autres maladies psychiques dues au travail ainsi que les maladies d'origine psychique liées au travail.

Dans le cadre de futurs tableaux de MP, une autre question se pose au niveau de leurs colonnes de droite : la liste des travaux ouvrant à reconnaissance en MP ? L'organisation du travail la plus délétère dans ce cadre est le *lean management*, mais les autres ne sont pas sans conséquences sur la santé psychique. Les études européennes dans ce domaine et les travaux du collège d'expertise sur les RPS en France, donnent des éléments pour cette reconnaissance et la colonne de droite du tableau.

Quant au questionnaire de *Technologia* sur le pré *burn-out*, celui-ci est une supercherie. Ainsi, nous pourrions trouver au moins 60 % des salarié(e)s français(e)s en pré *burn-out*. *Technologia* serait en faveur d'une intervention médicale individuelle sur un diagnostic précoce du *burn-out*, pathologie à concept flou.

Ainsi nous ne pouvons parler seulement de cette pathologie floue sans évoquer les autres maladies psychiques ou d'origine psychique à causalité centrale nommée dans le travail. Le tableau devrait les nommer et il faudrait travailler sur la colonne de droite de ce tableau. Il est difficile voire impossible, dans ce cadre de signer ces pétitions.

Autre question soulevée : dans l'Annexe de la circulaire CNAMTS n°12/2014 du 12 juin 2014 portant sur les éléments à fournir par le médecin du travail au médecin conseil dans le cadre de la reconnaissance de ces maladies, il est noté que le médecin du travail doit signaler si le ou la salarié(e), dans sa vie privée, n'est ou n'a pas été atteint de maladie de ce type qui ne soit pas d'origine professionnelle. Ainsi, il est demandé au médecin du travail de faire un *curriculum vitae* exhaustif pour pouvoir prouver que le travail est bien la cause essentielle de la maladie en vue de la reconnaissance en MP. Or l'employeur peut avoir accès au document. En fait, nous sommes dans le cadre d'un compromis avec prise en compte de la réalité du rapport de force. Il est rappelé que l'article L.110-4 du Code de santé publique permet au médecin de refuser de répondre à cette partie de la demande. Et il est souligné dans cette circulaire (annexe 2), qu'il nous faut partir des éléments donnés dans le rapport GOLLAC (du Collège d'expertise des RPS) sur les risques psychosociaux.

Quand nous revenons au débat engagé hier sur les mesures de simplification en le rebouclant à notre discussion actuelle, nous constatons qu'il s'agit de deux débats voisins liés par la question du soubassement de la médecine du travail en tant qu'instruction d'une clinique médicale du travail individuelle, basée sur l'examen médical périodique de tous les travailleur(se)s et la rencontre

périodique avec l'équipe médicale du SST, permettant de jouer notre rôle de veille, d'identification médicale et d'alerte au niveau individuel qui nous permet d'aller au collectif via le travail.

LE DOCUMENT DE L'ASS-SMT

Suite à la conclusion du point précédent, nous pouvons passer au texte de l'association à écrire pour répondre aux points spécifiques à l'exercice de la médecine du travail, se trouvant dans les 50 mesures de simplification : la visite d'embauche, la nécessaire périodicité des visites remises en cause, la notion d'aptitude et d'inaptitude qui va être revisitée par le groupe nommé par les Ministres de la santé et du travail qui doit faire rapport dessus.

La discussion va porter sur le titre, le contenu, les destinataires. Le texte doit se faire dans une dynamique sans être une proposition d'alternative. Deux ou trois idées claires doivent être développées sur un ou deux feuillets. Il semble nécessaire de rendre compréhensible et intelligible notre texte et nos concepts aux parlementaires et aux fonctionnaires du cabinet du ministre et de la DGT.

Le texte doit partir de ce qui fait base de la médecine du travail. Toute une discussion se fait sur la sémantique à employer : soubassement, fondamentaux... Ainsi, il nous faut définir la clinique médicale du travail et la façon ou la méthode pour la construire.

Autres idées : la médecine du travail doit être pour tou(te)s les travailleur(se)s. Elle permet de les voir périodiquement qu'ils soient « sains », malades. La médecine du travail n'est pas une médecine qui s'adresse uniquement à des malades. Nous ne pouvons élaborer notre clinique médicale du travail sans cela. Une rencontre systématique et périodique avec l'équipe médicale est au centre de la question. En dehors de cet examen médical, le médecin du travail peut revoir à sa demande le ou la salarié(e). Ces examens médicaux n'ont pas pour but de définir une aptitude ou inaptitude (dans ce cas contraire à l'aptitude), ce qui répondrait à une médecine de sélection de la main d'œuvre. Le rôle du médecin du travail qui se trouve dans la loi de 1946 qui n'a pas été remis en cause dans la réforme est « *d'éviter l'altération de la santé du travailleur du fait de son travail* » et donc de faire adapter le travail à l'homme par la transformation du poste ou la mutation de poste au cas échéant. Le médecin du travail aboutit à une préconisation individuelle sans aptitude. Ces rencontres individuelles avec le médecin du travail que nous appelons dans notre jargon le colloque singulier, permet aussi d'aller au niveau collectif et d'aboutir par exemple à une alerte collective.

- Le médecin du travail se situe au niveau de l'altération et même avant, et non de l'atteinte donc de l'infra-pathologie.
- Il base sa pratique aussi sur des écrits et des attestations.
- Le médecin du travail est donc par essence appelé à faire le lien entre le travail et la santé *via* sa clinique médicale du travail. Il n'est pas appelé à faire de la sélection ni à faire de la médecine de santé publique de dépistage des conduites addictives par exemple à la façon santé publique (sans le travail).
- Notre activité est adressée aux travailleur(se)s pour qu'ils ou elles puissent regagner des marges de manœuvre et du pouvoir d'agir. Ainsi notre pratique médicale n'est pas une pratique de recherche de facteurs de risque ou tout au moins d'une façon secondaire. Nous ne pouvons donc pas prendre en compte la notion de susceptibilité, de vulnérabilité, de sensibilité et de sur-risques individuels qui aboutissent à une sélection médicale de la main d'œuvre. Nous ne pouvons raisonner individuellement sur des facteurs prédictifs basés sur un raisonnement probabiliste et épidémiologique car nous sommes en relation avec des êtres humains doués de sensibilité, d'intelligence se débattant au sein du travail avec d'autres êtres humains doués des mêmes facultés de sensibilité, d'intelligence.
- La notion de travailleur individuel comme travailleur sentinelle du collectif de travail. Nous raisonnons en partant de la pratique individuelle pour aller à la prévention collective.

➤ La façon de traiter de l'aptitude par le D^r FANTONI qui parle de disparition de l'aptitude est en désaccord avec notre façon de voir la médecine du travail. En effet dans ce cadre, il faudrait lier cette disparition de l'aptitude :

- ❖ avec la non périodicité des rencontres entre le ou la travailleur(se) et le médecin du travail ;
- ❖ et sa conséquence qui serait de ne voir que des travailleur(se)s malades ;
- ❖ et donc de couper le médecin du travail du travail et ainsi l'empêcher de pouvoir faire le lien entre le travail et la santé ;
- ❖ ainsi le certificat médical de demande de transformation du poste et ou de mutation serait remis simplement à la travailleur(se)r à charge pour lui de le remettre ou pas à l'employeur. C'est oublier qu'il n'y a pas égalité entre l'employeur et le ou la travailleur(se)r du fait du contrat de travail qui, de fait, établit un lien de subordination.

Ainsi notre débat éclaire ce que nous écrivons.