

LES CAHIERS

S.M.T. N°29

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

OCTOBRE 2015

ISSN 1624-6799

QUELS MÉTIERS ET PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL

L E MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

P LAINTES IRRECEVABLES D'EMPLOYEURS ET ORDRE
LE SECRET MÉDICAL NON RESPECTÉ

Éditorial

Le Métier de médecin du travail

Transmettre le métier de médecin du travail	<i>Florence JÉGOU</i>	3
Chronique de la disparition symbolique des médecins du travail dans un service interentreprises	<i>Madeleine FOURVIÈRE</i>	5
Transmission du métier de médecin du travail à des médecins, à des internes, à des infirmières <i>Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail 6 et 7 décembre 2014</i>	<i>Odile RIQUET, Gérard LUCAS</i>	9
Procès par l'ordre des médecins, Choc de simplification, Aptitude, Soubassements de notre exercice médical <i>Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail, 6 et 7 décembre 2014</i>	<i>Martine BESNARD, Benoît DE LABRUSSE</i>	13
La mise à mort de la médecine du travail et de la protection de la santé au travail <i>Intervention pour le SNPST, le SMTIEG, le collectif CGT et CGT-UGICT des médecins du travail</i>	<i>Collectif interorganisationnel de médecins du travail</i>	16
Une clarification nécessaire : la médecine du travail est-elle une médecine de sélection de la main d'œuvre ou de prévention pour transformer le travail ?	<i>Alain CARRÉ, Dominique HUEZ</i>	20
Lettre aux parlementaires sur les fondamentaux du métier de médecin du travail	<i>Ass-SMT</i>	22
La question du burn-out, Élaboration de la lettre aux parlementaires <i>Compte rendu du Congrès de l'Association Santé et Médecine du Travail, 6-7 décembre 2014</i>	<i>Gilles SEITZ, Alain RANDON</i>	27
Billet sur le burn-out	<i>Dominique HUEZ</i>	29
Sécurité aérienne et levée du secret médical	<i>Dominique HUEZ</i>	32
Aptitude et visites, État d'avancement des actions en cours (Procès ordre, États généraux de la santé au travail) <i>Compte rendu de la Journée de Printemps de l'Association Santé et Médecine du travail, 21 mars 2015</i>	<i>Benoît DE LABRUSSE, Jean-Noël DUBOIS</i>	33
Peut-on envisager la suppression de l'inaptitude ?		35
Propositions de l'ass. SMT à la commission « Aptitude et médecine du travail » Tiers temps en médecine du travail <i>Compte rendu de la Journée de Printemps de l'Association Santé et médecine du travail, 21 mars 2015</i>	<i>Alain GROSSETETE, Alain CARRÉ</i>	41
Médecin du travail en service interentreprises et tiers temps	<i>Annie DEVEAUX</i>	47
« Aptitude et médecine du travail » et « dialogue social » Les droits des travailleurs et la médecine du travail en péril	<i>Alain CARRÉ</i>	53
Plaintes irrecevables d'employeurs et ordre		
Le secret médical non respecté		
Témoignage et analyse d'un médecin poursuivi	<i>Dominique HUEZ</i>	58
Ne laissez pas les employeurs se mêler de déontologie médicale !	<i>Collectif de personnalités</i>	64
Lettre ouverte à Madame la ministre de la Santé	<i>Collectif interorganisationnel de médecins du travail</i>	66
Le Conseil de l'ordre des médecins est-il partial ?	<i>Ass-SMT</i>	68
L'instance disciplinaire nationale de l'ordre des médecins confrontée à un dilemme !		70
Note de lecture : "Moral disengagement in the corporate world"	<i>Alain CARRÉ</i>	72
Bilan 2014-2015	<i>Alain RANDON</i>	

É D I T O R I A L

UN RÉGIME DE TRAVAIL RÉELLEMENT HUMAIN

En recommandant après 1914 que se mette en place « un régime de travail réellement humain », l'OIT en faisait un déterminant essentiel de la paix sociale. Dans ses cours au Collège de France, regroupés dans l'ouvrage *La gouvernance par les nombres*, Alain SUPLOT décrit les deux écueils qui menacent ce projet : le « déni de la pensée » que professait le taylorisme, et le « déni de la réalité », dématérialisée par un modèle cybernétique de l'Homme, que pratique l'organisation libérale du travail.

Or, ce qui fait d'un docteur en médecine un médecin est précisément la mise en œuvre, dans l'exercice, des bases de la clinique : son irrémédiable lien à la réalité objective et subjective de la situation et l'abord humaniste de l'autre, non comme idéologie mais comme technique médicale, préalable à la confiance permettant le déploiement de la relation médicale entre le médecin et son patient. On peut donc dire que l'idéologie libérale qui prétend gouverner le monde par les nombres et s'affranchir, en tentant de l'annihiler, de la question sociale est aux antipodes de ce qui constitue la vocation médicale.

L'arrêt de la pensée, et particulièrement de la pensée critique, est, selon Hannah ARENDT, une des caractéristiques de ceux qui adhèrent à une idéologie qui a perdu le contact avec la réalité du monde et prétend à l'exclusivité de sa compréhension et à l'absolu de son contrôle. On le voit à l'œuvre non seulement dans les entreprises mais aussi chez les femmes et les hommes politiques chez qui prévaut, à de rares exceptions, la pensée unique.

Alors que se développent de façon exponentielle les atteintes à la santé au travail, physiques, psychiques et sociales (sélection de la main-d'œuvre sur des critères de santé, privation d'emploi), il est urgent pour ceux-là de nier ou d'euphémiser, voire de construire des écrans de fumée telles les démarches « QVT ».

Le projet de la médecine du travail est particulièrement contre-productif en la matière. Il lui faudrait se plier et participer à la fiction idéologique du management et de l'entreprise sans les hommes ou disparaître. Il suffit de lire le rapport de la commission « Aptitude et médecine du travail » et l'article 26 de la Loi dite de « dialogue social » ou de prendre connaissance des décisions des chambres disciplinaires de l'ordre des médecins pour comprendre ce qui l'attend. La médecine du travail ne pourrait survivre qu'en apportant son concours à la fiction libérale, c'est-à-dire en choisissant « le monde de la rentabilité et du profit ». Cela veut dire que, même si elle porte toujours ce nom, elle ne serait plus que l'apparence, l'avatar, de ce qu'elle aurait dû être.

C'est à cela que nous résistons collectivement. La 22^{ème} mesure de simplification, véritable retour du refoulé libéral, nous donne acte que notre résistance professionnelle est efficace. Ainsi : « 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 ». Sachant que l'inaptitude au poste se traduit par

90 % de licenciements, le médecin du travail préfère préconiser des « transformations de poste » pour inciter l'employeur à « adapter le travail à l'Homme ». Cela témoigne du souci des médecins du travail de ne pas mettre en péril la santé sociale de leur patient, le travailleur. Pour nous, le travailleur est un sujet alors que pour l'employeur il est devenu un objet qu'on peut « remplacer » ! Qu'en est-il « du travail réellement humain » ?

Notre résistance ne semble politique que parce que c'est l'idéologie qui est responsable des atteintes à la santé des travailleuses et des travailleurs qui lui sont consubstantielles.

Mais cette résistance est avant tout professionnelle. En prenant au mot le projet de protection de la santé, toujours inscrit dans la Constitution de la République, et en accomplissant notre mission d'ordre public social, mais aussi en travaillant collectivement sur les principes de notre métier, nos pratiques et notre exercice, nous accomplissons notre devoir professionnel.

Ce numéro de la revue de l'association SMT comme ceux qui l'ont précédé et le suivant, retraçant le colloque sur les coopérations dans le cadre de l'équipe médicale de médecine du travail, témoignent de cette résistance. Même si elle paraît bien dérisoire, il ne faut pas en mésestimer la portée. Nous continuons d'espérer avec vigueur que ce que nous avons élaboré en commun permettra de contribuer à la préservation d'un « travail réellement humain ».

Association Santé et Médecine 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, Dominique HUEZ, Annie DEVEAUX, Alain RANDON, Odile RIQUET

Ont participé à ce numéro : Martine BESNARD, Alain CARRÉ, Benoît DE LABRUSSE, Annie DEVEAUX, Jean-Noël DUBOIS, Florence JÉGOU, Madeleine FOURVIÈRE, Alain GROSSETÊTE, Dominique HUEZ, Gérard LUCAS, Alain RANDON, Odile RIQUET, Gilles SEITZ

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil

TRANSMETTRE

LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

Florence Jégou, médecin du travail

La question de la transmission du métier se pose dès lors qu'un médecin du travail reçoit un interne en stage. Mais elle pourrait se poser également dans le cadre d'une intégration des médecins du travail, à l'instar des médecins généralistes, il y a quelques années, dans la formation universitaire des internes de spécialité. Qu'avons nous à leur apporter comme outils spécifiques pour qu'ils puissent à leur tour exercer ce métier si particulier, nourri de multiples disciplines, et y construire leur identité ? Quel accompagnement pour que cet apprentissage soit progressif et laisse une part à l'expérimentation par étapes ? Quelles nouvelles questions se posent alors aux médecins du travail dans cette question de la transmission du métier ?

LE CONTENU : QUELS OUTILS, QUELLES RÈGLES DE MÉTIER, QUELLES RÉFÉRENCES ?

Sur le contenu du métier, il y aurait de quoi écrire un livre ! Il ne sera donc question ici de survoler les questions qui seraient à traiter, et de ne citer que quelques références bibliographiques qui ont pourtant nourri la construction de ce métier.

PASSER DE LA POSTURE D'EXPERT MÉDICAL À UNE POSTURE DE CONSEILLER

Dans la formation médicale en général, le médecin est dans la position de celui qui détient le savoir médical. Il informe le patient et bien évidemment s'efforce d'obtenir son consentement(1). Ce consentement pose la question du pouvoir médical en lien avec le savoir : selon l'information qui est donnée, le patient est souvent en situation d'infériorité, et il accepte les traitements. En médecine du travail, le salarié est un acteur, il détient des informations sur son poste, sur son travail et son organisation, sur l'histoire dans son entreprise, comme le médecin du travail peut apporter des informations sur la santé et sur les liens santé-travail. Ce sont alors les échanges entre le salarié et le médecin du travail qui permettent d'élaborer ce qui est décidé

.....

1- Art. L.111-4 Code de santé publique

pour le salarié. Le médecin du travail n'est plus alors l'expert médical mais le conseiller du salarié. Cette posture est différente de celle d'autres spécialités, notamment dans la rédaction d'une fiche d'aptitude ou de recommandations d'aménagements de postes.

Le médecin du travail peut avoir connaissance du travail prescrit d'un salarié ou en avoir une idée en fonction de l'intitulé du poste (aide-soignante, secrétaire...) mais il n'a accès au travail réel du salarié que dans l'entretien avec le salarié, dans cet entretien de clinique médicale du travail. C'est une autre originalité de notre métier par rapport aux autres cliniciens, qui nous demande d'accepter que nos savoirs sont aussi au service de la compréhension de domaines totalement étrangers au nôtre : dans ces échanges, le médecin du travail a des savoirs, mais le salarié est aussi détenteur d'autres savoirs et c'est de l'échange avec lui que découle une part de l'activité du médecin du travail.

Enfin, accompagner un interne dans son parcours pour qu'il devienne un médecin, c'est aussi l'aider à prendre sa place comme acteur et non plus comme seulement un stagiaire dans une conception hospitalière des relations maître à disciple : avec le « chef » qui enseigne à l'interne mais plutôt dans la transmission d'outils, de règles de métier à s'approprier à la manière du menuisier, laissant aussi la place à la pensée et au travailler.

UNE CLINIQUE SPÉCIFIQUE

La clinique médicale du travail s'intéresse au travail et au travailler et permet de faire des liens entre la santé et le travail. Cela nécessite qu'un interne l'apprenne progressivement avec les notions qui s'y rattachent mais aussi les textes juridiques.

Concernant le dossier médical, il est spécifique au métier, puisque doivent s'y retrouver les informations concernant le poste actuel mais également l'historique des postes avec une traçabilité des expositions (et parfois les FDS, les fiches d'entreprises). Ce dossier médical est encadré par l'HAS(2), il comprend aussi les écrits in-

2- Recommandations HAS sur le dossier médical en santé travail (DMST), 2009 : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_757826/fr/le-dossier-medical-en-sante-au-travail

dividuels, les fiches d'aptitude quand il y en a, les examens complémentaires pratiqués, les courriers. Ce qui est vraiment spécifique, c'est la notion de parcours professionnel et de son lien avec la santé du salarié.

La notion d'expérience professionnelle doit être abordée. Elle consiste à prendre comme définition de l'expérience ce qui est vécu, plus ou moins pensé, et qui construit l'identité(3). Par l'expérience, le salarié enrichit sa perception du monde, dans la rencontre unique entre sa personne et le concret de ce qui lui arrive, et l'interprétation qu'il en fait. Chaque expérience vécue lui permet de se transformer(4), que cette expérience vienne du travail – ou pas. Prenons un exemple : quand un salarié a fait l'expérience du *burn-out*, la perception ensuite de ce qu'il vit dans le travail ne sera certainement pas la même qu'un salarié qui ne l'a pas vécu, tout comme un salarié qui a eu des fonctions d'encadrement, ou un autre une expérience des travaux précaires. Comprendre cette notion d'expérience est importante pour écouter le salarié avec son parcours parce que cela permet par exemple de percevoir pourquoi ce salarié-là supporte plutôt bien une situation de travail difficile par rapport à son collègue qui le vit mal et qui, pourtant, peut paraître si semblable. Cela permet aussi de comprendre pourquoi il peut être vital d'aider un salarié à mettre des mots sur une situation de détresse pour dépasser ce moment qui fait parfois écho à une autre situation similaire qui semblerait être une répétition traumatique. En médecine du travail, on ne peut pas accueillir et suivre un salarié uniquement pour le poste de ce jour ou celui du lendemain sans tenir compte de son parcours.

La transmission du métier ne peut se faire sans expliciter la notion de « vérité ». Dans la parole d'un salarié, le médecin du travail écoute la parole comme vraie, tout comme il écoute le symptôme comme vrai. C'est aussi une posture qui est basée sur la notion de « perspective » selon laquelle toute manifestation de la réalité est conditionnée par un point de vue. On retrouve un exemple de Sartre(5) : « Pour moi, ce verre est à gauche de la carafe, un peu en arrière ; pour Pierre, il est à droite, un peu en avant ».

L'importance de cette posture permet d'écouter le salarié sans le suspecter d'une autre action que le dévoilement de ses symptômes et des liens potentiels avec son travail. Dans un autre temps, le médecin du travail peut comprendre la situation autrement avec d'autres points de vue, ou en connaissance de ce qui a pu survenir dans l'entreprise. Tout cela donne du relief à ce

3- RENAULT A., *Le sujet de l'expérience chez Freud*, Astéris, 2003

4- COLLIN Claude, *La notion d'expérience humaine*, CEGEP du Vieux Montréal

5- SARTRE J.-P., *L'Être et le Néant*, p.353

qui est dit en consultation au lieu de le rendre caduque. Tout comme ce qui est dit en consultation peut éclairer d'autres éléments.

Le médecin du travail dans son activité clinique est attentif aux émotions du salarié, celles qui surgissent lors de la consultation lors d'un récit (mentionnées dans l'observation clinique), ou bien celles qui peuvent survenir dans l'activité de travail. Selon Philippe DAVEZIES(6), « *L'émotion signale la perception d'un écart entre certains traits de la situation et le prolongement de nos orientations affectives. Son rôle "est de nous disposer soit à changer le monde, soit à nous changer nous-mêmes" [LIVET P.]. La situation devient dangereuse lorsque la pression sociale à nous changer nous-mêmes va dans le sens de révision d'orientations éthiques qui forment le socle vivant de notre personnalité. Le conflit intérieur constitue alors un risque pour la santé. En pareil cas, l'alternative à la pathologie consiste à rejouer dans le langage ce qui n'a pas s'exprimer dans l'activité. (...) La fonction du clinicien consiste à clarifier les termes du débat afin d'offrir à l'émotion une issue autre que pathologique.* »

Par ailleurs, les émotions dans les consultations et le travail clinique du médecin du travail passent dans l'entretien avec le salarié par les liens entre langage et pensée(7). Cela permet au salarié qui ne pense pas son activité, parce qu'il l'appréhende par l'expérience corporelle et son lien avec les objets de travail, de mettre des mots dans le dialogue avec le clinicien et alors de prendre conscience de son activité qui alors peut prendre un autre sens.

La clinique du médecin du travail dans les cas de décompensation psychique en lien avec le travail utilise plusieurs référentiels qui permettent d'analyser les symptômes, et les dysfonctionnements organisationnels et de faire des liens entre les deux dans certains cas. Il s'agit notamment des critères du DSM IV, des références de psychopathologie du travail et du rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail(8).

LE TIERS-TEMPS

Le tiers temps est le temps de l'« action en milieu de travail ». Il a un double objet. D'une part, le médecin a besoin de la connaissance des lieux et des objets de travail, il a besoin de connaître les atmosphères de travail, et dans cette activité, il cherche à mieux comprendre

6- DAVEZIES P., DEVEAUX A., TORRES C., *Repères pour une clinique médicale du travail*, Archives des Maladies Professionnelles et de l'environnement, 2006, 67, p.119-125

7- VYGOTSKI. L., *Pensée et Langage*, 1934

8- Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

ce que les salariés peuvent dire dans les consultations mais également, grâce à leur éclairage en consultation, la connaissance des lieux au moment d'une visite est nettement plus pertinente. D'autre part, le médecin du travail doit repérer les risques professionnels dans les entreprises pour les décrire dans la fiche d'entreprise, et proposer, s'il y a lieu, des mesures de prévention de ces risques.

Ensuite, le médecin du travail se rend sur les lieux de travail pour étudier certains postes, pour étudier certains gestes de travail, pour rencontrer les acteurs, pour contribuer à la prévention des risques professionnels, il peut également y aller pour aider à l'aménagement de poste pour un travailleur handicapé, il peut assister au CHSCT quand il y en a un. Il a d'ailleurs libre accès aux lieux de travail pour ces activités. Il peut se rendre seul sur ces lieux de travail, il peut d'ailleurs y aller avec d'autres intervenants comme les IPRP, le SAMETH.

À la suite de ces temps sur les lieux de travail, le médecin du travail peut écrire à l'entreprise ce qu'il a constaté, et ce qu'il recommande pour l'amélioration des conditions de travail.

Tout ce travail est très spécifique du métier de médecin du travail et il est indispensable à l'activité clinique, mais paradoxalement, c'est une partie encore peu enseignée et le travail réel est difficile à transmettre. Un certain nombre de maîtres de stages des internes hésitent à les emmener avec eux. Il est très facile de trouver des références de travail prescrit pour cette activité mais il y a peu de description clinique de ce travail au cœur de l'activité. Une hypothèse pour expliquer ces difficultés pourrait se situer dans la variété des situations, des actions réalisées et des stratégies du médecin du travail.

LES ACTIVITÉS CONNEXES

Paradoxalement, ce qui avait enfin été nommé dans la réforme de 2004 comme « activité connexe » : les temps de travail qui ne sont pas du travail de consultation ou du travail dans les entreprises sont à nouveau passés sous silence. Pourtant cela représente une part d'environ un quart du temps d'un médecin du travail, variable selon ses engagements.

Ce temps est utilisé de manière très diverse mais indispensable à l'activité : il s'agit d'abord de la gestion de tous les courriers, ceux à envoyer, ceux à retourner, les examens complémentaires demandés, exactement comme tous les médecins d'ailleurs. Il s'agit également de toutes les rédactions d'écrits, individuels, collectifs, comme la fiche d'entreprise.

Il s'agit aussi d'être en relation avec un certain nombre de partenaires internes au service (l'équipe pluridisciplinaire)

ou externes pour le maintien dans l'emploi, par exemple, la CARSAT, le MIRT, les consultations spécialisées.

Ce temps permet de participer à des études (MACP, SUMER...), il permet aussi de se former, d'effectuer des recherches, de participer à des réunions notamment pour les échanges entre pairs, l'organisation du travail...

LA MÉTHODE : QUELLE PÉDAGOGIE ?

FAIRE CONFIANCE ?

Accueillir un interne, c'est trouver le juste milieu entre une certaine autonomie et l'abandon longtemps considéré comme « pédagogique » (apprendre sur le « tas »... !). Mais alors comment faire confiance quand on sait que cette confiance se construit ? Cela dépend bien évidemment de l'expérience qu'à l'interne dans son cursus. L'apprentissage peut se faire en quatre étapes : regarder, commencer, comprendre, se lancer. Cette méthode est très classique pour d'autres « apprentis ». Elle nous permet aussi de montrer à un interne ce qu'est le travail, le travail réel, à quoi servent les erreurs, comment on trouve une référence pour tel ou tel sujet, comment on coopère, comment on construit la confiance. Cette expérience progressive montre concrètement ce que vivent les salariés, ce que nous décrivons dans les apports théoriques.

DONNER À VOIR

Quand un interne découvre l'activité, il est important de lui donner à voir ce que l'on fait et lui permettre de découvrir l'activité auprès de celui qui le fait : il peut rester en consultation avec son maître de stage pour en comprendre les différents temps et pour comprendre la clinique médicale du travail. Pour le tiers temps, il vient avec le médecin du travail et le suit dans ses déplacements. Ce temps ne devrait pas durer parce que l'interne n'est plus un observateur externe.

FAIRE À « 4 MAINS » ET MODELER

Ensuite vient un temps où l'interne peut commencer ces premières consultations, et ses premières visites en milieu de travail, le médecin du travail reste, lui, en observation et cela lui permet de guider l'interne dans ce qu'il fait, selon les situations, soit sur le moment, soit ensuite pour donner des explications.

EXPLIQUER, JUSTIFIER, APPORTER DES SOURCES

Toutes les discussions qui ont lieu en dehors de l'activité clinique et en dehors des activités en milieu de travail sont très importantes. Nous avons vu plus haut que l'activité du médecin du travail est nourrie de différentes références et partager ces références permet à l'interne de s'approprier ces notions pour sa propre ac-

tivité. Il est également possible de prendre ensemble des références et de les commenter, il existe notamment un certain nombre de vidéos de conférences(9) qui peuvent être utiles à la formation et la réflexion.

Le cadre des missions doit être donné, des références juridiques doivent être rappelées(10). Il peut également être intéressant de montrer que la médecine du travail se nourrit de nombreuses autres disciplines et qu'il faut également savoir conserver un esprit critique (rester ouvert mais en penser quelque chose).

Les discussions viennent aussi des étonnements de l'interne dans ce qu'il découvre, soit dans les apports théoriques, soit dans l'activité. Ces discussions doivent mettre en évidence ce qui reste en débat et ce qui ne l'est plus, ce qui est du métier et ce qui ne l'est pas. Ces discussions permettent également de mettre en évidence la progression de l'interne dans son appropriation du métier.

LAISSER FAIRE ET CORRIGER

La pédagogie dans tout métier consiste à laisser l'interne faire le travail, se confronter au travail réel avec sa propre sensibilité, sa propre expérience de médecin. Ce moment-là n'est pas le moment du grand bain, il doit être accompagné au jour le jour (ce qui peut rassurer aussi le maître de stage qui engage sa responsabilité dans les actes qui sont pratiqués). Cela signifie qu'il faut lire les observations, faire préciser ce qui est moins clair, faire préciser le cheminement de pensée vers la décision, comme une sorte de supervision.

Dire à l'interne ce qui est signifié par ce qu'il écrit par exemple « *sous réserve de réalisation de vaccination* » parce qu'il l'a lu dans un autre dossier : il s'agit d'essayer de lui demander pourquoi il écrit cela sur une fiche, ce qu'il attend, ce qui risque de se passer. Le médecin du travail peut alors partager sa propre manière de faire et la justifier. Laisser à un interne la possibilité de faire des erreurs, les comprendre et les corriger, cela permet de laisser surgir les questions posées dans le travail réel. Cela lui permet aussi d'inventer ses propres écrits. Les discussions qui ont lieu du fait de cet encadrement pédagogique permettent d'affiner la pratique et par la suite à initier à la discussion entre pairs.

Enfin, en tiers temps en entreprise, il est tout à fait possible de procéder de la même manière et de prévenir les interlocuteurs.

.....

9- DEJOURS Chr., Conférence organisée par le Cercle Condorcet à Bourg-en-Bresse, http://www.dailymotion.com/video/xplywx_souffrance-au-travail-par-christophe-dejours_webcam, Série de documentaires : « La mise à mort du travail », http://www.film-documentaire.fr/La_Mise_%C3%A0_mort_du_travail.html,film,25568

10- par exemple, l'article L.4121 du Code du travail

DISCUSSION

LA PROGRESSION

C'EST QUOI UNE CONSULTATION « FACILE » ?

Pour qu'un interne puisse vivre une progression, il faut prévoir une progression dans la difficulté des situations mais comment faire pour trouver des « consultations plus faciles » que d'autres ? Certaines consultations « périodiques » sont sans doute moins difficile en théorie que certaines consultations de pré-reprise ou de reprise... quoique cela ne soit pas donné d'avance. L'important, tout comme les consultations hospitalières que l'interne connaît, c'est qu'il doit rester dans son « champ » de compétences et appeler à l'aide quand il en sait pas quoi faire... à condition qu'il le sache...

LE TIERS TEMPS : UN INTERNE SEUL EN ENTREPRISE ?

Comme pour les questionnements qui peuvent surgir quant à l'intervention des membres de l'équipe pluridisciplinaire en entreprise, l'intervention d'un interne se prépare, elle est cadrée, il sait ce qu'il va y faire. Mais que va-t-il rencontrer ? dire ? Ce qu'il va en faire sera-t-il suffisant et comment se fier à son travail pour y donner suite ?

LA POSTURE AVEC UN INTERNE : ENTRE ENSEIGNANT ET TUTEUR : RENDRE PENSANT ET ACTEUR

Cette relation est celle du maître d'apprentissage, elle est une relation d'écoute, d'évaluation, d'aide pour le métier et cela demande notamment de la délicatesse, de la patience et de la disponibilité. Donner du contenu à un stage tout en laissant un interne prendre son activité pour lui-même, diriger et laisser expérimenter, contrôler et faire confiance, comment trouver un juste milieu ?

UN MÉTIER IMPOSSIBLE À RÉALISER

COMMENT INITIER À UN IMPOSSIBLE SANS SE PERDRE ?

Dès que le métier se dévoile à l'interne, il commence à voir les impasses, les difficultés, les moments des choix, comment donner de l'élan face à des missions impossibles à réaliser dans leur ensemble ? Comment partager ses stratégies sans saccager le métier ?

QUELLE PLACE DES MÉDECINS DU TRAVAIL

DANS LES ÉQUIPES D'ENSEIGNANTS UNIVERSITAIRES ?

Cette question reste en suspens, les cours universitaires sont importants, ils sont variés et complets, mais y a-t-il un place à donner aux médecins du travail des services pour ce qu'ils auraient à transmettre du côté de la formation théorique ? Du côté des règles de métier ? de la clinique médicale du travail ?

CONCLUSION

Transmettre le métier de médecin du travail est une aventure humaine passionnante : médecin du travail est un métier varié avec des références multiples, qui permet des actions au cœur des entreprises pour éviter les dégâts humains d'organisations du travail parfois

très maltraitantes ou d'atmosphères toxiques. Voir un interne comprendre avec un regard neuf, c'est porter un nouveau regard sur le métier. Cela n'est pas sans poser de nouvelles questions. Former les médecins du travail de demain, c'est porteur d'une promesse que ces missions de santé publique du côté du travail seront reprises pour les travailleurs de demain.

CHRONIQUE DE LA DISPARITION SYMBOLIQUE DES MÉDECINS DU TRAVAIL DANS UN SERVICE INTERENTREPRISES

Le saccage lié à la réforme 2011 mené par une direction sans projet

D^r Madeleine FOURVIÈRE, médecin du travail

La réforme de 2011 de la médecine du travail a introduit des changements très importants dans l'organisation des services et des missions. Ces changements ont été à l'origine de réorganisations ayant un impact direct sur le métier de médecin du travail. Des imprécisions dans les textes auraient pu laisser des marges de manœuvre créatives aux acteurs des services de santé au travail pour inventer une nouvelle façon de travailler, il en est surtout résulté une grande confusion. Confusion pour la direction, confusion pour les médecins, confusion pour les employeurs et pour les salariés. Trois ans après, l'application de la réforme n'a pas encore pu être entièrement effective, et finalement, de nouvelles directives sont écrites. La description de la déstructuration rapide du métier de médecin du travail permet la réflexion sur les conséquences sur la surveillance médicale réelle des salariés et sur la prévention en milieu de travail.

LA PÉRIODE DE TRANSITION MALENTENDU ET CONFUSION

Après la renumérotation du Code du travail pour le « simplifier », la réforme de 2011 est venue amplifier la confusion autour de l'organisation du métier de médecin du travail et des règles en terme de surveillance médicale. Si on devait schématiser, cette réforme prévoyait d'entourer chaque médecin du travail d'une équipe, sur un modèle d'organisation faisant penser au

modèle hospitalier : un médecin et des paramédicaux pour une salle d'hospitalisation. Les infirmières font trois fois le tour du service alors que le médecin fait la visite le matin, les autres prodiguent des soins au chevet des malades. Il s'agissait de développer ce modèle au service de chaque effectif attribué à chaque médecin.

Un malentendu s'est instauré sur le terme « équipe pluridisciplinaire ». Certains ont compris que chaque médecin allait diriger sa propre équipe, comme dans le modèle hospitalier, d'autres raisonnaient en « secteur géographique » avec une équipe de médecins et des paramédicaux (IPRP compris) partagés. De son côté, la direction de notre service voyant l'équipe médicale élargie à tous les médecins et tous les paramédicaux du service, il suffisait pour elle de continuer simplement de répartir les effectifs de salariés sur les médecins.

Le service avait déjà embauché des IPRP de compétence différente, il paraissait évident à tous que chaque médecin pouvait faire appel à l'un ou à l'autre en fonction de ses qualifications (ergonomie, amiante, toxicologie, psychologie du travail...), ce qui n'était pas compatible avec une répartition des IPRP par secteur et encore moins par médecin.

Il a donc paru intéressant au début de laisser une équipe d'IPRP constituée, moyennant une régulation

de la charge de travail. Malheureusement un glissement s'est d'ailleurs rapidement produit vers une « régulation des demandes » et le manque d'indépendance des IPRP pour leur intervention en entreprise rendait leur intervention compromise sans l'accord de l'entreprise, même en présence des médecins. Cet aménagement était déjà une incohérence par rapport aux textes et il a généré des désaccords importants entre les médecins d'une part et entre les médecins et les IPRP d'autre part.

D'un autre côté, la réforme introduisait **un autre malentendu au sujet des « assistantes des services de santé au travail »** alors que cela nommait une réalité de deux métiers différents dans ce service. En effet, depuis quelques années, devant la réforme, certains services avaient formés en santé au travail des assistantes médicales (notamment avec le CNAM pour apprendre l'évaluation des risques et leur prévention), elles vont dans les entreprises et contribuent à la rédaction de la fiche d'entreprise, elles peuvent remettre des plaquettes de prévention, organiser des petites séances d'information sur les principaux risques, à la demande des médecins du travail. Elles étaient coordonnées en lien avec les IPRP, c'est-à-dire collectivement au service des médecins et ne faisant pas spécialement partie d'une « équipe » ou d'une autre, ce qui semblait logique et utile à tous.

Parallèlement, chaque médecin travaillait déjà avec une assistante pour la gestion des dossiers, des rendez-vous et des relations avec les entreprises et les salariés (courrier, téléphone et courriel). Ces métiers étaient bien distincts, mais la réforme n'en a fait qu'un. Cette confusion a généré des discussions pour savoir ce que devenait les deux métiers, mais cette question est réellement devenue cruciale quand il s'est agi de savoir comment constituer la Commission médicotechnique (CMT) !

La réforme a modifié la composition et la fonction de la CMT, laissant l'ensemble du service perplexe sur son fonctionnement. Alors que la CMT était un lieu de discussion entre la direction et les médecins sur les moyens nécessaires pour remplir les missions, la nouvelle composition rend très minoritaires les médecins, ce qui est un amoindrissement très important de leur place dans le service. L'ambiance a rapidement été très délétère, les médecins tentant de défendre leur place, des IPRP et des ASST aussi, d'autres dans une troisième direction, et la CMT a mis deux ans à s'adapter à ce que la réforme semblait prévoir, dans la confusion...

L'arrivée de personnel infirmier a intrigué la direction : leur métier en santé au travail était peu connu et leur charge de travail était difficile à évaluer. La direction a

donc décidé de l'évaluer, individuellement. Chaque infirmière a dû répondre à un *reporting* serré de chaque journée de travail. Les écarts pouvaient être importants d'une infirmière à une autre en fonction de ce que chaque médecin pouvait déléguer, en fonction de la confiance qu'il lui accordait et en fonction du niveau de compétence. Cela a généré alors une surveillance encore plus étroite de la direction qui s'est immiscée dans le travail des infirmières. Celles-ci se sont retrouvées alors en conflit de loyauté devant à la fois répondre aux exigences d'un employeur et à celles des deux médecins avec lesquels elles travaillaient. Leur fiche de poste était déjà rigoureuse et chargée avec la réalisation du dossier médical, l'entretien lui-même, des examens complémentaires, la saisie sur le logiciel. Des tâches auraient pu être déléguées aux assistantes médicales mais cela aurait eu un impact sur la charge des assistantes, (dont il a d'ailleurs assez peu été question en dehors d'une prime). D'autres tâches liées au tiers temps du médecin ont aussi été déléguées aux infirmières (présence au CHSCT, étude de poste...) de manière plus ou moins consensuelle dans le service, comme prévu dans les textes de la réforme.

La frilosité à l'embauche des infirmières a été également un frein important à la mise en place des « équipes médicales » qui auraient pu alors mettre en place des protocoles pour les entretiens médico-professionnels et un suivi clinique des salariés. Certains médecins retraités restés dans le service pour faire des visites (y compris celles d'autres médecins du travail « pour leur rendre service » ! où à la demande d'employeurs insistants) ont limité les besoins d'embauche des infirmières, et finalement, la direction a décidé de créer des équipes médicales avec un mi-temps infirmier pour un certain nombre de médecins — mais pas tous ? Le travail d'un médecin avec une infirmière à **temps plein** était justifié, d'autant que partager l'emploi du temps d'une infirmière rend complexe le travail du médecin, mais également celui de l'infirmière qui doit jongler avec un emploi du temps morcelé et dispersé sur le territoire.

Parallèlement, la **question de la formation des infirmières** a été abrégée et un certain nombre de médecins se sont retrouvés à former eux-mêmes leurs infirmières pour pouvoir leur déléguer des tâches, ce qui a été loin de leur faire gagner le temps escompté dès le début. En réalité, ils n'ont pas gagné de temps du tout puisqu'ils ont dû aussi subir une augmentation arbitraire du nombre de salariés attribués de 2 000 (ils se retrouvent donc à la tête d'un secteur de 5 500 salariés), ils ont dû prévoir des temps de réunion avec l'infirmière, l'assistante médicale et d'autres avec l'autre « équipe médicale » qui se partageait l'infirmière, pour

plus de cohérence. Finalement, ces « équipes médicales » constituées avaient des débuts difficiles... et comme les médecins du service avaient des fonctionnements différents selon qu'ils travaillaient ou non avec une infirmière, cela a continué à diviser les membres du service, et surtout le collectif médical.

L'attribution du financement des examens complémentaires à la charge des services a été déstabilisant pour le fonctionnement du service puisque la direction se demandait comment faire face à ce type de dépenses – sans trop savoir en estimer le volume – mais également sur le plan de l'indépendance des médecins du travail puisqu'insidieusement, la pertinence de ces examens complémentaires a petit à petit été discutée. Même au sein du collectif médical, de nouvelles questions se sont alors posées pour normaliser les pratiques, pour contribuer aux « économies » au motif de les « rationaliser »... mettant au travail un certain nombre de médecins sur des questions de gestion complètement étrangères à leurs missions et même à leurs compétences. D'ailleurs, il était de plus en plus question du budget du service : problème matériels non résolus, diminution drastique de la formation des médecins...

L'étroitesse des locaux existants a rapidement été une difficulté pour appliquer la réforme puisque l'organisation prévoyait des bureaux pour les binômes (médecin/assistante) mais pas pour un travail en équipe avec des infirmières, des IPRP, des salles de réunions. La réorganisation nécessitait alors des projets immobiliers tenant compte de cette réforme. Au motif de la création des nouveaux locaux, du recrutement des IDE et de la charge liée aux examens complémentaires, il n'a plus été question de recruter de nouvelles infirmières.

LA CRISE DE CONFIANCE

Dès la publication du décret d'application de la réforme en 2012, notre service interentreprises s'est remonté les manches : le défi est de taille puisque le **renouvellement de l'agrément du service** devait avoir lieu en mars 2013. En octobre 2012, une nouvelle Commission medicotechnique a été élue mais avec une composition qui ne diffère pas beaucoup de la précédente. La rédaction du projet de service a dû se faire dans l'urgence et d'ailleurs dès la première réunion de la nouvelle CMT, il nous est proposé un projet déjà rédigé par la direction « pour gagner du temps ». Différents aller-retour entre les médecins dans les secteurs géographiques et la CMT ont fait évoluer le projet de service, les discussions portant sur chaque mot, la tour-

nure des phrases pour la rédaction du projet final. Ce travail colossal s'est ajouté à nos journées de travail bien remplies, mais il a contribué à rendre concrète la réforme qui inquiète encore la plupart d'entre nous. Finalement, le projet est devenu définitif, chacune a pu être plutôt fier du travail accompli au bout de trois mois : c'était un projet collectif, qui reflétait notre métier et qui constituait une bonne feuille de route pour les cinq ans. Le Conseil d'administration et la Commission de contrôle ont donc voté ce projet à l'unanimité.

Mais trois mois plus tard, nous avons découvert que le projet adressé à la DIRECCTE n'était pas le projet que nous avions rédigé. Les pages avaient été rédigées autrement, la mise en page avait changé, le maintien dans l'emploi saccagé. Le premier projet a finalement été ré-adressé à la DIRECCTE pour le dossier de demande d'agrément, mais au prix d'un conflit complexe entre la direction et les médecins, et d'une crise de confiance. Et l'agrément a été délivré sur ce projet. Comment penser ensuite la place des médecins dans le service ? Comment penser que tout le travail fourni n'a pas été donné à perte et n'a plus aucun sens ? Comment penser une quelconque contribution à un projet collectif comme utile ? Cet événement grave a bien évidemment ébranlé le service de manière forte et entraîné le désengagement d'un certain nombre de médecins — ce qui, du point de vue de la direction pouvait être considéré comme réussi !

Juste après, un **cabinet de conseil est intervenu dans le service pour aider à l'évaluation des risques psychosociaux**, et aider à la transition liée à la réforme. Il a écouté les inquiétudes de chacun, il a tenté sincèrement de comprendre les enjeux des missions et de la réforme, il a contribué à ce que les débats aient lieu, même si cela venait heurter nos réactions défensives. Autant le dire aussi, il a remué la boue, mais il n'avait pour sa propre mission pas les mêmes enjeux de pouvoir que ceux d'un collectif professionnel, ni même celui de la direction. Même s'il aurait été naïf d'imaginer que les préconisations du cabinet conseil soient suivies d'effet, le centre des conflits et des non-dits ont pu avancer. Un « responsable des équipes pluridisciplinaires » est venu remplacer le médecin coordonnateur. Prenant son rôle à cœur, le médecin qui est arrivé, a été perçu rapidement comme un directeur médical (le rôle qui lui était donné de manière implicite) et il a vite déchanté... dans tout ce projet, d'ailleurs, nous n'avons pas du tout vu notre propre médecin du travail, ce qui, symboliquement dans pareille situation, est particulièrement intéressant... tout comme dans le film *De bon matin* où le médecin du travail est totalement absent.

LA CRISE DU MONDE DU TRAVAIL

Cette crise intense dans le service a eu lieu dans un monde du travail en crise – d'autres utilisent même le terme de guerre ! –, c'est-à-dire que les médecins sont témoins de la violence du monde du travail — mais ils en reçoivent aussi sans trop en parler. Ils vivent des violences au téléphone, dès qu'il y a un désaccord avec un employeur sur une fiche, un courrier, un rendez-vous donné ou non donné ; ils vivent des violences verbales lors de leurs déplacements en entreprise prenant alors la mesure de la colère des uns contre la crise, contre le gouvernement, contre les lois, contre les difficultés... et leurs inquiétudes des autres exprimées avec violence. Autre exemple de manifestation de violence : l'un des médecins du service a reçu l'une de ses fiches d'entreprise en retour corrigée en rouge.

Ces situations empêchent une relation de conseil qui fait partie du métier, puisque sans dialogue, le médecin transforme son activité en une activité seulement basée sur les écrits, perçus alors comme une menace et non comme un service. Cela met alors le médecin dans une situation parfois encore plus conflictuelle.

Dans cette situation, pour éviter de mécontenter les « adhérents/employeurs », la direction ne soutient pas les médecins, même avec un projet de service qui fixait un cap validé par le Conseil d'administration du service, même avec un agrément récent. Elle préfère avoir une vision « clientéliste », ou peut-être seulement corporatiste.

Du côté des salariés, une confusion s'installe puisqu'ils voient que les médecins ne font plus les visites médicales tous les ans, ni tous les deux ans maintenant, ils rapportent que les médecins ne font plus les radios, ne viennent plus en camion... et finissent par ne voir que ce que les médecins ne font plus et ne sont pas loin de penser que, donc « *la médecine du travail ne fait rien* ».

CONCLUSION

Face à l'arrivée d'une nouvelle réforme, même si nous ne l'avons pas soutenue, nous avons eu cru que les équipes pluridisciplinaires pouvaient être mises en place et améliorer la prise en charge des salariés et contribuer à la prévention en entreprise. Nous avons eu envie de rêver mais le ciel s'est rapidement assombri dans notre service. La CMT est devenu un organe dont plus personne ne sait ni comment il fonctionne ni même à quoi il sert. Les activités sont morcelées, jusqu'à l'écœurement où plus personne ne sait où est sa place. Nous, médecins du travail, nous avons été divisés par cette réforme, par nos conditions de travail divergentes, par l'embolisation de nos emplois du temps entre réunions diverses et surcharge, et finalement dans des luttes de pouvoir internes, ou des oppositions très coûteuses au lieu de penser notre travail collectivement.

Dans un service qui a fait croire à l'application de la réforme, les changements sont lents, mais surtout les projets sont toujours remis en question après un certain nombre de concertations ou de travaux collectifs. Et pendant que le service tente de comprendre la réforme et expliquer les changements aux entreprises, il laisse penser qu'il ne fait pas son travail. Parallèlement, les changements dans les pratiques sont en train de se construire, mais il est difficile d'y trouver du sens quand les consultations périodiques ne peuvent avoir lieu que tous les... quatre ans ! Comment faire cette clinique médicale en consultation quand nous avons finalement un peu perdu de vue le salarié ?

Après trois ans de travail de réorganisation, et de pédagogie, comment penser l'absurde de la nouvelle réforme qui vient encore tout changer ?

TRANSMISSION

DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

À DES MÉDECINS, À DES INTERNES,

À DES INFIRMIÈRES

**Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail
6 et 7 décembre 2014**

Odile RIQUET, Gérard LUCAS rapporteurs

INTRODUCTION DU THÈME PAR LE TEXTE

DE FLORENCE JEGOU, « Transmettre le métier de médecin du travail »

Ce texte traite de la transmission du métier entre médecin du travail et interne. Un débat s'ouvre sur cette question de la formation des internes, avec la réforme en cours, applicable en 2016. Actuellement formation en 250 heures théoriques et 4 semestres de stage professionnel. Les internes souhaitent un référentiel des cours et des interventions professeurs et praticiens.

Le projet 2016 prévoit un internat à trois niveaux :

- Niveau 1 ; formation au métier de médecin 3 semestres (un stage d'une autre spécialité sur les trois). Temps d'échanges formalisé pour interroger le travail.
- Niveau 2 : formation à la spécialité, 2 en extra hospitalier et 2 stages libres. Nécessité de développer ses propres projets. Création d'un corps de maitres de stages enseignants. Référentiel des cours. Transmission universitaire du métier.
- Niveau 3 : thèse – 1 stage de mise en responsabilité (assistantat) 8^{ème} semestre.

Comment définir un bon cours ? Pour certains un bon cours c'est l'expression et la confrontation de plusieurs points de vue, universitaire et pratique.

Comment avons-nous appris notre métier ? Parallèlement à la formation universitaire, certains médecins se sont formés au contact de juristes, et grâce à leur in-

vestissement militant. Traditionnellement, on apprend son métier en observant les autres, entre médecins. Il semble qu'il n'y ait pas de valeur ajoutée à l'internat car la notion de travail ne peut pas être transmise par l'internat. Il faut une formation à la pratique sur le terrain, un maillage permanent entre les connaissances théoriques et les pratiques. L'opposition entre connaissances théoriques universitaires et les pratiques ne tient pas, c'est bien la complémentarité qui importe. Il ne faut pas nier le capital théorique que nous avons accumulé au fil des années. Les connaissances sont pour nous un point de repère commun. Il y a des connaissances à maîtriser.

Comment s'enseigne la clinique médicale du travail ? Ce qui semble le plus formateur pour les médecins du travail, c'est la prise en compte de l'activité de travail dans les modules d'ergonomie comme le TPB du CNAM. L'apprentissage des sciences humaines par les médecins du travail peut être redoutable si elle n'est pas pratique. Ce qui est indispensable c'est la prise en compte du concret sur le travail, mais aussi de pouvoir permettre d'acquérir l'appétence à mettre en discussion la clinique entre pairs, sinon on reste dans un système défensif. Les connaissances théoriques universitaires sont toujours accessibles, par contre les universitaires ne font pas de terrain, les enseignants n'exercent pas la médecine du travail et ils n'ont jamais pratiqué la question sociale du travail. Leur savoir en pathologie professionnelle n'est pas en lien avec la réalité du métier.

Ce qui manque dans la formation c'est le travail, les connaissances ergonomiques mais c'est aussi la politique économique. Dans l'internat, il y a des cours sur les institutions, sur le droit du travail et les syndicats mais quand on arrive dans les entreprises on découvre la violence sociale, les rapports de force. Dans la formation universitaire, la santé est au centre, alors que dans l'entreprise la santé n'est rien, l'économique prime. Nous devons discuter la question sociale entre pairs. Il est indispensable que les internes passent par le fonctionnement de groupe de pairs pour avoir des disputes professionnelles sur la place des interventions ou écrits des médecins du travail dans le rapport social.

Quand on transmet le métier, on apprend en même temps, on apprend pendant toute sa carrière professionnelle. Le compagnonnage est important. La discussion entre pairs permet aussi le lien entre les générations. Pour les internes, le lien avec le maître de stage est très important, il permet la curiosité, la critique. La discussion après chaque consultation est indispensable.

Ce que l'a-SMT peut transmettre aux jeunes professionnels c'est notre façon de débattre entre nous. Au départ, dans l'expérience de l'a-SMT, c'est en situation de souffrance et d'impasse sur le terrain que nos rencontres de médecins du travail nous ont permis d'envisager des possibles et de construire des repères. On a partagé ce qu'on n'arrivait pas à faire dans notre travail avec des collègues en qui on avait confiance. Ce qui réunit les groupes de pairs aujourd'hui c'est le partage de constats. Comment créer de l'appétence pour la discussion dans un groupe de pairs, si on sait déjà ce qu'il faut faire ? Ce qu'il faudrait transmettre, c'est qu'il faut réinventer, continuer à communiquer, à discuter entre pairs sur ce qu'on ne sait pas faire, sur cet espace de créativité possible.

On partage qu'on ne sait pas faire, base commune, souffrance, découverte, appétence.

TRANSMISSION DU MÉTIER AUX INFIRMIÈRES EN SANTÉ AU TRAVAIL

BASES DE LA COOPÉRATION MÉDECIN DU TRAVAIL - IST

Introduction du thème par le texte d'Alain GROSSETÊTE, réflexion sur l'opportunité d'un binôme infirmier médecin. Cette transmission a pour particularité de se faire pendant le travail, transmission « *per laboris* » pour un métier différent du sien, pour un autre métier en construction. De plus cette transmission du binôme médecin du travail – infirmière est confrontée à une équipe pluridisciplinaire divisée par deux approches

qui, le plus souvent, ne sont pas nommées, ni identifiées en tant que telles : une approche par les risques et une approche par la clinique médicale du travail. L'approche par les risques est aujourd'hui dominante idéologiquement, c'est celle des IPRP, des ergonomes, c'est l'approche assurantielle des CARSAT. Il est très difficile aujourd'hui de faire valoir un autre point de vue, le point de vue du clinicien.

- Ces deux approches doivent être nommées à l'intérieur du pôle clinique, c'est indispensable pour faire fonctionner le binôme. Le binôme infirmière-médecin doit travailler avec la clinique médicale, sinon avec les projets de service, toute l'activité de l'équipe pluridisciplinaire le poussera vers l'approche par les risques.
- L'approche clinique médicale demande une formation, de même que l'approche du travail réel par l'ergonomie. Les IST qui débutent en service de santé au travail demandent elles-mêmes un cadre organisationnel pour leur métier. Le métier qui est dessiné aujourd'hui par les directions de services c'est celui de l'approche par les risques.

L'inquiétude des médecins provient de l'absence de liens hiérarchiques entre médecin du travail et IST. Entre le médecin du travail et l'infirmière, il y a un lien de subordination technique seulement, pas de lien hiérarchique dans les services inter. Dans les services autonomes, le médecin est responsable hiérarchique de l'IST, mais il y a ambiguïté entre dénomination possessive et coopération en binôme.

Il faut rappeler que l'équipe médicale n'est pas définie dans le Code du travail, mais elle s'impose par le Code de santé publique. L'infirmière doit travailler avec un médecin. En ce qui concerne le rôle propre de l'infirmière, aucun élément de ce rôle propre ne pourrait permettre un exercice autonome, sans binôme avec un médecin. Peut être dans vingt ans, sur un modèle québécois ou anglais, mais à court terme, il n'y a pas d'exercice autonome des IST. La subordination salariale n'autorise aucune activité professionnelle en autonomie complète de l'infirmière. Le rôle propre n'a pas d'espace de déploiement, il ne peut se déployer que dans un espace de compétences, dans la collaboration protocolée avec le médecin du travail

L'indépendance des IST est dans la réalisation des actes techniques, mais pas dans la mission. Dans le Code de santé publique tous les actes infirmiers sont déclinés, excepté ceux de l'infirmière en santé au travail. Le rôle propre de l'IST est dans l'abord du travailleur, il doit se positionner sur la mission de prévention primaire en santé au travail.

Les salariés ne disent pas la même chose aux médecins du travail et aux IST. Il y a des difficultés de coopération au sein du binôme si le médecin et l'IST ne voient pas les mêmes salariés. Par ailleurs, pour certains médecins, il est insupportable de mener une consultation après un entretien réalisé par une IST à partir de la clinique médicale du travail. En effet il y a un tronc commun de l'investigation entre médecin et infirmière, même si ce n'est pas le même métier. L'atterrissage n'est pas le même, il n'y a pas de diagnostic pour l'IST.

Le médecin du travail est comptable des connaissances pratiques protocolées, tout en respectant l'indépendance de l'IST. Il faut noter l'extrême difficulté pour les infirmières à travailler avec plusieurs médecins qui ont des règles de métier trop différentes.

L'ESTI est le résultat d'un protocole. Le médecin peut-il intervenir au niveau du rôle propre de l'entretien infirmier « protocolisé » par le médecin du travail ? La mission de l'IST n'existe pas, tout est « protocolisé ». Le

médecin peut « confier » la pratique de la clinique médicale du travail sans le diagnostic, mais il reste comptable des conséquences de ce que font les IST, il reste entièrement responsable y compris de l'entretien réalisé par l'IST. Le médecin du travail reste en responsabilité de ce qui est délégué, « protocolisé ». Le médecin doit cosigner tout ce que l'IST écrit. Collaborer ou coopérer sont deux termes proposés par l'HAS, des protocoles de coopération sont enseignés dans les formations et devraient permettre la construction d'un rapport « hiérarchique » constructif. Le protocole de l'entretien infirmier engage la responsabilité du médecin du travail, et sa rédaction est propre au binôme.

La responsabilité du médecin est engagée, mais la question du protocole est un faux problème. Le degré de liberté de l'infirmière est défendu par le médecin. L'infirmière doit avoir des marges de manœuvre. Il doit y avoir une continuité entre médecin et infirmière. En cas de remplacement, le médecin remplaçant endosse les modes d'exercice de celui qu'il remplace.

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 36^e Congrès annuel se tiendra à Paris, les 12 et 13 décembre 2015

(PSA, Enclos Rey, 57 rue Violet 75015)

Pour toute information ou pré-réservation, prière de s'adresser à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE 06 79 72 44 30

courriel : secrtaire@a-smt.org

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

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir page 40

PROCÈS PAR L'ORDRE DES MÉDECINS CHOC DE SIMPLIFICATION APTITUDE SOUBASSEMENTS DE NOTRE EXERCICE MÉDICAL

**Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail
6 et 7 décembre 2014**

Martine BESNARD, Benoît DE LABRUSSE, rapporteurs

PROCÈS À L'ORDRE DES MÉDECINS PAR DES EMPLOYEURS, CONTRE DES MÉDECINS DU TRAVAIL

En premier lieu rappelons que le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) a blanchi Elizabeth DELPUECH et a reconnu — point essentiel —, que les médecins du travail étaient en droit de faire le lien entre les conditions de travail et une pathologie mentale. Voir(1) <http://www.a-smt.org/2014/2014-07-01-DELPUECH-coordonateur-petition.pdf> et <http://www.a-smt.org/2014/2014-05-15-Ch.disciplinaire.CNOM.Proc.esDELPUECH.pdf>

Toutefois ce n'est qu'une demi victoire dans la mesure où n'est dénoncé ni le rapport du CNOM de 2006, selon laquelle il est interdit au médecin « *d'attester d'une relation causale entre les difficultés (...) professionnelles, et l'état de santé présenté par le patient* », ni la possibilité pour les employeurs de porter plainte contre les médecins du travail. Alain CARRÉ envisage donc de demander l'audition du CNOM au COCT

Plainte contre le D^r Bernadette BERNERON, dans le cadre de sa consultation souffrance au travail à l'hôpital de Tours : rappelons que les employeurs ne peuvent porter plainte devant les CDOM (Conseil Départementaux

.....

1- Le D^r DELPUECH est relaxée de toute faute par la Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins : <http://www.a-smt.org/accueil.html#DELPUECH0>

de l'Ordre des Médecins) contre des médecins hospitaliers. Seul le CNOM peut porter la plainte contre ces médecins.

La conciliation est fixée au 17 décembre 2014 à Tours. Mais le D^r BERNERON ne pourra pas y répondre en raison de son obligation de secret médical (dont le Conseil de l'ordre est le défenseur !) et contraire à l'article 6 de la Convention des droits de l'homme (ne peut se défendre).

Plainte contre le D^r Dominique Huez : en attente du prononcé du jugement du CROM (Conseil Régional de l'Ordre des Médecins) puisqu'il a refusé la conciliation qui l'aurait obligé à violer le secret médical ce qui constitue une iniquité dans les moyens de défense et pourrait donner lieu à un appel à la Cour européenne de justice.

Les éléments de ces plaintes sont consultables sur le site internet : <http://www.a-smt.org/accueil.html>. En raison de ces attaques, des médecins du travail ou professeurs hospitaliers disent « *avoir renoncé à leurs écrits et les avoir modifiés à la demande d'employeur* ».

CHOC DE SIMPLIFICATION

Les faits :

Les points 21 et 22 annoncés par le gouvernement (voir texte[2]) prévoient :

.....

2- http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2014/10/dp-simplification_50_nelles_mesures-v3.pdf

- Point 21 : les « visites médicales » étant vides de sens, il faut donc les alléger ou même les supprimer.
- Point 22 : les médecins du travail résistant aux mesures de « sélection de la main d'œuvre » en refusant l'alternative « Apte/Inapte » supprimant les possibilités d'aménagement du poste de travail, il faut les contraindre par la loi.

C'est la voie des ordonnances qui sera utilisée afin d'éviter des débats démocratiques au parlement et au sénat (NB : depuis le gouvernement a provisoirement reculé sur ces deux mesures).

Ces deux mesures ont été directement inspirées par le CISME puisqu'elles reprennent mot pour mot les propositions des présidents de service de santé au travail interentreprises. (Voir article « Comment le patronat a prescrit à VALLS la suppression de la médecine du travail » L'Humanité du 7 novembre 2014[3]).

Précédemment, le médecin du travail et professeure de droit, M^{me} S. FANTONI-QUINTON, avait publié des articles(4), (MACSF et Semaine sociale Lamy[5]) argumentant sur la nécessité du consentement du salarié éclairé par le médecin (à l'émission de restrictions d'aptitude) et sur les susceptibilités individuelles du salarié qui nécessiteraient le partage des responsabilités d'une incapacité lors du maintien au poste de travail, entre le salarié et son employeur (et aussi du partage des cotisations AT/MP entre employeur et salarié !).

Ce raisonnement suppose dans le contrat une égalité entre les parties en contradiction avec le lien de subordination du statut de salarié. Il a aussi pour conséquence d'exonérer l'employeur de sa responsabilité du maintien de la santé au travail de ses salariés (« faute inexcusable »).

Nous pouvons remonter à l'année 2001 où le Conseil d'État dans l'avis sur la « non contre-indication aux cancérogènes » a validé la prise en compte d'une « vulnérabilité personnelle » comme fondement de la décision du médecin du travail, alors que le Comité d'éthique confirme qu'il n'existe pas de médecine prédictive au niveau individuel.

.....

3- Voir article « Comment le patronat a prescrit à Valls la suppression de la médecine du travail », L'Humanité du 7/11/2014 <http://www.humanite.fr/revelation-comment-le-patronat-prescrit-valls-la-suppression-de-la-medecine-du-travail-556996>

4- Article MACSF : pages 11 à 14 ; https://www.macsf.fr/file/publicationficsite/pj/4a/f0/41/33/macsf9021_resp_55-web2672943047497935350.pdf#page=1&zoom=auto,-50,842

5- « Que deviendrait la faute inexcusable sans aptitude à l'embauche ? », pages 11 à 14 ; http://www.wk-rh.fr/preview/BeDhHIEjC-fEiloDgKoEj/presse/ssl/semaine_sociale_lamy_2014/que_deviendrait_la_faute_inexcusable_sans_aptitude_a_li

Par contre le modèle de fiche d'aptitude ne laisse pas place à « l'absence de contre-indication à certains travaux ».

L'APTITUDE

La décision médicale d'aptitude/inaptitude, nécessite le consentement éclairé du salarié, mais engage la responsabilité du médecin du travail et pas celle du salarié. De même la transmission de l'aptitude à l'employeur est aussi de la responsabilité du médecin du travail. Le médecin est, dans le droit du travail, plus qu'un intermédiaire entre le salarié et l'employeur, il est investi d'un rôle légal(6).

Un article sous forme de réponse sera demandé à la revue *Lamy-social* (paru depuis[7]). Une lecture attentive de ces textes montre qu'en fait la professeure FANTONI-QUINTON, ne remet pas en cause la notion d'aptitude. L'intérêt de ses écrits est de rouvrir le débat sur l'APTITUDE.

Remarque : l'aptitude n'existe pas dans la loi, mais uniquement dans les décrets d'application.

Nous précisons que par « aptitude », nous entendons la possibilité pour le médecin du travail de prononcer des « restrictions d'aptitude » ou plus exactement des « demandes d'aménagement du poste de travail » qui s'imposent à l'employeur (art L.4624-1 du Code du travail[8]).

Rappelons que l'inaptitude au poste de travail, si elle est un constat d'échec de la prévention est aussi le moyen d'écarter le salarié d'une situation de travail dangereuse pour sa santé

Il est important de préciser cette notion : la « restriction d'aptitude » concerne uniquement le salarié alors que

.....

6- Articles R.4624-35 et 36 du Code du travail : contestation de l'avis-médical par le salarié ou l'employeur avec arbitrage de l'inspecteur du travail, puis recours auprès du Ministre chargé du travail dans le délai de deux mois.

7- Vers une médecine de sélection médicale de la main d'œuvre en dépistant des vulnérabilités individuelles sans proposition à l'employeur de transformation de poste ? http://www.wk-rh.fr/preview/BeDhHIEjJnJmDhHkKoOs/presse/ssl/semaine_sociale_lamy_2014/vers_une_medecine_de_selection_medicale_de_la_main-d

8- Article L.4624-1 du Code du travail – « Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail. »

l'« aménagement du poste de travail » concerne le travail, non seulement du salarié, mais aussi de ses collègues de travail qui occupent le même poste. Exemple : une demande de limiter la manutention au poste de travail est nécessaire tant pour le salarié ayant actuellement un problème de santé, que pour prévenir des atteintes à la santé de ses collègues du fait des manutentions au travail. Ainsi les « restrictions d'aptitude » deviennent des demandes d'aménagement du poste de travail.

Certains médecins du travail se sont scandalisés de la proposition de suppression de la « visite d'embauche » qui selon eux, mettrait en danger leur raison d'être. En fait ces médecins ne différencient pas une obligation d'examen médical à l'embauche permettant au salarié de bénéficier d'information sur ses futures conditions de travail et leur risque pour sa santé, avec l'exigence d'employeurs d'« aptitude à l'embauche » qui est censée les dédouaner de leur responsabilité en cas de pathologie préalable de l'embauché. Si l'on restait dans cette dernière logique, effectivement le très faible taux d'inaptitude à l'embauche (sélection biologique de la main-d'œuvre) justifierait sa suppression.

Cette question est une opportunité de discussion sur les soubassements des pratiques de l'exercice de la médecine du travail : la rencontre entre le salarié et le médecin du travail peut se réaliser hors du contexte de l'aptitude, comme c'est le cas dans la fonction publique.

Si l'aptitude n'est pas le fondement de notre activité, il nous faut démontrer nos soubassements : l'analyse du travail et de ses difficultés est centrale dans l'activité du médecin. Aussi l'absence de clinique médicale du travail, préconisée dans ces mesures de « simplification », ferait perdre toute légitimité aux médecins du travail à intervenir dans la prévention

LES SOUBASSEMENTS DE NOTRE EXERCICE MÉDICAL

Il apparaît donc la nécessité de rédaction d'un texte court, décrivant les fondements de l'activité du médecin du travail et dont l'écriture soit facilement compréhensible par un large public, dont les députés et sénateurs à qui il sera communiqué. (Depuis ce texte a été écrit par Florence JÉGOU et est publié sur le site internet de l'a-SMT(9).

DISCUSSION SUR LES THÈMES À ÉVOQUER

DANS CE DOCUMENT POURRAIENT ÊTRE :

Nécessité d'un regard élargi sur l'ensemble des évolutions de la santé, dont la santé au travail n'est qu'un maillon.

.....

9 - <http://www.a-smt.org/2014/2014-12-12-Fondamentaux.metier.de.medecin.travail-a-SMT.pdf>

La nécessité d'inclure la médecine du travail dans l'ensemble de la politique de santé organisée par les ARS (Agences Régionales de Santé) : ainsi en Ile de France l'ARS a défini, dans la branche Santé-Travail, trois axes :

- L'agrément des CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens)
- Des actions de santé publique dans les entreprises telles que la lutte contre le tabagisme
- Le maintien dans l'emploi

On assiste donc à une volonté des Directions régionales de la santé d'absorber le champ de la santé au travail au détriment des Directions régionales du travail.

Nous assistons à un mouvement de marchandisation de la santé au travail. De nombreuses structures privées s'intéressent au marché de la santé au travail dans les entreprises. Nous voyons fleurir des slogans tels que « bien être au travail » ; « QVT » (Qualité de Vie au Travail), « Économie durable », qui cachent mal leur objectif de vente de prestations.

Le DMI (dossier médical informatisé pour la médecine de soins, interdit d'accès au médecin du travail). Nous constatons une politique de rendre obligatoire le DMI alors que :

- Les problèmes éthiques ne sont pas résolus (quels droits d'accès, pour quels acteurs de la santé ?).
- Que la justification de sa réalisation n'est pas démontrée : on ne constate réellement que 5 % de « doublons » ou « nomadisme médical » Ce qui est économiquement insuffisant à justifier le coût considérable de la mise en place du DMI.

Le RSI (Régime de protection Sociale des Indépendant) a élaboré un questionnaire de six pages sur la profession de leurs adhérents à compléter par les médecins généralistes qui se sentent le plus souvent incompetents sur le volet « travail ». Certaines mutuelles ont une pratique identique. Ceci montre bien le besoin en santé au travail de ces indépendants, non couverts actuellement par les services de santé au travail.

La position officielle du MEDEF : le compromis de 1898 (présomption d'imputabilité pour AT et MP en contrepartie d'une réparation incomplète) serait caduc du fait des procédures de faute inexcusable de l'employeur (qui visent à une réparation plus complète équivalente à celle du droit civil) Or le médecin du travail, par la clinique médicale du travail, est en capacité de démontrer le lien entre le travail et la pathologie. Pour le MEDEF, il faut donc nier cette approche.

Quand aux demandes d'aménagement de poste de travail (« restrictions d'aptitude ») ceci est conforme au principe mondial d'adaptation du travail à l'homme (selon la Convention de l'Organisation Internationale du Travail) et non à son antithèse qui se traduirait par un enfermement dans l'alternative apte/inapte demandée par le patronat. Rappelons qu'après une inaptitude en majorité en lien avec le travail, 72 % des salariés ne retrouveront pas de poste de travail.

LA PLURIDISCIPLINARITÉ

Il y a danger à se laisser enfermer dans un transfert de responsabilité sur les responsabilités respectives des employeurs et du service de santé au travail : l'employeur est responsable de l'évaluation des risques et de leur transcription dans le DU.EvRP (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels).

La clinique médicale est nécessaire à la compréhension du travail réel. Elle permet d'appréhender la réalité vécue par le salarié.

Face aux « mesures de simplification », il est du rôle de l'a-SMT de demander un cadre pour l'activité de médecine du travail.

Les points importants à défendre sont :

- La nécessité de l'entretien individuel (« visite médicale », « ESTI »).
- Le secret médical.
- Le lien Santé/Travail et la relation avec l'employeur.
- L'équipe médicale (qui nécessite un cadre juridique).
- L'action collective en entreprise.

SUR LA PÉRIODICITÉ DES « VISITES MÉDICALES »

Les visites d'embauche (VE) sont épuisantes dans le cadre des contrats précaires et on peut s'interroger sur leur efficacité. Les visites périodiques (VP) permettent l'instauration de la confiance entre le salarié et le médecin, mais cela nécessite parfois plusieurs années. Elles permettent aussi d'avoir une vue collective de l'ensemble des salariés d'une entreprise.

Les visites à la demande du salarié : il est parfois difficile de répondre à ces demandes du fait de la surcharge de demandes de VE ou VP et pourtant elles sont primordiales.

QUI FIXE LA PÉRIODICITÉ ?

Si la périodicité est fixée collectivement par les représentants des salariés, ceci doit laisser la place à une demande individuelle d'un salarié car l'art.14 d'une

directive européenne prévoit que tout salarié peut demander une visite médicale.

La périodicité doit elle être fixée par voie législative ou ne peut on imaginer que ce soit à l'initiative du médecin du travail ? Un minimum légal de périodicité paraît nécessaire de « garde-fous » car « nous sommes dans un monde de fous ».

La périodicité ne peut être déconnectée des moyens en temps médical ou effectifs à suivre

Nous constatons que dans de nombreuses régions le « temps médical » manque et qu'il est nécessaire de prioriser les urgences. On ne peut plus répondre à la demande.

À noter que cette notion de « pénurie de médecins du travail » doit être relativisée. Certaines régions (Rhône-Alpes, PACA, etc.) sont beaucoup moins impactées et il ne faudrait pas que cette « pénurie » serve d'alibi à une démedicalisation des services de santé au travail voulue par le CISME (voir la thèse de MARICHALAR[10]).

Les « visites » systématiques permettent d'observer les mutations dans les entreprises, car il est difficile d'effectuer un diagnostic collectif à partir de cas cliniques isolés.

Quand au problème de l'absentéisme, il résulte de plusieurs causes : impossibilité pour le salarié de se libérer de son travail, oubli de la visite, absence de création d'un climat de confiance avec le médecin.

EN CONCLUSION LE TEXTE SUR LES SOUBASSEMENTS DE NOTRE EXERCICE MÉDICAL COMPORTERA LES POINTS SUIVANTS NÉCESSAIRES

- l'identification des risques professionnels ;
- la veille en santé au travail ;
- les préconisations individuelles d'aménagement de poste de travail ;
- l'alerte collective ;
- le statut de l'équipe médicale ;
- démonter le discours sur l'inutilité de la rencontre individuelle ;
- un accès « invisible » pour l'employeur, du salarié au médecin du travail ;
- une périodicité minimale ;
- la mort de l'aptitude.

.....

10- Pascal MARICHALAR, chargé de recherche au CNRS <http://iris.ehess.fr/index.php?2146>

LA MISE A MORT

DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

ET DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Intervention pour le SNPST, le SMTIEG, le collectif CGT et CGT-UGICT des médecins du travail, par l'association Santé et Médecine du Travail

Les médecins du travail sont chargés depuis 1946, d'une mission d'ordre public social qui consiste « à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

La médecine du travail a, dès l'origine, été entravée par deux dispositions :

- la gestion de l'institution par les employeurs qui ont ainsi les moyens de s'opposer à un exercice qui serait contraire à leurs intérêts immédiats ;
- et la notion d'aptitude et celle d'inaptitude du salarié au poste de travail qui sont pourtant absentes de la loi organique qui ne prévoit que des propositions de transformation ou de mutation de poste. Ces notions ont perverti durablement l'exercice de la médecine du travail en lui donnant l'image négative d'une médecine de sélection.

Cela a induit chez certains médecins du travail un exercice fondé sur la recherche de « *susceptibilités individuelles* » et la mise à l'écart du salarié plutôt que l'adaptation du poste de travail. Le contraire de sa mission !

Devant l'évidence que beaucoup de travailleurs perdent leur vie à la gagner, des médecins du travail élaborent depuis les années 1990 :

- des pratiques comme la « *clinique médicale du travail* », (prendre le travail comme grille de lecture des altérations de la santé) ;
- et des actions de mise en visibilité des risques professionnels.

Leurs pratiques comportent un appui à l'action de prévention des CHSCT et des DP et des coopérations avec les autres praticiens du champ de la santé au travail,

notamment les experts des CHSCT. Ainsi ils peuvent aider leurs patients à accéder à leurs droits légitimes, parfois en recourant à l'inspection du travail.

Les modes d'exercice clivent les praticiens en médecine du travail selon leur positionnement :

- les médecins du travail engagés du côté de la santé des travailleurs ;
- et des médecins plutôt positionnés en appui à l'employeur en matière d'hygiène et de sécurité.

La mise en visibilité par les médecins du travail, du point de vue exclusif de la santé des travailleurs des risques et des altérations de leur santé par le travail :

- devient pour les employeurs un enjeu incontournable
- et un risque juridique réel que vont majorer les jurisprudences de 2002 sur l'obligation de sécurité de résultat.

Alors les employeurs veulent construire l'invisibilité sur les risques du travail et leurs effets. Il leur faut pour cela contrôler encore plus l'institution « médecine du travail » avec une stratégie de « *démédicalisation de la médecine du travail* », suppression au moins du suivi médical périodique de première ligne.

À partir de 2000, l'État complice, avec les employeurs, tarissent la ressource en médecins du travail. Cela est complété par une politique agressive des employeurs envers les praticiens « non conformes ».

Le temps est maintenant venu de la mise à mort de la médecine du travail par sa transformation en médecine de sélection médicale de la main d'œuvre à l'embauche (aptitude) et dans l'emploi (inaptitude).

C'est l'objet du projet « Macron » qui veut simplifier la médecine du travail en la supprimant, pour sécuriser juridiquement les employeurs au détriment du droit à la santé au travail.

Notons que seul le projet de supprimer la possibilité légale, pour les médecins du travail de préconiser par écrit un aménagement de poste de travail, nécessitant de passer par loi. Ici c'est la façon la plus honteuse qui a été choisie, l'ordonnance sans débat qui a dans un premier temps a été retenue. Qui se souvient que dans la loi de 1991 définissant les principes généraux de prévention, seule la nécessité pour les organisations du travail de respecter la santé des hommes et des femmes n'a jamais fait l'objet du moindre décret d'application. *Exit* la réalité des RPS et des psychopathologies !

Les 21^{ème} et 22^{ème} mesures « Macron » l'organisaient. Elles seront reprises dans un projet de loi spécifique, dont les objectifs sont :

- de « *simplifier la visite médicale* ». Les visites d'embauche ne concerneraient plus que les salariés exerçant des métiers « difficiles et dangereux ». Cela méconnaît la réalité du travail d'aujourd'hui et l'explosion des RPS ! La visite médicale périodique est mise en cause. **La médecine du travail de première ligne, pour tous, risque ainsi de disparaître.**
 - ◆ Or c'est elle qui permet au médecin du travail, d'informer le salarié sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire.
 - ◆ Or la visite médicale périodique est un élément clinique essentiel pour le médecin du travail pour permettre de comprendre ce qui se

joue pour la santé de chaque salarié au travail, et ainsi tenter de la protéger en « aménageant le travail à l'homme ».

- de « *clarifier la notion d'aptitude ou d'inaptitude* ». Selon l'État et le MEDEF, l'employeur ne pourrait librement licencier son salarié du fait des restrictions médicales, **c'est-à-dire des préconisations médicales d'aménagement du poste de travail dans l'intérêt de sa santé**, au risque d'être poursuivi pour discrimination liée à l'état de santé !

Même pas peur de raconter n'importe quoi !

Devant les premières protestations, l'application de ces mesures a été retirée du train de lois « Macron » et renvoyée aux travaux d'une commission « aptitude et médecine du travail », **qui alimenteront une future loi REBSAMEN**. On peut craindre que cette commission conclut conformément aux mesures de simplification.

Oui, l'État et le MEDEF,

- veulent démedicaliser la médecine du travail, **c'est-à-dire effondrer le support de sa mission d'ordre public social** ;
- veulent n'offrir que le choix entre « aptitude ou inaptitude » !, **c'est-à-dire laisser sans recours de « sauvegarde médicale » les travailleurs maltraités par des organisations et des conditions de travail délétères.**

Ce projet de sélection médicale de la main d'œuvre sonnerait le glas de la médecine du travail et du projet de protection de la santé au travail qu'elle garantit, inscrit dans la Constitution de la République et socle du contrat social.

À nous de résister !

!

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 40).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

UNE CLARIFICATION NÉCESSAIRE LA MÉDECINE DU TRAVAIL EST-ELLE UNE MÉDECINE DE SÉLECTION DE LA MAIN D'ŒUVRE OU DE PRÉVENTION POUR TRANSFORMER LE TRAVAIL ?

Alain CARRÉ, Dominique HUEZ

L'APTITUDE(1) ET L'INAPTITUDE UNE SÉLECTION MÉDICALE DE LA MAIN D'ŒUVRE

« **D**ans le cadre d'un suivi de santé réaffirmé, les avis d'aptitude avec ou sans réserve **qui ne seraient pas consentis par le salarié** »(2), « les avis d'aptitude, d'inaptitude ou les préconisations faites à l'employeur **sans que le salarié les accepte** »(3) sont-ils « **incompatibles avec le métier de médecin du travail** » ? L'aptitude médicale peut-elle perdurer si on la rendait compatible « **avec le principe du libre arbitre concernant sa santé affirmé par la loi pour tout citoyen et avec la mission préventive de la santé au travail** »(4) , en laissant le salarié libre de transmettre ou non l'avis d'aptitude ou d'inaptitude ?

Il ressort de l'examen des textes législatifs et réglementaires que, depuis 1946, la partie législative du Code du travail n'envisage pas la notion d'aptitude, seule la partie réglementaire l'évoque. En effet, l'article L.4624-1 (5) précise que le médecin du travail « *est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations*

.....

1- Une mission sur « Aptitude et médecine du travail » a été confiée par le Ministre du travail et celui de la santé confiée le 7 novembre 2014 à M. Pierre BOISSIER, chef de l'IGAS, M. Michel ISSINDOU, député de l'Isère, M. Christian PLOTON, directeur des ressources humaines du groupe Renault, M^{me} Sophie FANTONI-QUINTON, professeure de médecine du travail, docteur en droit.

2- Souligné par nous

3- Souligné par nous

4- Quand leur origine n'est pas précisée, les citations entre guillemets sont des extraits de l'article de M^{me} la professeure FANTONI-QUINTON, paru dans la *Semaine sociale LAMY* du 10 novembre 2014, « *Que deviendrait la faute inexcusable sans aptitude à l'embauche ?* ».

5- Article L.4624-1 CDT – « *Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs.*

ou transformations de postes...». La liste des propositions de transformations de poste possibles, que précisent les décrets d'application, sont : la « *modification de poste* », « *l'aménagement de poste* », « *l'adaptation du poste* », « *l'affectation à d'autres postes* », « *les préconisations de reclassement* ».

Ce qui fait sens ici est la référence au poste de travail. La loi le place au centre de la proposition du médecin du travail. On ne peut qu'en déduire que c'est l'inadaptation manifeste du poste à assurer le maintien de la santé du travailleur, voire susceptible d'y atteindre, qui est ici en cause, en référence à l'adaptation du travail à l'homme, principe de prévention qui s'impose à l'employeur(6) .

Seule « *l'inaptitude au poste* », envisagée elle aussi uniquement dans les décrets d'application, entraîne une ambiguïté puisque, pour être en cohérence avec la loi, le médecin du travail devrait se limiter à indiquer les « *mutations de poste* » nécessaires c'est-à-dire l'indication des postes que pourrait occuper le travailleur, sans conséquence sur sa santé.

La notion « *d'aptitude médicale* » est encore plus contestable et objet d'interprétations ambiguës depuis

.....

L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail. »

6- Article L.4121-2 CDT – « *L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L.4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :*

(...) 4° 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 les effets de ceux-ci sur la santé... »

1946, du fait de l'absence précise de définition. Consiste-t-elle à vérifier que la santé du travailleur est compatible avec le « profil du poste » c'est à dire avec les conditions de travail du poste dans lequel il est affecté et qu'on ne se proposerait pas de modifier ? L'aptitude tire alors l'exercice de la médecine du travail du côté obscur de la sélection médicale de la main d'œuvre.

Dans ce cas l'aptitude est contraire au principe de non-discrimination.

Le principe d'un consentement du salarié à l'aptitude ne délivrerait pas l'employeur d'une partie de son obligation de sécurité de résultat. Ainsi, il suffit que le risque collectif soit signalé par le CHSCT pour que la faute inexcusable soit de droit pour la victime(7) . Il faut également remarquer que l'article L.4122-1 du Code du travail qui instruit les devoirs du travailleur en matière de prévention précise que l'observation ou l'inobservation de ses devoirs par le travailleur ne saurait délier l'employeur de son principe de responsabilité dans ce domaine(8) .

Inférer que la fin de l'aptitude serait la fin de la consultation médicale ne vaut que si celle-ci avait pour objet unique une sélection du travailleur sur ses vulnérabilités personnelles. L'application des articles L.4624-1, R.4624-11 et R.4624-16 dément cette hypothèse.

L'EXERCICE EN MÉDECINE DU TRAVAIL CONSISTE-T-IL PRINCIPALEMENT

À DÉPISTER LES « VULNÉRABILITÉS PERSONNELLES » ?

Évoquer les « *vulnérabilités de santé ayant motivé les préconisations de la part du médecin du travail* », les « *vulnérabilités spécifiques du salarié face à son poste de travail* », une « *susceptibilité particulière qui conduirait [le salarié] à courir un plus grand risque de pathologie* », « *un danger spécifique concernant un salarié* »

7- Article L.4131-4 CDT – « *Le bénéfice de la faute inexcusable de l'employeur prévue à l'article L.452-1 du Code de la sécurité sociale est de droit pour le ou les travailleurs qui seraient victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'eux-mêmes ou un représentant du personnel au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail avaient signalé à l'employeur le risque qui s'est matérialisé.* »

8- Article L.1122-1 CDT – « *Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail.*

Les instructions de l'employeur précisent, en particulier lorsque la nature des risques le justifie, les conditions d'utilisation des équipements de travail, des moyens de protection, des substances et préparations dangereuses. Elles sont adaptées à la nature des tâches à accomplir. Les dispositions du premier alinéa sont sans incidence sur le principe de la responsabilité de l'employeur. »

en particulier (préconisation ou restriction du médecin du travail) », relève de la tendance actuelle, dont témoignent notamment les dérives institutionnelles, de réduire l'objet de la médecine du travail à la détection des vulnérabilités de santé du travailleur.

Or, la médecine du travail a pour objet de prévenir et dépister les altérations de la santé des travailleurs du fait de leur travail. L'exercice clinique individuel de la médecine du travail consiste à identifier la relation entre des altérations de la santé d'un travailleur et des éléments pathogènes de sa situation professionnelle. À ce titre les praticiens procèdent comme tout médecin à l'établissement de diagnostics médicaux qui comportent l'identification de la ou des étiologies de l'affection en cause.

L'exercice de la médecine du travail impose au médecin du travail d'informer le travailleur des risques de sa situation professionnelle et de leurs liens, éventuellement pathogènes, à sa santé. Comme tout médecin, le médecin du travail « *doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose...* » (R.4127-35 du Code de la santé publique). Le droit à l'information du patient sur son état de santé porté par l'article L.1111-2(9) est un des éléments fondateurs de la révision du Code de la santé publique de 2002 et l'entretien individuel sa condition.

Ainsi, lors de la visite d'embauche (d'où son intérêt) le médecin du travail a pour mission « *D'informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire* »(10) et lors de la visite périodique « *de l'informer sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire* »(11) .

La prévention des risques professionnels individuels des travailleurs ne repose pas sur la prise en compte de « *vulnérabilités* » personnelles par la grâce d'un certi-
.....

9- Article L.1111-2 CSP – « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel... »

10- Article R.4624-11 CDT

11- Article R.4624-16 CDT

ficat de contre-indication médicale émis par le médecin du travail. La contribution du médecin du travail consiste à transformer le travail pour préserver la santé de tous à partir de sa connaissance acquise lors du suivi systématique de la santé des travailleurs. Dès lors qu'il existe une prédisposition, c'est-à-dire une caractéristique personnelle qui donne un avantage ou constitue un inconvénient en matière de santé, toute discrimination sur ce critère constitue un délit. Il s'agit d'une potentialité et non d'une certitude.

Ainsi, pour qu'elle s'exprime il faut en général que cette prédisposition rencontre d'autres facteurs qui la favorisent. Il s'agit d'une notion probabiliste dont l'application aux personnes n'a médicalement qu'une implication de vigilance accrue et de contrôle des cofacteurs et en aucun cas des préconisations qui donneraient une importance démesurée à cette potentialité. En général, plusieurs facteurs de risques convergent et constituent un risque qui, à la faveur de circonstances, va avoir des conséquences sur la santé. Ne pas tenter d'identifier ces facteurs professionnels et s'en tenir au dépistage de vulnérabilités personnelles serait pour un médecin ne pas répondre à son obligation de moyen.

LES PROPOSITIONS DE TRANSFORMATION OU DE MUTATION DE POSTE PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL SONT-ELLES UNIQUEMENT UN ACTE MÉDICAL ?

Les propositions du médecin du travail sont un acte médical, ce qui impose la nécessité pour le médecin du travail d'obtenir le consentement du travailleur dans ce domaine. Toutefois, il faut considérer le contexte spécifique de la proposition. Si le Code de la santé publique amène le médecin à prendre en considération l'avis du travailleur dûment éclairé/consentant, **ce dernier n'endosse pas la décision qui reste celle du médecin.**

Le médecin du travail est investi d'une mission d'ordre public social de protection de la santé des travailleurs au travail. Il l'accomplit en identifiant et en signalant les facteurs de risque du travail d'altération de la santé des travailleurs et leurs éventuels effets à la fois à la collectivité de travail et à chaque travailleur. Ses analyses collectives et individuelles se complètent et s'intègrent dans le cadre d'une clinique médicale particulière : la clinique médicale du travail. Les propositions de transformation ou de mutation de poste naissent principalement de l'exercice de cette clinique. Elles ne peuvent être, en aucun cas, l'exposition d'un diagnostic individuel et se doivent de respecter les règles de secret médical. L'employeur ne construit donc pas son action de prévention à partir de sa connaissance des prétendus susceptibilités individuelles qu'il n'a pas à connaître.

Elles sont bien l'énoncé d'un diagnostic mais il porte sur le poste de travail. S'il est précisé que ces propositions sont justifiées par « *des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs* »(12), cela signifie que le poste de travail est incapable d'assurer le maintien de la santé de tous les travailleurs dans leur diversité de santé et qu'il retentit négativement sur celle-ci. La proposition du médecin du travail engage l'employeur qui, dès lors qu'il ne la suivrait pas, doit en exposer les motifs.

Toutefois le législateur ne précise pas que la proposition ait à recueillir l'assentiment du travailleur. Tout au contraire il met en place une possibilité de contestation de l'employeur et du travailleur auprès de l'inspecteur du travail. Il est intéressant ici de noter que c'est la décision de l'inspecteur du travail qui s'impose et non l'avis du médecin inspecteur régional du travail (MIRT), la décision de l'inspecteur du travail ne devant pas être « conforme » à l'avis médical du MIRT.

Il ne s'agit donc pas d'une contestation réglée par une procédure d'expertise médicale mais bien d'une contestation dans le cadre du droit qui ne considère pas la proposition du médecin du travail du point de vue du libre consentement éclairé porté notamment par l'article L.1111-4 du Code de la santé publique. C'est une autre position que définit la loi : le médecin du travail étant délégataire pour la puissance publique de l'obligation régaliennne de la protection de la santé du travailleur au travail c'est, de ce fait, l'administration du travail qui arbitre le désaccord. La proposition du médecin du travail est bien un acte médical mais n'est pas seulement un acte médical puisqu'elle relève également de l'ordre public social et que par principe il est exclu que la proposition ne soit pas publique.

Il est donc indubitable que le médecin du travail doit respecter la volonté du travailleur en matière de décisions concernant sa santé. Ne pas le faire est impossible sans entamer la confiance du patient envers le médecin, condition préalable à l'acte médical(13).

S'abstenir de transmettre la proposition de transformation ou de mutation de poste et remettre au travailleur, « *les conseils et avis qui lui sont exclusivement destinés* », libre à lui de les transmettre ou non à son employeur, est une solution de facilité qui ne prend pas en compte la totalité de l'article L.1111-4 et n'est pas conforme à son esprit.

.....

12- Article L.4624-1 CDT

13- C'est ainsi que prononcer des aptitudes à l'embauche détruit la confiance des travailleurs envers le médecin du travail qui délivre « le permis médical de travail ».

En effet, celui-ci précise que : « *Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.* » Cela implique donc que le médecin du travail doit, **actuellement et dans les conditions existantes**, tout mettre en œuvre pour convaincre le travailleur d'accepter cette proposition dès lors que son absence mettrait en danger la santé de son patient.

Dans l'esprit de ces dispositions il peut différer sa proposition, en traçant dans le dossier médical les raisons qui justifient ce report et prendre le temps de comprendre ce qui est en jeu et de le faire comprendre à son patient. Il peut ainsi, en cas « *d'inaptitude au poste* », recueillir l'avis du MIRT(14), dans le but de convaincre le travailleur et de faire appel ainsi à un autre médecin.

C'est bien en amont de la proposition que doit être obtenu le libre consentement éclairé. Le seul motif légitime et exclusif des propositions du médecin du travail est l'intérêt de la santé du travailleur, son patient. Mais plus encore que pour un autre médecin, et c'est la difficulté incontournable de cet exercice médical, sa proposition est un déterminant essentiel du versant social de la santé.

Passer outre et atteindre à la santé sociale du travailleur c'est lui nuire, ce qui contrevient au premier principe hippocratique. Sauf si le travailleur a perdu la raison ou est dangereux pour les tiers, le principe de cette pratique devrait être : « **pas de proposition de transformation ou de mutation de poste sans l'accord du travailleur pour une décision engageant la responsabilité du seul médecin** ».

**LA NATURE INÉGALE DU CONTRAT DE TRAVAIL
LE TRAVAILLEUR, LA SUBORDINATION
ET LA SANTÉ SOCIALE**

Dès lors que les propositions du médecin du travail seraient remises uniquement au travailleur qui en userait librement, cette « *asymétrie dans l'information au bénéfice du travailleur* » et « *si le salarié dissimule à son employeur une susceptibilité particulière qui le conduirait à courir un plus grand risque de pathologie* » atteindrait-elle au « *droit de savoir de l'employeur pour mettre en œuvre son obligation de sécurité de résultat* », puisque l'employeur doit tenir compte notam-

.....
14- Article R.4624-32 CDT – « *Avant d'émettre son avis, le médecin du travail peut consulter le médecin inspecteur du travail.* »

ment pour accomplir son obligation de sécurité de résultat « *des vulnérabilités spécifiques du salarié face à son poste de travail* » « *ayant motivé des préconisations de la part du médecin du travail* » ?

Cela aurait-il des conséquences en matière d'obligation de sécurité de résultat notamment en matière de « *faute inexcusable de l'employeur* »(15) ? Ces inférences n'envisagent pas les dissymétries de fait entre l'employeur et le travailleur considérés ici comme deux personnes contractantes de puissance égale. Or, comme l'écrit Alain SUPIOT : « *la subordination du travailleur (...) a pour objet essentiel d'encadrer l'exercice du pouvoir qu'il confère ainsi à une personne sur une autre. (...) Ce pouvoir prend à revers les grands principes sur lesquels repose le droit des contrats : principe d'égalité des parties et principe de liberté contractuelle (...) le droit du travail s'est nourri de cette tension entre l'idée du contrat qui postule l'autonomie des parties et l'idée de subordination, qui exclut cette autonomie.* »(16)

Postuler que l'exercice d'un droit par le travailleur (le libre consentement) devrait par équilibre entre les parties contractantes entraîner une réciprocité pour l'employeur (atténuation de son obligation de sécurité de résultat et de sa conséquence la faute inexcusable) ignore l'inégalité entre les parties qu'entraîne la subordination.

Cela est particulièrement vérifié dans le cas d'une « *vulnérabilité personnelle* » susceptible de retentir sur « l'aptitude ». Rappelons ici que l'employeur doit protéger la santé physique ou mentale des travailleurs. Or la santé est un parfait état de bien-être physique psychique et social pour conduire sa destinée. Jamais un employeur n'a eu, au fil du temps, à supporter une obligation concernant le respect de la santé sociale du travailleur. Cela constitue une deuxième dissymétrie dans les obligations réciproques du contrat de travail au bénéfice de l'employeur. Car, ce n'est pas la crainte pour sa santé physique ou mentale qui motive la méfiance des propositions du médecin du travail ou leur refus. C'est parce que les entreprises sélectionnent les travailleurs sur des critères de santé et que l'emploi et le travail sont les enjeux de cette sélection.

Le travailleur qui dissimule des caractéristiques de sa santé au médecin, ou à l'employeur, est prêt à hypo-

.....
15- On peut douter de la pertinence d'une telle question dans la mesure où la jurisprudence constante de la Cour de cassation n'admet pas d'atténuation de la « *faute inexcusable de l'employeur* » du fait d'une faute du salarié :

https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2009_3408/etude_personnes_3411/chambre_civile_3418/vulnerabilite_droit_securite_sociale_3429/faute_inexcusable_15333.html

16- Alain SUPIOT, *Critique du droit du travail*, 1994, PUF, Les voies de droit.

théquer sa santé physique ou mentale pour préserver son emploi et son travail, composantes essentielle de son existence au monde et de son ancrage dans la société.

Non seulement les conditions de travail empirent et la précarité s'installe mais la maladie ou l'âge deviennent des critères de sélection. Ainsi, une étude récente(17) montre que 90 % des inaptitudes au poste de travail se concluent par le licenciement du travailleur, que seuls 25 % de ces travailleurs retrouveront un emploi et que 50 % de ces causes d'inaptitude sont liées aux conséquences du travail. L'obligation de recherche de poste voire de reclassement liée au contrat de travail existe bien peu à l'épreuve des faits. C'est cette entorse de l'employeur au contrat de travail, responsable d'une troisième dissymétrie dans l'application du contrat de travail au bénéfice de l'employeur, qui motive la prudence du travailleur en matière de propositions d'aménagement ou de mutation de poste. On est loin d'une prévention reposant sur l'exercice souverain de la libre volonté du travailleur de se soustraire au risque via le médecin du travail, en passant sous silence la posture subordonnée du travail salarié qui engage l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur.

Contrairement à l'employeur qui se doit de préserver uniquement la santé physique ou mentale des travailleurs, le médecin du travail a aussi comme devoir de préserver leur santé sociale. Il ne peut se retirer sur l'Aventin et s'abstenir d'intervenir en rendant secrètes ses propositions.

- Préserver la santé sociale c'est apparemment ce que font les médecins du travail puisqu'on les accuse de résister à prononcer des inaptitudes au motif qu'ils proposent « des avis d'aptitude "avec réserves" » et que « leurs avis sont parfois assortis de telles restrictions qu'ils constituent quasiment une inaptitude de fait » ne permettant pas le licenciement par l'employeur(18). Est-ce à la sélection médicale de la main d'œuvre sur des « *vulnérabilités*

.....

17- C. BUCHET, A. COL, B. DE LABRUSSE, H. RIGAUT, M. MASSE et M. FAIVRE-DUPAIGRE, Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, mai 2010

18- 22^{ème} proposition de mesure de simplification du gouvernement en débat : « 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.

particulières de la personne » et à l'interdiction effective de proposer toute transformation de poste qu'on destine notre métier ? La proposition de laisser seul le travailleur tenter de préserver sa santé sociale, qui se joue dans l'emploi et le travail, n'est pas conforme à la conception de notre métier et à nos pratiques élaborées entre pairs.

Nous montrons ici qu'elle est incompatible avec le droit :

- L'aptitude médicale avec ou sans l'accord du travailleur est discriminatoire puisque constituant une sélection médicale de la main d'œuvre et devrait donc être supprimée.
- Du fait de la hiérarchie des principes du droit, l'aptitude n'est pas le centre des décisions du médecin du travail pour un travailleur à la santé altérée et cette hiérarchie implique qu'il privilégie les transformations ou mutations de poste.
- La recherche des vulnérabilités personnelles ne saurait être le soubassement de l'exercice du médecin du travail et de ses décisions, au regard de sa mission d'ordre public social qui notamment garantit la santé sociale du travailleur.
- La proposition du médecin du travail n'est pas seulement un acte médical mais elle est aussi un acte d'ordre public social. S'il obéit aux règles du Code de la santé publique, le médecin du travail ne peut méconnaître le caractère public de la proposition en référence au Code du travail et de ce fait il endosse seul la responsabilité de ses décisions pour un travailleur y consentant.
- Le contrat de travail est entaché par la subordination et dans le cas précis par l'absence d'obligation de l'employeur en matière de santé sociale, et ces dissymétries rendent caduque par conséquent le principe d'une réciprocité de nature contractuelle en matière d'information sur sa santé de la part du travailleur.

Une pratique médicale clinique individuelle préservée du risque de la discrimination, permet l'identification médicale des risques, la veille médicale collective et le devoir d'alerte médicale collectif, adossés au suivi médical individuel de tous.

Il est donc possible de supprimer l'aptitude médicale tout en préservant les fondations de l'exercice d'une médecine du travail pour chacun, si besoin par des propositions individuelles pour modifier le travail, permettant ainsi de préserver le travailleur de conditions de travail délétères.

.....

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. »

LETTRE AUX PARLEMENTAIRES

SUR LES FONDAMENTAUX

DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

POUR LA RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Association SMT

Madame, Monsieur,

Dans les mesures de simplification du droit pour les entreprises, la médecine du travail est concernée par deux propositions : l'une sur les visites médicales accusées d'être « *chronophages et peu ciblées, au détriment de la prévention* » et l'autre sur l'utilisation de nuances apportées à l'aptitude du salarié pour aménager ou transformer des postes de travail. Ces propositions de « simplification » auront des conséquences désastreuses sur la prévention des risques professionnels et sur le droit des salariés à la préservation de la santé, sous tendue par le droit européen et la mission régalienne de l'état du droit de chacun à la santé.

Ces propositions nous montrent que le métier de médecin du travail est méconnu : non seulement il ne repose pas sur l'appréciation de l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail, ce qui le réduirait à une sélection de main-d'œuvre mais les consultations « périodiques » sont au contraire très ciblées et ne se font pas du tout « *au détriment de la prévention* ». Le métier de médecin du travail est très spécifique et repose sur des fondamentaux qui sont totalement ignorés par ces propositions de simplification. C'est ce que nous allons démontrer.

Dans ses prérogatives, le médecin du travail déploie son activité dans quatre axes essentiels : l'identification médicale des risques professionnels, 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 grâce à la réalisation de consultations régulières pour chaque salarié.

Dans son activité de consultations, le médecin du travail utilise bien évidemment ses connaissances médicales, mais aussi ses savoirs sur les effets délétères connus des expositions aux risques professionnels. Quand il reçoit un salarié, il connaît son poste de travail, il a une certaine connaissance du métier du salarié et des risques qui s'y rattachent habituellement. Dans la consultation, le médecin du travail fait le point sur la santé du salarié, et sur son poste de travail (les modifications éventuelles, les produits utilisés, les procédés, les équipements de protection). Il peut alors prescrire des examens complémentaires pour le suivi de ces expositions. Il fait des liens entre la santé du salarié et les risques auxquels il est exposé. Il peut l'informer des effets de ces risques sur la santé et des moyens de s'en protéger. Ce travail est complété par la connaissance des postes dans l'entreprise quand il s'y déplace. La spécificité de ce métier est en grande partie liée à cette connaissance médicale de l'ensemble des salariés d'une entreprise, et de leur environnement professionnel. Cela permet ensuite de conseiller l'employeur pour la prévention des risques professionnels de manière ciblée dans son entreprise, pour l'aider dans sa responsabilité d'assurer la santé physique et mentale des travailleurs du fait de leurs conditions de travail (L.4121-1 Code du travail). Enfin, ces consultations contribuent aussi à impliquer les salariés dans la prise en charge de leur propre santé au travail par les informations qui leurs sont données.

Cette identification des risques professionnels ciblée de chaque salarié dans sa situation unique de travail ne peut avoir lieu qu'avec des entretiens réguliers individuels avec le médecin du travail. Ces entretiens servent

également à la surveillance de l'apparition de nouvelles pathologies qui pourraient être en lien avec les conditions de travail, c'est la « veille médicale ». Ce travail fin pour chaque salarié permet aussi de détecter des signes avant-coureurs de maladies, ce qui permet de prendre des mesures correctives rapidement avant même l'apparition de potentielles pathologies professionnelles. Cela contribue donc à la mission de prévention.

Du fait de cette activité clinique médicale lors des consultations, le médecin du travail peut éventuellement 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* ». À l'instar de ce qui a pu être dénoncé, il ne s'agit pas du tout d'« *avis d'aptitude "avec réserves" (...) avec de telles restrictions qu'ils constituent quasiment une inaptitude* » : il s'agit bel et bien de prévoir des transformations préventives, parfois valables pour tout le collectif de travail, puisqu'il paraît évident que tous les salariés n'ont pas un corps identique et qu'un médecin est bien placé pour conseiller un employeur sur ce sujet. Il s'agit de faire en sorte que le poste de travail n'abîme pas d'avantage la santé du salarié, ni même celle des autres salariés. Par exemple, quand un médecin du travail conseille de limiter la manutention lourde, il faudrait sans doute penser à améliorer cette situation de manutention lourde pour tous les salariés.

Actuellement, à l'issue des consultations de tous les salariés d'une entreprise, le médecin du travail peut également avoir identifié un risque lié à une organisation du travail ou des traces déjà existantes d'expositions professionnelles. Son analyse précise de la situation lui permet de rédiger des écrits motivés et circonstanciés

des mesures visant à préserver la santé des salariés (de l'article L.4624-3 du Code du travail), éventuellement sous la forme d'une alerte. La légitimité d'une alerte médicale dans l'entreprise apparaît parfois incontournable au regard de la gravité ou du nombre de personnes touchées. Elle est alors transmise à la collectivité de travail pour que chacun des acteurs (employeur, représentants des salariés et médecin du travail) puissent participer à la construction d'une vraie politique de prévention de la santé au travail.

Il est impératif que soient préservés les entretiens réguliers des salariés avec les membres de l'équipe médicale, c'est-à-dire constituée par le médecin du travail entouré d'une ou plusieurs infirmières du travail formées. Ne pas accorder les moyens nécessaires à leur réalisation serait renoncer à leur droit constitutionnel à la protection de la santé au travail.

L'aptitude au travail est à l'opposé du principe d'adaptation du travail à l'homme présent dans le droit européen et dans plusieurs conventions internationales signées par la France. C'est une exception anachronique au droit fondamental à l'absence de discrimination. L'aptitude au poste de travail doit disparaître.

Libérée de l'aptitude, la médecine du travail basée sur une activité clinique médicale individuelle systématique périodique de chaque salarié réalisée par l'équipe médicale de médecine du travail et complétée par l'activité en milieu de travail assurée par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, pourra ainsi jouer pleinement son rôle d'information et de conseil à la communauté de travail en matière d'information individuelle et collective des risques professionnels.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, en l'expression de notre considération distinguée.

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 CARRÉ, 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 CARRÉ 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 cardio-vasculaires... 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 ma-

lady 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'ori-

gine 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.

BILLET SUR LE BURN-OUT

Dominique HUEZ

Le *Burn-out* ou Syndrome d'Épuisement Professionnel se caractérise par une détresse *émotionnelle, physique et psychique*. C'est un processus délétère effondrant la motivation de sujets très impliqués et engagés dans leur travail, **face à des situations** d'une relation d'aide concernant un public en grande souffrance psychique. On peut y pointer le rôle des conflits de valeur, du sens du travail, de la qualité empêchée, des exigences d'un travail sans marge de manœuvre, de la fragilisation des collectifs de travail. Ce syndrome se caractérise comme une spirale de l'érosion de l'engagement, des sentiments, et la diminution de l'accomplissement personnel. Il peut conduire à une dépression professionnelle, à une anxiété généralisée ou un état de stress post-traumatique.

Ce syndrome n'est pas reconnu par la classification médicale internationale comme une pathologie.

Les descriptions les plus diverses du *burn-out* le caractériseraient par des dizaines de signes cliniques si divers qu'ils peuvent être contradictoires entre eux ! **Aujourd'hui le *burn-out* apparait comme concept pléthorique des pathologies d'épuisement.**

Il y a un risque à employer des « mots valises » amalgamant cause et conséquence, moyen de dédramatiser la maladie sans la nommer, ni d'analyser le travail !

L'emploi du vocabulaire de *burn-out* présente un avantage pour quatre publics aux motivations et intérêts bien différents :

- Pour l'employeur, il évite de nommer la causalité du travail et de son organisation, en le dégageant ainsi des responsabilités de son « obligation de résultat » pour en prévenir les risques, pourtant maintenant bien décrits dans le rapport du collègue d'expertise des RPS.
- Pour les médecins il exempte, croient certains, de leur responsabilité à faire un diagnostic médical, à en instruire le lien avec le travail, et à le tracer en tant que de besoin par un écrit médical.
- Pour les politiques il permet de surfer sur la souffrance sociale, en oubliant les obligations régaliennes de prévention des effets d'un travail délétère et du devoir d'en permettre une réparation en maladie professionnelle, sous une forme accessible

à tous et non limitée à des incapacités supérieures à 25 %. Il n'y a toujours aucun décret permettant d'encadrer la prévention des organisations du travail pathogènes, la loi le permettant datant de 1991 !

- Pour les salariés, l'emploi de ce vocabulaire est une façon de dire et de socialiser leur souffrance psychique professionnelle, malheureusement pour eux d'une façon qui ne leur permet pas d'en comprendre les causes ni que soit nommée la pathologie qui les invalide et ne pourra donc pas être reconnue.

De fait, se déploient suite à cela de multiples tentatives d'individualisation des causes renvoyant à de soi-disant faille de la structure de la personnalité et enfermant dans des pratiques de soins comportementaux où la compréhension des causes communes au collectif de travail n'est pas nommée. Cela structure le risque de psychologisation et de victimisation. Les *coaches*, les cellules d'écoute, les numéros verts, et tous soins sous subordination et injonction de l'employeur fleurissent. Les employeurs ont maintenant des prétentions de soignant pour s'exempter de leur responsabilité de prévention des risques à la source des organisations du travail !

On rend invisible ce qui fait difficulté dans le travail pour pouvoir travailler ensemble. On ne prend pas en compte le souci de chacun de pouvoir bien travailler, gage d'une construction de la santé au travail.

Oui à un tableau de maladie professionnelles s'appuyant sur les risques repérés scientifiquement par le collège d'expertise des RPS et permettant la réparation des trois pathologies nommées précédemment, identifiées par la commission spécialisée du COCT.

Oui à une démarche préventive permettant de sauvegarder les bases de la coopération professionnelle, fondées sur la capacité à discuter entre pairs des difficultés du travail permettant des disputes et la construction de règles de métier et ainsi la transformation collective des organisations pathogènes.

Il faut d'urgence rouvrir un débat sur les moyens de penser, préserver et de développer les coopérations et le « travailler ensemble ».

SÉCURITÉ AÉRIENNE

ET LEVÉE DU SECRET MÉDICAL

Dominique HUEZ

Le crash de l'A320, le 24 mars 2015, a été provoqué par le geste suicidaire du copilote. Faut-il pour autant, au nom de la sécurité aérienne, lever le secret médical ? Non, soutient fermement Dominique HUEZ, ancien médecin du travail en centrale nucléaire.

Le crash de l'Airbus A320 qui causé la mort de 150 personnes le 24 mars dernier a été expliqué par une décompensation psychopathologique du copilote. Beaucoup de commentateurs et d'experts affirment depuis que la levée du secret médical serait la panacée pour prévenir de tels drames. Il n'en est rien : le remède serait pire que le mal, avec des effets dévastateurs multiples.

EST-IL POSSIBLE À UN MÉDECIN DU TRAVAIL D'AGIR ?

Oui. Il peut émettre des préconisations d'aménagement du poste de travail opposables à l'employeur. Il peut également déclarer une « inaptitude temporaire au travail » du salarié ; il adresse alors ce dernier à un médecin de soins pour prise en charge médicale urgente. Dans ce cadre, le travailleur, qui plus est s'il est en « surveillance médicale renforcée » – comme c'est le cas pour un pilote de ligne –, ne pourra reprendre le travail qu'avec l'aval du médecin du travail et dans les conditions qu'il aura préconisées. À noter que le salarié ou l'employeur peuvent contester les préconisations du médecin du travail.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL PEUT-IL ÊTRE AU COURANT D'UNE DÉCOMPENSATION MÉDICALE D'UN TRAVAILLEUR ?

Oui, si le médecin du travail a construit avec le salarié une relation de confiance – base de toute relation médicale –, fondée sur le respect du secret médical et renforcée par une pratique clinique de suivi personnel

dans le temps. Cette pratique est garantie réglementairement par l'objet même de la médecine du travail : l'action dans l'intérêt exclusif de la santé du salarié. Lorsque la pratique médicale respecte ces fondamentaux, le médecin du travail pourra être informé d'éventuelles difficultés relatives à la santé du travailleur, que ce soit par l'intéressé lui-même, par des collègues inquiets, ou encore par la hiérarchie de proximité. Toutefois, lorsque les conditions d'emploi des personnels sont basées sur un fort taux de turn-over, des rotations d'équipes ou une concurrence exacerbée qui empêchent la formation de véritables collectifs de travail, cela ne facilite pas un climat de confiance propice à ces signalements bienveillants.

Le médecin pourra rencontrer le salarié de sa propre initiative. Il ne rendra pas compte aux collègues ni à la hiérarchie de son action proprement médicale. Il agira en engageant sa responsabilité par écrit. S'il estime que l'appréciation du salarié sur sa santé est empêchée par son état psychiatrique, il pourra établir des préconisations médicales, opposables à l'intéressé et à l'employeur (et contestables par ces derniers).

De nombreux médecins du travail ont rencontré des situations de décompensation de maladie maniaco-dépressive sur un mode délirant ou de décompensation paranoïaque. Ils ont pu agir dans l'intérêt exclusif de la santé du patient, tout en protégeant de son éventuelle dangerosité ses collègues et/ou le public.

UNE MÉDECINE D'EXPERTISE EST-ELLE NÉCESSAIRE CONCERNANT LES « POSTES DE SÉCURITÉ » ?

Cela est souhaitable pour la délivrance du permis de conduire poids lourds ou de la licence de pilote de ligne. Par essence, cette médecine d'expertise est limitée au cadre réglementaire qui la constitue. Elle fonctionne avec des décisions médicales qui s'imposent au

travailleur et n'est donc pas fondée sur la confiance. Aussi, le salarié ne déclare au médecin expert que ce qu'il veut bien, sachant les conséquences que cela aura sur son emploi. Cette médecine, qui ne peut s'inscrire au début d'un processus de soins éventuels, a donc de très nombreux angles morts.

En conséquence, il est illusoire de penser que l'élaboration de la sécurité dans les transports – qu'ils soient aériens, routiers, ferroviaires ou maritimes – ou dans

les centrales nucléaires peut reposer sur la seule sélection de candidats indemnes de pathologies psychiques et sur la détection de sujets présentant des risques de décompensation. Penser que c'est en levant le secret médical que l'on y parviendra risque au contraire d'augmenter la dissimulation par les salariés de leurs difficultés psychiques. C'est au contraire en misant sur la confiance envers le médecin du travail et sur la coopération dans les équipes que la sécurité progressera.

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 – Odile RIQUET

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Josiane CRÉMON – Annie LOUBET-DEVEAUX – Florence JEGOU – Jocelyne MACHEFER – Nicolas SANDRET

SECRÉTAIRE : Gilles SEITZ

TRÉSORIER : Alain RANDON

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Benoît DE LABRUSSE

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Martine BERNARD, Marie-Andrée CADIOT, Mireille CELLIER, Karyne DEVANTAY, Jean-Marie EBER, Claude GARCIA, Catherine GONDRAN, Alain GROSSE-TÊTE, Michel GUILLAUMOT, Nadine KHAYI, Claire LALLEMAND, Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Nathalie PENNEQUIN, Claire THOMASSIN

APTITUDE ET VISITES

ÉTAT D'AVANCEMENT DES ACTIONS EN COURS

(PROCÈS ORDRE, ÉTATS GÉNÉRAUX)

Compte rendu de la Journée de Printemps Association Santé et Médecine du travail, 21 mars 2015

Benoît DE LABRUSSE, Jean-Noël DUBOIS, rapporteurs

APTITUDE ET VISITES

RAPPEL DE LA CHRONOLOGIE DES FAITS PAR ALAIN CARRÉ

La proposition du CISME(1) a été reprise quasiment mot pour mot (le CISME préconise « l'abandon d'un suivi (médical) systématique », et de « repenser les modalités de déclarations d'inaptitudes ») dans le projet de simplification(2) (les articles 21[3] et 22[4] du gouvernement). Ces articles ont été, **pour l'instant**, retirés de la Loi sous pression de certaines organisations. Action modérée mais qui a porté ses fruits.

.....

1- La pétition du CISME et des présidents de service de santé au travail, demandant l'abandon des visites médicales ; Lettre ouverte de l'association Santé et Médecine du Travail aux parlementaires : Un projet gouvernemental de démantèlement de la prévention médicalisée en médecine du travail dicté par le CISME ; <http://www.asmt.org/actu-choc.simplification.htm#cisme/>

2 http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/dp_50_mesures_de_simplification_pour_les_entreprises.pdf
http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2014/10/dp-simplification_50_nelles_mesures-v3.pdf

3- « 21. Simplifier la visite médicale »

Aujourd'hui : la visite médicale, pourtant obligatoire, n'est réalisée que dans 15 % des cas et peut relever de la formalité impossible (faiblesse des effectifs de la médecine du travail, contrats courts...), ce qui place les employeurs dans une forte insécurité juridique. Parallèlement, les visites périodiques (annuelles ou tous les deux ans) sont chronophages et peu ciblées, au détriment de la prévention.

Demain : cette législation sera revue au premier semestre 2015 pour mieux l'adapter aux besoins de prévention des salariés et de sécurisation juridique des entreprises.

Echéance : 2^{ème} semestre 2015 »

Deux mesures :

➤ La première, la 21^{ème}, vise à « simplifier la visite médicale périodique »... en la supprimant (!) au motif qu'elle serait « chronophage » ou « au détriment de la prévention ». Or précisément cette visite permet au médecin du travail, comme le précise la réglementation, d'informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail, sur les conséquences médicales des expositions et le suivi médical nécessaire.

➤ La 22^{ème} « mesure de simplification » propose de « clarifier la notion d'aptitude ou d'inaptitude ». En effet, selon ce texte : « lorsque les médecins du travail délivrent des avis d'aptitude "avec réserves" »

.....

4- « 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.

Echéance : 2^{ème} semestre 2015 »

(plus d'un million), ces avis sont parfois assortis de telles restrictions qu'ils constituent quasiment une inaptitude de fait ». Ces « aptitudes avec réserves » seraient des fausses inaptitudes et remettraient en cause la sécurité juridique des employeurs.

Une commission « Aptitude et médecine du travail » composée de cinq experts : M. Michel ISSINDOU (député PS de l'Isère), M. Pierre BOISSIER (Chef de l'IGAS), M. Christian PLOTON (DRH du groupe Renault) et M^{me} la P^{re} Sophie FANTONI-QUINTON (professeur de médecine du travail – docteur en droit) a reçu une note de mission des Ministres de la Santé M^{me} Marisol TOURAINE et du Travail M. François REBSAMEN pour réaliser des auditions des parties prenantes et rendre un rapport d'expert début juin 2015 ; elle servirait de coupe-feu. Il est à noter que **cette commission ne comporte qu'un représentant des employeurs et aucun des salariés**

Un amendement, style « cavalier législatif » a été déposé puis retiré de la dernière Loi de santé (site de l'Assemblée nationale[5]). Il proposait d'inscrire les dispositions par ordonnance. Le débat a été refusé.

La Commission a auditionné l'association SMT représentée par Dominique HUEZ et Alain CARRÉ. Ils en sont ressortis avec l'impression que l'on se dirigeait vers un **système de suppression de l'aptitude systématique avec persistance de l'inaptitude sans pouvoir d'aménagement du poste de travail**. L'aptitude serait maintenue car elle est liée à l'inaptitude, qui est le seul facteur de discrimination. Si les propositions sur les aménagements de poste sont mortes (sauf pour les travailleurs handicapés), ce serait contraire à l'article L.4624-1[6] du Code du travail.

.....

5- En date du 13 mars 2015 Loi de SANTÉ – (N° 2302) AMENDEMENT N°AS1506 présenté par le Gouvernement **RETIRÉ AVANT DISCUSSION** « Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi relatives à la constatation de l'aptitude et de l'inaptitude médicale et à leurs conséquences pour le salarié et l'employeur, ainsi que les mesures relatives à l'organisation des services de santé au travail et aux missions des personnels y concourant, notamment celles des médecins du travail, en vue de déterminer des priorités d'intervention au bénéfice d'une protection de la santé des travailleurs plus effective dans les entreprises. (...) »

6- Article L.4624-1 : « Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail. »

Lors de la consultation de nos représentants par la commission, D. HUEZ a proposé la création d'un Service de médecine du travail au sein des SSTI, géré par le Code de la santé publique qui permettrait de différencier le personnel médical soumis au Code de la santé publique (médecins, infirmières) des autres personnels. Cette proposition aurait retenu l'attention de M. GOSSELIN.

Sur le maintien de la visite périodique, il y eut un accrochage avec le député de l'Isère M. ISSINDOU, sur le fait que c'est la base du métier de médecine du travail. La visite périodique et la visite d'embauche voient leur existence menacée. L'aptitude sautant, la visite d'embauche n'a plus d'intérêt pour eux.

[Aparté : lors d'une réunion SUMER, en présence seulement des techniciens DARES et DRES (sans la DGT ni la DGS, et absence de la CFDT et de la CGC), il a été précisé que des « visites SUMER » seraient maintenues, avec tirage au sort des salariés des médecins volontaires participant à l'enquête.]

La Commission devrait rendre son avis début juin 2015.

QUELLE STRATÉGIE ?

Deux articles du P^r Sophie FANTONI-QUINTON : un de décembre 2013 dans la revue *Droit Social*, « Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ? »(7) qui semble opposé à celui de novembre 2014 paru dans la *Semaine sociale Lamy*, « Que deviendrait la faute inexcusable sans aptitude à l'embauche ? »(8).

➤ Article D. HUEZ et A. CARRÉ dans la *Semaine sociale Lamy* de décembre 2014(9).

➤ Article A. CARRÉ, « plaidoyer pour une suppression de l'aptitude », proposé à une revue (sociale) en attente de publication.

.....

7- Sophie FANTONI-QUINTON, « Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in)aptitude ? », *Droit Social* n°12 décembre 2013, p. 1023-1030, <https://www.animt.fr/download/get/52/inaptitude-fantoni>

8- Sophie FANTONI-QUINTON, « Que deviendrait la faute inexcusable sans aptitude à l'embauche ? » *Semaine sociale Lamy*, 10 novembre 2014, <http://www.wk-rh.fr/actualites/detail/79898/que-deviendrait-la-faute-inexcusable-sans-aptitude-a-l-embauche.html>

9- Dominique HUEZ, « Simplifier la médecine du travail : vers une médecine de sélection médicale de la main d'œuvre en dépistant des vulnérabilités individuelles sans proposition à l'employeur de transformation de poste ? » *Semaine sociale Lamy*, 29 décembre 2014, <http://www.a-smt.org/2014/2014-12-08Reponse.Fantoni.semaine.Lamy.AC-DH.pdf>

10- L'association SMT a été officiellement entendue par la commission « Aptitude et médecine du travail » le 24 février 2015 et a développé les éléments suivants concernant les aménagements des postes de travail et le cœur clinique du métier de médecin du travail : « APTITUDE-INAPTITUDE », <http://www.a-smt.org/2015/2014-11-24-aptitude-inaptitude.pdf>

Un résumé de l'argumentaire présenté pour l'audition à la Commission est en ligne sur le site a-SMT(10).

DISCUSSIONS SUR LA NOTION D'INAPTITUDE

Historique

Dans les années 60-70 on ne mettait pratiquement pas d'inaptitude (le plus souvent il y avait accord préalable sur les conditions de la reprise entre le salarié et l'employeur, le médecin entérinait ensuite cet accord). Puis à partir des années 80-85, notamment dans les entreprises de transport et de nettoyage, apparition de l'impossibilité d'aménager et de reclasser en raison même de la précarité de ces entreprises qui par contrat ont dû multiplier par deux leur rendement (pression temporelle) sinon elles perdaient le marché. L'inaptitude devenait la seule sortie.

Rappel : le terme « restrictions d'aptitude » est à bannir de notre vocabulaire et à remplacer par « propositions d'aménagement du poste de travail ».

Argumentation pour la suppression de l'inaptitude : c'est une mesure discriminatoire contraire à un certain nombre de textes internationaux. Elle permet à l'employeur de licencier, sous couvert de la décision médicale, sans en porter la responsabilité. Maintenons les aménagements de poste pour amener le médecin à utiliser toutes les possibilités de maintien dans l'emploi (aménagements, restrictions, reclassements, mutations, formations...).

90 % des inaptitudes aboutissent certes à des licenciements, mais ne relatent pas tous les aménagements qui ont abouti à des reclassements. **Ainsi les aménagements de poste/reclassement, sont invisibles par rapport aux échecs que représentent les inaptitudes**

Mettons le doigt sur la maltraitance dont le salarié est l'objet.

Aux mots « inaptitude au poste » ne faudrait-il pas substituer l'expression « risque sa santé dans l'entreprise ».

Ne faudrait-il pas parler d'inaptitude du poste à recevoir le salarié plutôt que d'inaptitude du salarié à occuper le poste.

L'inaptitude réduit la fonction du médecin du travail à une action médico-légale, entrant dans le cadre de la sécurité juridique de l'employeur.

Donc proposition de supprimer l'inaptitude en gardant la possibilité pour le médecin du travail de déclarer la santé du salarié incompatible avec le travail proposé mais avec l'accord du salarié.

Arguments pour le maintien de l'inaptitude

Mais que faire des salariés en « mal-être » qui « veulent » partir sans démissionner ? L'inaptitude sans proposition de reclassement permet cette sortie.

Mais que faire en cas de constatation chez des salariés d'état d'usure, en lien avec le travail. On a « sauvé » des gens par l'inaptitude.

Mais que faire en cas d'aménagement impossible ?

L'article L.4624-1 ne permet pas toujours des mutations de poste dans l'entreprise (surtout dans les petites entreprises).

Cela devient plus spécifiquement de la responsabilité de l'employeur.

Loi du 4 mars 2002(11) : Pouvoir garder l'inaptitude avec l'accord du salarié... avec des arguments médicaux.

La rupture conventionnelle pourrait-elle servir de fusible au contrat de travail. Mais elle ne prend pas en compte le lien santé/travail lorsqu'il ne fonctionne plus. Si l'employeur la refuse, la situation devient insupportable pour le salarié et la maladie s'installe. Il ne reste plus alors que la solution de l'inaptitude.

Mais on ne comprend pas l'intérêt de la suppression de l'inaptitude. Car ce peut être un droit du salarié qui n'est pas une discrimination, et c'est le rôle et la mission du médecin du travail de sortir le salarié d'un environnement pathogène, dangereux pour lui même. Ne devrions-nous pas plutôt parler d'**inaptitude des postes au salarié** ? Cela ne résulte-t'il pas des contradictions de l'économie ?

Intérêt de l'inaptitude qui s'impose à l'employeur. La question est le respect des droits du travail du salarié. Des éléments de santé ne peuvent pas être connus de l'employeur. Qu'est ce qui reste du contrat de travail et du livre IV du Code du travail sur la responsabilité de l'employeur ? Ce qui est positif : l'inaptitude s'impose à l'employeur ; le salarié n'a pas à discuter de sa santé avec l'employeur.

En cas de risque pour la santé mentale du salarié, on peut utiliser la formulation suivante, « *Dans le contexte actuel de l'établissement où est employé [salarié], celui-ci est actuellement dans l'incapacité de tenir son poste. Il existe un risque d'altération de sa santé psychique. Sauf à remédier à cette problématique — ce qui relève*

.....
 11- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
 12- « (...) l'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise, doit en assurer l'effectivité en prenant en

de la compétence et des obligations de l'employeur(12) —, une inaptitude est à envisager pour la reprise à son poste dans l'établissement de [...] »

Dans une entreprise à statut jusqu'en 1990 ; on observait une diminution du nombre d'inaptes grâce aux possibilités de reclassement, ceci jusqu'à l'arrivée de la sous-traitance. Avec la concurrence, c'est l'augmentation de la demande d'aménagements de postes qui gêne les employeurs. Quelles conséquences : bascule de l'éthique d'une partie du corps médical en quelques années vers la médecine d'entreprise.

À la RATP le statut des « agents » permet une période de reclassement de 12 mois, suite à une inaptitude. Mais le problème se pose à nouveau au-delà de cette période et les reclassements deviennent de plus en plus difficiles. Il y a une forte pression des employeurs pour restreindre les aménagements de poste et pour prononcer des inaptitudes totales.

On peut aussi avoir recours aux dispositifs de maintien dans l'emploi (utilisation du statut de Travailleur Handicapé et Sameth) et de reclassement. Sortir le salarié par des projets de formation tel le CIF qui permet de construire un projet alternatif.

Certains pensent que la RQTH n'est qu'une échappatoire facile et pas souvent effective, de plus le statut de travailleur handicapé stigmatise le salarié.

Pour la Seine Saint-Denis, le recours à la MDPH devient problématique, avec une forte progression des demandes de reconnaissance sur le département, les dossiers « TH entreprise » ont souvent des retards de traitement de douze mois. Par ailleurs les médecins évaluateurs, au statut précaire de vacataires, investiguent peu le lien santé-travail.

D'autres ont des expériences plus positives :

- Intégration du SAMETH dans le service de santé au travail.
- Les MDPH fonctionnent bien en Loire Atlantique et le statut de travailleur handicapé est protecteur.
- D'autres au contraire ont une expérience de l'intérêt de la collaboration avec la SAMETH. De même intérêt des déclarations des MP pour la reconnaissance de travailleur handicapé.
- En Haute-Corse, bon fonctionnement de la Cellule de maintien dans l'Emploi (médecins du tra-

.....
considération les propositions de mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique ou mentale des travailleurs que le médecin du travail est habilité à faire par l'article L.241-10-1 du Code du travail. » (Cass. Soc. 20 septembre 2006, n°05-42925)

vail/médecins conseils/assistantes sociales CARSAT/SAMETH) ; en 2014 sur 68 dossiers traités, 28 ont eu une issue favorable, soit 41 %, maintien dans l'emploi ou reclassement.

JEUNES MÉDECINS

Que les « jeunes médecins étrangers » soient formatés n'empêche pas de miser sur la possibilité de construire les métiers par travail entre pairs et institutions. Importance du cadre de travail. Nous aussi, les anciens avons appris sur le terrain, la construction du lien santé/travail.

Beaucoup de jeunes confrères ont peu de connaissance des postes de travail. Ils craignent les contestations de leurs avis. Certains sont pusillanimes devant les plaintes aux conseils de l'Ordre des médecins.

CONCLUSION

Pas d'accord obtenu entre nous sur la suppression de l'inaptitude qui empêche l'aménagement du poste de travail et qui garde parfois un rôle protecteur de la santé du salarié.

Nous rappelons notre attachement au consentement éclairé du salarié.

**ORDRE DES MÉDECINS
(PRÉSENTATION PAR ALAIN CARRE)**

- Le D^r Bernadette BERNERON a été condamnée à un avertissement par la Chambre disciplinaire du Conseil de l'ordre du Centre dans la plainte posé par la FDSEA alors qu'elle exerçait comme médecin hospitalier(13). Appel au CNOM. Nombreuses irrégularités dans le déroulement du procès : non prise en compte (?) par le Conseil départemental et absence d'argumentaires.
- Seconde affaire(14) : B. BERNERON/ laboratoire Selcobio. La plainte contre B. BERNERON est inconsistante (plaidoirie « pitoyable »). En séance de la Chambre disciplinaire, du Conseil régional de l'Ordre des médecins, bon appui du MIRT, Bernard ARNAUDO, après refus de conciliation et soutien du Conseil départemental.
- Avignon, deux cas de plaintes de médecins psychiatres contre le médecin du travail du centre hospitalier psychiatrique.

.....
 13- « Le Docteur Bernadette BERNERON, médecin du travail, ici consultante au CHU de Tours pour la Souffrance au travail, vient d'être condamnée à la sanction de l'avertissement par la Chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins du Centre. », <http://www.a-smt.org/>

14- « Deuxième comparution du D^r BERNERON devant l'Ordre des médecins : Suffit-il d'être employeur pour avoir gain de cause ? », <http://www.a-smt.org/>

Mais la question de fond n'a pas été traitée : les employeurs peuvent-ils saisir les instances ordinales ? Les plaintes se multiplient contre des généralistes et des psychiatres. Offensive globale du patronat. Apparemment ils veulent faire condamner les médecins pour argumenter aux tribunaux des prud'hommes. En fait l'objet n'est pas de faire condamner mais de faire savoir aux médecins qu'on peut porter plainte contre eux, avec installation d'une autocensure par peur des procès.

Face au discours de nombreux médecins : « *Moins je fais d'écrits, moins je serais attaqué* », il est nécessaire de rappeler la jurisprudence DELPUECH du CNOM(15) (elle a gagné au niveau national et le « national » a reconnu la possibilité pour le médecin du travail de faire une relation entre la souffrance psychologique du salarié et la « maltraitance » de l'employeur, donc le lien santé-travail).

Indignation des médecins du travail suite à la recommandation de ne pas communiquer les correspondances de l'employeur au médecin du travail. (Mais aucune précision n'est donnée sur les correspondances du médecin du travail à l'employeur).

Il est rappelé que les lettres entre médecins (transmise sous enveloppe ouverte par le salarié) ne sont pas des certificats médicaux et ne sont donc pas soumis aux articles 28, 51, 76 du Code de déontologie sur la rédaction des certificats médicaux.

Il est rappelé que les notes sur les risques du travail (traçabilité des risques) font partie du dossier médical et sont donc transmissibles au salarié. Ce ne sont pas des notes personnelles (qui elles ne sont pas communicables).

Il est recommandé de mettre tout courrier adressé à l'employeur en copie au salarié, ce qui entraîne en général en retour la même pratique chez l'employeur.

Préciser également que le courrier est constitutif de la fiche d'entreprise.

**COLLECTIF D'APPEL
(PRÉSENTATION PAR ALAIN RANDON)**

Lors du Congrès de décembre 2014 nous avons décidé, de répondre favorablement à la proposition du SNPST d'**États généraux de la santé au travail**, et à l'appel de Solidaires (SUD) de rejoindre le **Collectif pour la santé des travailleuses et des travailleurs**.

.....

15- « Le D^r DELPUECH est relaxée de toute faute par la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins. », <http://www.a-smt.org/>

Ce collectif regroupe actuellement un certain nombre d'organisations syndicales, associatives, et des personnalités investies dans le champ de la santé au travail telles que :

- pour les organisations syndicales : Sud Travail, Solidaires, UGFF-CGT, SNUTEFE-FSU, SNTTEFP-CGT, SM, SAF.
- pour les cabinets d'expertises CHSCT : Degest, Cedaet, Apteis.
- pour la médecine du travail : collectif CGT et UGICT-CGT médecins du travail, SMTIEG-CGT, Ass-SMT, SNPST.
- Danièle LINHART (CNRS), Fondation Copernic, association Henri PEZERAT, Annie THEBAUD-MONY, FNATH, Attac.

Il devrait s'élargir en particulier du côté des organisations syndicales

Ce collectif s'est constitué en réaction aux dispositions de la loi Macron « sur les mesures de simplifications » qui remettent en cause en particulier, l'inspection du travail, les comités d'entreprises et les CHSCT et à l'origine la médecine du travail.

Notre action auprès des élus et dans la presse, dont vous parlera Alain CARRÉ, a contribué à dissocier la médecine du travail de la loi Macron, mais la remise en cause reste à l'ordre du jour. Le *lobbying* se poursuit.

L'objectif du collectif est pluriel : être un lieu d'initiatives et de coordination.

- Huit réunions ont déjà eu lieu.
- Réalisation d'un meeting le 11 février 2015 avec un dossier de presse, des interventions très intéressantes, en particulier celle de Danielle LINHART(a).
- Réalisation de tribunes :
 - ◆ L'objectif des tribunes est de créer un climat mettant en relief et politisant les questions de santé au travail.
 - ◆ Une tribune sur les CHSCT, avec pour idées principales : ce qui est en danger c'est la possibilité pour les salariés d'analyser et intervenir sur le travail réel.
 - ◆ Un texte sur la nocivité du travail de nuit (et donc de la loi Macron) (A. CARRÉ)
 - ◆ L'idée, sur les différentes tribunes, est d'associer des signatures issues d'horizons différents (chercheurs, médecins, syndicalistes, etc.).

➤ **Programmer des États généraux de la prévention de la santé des travailleurs et des travailleuses pour octobre 2015 (décalé depuis au début 2016).**

- ◆ Avec deux demi-journées de préparation.
 - ⌘ La première demi-journée de préparation des États généraux est fixée à la mi-avril.
 - ⌘ Lors de cette réunion préparatoire, il s'agira, d'effectuer un état des lieux, destiné notamment à mettre en lumière les failles originelles qui ont permis d'affaiblir le système de prévention des risques pour la santé des travailleuses et des travailleurs, puis une analyse des procédés mis en œuvre pour le détruire.

Ainsi, les États généraux pourront être consacrés à **élaborer des propositions pour une refondation de la prévention des risques du travail, « afin que plus personne ne perde sa vie à la gagner ».**

.....

a/ « La remise en question des CHSCT, comme d'autres dispositifs qui visent à préserver la santé des salariés se situe dans le cadre d'une offensive idéologique du management qu'il importe d'analyser car il crée les conditions d'un consentement, d'une acceptation par l'opinion publique et un fine des salariés eux-mêmes de ce qui n'est rien d'autre qu'une attaque en règle de leurs intérêts, de leurs besoins, de leur santé.

L'histoire de la mise au travail capitaliste nous enseigne que les porteurs d'innovations organisationnelles qui impliquent une dégradation des conditions de vie au travail des travailleurs ont toujours pris soin de produire un discours de légitimation. Ce fut le cas de Taylor et de Ford qui sont parvenus, à leur époque, à convaincre même ceux qui avaient une pensée de gauche. Ils présentaient les changements qu'ils mettaient en œuvre (le travail en miettes et à la chaîne) comme servant le bien commun, l'intérêt général : en l'occurrence une augmentation de la productivité permettant d'augmenter les salaires et le nombre de produits à consommer.

À quoi assiste-t-on aujourd'hui ? À une confiscation de l'entreprise par ses managers. Les managers parlent en son nom, comme s'ils représentaient, à eux seuls, tous ceux qui la composent. Ils s'arrogent

le droit de dire ce dont l'entreprise a besoin, c'est-à-dire ce dont tous ceux qui y travaillent ont besoin. Ils mettent en avant le contexte particulier de guerre économique mondiale, où il faut se battre pour préserver les emplois à travers a recherche de performance et de compétitivité. Pour ne pas perdre cette bataille, l'entreprise a besoin de liberté, de simplification, et de réduction d'incertitude.

Elle a besoin de liberté. Entendez : il faut libérer non pas les travailleurs, mais le travail. C'est-à-dire étendre le travail de nuit, le travail du dimanche, pour le bien de tous. Il faut éviter de compliquer la vie aux dirigeants. Il faut simplifier. Simplifier le Code du travail, limiter les contraintes, permettre des licenciements plus aisés, alléger les dispositifs, éloigner les experts qui sous prétexte de préserver la santé des travailleurs et défendre leurs droits, viennent alourdir le travail des dirigeants, leur compliquer la vie et leur faire prendre des risques. Face à la concurrence et un monde qui évolue vite, les entreprises, nous dit encore le Medef, doivent bénéficier d'une réduction de l'incertitude. Et cela passe logiquement par une précarisation croissante des salariés que l'on doit pouvoir débaucher et embaucher au gré du carnet de commandes. Non, il ne s'agit pas d'alléger le travail des salariés, de diminuer leurs objectifs souvent démesurés et les procédures, les reporting qui les mettent sous tension. Il ne s'agit pas de leur donner plus d'autonomie dans la définition de leurs missions et des moyens pour y parvenir. Il ne s'agit pas de les libérer de l'empilement de signes souvent contradictoires. Il ne s'agit pas de les sortir des environnements dangereux et toxiques. Il s'agit de diminuer les contraintes' qui pèsent sur leurs dirigeants et qui visent à contrôler les conditions de la mise au travail des salariés. Le Medef énonce et réclame ce dont il a besoin, pour ses entreprises où au fond les salariés ne sont que des intrus qui mettent en danger l'entreprise par leurs exigences inconsidérées et déplacées.

Ce que réclame le Medef et ce sur quoi embraye le gouvernement avec la loi Macron, c'est la santé de l'entreprise et non pas, mais vous l'aurez compris, la santé des travailleurs qui la font vivre. Avec cette idée sans cesse proclamée que ce qui est bon pour la santé de l'entreprise est nécessairement bon pour ses salariés dans une dénégation totale du rapport de forces qui est établi en faveur du management dans un contexte de capitalisme financier.

Si ce discours parvient à convaincre c'est que la stratégie managériale d'individualisation de la gestion et du travail des salariés a fait son chemin et a conduit à une entreprise atomisée dans laquelle le management s'arroge une parole collective. Parole difficile à contrer par des organisations syndicales trop souvent divisées dans le cadre d'une politique managériale systématique du changement qui brouille tous les repères. Il est temps de renverser la vapeur. »

B U L L E T I N D ' A D H É S I O N

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

Tél. 06 79 72 44 30 / courriel : secrtaire@a-smt.org / 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 2015

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

Nom : Adresse :

Prénom : Courriel :

PEUT-ON ENVISAGER LA SUPPRESSION DE L'INAPTITUDE ?

PROPOSITIONS DE L'ASS. SMT À LA COMMISSION

« APTITUDE ET MÉDECINE DU TRAVAIL » TIERS TEMPS EN MÉDECINE DU TRAVAIL

**Compte rendu de la Journée de Printemps Association Santé et Médecine
du Travail, 21 mars 2015**

Alain GROSSETETE, Alain CARRÉ, rapporteurs

PEUT-ON ENVISAGER LA SUPPRESSION DE L'INAPTITUDE ?

Construite par décrets, elle ne figure pas dans la loi de 1946 ni dans aucun article en L. L'article L.4624-1 (qui subit les foudres actuelles en particulier du MEDEF) permet d'envisager toutes les dispositions pour que le travailleur puisse être maintenu sans discrimination à son poste, dans une optique conservée d'adaptation du poste à l'homme, et sans mettre en mouvement le dispositif d'aptitude. L'inaptitude est la marque de la sélection du côté de la santé. La seule dérogation légale à l'interdiction de la discrimination sur des critères de santé est médicale !

*PRÉFÉRER DES PROPOSITIONS D'AMÉNAGEMENT
DU POSTE DANS LE L.4624-1
PLUTÔT QUE DES RESTRICTIONS D'APTITUDE*

Un premier élément se dégage des échanges : émettre des restrictions à l'aptitude est une amputation du pouvoir d'agir du salarié qui voit ses marges de manœuvres rabougries dans son « travailler ». Par exemple s'il se voit proposer des restrictions dans ses tâches, elles sont reportées sur son collectif, avec des conséquences via sa fragilisation ; ou pour prendre un autre exemple, devoir se faire aider dans des manutentions est une at-

teinte à son autonomie. Il est préférable chaque fois que possible, de s'en tenir à des propositions d'aménagement du poste. Elles permettent de s'éloigner d'une perspective stigmatisante, qui désigne un état de faiblesse d'un individu qu'il faudrait compenser par un aménagement. En réalité le poste est à aménager parce qu'il ne convient ni à celui qui ne peut plus compenser (prendre sur lui) pour continuer à le tenir, ni à personne. Nous sommes donc dans le champ de la prévention primaire de maladie évitable.

En dehors d'une situation dans laquelle l'inaptitude est prononcée en prévention tertiaire, il existe pourtant des cas dans lesquels l'état de la santé du salarié en lien avec son travail amène à penser que le retrait de l'entreprise lui est nécessaire pour éviter toute aggravation. Le poste de travail n'est pas délétère ; l'organisation du travail n'est pas maltraitante ; mais le salarié est dans un mal-être en lien avec son travail, qui l'amène à souhaiter quitter l'entreprise (cas fréquent dans les TPME). Dans ce cas, le retrait est possible avec l'inaptitude sans avoir à la justifier auprès de l'employeur, c'est à dire en respectant le secret médical. La décision s'impose à l'employeur comme d'origine médicale, tout en lui ouvrant les droits de la contestation.

Un intervenant ne comprends pas comment un poste de travail non délétère peut amener un salarié à « un mal être en lien avec son travail ». C'est une situation qu'il n'a jamais rencontrée. Pour lui c'est toujours un travail non adapté au salarié qui motive son désir de sortie de l'entreprise. Il se pose toujours des problèmes organisationnels (absence de reconnaissance, de marge de manœuvre, etc.).

Il peut arriver qu'un travail ne corresponde pas aux aspirations d'un salarié, que ce travail ne l'intéresse pas, etc. Il y a toujours la possibilité :

- de démission, mais se pose le problème des revenus, en attente de trouver un travail mieux adapté aux aspirations ;
- de rupture conventionnelle, mais elle est parfois refusée par l'employeur. C'est rare.

Pourquoi dans cette situation sa sortie de ce travail devrait-elle passer par le « médical » ?

*LE MÉDECIN DU TRAVAIL DEVRAIT DONC
POUVOIR ACTER D'UN RISQUE POUR LA SANTÉ
À ÊTRE MAINTENU DANS L'ENTREPRISE*

Elle ouvrirait à un nouveau droit de retrait pour le salarié. La « démedicalisation » du retrait du salarié est donc envisageable. Le livre I du Code du travail (contrat de travail) pourrait porter ces nouvelles dispositions, et l'inaptitude disparaîtrait ainsi du livre IV. Mais il est du devoir de l'employeur d'adapter le travail à l'Homme et dans ce cas cette obligation a été défailante. Considérant que le droit de l'inaptitude a ouvert des droits sociaux pour les salariés (licenciement, formation, inscription à Pôle Emploi avec droits ouverts), si le droit à l'inaptitude disparaissait, ce serait avec des droits maintenus ou élargis.

PROPOSITIONS DE L'ASSOCIATION SMT À LA COMMISSION « APTITUDE ET MEDECINE DU TRAVAIL »

Alain CARRÉ, Dominique HUEZ, Association SMT

APTITUDE ET INAPTITUDE

Constat

- L'aptitude et l'inaptitude sont contraires au principe de non-discrimination au travail (convention C111 de l'OIT) et à l'obligation d'adaptation du travail à l'homme (directive européenne 89/391).
- L'aptitude et l'inaptitude sont contraires à la loi de 1946 qui ne prévoit que proposition par le médecin du travail de mutation ou transformation de poste (L.4624-1 du CDT)
- L'aptitude et l'inaptitude ne respectent pas la mission du médecin du travail (L.4622-3 du CDT)

d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs **du fait de leur travail** » et non du fait de leurs « susceptibilités individuelles personnelles » ce qui constitue une sélection des travailleurs sur des critères de santé.

- La sélection des travailleurs sur des critères de santé, si elle était considérée comme licite, relèverait des articles R.4127-105 à R.4127-108 du Code de la santé publique (médecine d'expertise agissant à la demande d'un tiers), ce qui n'est pas actuellement le cas de l'exercice en médecine du travail, et serait incompatible avec l'article R.4127-97 du CSP qui impose « d'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 ».

- La « non contre-indication médicale à l'exposition à un cancérogène » est l'équivalent d'une sommation « d'aptitude » à des facteurs de risque sans seuil et à effets différés. Elle est contraire aux bases de la déontologie médicale. Elle cumule toutes les critiques ci-dessus et doit être remplacée par une « attestation obligatoire de suivi médical » pour des facteurs de risques définis par la réglementation.

Remarque

Comme tout avis médical, qui n'a pas de caractère prédictif mais envisage la situation au moment de l'examen, et ne vaut que pour l'instant où il a été prononcé, un éventuel avis d'aptitude ne confère donc aucune sécurité à l'employeur pour l'avenir. Cela est notamment illustré par les dispositions d'examen médical, à la demande de l'employeur ou du travailleur, pour éclairer leur décision par un avis médical compétent et la nécessité d'un examen médical après arrêt de travail.

Proposition

Dans le strict respect de la Loi, le médecin du travail propose, si nécessaire, pour éviter toute altération de la santé du travailleur, des transformations du poste qu'occupe-(ra) le travailleur ou, en cas d'incompatibilité du poste, propose des postes pouvant être compatibles. Le travailleur et son employeur étant informés des propositions et si nécessaire après recours auprès de l'inspection du travail, c'est dans le cadre de l'obligation de l'employeur d'adapter le travail à l'homme que s'appliquent ces propositions.

CONSULTATION MÉDICALE

Constat

- Toute décision ou avis médical concernant une personne ne peuvent être pris sans examen médical de la personne par le médecin qui les prend. On ne peut y substituer l'examen d'un autre médecin, car

l'exercice de la médecine est personnel (R.4127-69 du CSP). Toutefois le médecin peut requérir des avis complémentaires pour éclairer sa décision.

➤ L'article L.1111-2 du CSP prescrit au médecin d'informer le patient sur son état de santé et son évolution, en référence à des risques éventuels. Il précise que cette information « est délivrée au cours d'un entretien individuel ». C'est pourquoi, alors que l'article L.4624-2 du CDT implique que dorénavant le dossier médical en médecine du travail mentionne les expositions auxquelles le travailleur a été exposé, l'article R.4624-11 du CDT précise que l'examen médical d'embauche a notamment pour finalité « d'informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire ». Cela confirme son absolue nécessité. L'examen médical périodique (R.4624-16 du CDT) a l'objectif conforme d'informer le travailleur sur les éventuels retentissements des risques de son poste sur sa santé en l'informant « sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire ».

➤ La médecine du travail est une spécialité médicale qui concourt à l'exercice d'un droit individuel fondamental pour chaque travailleur à la protection de la santé au travail (11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution). De ce fait, son exercice implique des consultations médicales dont la compétence repose en partie sur les connaissances du médecin du travail du poste de travail de chaque travailleur dans le contexte d'une entreprise et du travail réel effectué et de l'environnement collectif dans lequel il se déroule.

➤ Comme lors de tout acte médical, la consultation de médecine du travail est guidée par une clinique médicale: la clinique médicale du travail. Elle a pour objet principal de comprendre, en tenant compte notamment de la subjectivité du travailleur, ce qui se joue pour lui en matière de santé et lui permettre de comprendre les liens entre son travail et sa santé, afin qu'éclairé par l'avis du médecin du travail, il puisse consentir aux décisions médicales qui le concernent conformément à l'article L.1111-4 du CSP. Ce droit est notamment assuré dans le cadre de la médecine du travail par la possibilité de saisine de l'inspection du travail et la compétence du médecin inspecteur du travail à modifier l'avis du médecin du travail.

➤ La compétence qui préside à l'avis médical et la compréhension de ce qui se joue pour la santé du travailleur, procèdent non seulement de la connaissance et de l'action en milieu de travail mais également de l'enseignement cumulé des consultations

pour ce travailleur, mais aussi de celles des autres travailleurs de la même entreprise.

Proposition

Éclairée par l'action en milieu de travail, la consultation spécifique et périodique de médecine du travail constitue le cœur de l'exercice de la spécialité. Elle ne peut servir de variable d'ajustement à une pénurie en médecins du travail, sans que soient irrémédiablement atteints, non seulement sa qualité, mais aussi, les bases d'un exercice médical de première ligne et pour tous en médecine du travail, et aussi les droits fondamentaux qu'elle assure aux travailleurs.

C'est à la possibilité d'accroître le nombre de praticiens qualifiés, si nécessaire en mettant en place des filières de montée en compétence équivalente et notamment de travail en réseau de praticiens, pour évaluer leurs pratiques et les faire progresser, que doit s'attacher la puissance publique et non dégrader l'accompagnement médical de la santé des travailleurs au travail en espaçant ou en supprimant les examens médicaux en médecine du travail, sauf à vouloir abandonner l'obligation régaliennne constitutionnelle de protection de la santé.

Des infirmières du travail ne peuvent contribuer à la mission du médecin du travail en travaillant sous son autorité technique, que si elles appartiennent réglementairement au « Service de médecine du travail du SST », structure dont les membres relèvent du code de la santé publique, à créer dans les SST par parallélisme avec le « service social » déjà institué réglementairement.

TIERS TEMPS EN MÉDECINE DU TRAVAIL

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES

Avant les décrets de 2012, le temps médical comprenait trois temps : examen clinique, activité de tiers temps, activités connexes. Le troisième temps n'est plus comptabilisé ! s'est-il évaporé ?

Le tiers temps est désigné à présent par la loi du 20 juillet 2011 par sa fonction « action sur le milieu de travail » le médecin du travail l'effectue « avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire »(1).

L'équipe médicale réunit médecin et infirmière, deux métiers régis par le Code de santé publique, au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui est uniquement sous le Code du travail. Cette différence entre deux catégories de personnels destinés à travailler ensemble peut poser quelques difficultés. Examinons celles relatives à l'approche différente de métiers sur le terrain de la santé.

.....
1- 9° alinéa du R.4523-1

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire ce qui devrait la réunir est l'objectif commun de santé au travail. Or il y a parfois, sur le terrain, divergence de vue entre IPRP et équipe médicale. Les IPRP sont des professionnels issus parfois dans leur parcours professionnel, de missions HSE de gestion des risques AT/MP pour le compte de l'employeur. Ils n'ont pas nécessairement une approche en termes de santé, mais plutôt une approche « HSE », par les risques. Lorsqu'ils arrivent ensuite dans un service de santé au travail, leurs missions deviennent plus larges et elles se situent tout comme celles de l'équipe médicale, en prévention primaire. Les IPRP en SST ne sont plus affectés à des missions de gestion des risques pour le compte d'un employeur(2) : dans un service de santé au travail, l'IPRP de l'équipe pluridisciplinaire doit se situer exclusivement sur le terrain de la prévention primaire(3). L'employeur est face à son obligation de sécurité de résultat.

L'article 7 de la Convention européenne distinguait deux éléments : l'obligation faite à l'employeur de disposer pour la surveillance médicale des salariés d'un service médical de prévention. Et l'obligation d'embaucher du personnel pour la gestion des risques. Le législateur français a fait intégrer dans le service de médecine du travail un service qui deviendra « d'aide à l'employeur » et le service en perdra son nom pour devenir Service de santé au travail.

Tout le monde ne partage pas cette analyse. Elle fait débat. Pour certains, il n'y a aucun problème de cette sorte au sein de l'équipe pluridisciplinaire, cela dépendrait donc des services. Pour d'autres, l'ambiguïté de la posture entre gestion des risques et prévention primaire de l'équipe pluridisciplinaire est à l'origine de certaines difficultés rencontrées sur le terrain. Par exemple sur l'aide à apporter à l'employeur sur le document unique d'évaluation : où s'arrêter ?

On assiste ici ou là à une tendance à l'autonomisation entre équipe IPRP et équipe médicale. Les actions sur le terrain sont alors pensées en dehors de tout contenu santé comme des « prestations » ou « actions coordonnées », avec un souci de comptabiliser le nombre de ces actions, dans une logique de débit qui est celle des SST depuis le début.

.....

2- L'employeur désigne un ou plusieurs salariés compétents pour l'activité de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise. (L.4644-1 qui se trouve dans le livre IV, « aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail).

3- Article R.4623-38 – « L'IPRP en interentreprises participe dans un objectif exclusif de prévention à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs. »

COMMENT EFFECTUER SON TIERS TEMPS EN MÉDECINE DU TRAVAIL ?

Cette question ouvre à deux interprétations du fait de la polysémie de l'adverbe « comment ».

Elle peut se comprendre comme une étude de la technicité de cette activité mais aussi dans le contexte de plus en plus difficile de l'exercice comme une interrogation sur la possibilité de déployer réellement cette activité.

Elle ne peut quel que soit le sens choisi s'exempter de deux composantes des pratiques : la première est celle de son lien à l'activité clinique individuelle, la seconde de ses rapports avec l'équipe pluridisciplinaire.

Ce sont ces différents aspects de la question qui seront l'objet des contributions des présent(e)s.

Ainsi, invitant à considérer la différence entre « action sur le milieu de travail » et « mission du médecin en milieu de travail », un(e) des premier(e)s intervenant(e)s tracera une limite entre le tiers temps(4) avant et après la mise en place de l'équipe pluridisciplinaire (EPD) et demandera qu'on en définisse précisément le contenu puisqu'il ne peut se résumer à l'action sur le milieu de travail(5). En effet, alors que cette action fait référence à l'EPD comme effectuant les actions sur le milieu de travail, le temps d'animation et de coordination de l'EPD vient incrémenter le tiers temps du médecin du travail.

Plusieurs interventions confirment que l'hétérogénéité de l'EPD et le « manque d'expérience » de ses membres

.....

4- Rappelons que le tiers du temps du médecin du travail doit être consacré à « ses missions en milieu de travail » (article R.4624-4 du Code du travail) « dans le cadre des actions mentionnées à l'article R.4624-1 » (actions sur le milieu de travail)..

5- CHAPITRE IV Actions et moyens des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail
Section 1 Actions sur le milieu de travail

Art. R.4624-1 – « Les actions sur le milieu de travail s'inscrivent dans la mission des services de santé au travail définie à l'article L.4622-2. Elles comprennent notamment :

- 1° La visite des lieux de travail ;
- 2° L'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi ;
- 3° L'identification et l'analyse des risques professionnels ;
- 4° L'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise ;
- 5° La délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence ;
- 6° La participation aux réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;
- 7° La réalisation de mesures météorologiques ;
- 8° L'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle ;
- 9° Les enquêtes épidémiologiques ;
- 10° La formation aux risques spécifiques ;
- 11° L'étude de toute nouvelle technique de production ;
- 12° L'élaboration des actions de formation à la sécurité prévues à l'article L.4141-2 et à celle des secouristes. »

rend la tâche difficile et séquestre une partie du tiers temps du médecin. Contrairement à ce que le législateur prétend le tiers temps du médecin du travail ne se limite donc pas aux missions définies l'article R.4624-1.

Ainsi les membres de l'EPD ne déploient pas les mêmes règles selon qu'ils appartiennent ou non à l'équipe médicale (dont les membres observent les prescriptions du Code de la santé publique).

Pour certains autres membres de l'EPD l'approche du point de vue de la santé est secondaire : notamment pour les ASST dont les formations privilégient souvent l'hygiène industrielle plus proche de celle des experts HSE (hygiène sécurité environnement).

La logique en œuvre dans les SST privilégie plutôt cette dernière approche et la mission d'aide à l'élaboration du document unique tend parfois à prendre le pas sur l'abord du point de vue de la santé. Ainsi les ASST bien que membre de l'EPD sont souvent chargés d'appui à la gestion des risques ce qui suscite la question de la légitimité dans leurs tâches administratives d'accéder sous la responsabilité du médecin à des données relevant du dossier médical. Un avis majoritaire se dessine pour considérer que ces deux activités sont incompatibles.

L'argumentaire fait appel à la règle explicite concernant les Intervenants en prévention des risques professionnels enregistrés qui ne peut « réaliser des actes relevant de la compétence du médecin du travail ».

*LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL,
QU'EST-CE QUE ÇA CHANGE
DANS L'ACTION EN MILIEU DE TRAVAIL ?*

L'action en milieu de travail est une activité clinique. Elle repose sur la confiance. La question de la confiance des salariés envers le médecin du travail est évoquée comme une similitude d'exigence entre l'activité clinique et l'activité en milieu de travail : pas de confiance sans confiance, pas d'accès à l'observation du travail réel sans confiance.

Le glissement réglementaire de l'élaboration de la fiche d'entreprise du médecin du travail à l'EPD provoque des réactions ambivalentes. Certain(e)s réaffirment que ce document engageant la responsabilité du médecin du travail c'est lui qui en dernière analyse doit avoir la main sur la rédaction. Le caractère administratif contraignant paraît contradictoire avec une approche privilégiant une description fine et plus nuancée porteuse également des doutes du médecin. Toutefois l'intérêt d'une élaboration collective est souligné d'une part pour une économie de temps et de moyens et une plus grande pertinence en croisant les points de vue.

*UNE ACTIVITÉ CLINIQUE À PENSER EN RÉSEAU
POUR CONSTRUIRE UNE VISIBILITÉ SOCIALE
DES EFFETS DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ*

Cette évocation du travail collectif permet de pointer l'absence d'évocation dans l'action sur le milieu de travail des travaux « en réseau ».

Ignorance ou frilosité du législateur, le travail en réseau, acquis essentiel des pratiques en médecine du travail, n'est pas évoqué par la réglementation. Cela est d'autant plus paradoxal que le travail en réseau pourrait augmenter, dans d'importantes proportions, l'efficacité des actions en milieu de travail.

La sous-traitance par le médecin du travail à l'EPD de l'action sur le milieu de travail soulève également des inquiétudes en matière d'expression des salariés sur la réalité de leur travail. La présence du médecin du travail sur le lieu de travail serait perçue par les salariés comme l'ouverture d'un droit à la parole.

Ne serait-il pas intéressant que l'action en milieu de travail fasse l'objet de monographies comme nous en rédigeons pour des situations cliniques individuelles ?

Un praticien en service autonome hospitalier explique qu'« il fait la visite » avec les infirmières et tente de rendre collectif ce qui peut l'être, à partir de l'individuel. Un autre praticien travaillant dans le BTP avec un secrétaire et un technicien ne va sur le terrain que lorsqu'il a vu d'abord au cabinet médical les salariés ; il tente ensuite de confronter les divers regards de tiers dans la rédaction de la pré-fiche d'entreprise.

Une consœur explique qu'ayant fait le DUE de son conjoint médecin généraliste, elle avait beaucoup appris du document et avait retranscrit des éléments dans la fiche d'entreprise ; elle considère que ce travail peut être un préalable à un plan de prévention AT/MP.

Cette activité en réseau est à construire. Il est fait état d'une réunion de CHSCT au pied de la machine, à la demande des syndicalistes : les problèmes de travail y étaient nommés, et des solutions trouvées bien plus efficacement que lors d'une « réunion » en salle.

*L'APPORT DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL
ET LA CONSTRUCTION D'UN ESPACE COMMUN
POUR PENSER LE TRAVAIL*

L'action en milieu de travail avec l'approche de la clinique médicale du travail est une approche plus complète et en même temps plus complexe. Les problématiques sont recueillies, avec d'éventuelles mises en récit. Mais selon l'expérience d'une consœur travaillant dans un hôpital, le savoir mobilisé ne provient pas de l'observation, mais de la clinique au cabi-

net médical. Elle évoque des circonstances dans lesquelles le cabinet médical est transformé en séance itérative avec 25 sages-femmes qui veulent échanger avec elle sur leur travail. Comment de façon plus générale, faire sortir du cabinet ce savoir, dans un lieu où l'on parlerait du travail ? Comment en rendre compte ? L'absence d'un lieu pour parler du travail collectivement reste un obstacle à l'hôpital.

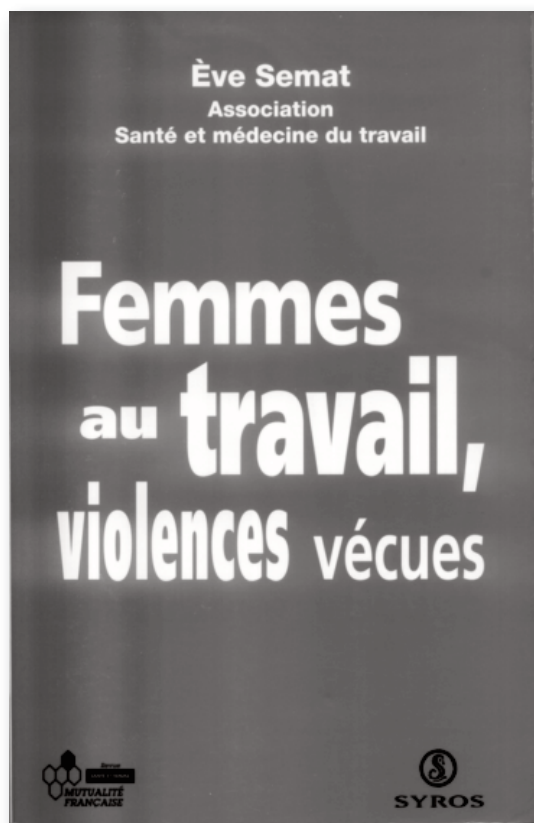
Le contexte des organisations du travail délétères permettent un parallèle entre action individuelle et action collective. Lors de la visite clinique le médecin du travail a accès à l'organisation du travail sans l'avoir observée directement sur les lieux de travail. C'est un lieu qui permet d'entendre et de comprendre et de valider la parole des salariés sans qu'il soit nécessaire d'observer sur place les conditions de travail. Ce n'est toutefois pas un lieu dans lequel on puisse débattre de l'organisation du travail mais un lieu qui ouvre à l'expression du salarié et dans lequel on finit par « voir le salarié travailler ».

Concernant l'entretien infirmier on remarque que la parole des salariés n'est pas identique selon qu'ils s'expriment dans un entretien infirmier ou un entretien médical.

UNE CONCLUSION PARADOXALE

Une conclusion paradoxale du débat pourrait être la discussion sur les thèmes du prochain congrès : une médecine du travail sans visite clinique et au tiers temps sous traité, coupée à la fois de la clinique individuelle et de son observation collective, ne deviendrait elle pas « hors sol » à l'imitation de ces cultures coupées de toute réalité naturelle et artificiellement maintenues en vie.

Mais peut on concevoir une pratique médicale « hors sol » ?



Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Ève SEMAT Éditions Syros

MÉDECIN DU TRAVAIL

EN SERVICE INTERENTREPRISES ET TIERS TEMPS

RETOUR SUR 34 ANS D'EXERCICE DE 1980 À 2014 SUR LE MÊME TERRITOIRE

Annie DEVEAUX

L'exercice du métier de médecin du travail en service interentreprises a considérablement évolué dans les années 1980 avec la mise en place du tiers temps devenu obligatoire en 1979. En parallèle les CHS rendus obligatoires en 1947 dans les établissements industriels, à partir de 50 salariés, sont transformés en CHSCT en 1982 par les lois AUROUX. Le seuil de 50 salariés est étendu à toutes les entreprises (il était à 500 salariés pour les entreprises du tertiaire depuis 1947). Le CHSCT devient une institution représentative du personnel. Les missions du CHSCT évoluent, le CHSCT devant être consulté sur les projets de l'entreprise.

Ces avancées réglementaires quasi simultanées ont favorisé le développement du métier de médecin du travail. C'est dans les mêmes années que les TMS et un peu plus tard les atteintes à la santé mentale constitueront une question quotidienne pour le médecin du travail.

En service interentreprises et surtout à partir de 1982, le médecin du travail est membre de 10 à 20 CHSCT, CHSCT qui se réunissent plus ou moins régulièrement. Quelques CHSCT sont ceux de PME locales et là le médecin du travail essaie d'être présent à chaque réunion. Pour d'autres CHSCT, (banques, service de distribution des eaux, offices de HLM, association départementale s'occupant d'enfants et adolescents handicapés, services et régies de transports de personnes, etc.), le médecin du travail ne suit que quelques salariés d'une agence locale ou d'un établissement et ne peut participer qu'à quelques réunions, en fonction de ses disponibilités, de la date, du lieu et de l'ordre du jour.

Dans tous les cas, l'existence d'un CHSCT constitue pour le médecin du travail, une chance de pouvoir mettre en débat les questions de santé au travail : rien n'interdit au médecin du travail de demander à ce qu'une ques-

tion soit mise à l'ordre du jour du CHSCT par un courrier motivé adressé simultanément au président et au secrétaire du CHSCT. S'il ne peut être présent, rien n'empêche le médecin du travail, sur un point particulier de l'ordre du jour, d'exprimer son point de vue par écrit, écrit transmis avant le CHSCT au secrétaire et au président en demandant que ce document soit intégré au PV du CHSCT. Le préalable à ce type de courrier est le travail clinique dans le cabinet médical qui permet souvent un diagnostic d'organisation du travail à risques pour la santé des salariés. Ce type de courrier peut aussi enrichir la fiche d'entreprise ; il suffit d'en porter mention sur le courrier.

ENTREPRISE 1

**Objet : CHSCT du 30 septembre 2008
(initialement prévu le 24 septembre)**

« Ne pouvant participer à la réunion du CHSCT du 30 septembre, je tenais à vous faire part de mes observations sur les conséquences en termes de santé de la réorganisation des astreintes, survenue début 2008.

Suite à une visite de reprise après maladie d'un agent au printemps dernier, j'ai alerté par le biais de la fiche de visite médicale sur les risques (et les effets constatés dans ce cas) liés à l'organisation des astreintes.

Les atteintes à la santé sont les conséquences :

- **Du stress liés à différents éléments d'organisation**
 - ◆ *Augmentation du secteur d'intervention qui amène en cas de déplacements à intervenir sur des sites très éloignés (jusqu'à trois heures aller-retour), avec parfois des difficultés pour trouver le site. À noter des difficultés à prévoir en période hivernale. **L'augmentation du secteur d'astreinte a amplifié toutes les difficultés liées à l'astreinte.***

- ♦ Augmentation du nombre de sites d'où grande variabilité des systèmes technologiques (liée à l'évolution technologique en fonction de l'ancienneté du site). Les agents ont une connaissance très variable du système de fonctionnement, connaissance fonction de leur propre histoire professionnelle. Ils doutent donc toujours de leur capacité à mener à bien l'intervention. À noter et ceci est très rarement constaté dans les métiers assurant des astreintes : l'ancienneté et l'expérience qui classiquement constituent des ressources pour faire face au stress semblent inopérantes compte tenu de la diversité des situations rencontrées mais au contraire amplifient le doute (la même observation a été faite chez les médecins généralistes).
 - ♦ Peu de temps de formation sur les nouveaux moteurs et nouveaux équipements.
 - ♦ Poids des procédures existant sur les sites, procédures, que l'on n'est pas en état d'assimiler au milieu de la nuit.
 - ♦ Rythme des astreintes : une semaine consécutive.
- **Du travail effectif réalisé à domicile pendant les astreintes hors déplacements**
- ♦ Les alertes des réservoirs sont connectées sur le téléphone de l'astreinte.
 - ♦ Le technicien d'astreinte qualité-production se lève et va se connecter sur l'ordinateur pour savoir :
 - ⌘ quel est le site concerné ?
 - ⌘ quelle est la situation : par exemple pour une fuite, étudier la courbe des niveaux, son évolution dans le temps, pour déclencher ou pas une intervention (qui peut parfois attendre le lendemain) et quel type d'intervention (électro technicien ou équipe travaux) ;
 - ⌘ il y a donc un travail d'analyse et de réflexion qui prend du temps et peut empêcher de se rendormir et donc de récupérer.
 - ♦ Le technicien d'astreinte électrotechnique reçoit lui des informations différentes, quand il se connecte sur son ordinateur : défaut de pompes, variations de tension, défaut de connections.
 - ♦ Les alertes sont beaucoup plus fréquentes en période d'orage et nécessitent de rester connecté pour vérifier si lorsque la foudre tombe sur un site : l'intervention relève de EDF ou s'il s'agit d'un disjoncteur. Il faut attendre 30 mn pour savoir si le problème relève d'EDF ou s'il faut intervenir.

- ♦ En cas d'orage sur un secteur, les alertes peuvent se succéder et le technicien passera alors une partie de la nuit debout sans avoir à se déplacer.

- **Des conséquences sur la vie familiale**
- **Des conséquences sur le sommeil** avec des risques importants d'endormissement au volant pendant la semaine d'astreinte.
- **Des risques éventuels d'addiction** pour tenir ou diminuer le stress, stress qui peut avoir des effets négatifs en particulier augmenter les risques cardiovasculaires.
- Il est bien évident que plus les salariés avancent en âge, plus les difficultés de sommeil augmentent. »

Objet : Réunion du CHSCT du 8 décembre 2010

« Je ne pourrai être présente à la réunion du CHSCT du 8 décembre 2010 déjà retenue par d'autres activités. **Merci de porter ce document en annexe du PV du CHSCT.** Je le regrette d'autant plus que différents points de l'ordre du jour m'intéressaient vivement :

- Aménagement de poste, rôle du médecin du travail (les délais de réponse de vos services RH, quand il y a réponse, sont trop longs et inadaptés aux exigences des CPAM). En pratique, les seuls aménagements réalisables rapidement sont ceux négociés directement avec le N+1 (aménagement temporaire et reprise à temps partiel thérapeutique).
- Station d'épuration de X. Il me paraît nécessaire de suivre de près les manifestations mêmes discrètes que perçoivent les conducteurs et de contrôler les teneurs en gaz de décomposition à l'intérieur de la cabine du chargeur.
- Risques psychosociaux.
- Suivi du temps de travail en astreinte. J'avais eu l'occasion de faire des observations lors de précédents CHSCT, je les rappelle car la situation est identique, **aggravée par le fait que les véhicules neufs ne sont plus équipés d'autoradio ; l'autoradio peut aider à éviter l'endormissement au volant, la nuit de l'astreinte, mais aussi les semaines d'astreinte quand la dette de sommeil s'aggrave.**

Dans certains cas, plusieurs médecins du travail sont présents et rédigeront des conclusions communes au rapport annuel chiffré demandé par l'entreprise : ces initiatives demanderont un travail collectif aux médecins de différents services interentreprises mais ces conclusions communes auront souvent un impact im-

portant si ces conclusions sont utilisées par les partenaires sociaux (condamnation du *benchmarking* dans une banque). Ces conclusions communes seront, pour des médecins ne surveillant que quelques salariés, la seule façon de mettre en débat les questions de santé au travail.

Les médecins du travail auront toujours intérêt à enrichir le rapport annuel chiffré demandé par les services RH d'observations particulières (en dehors des cases de saisie informatique qui réduisent le travail clinique qualitatif du médecin du travail à des données quantitatives d'actes médicaux)

ENTREPRISE 2 : *Les observations restent les mêmes que par le passé :*

➤ *Le travail en équipes 2*2*2*2 ou même en équipes alternantes 2*8 ou nuits fixes est cause d'une sensation de fatigue physique persistante avec parfois fatigue nerveuse, difficultés de récupération, douleurs d'estomac, troubles de mémoire, dégradation du sommeil, maux de tête, irritabilité. Pour certains salariés, il y a prise de poids, augmentation de la tension artérielle, aggravation de problèmes de santé jusque là stabilisés en particulier reflux œsogastrique ou gastralgies. Les problèmes liés aux horaires touchent **plus de trois quart de l'effectif concerné, et ne peuvent qu'aller en s'accroissant avec le vieillissement des personnels.** Parfois le retentissement se fait dans le hors travail avec difficultés à supporter les enfants ou conflits conjugaux. La dette de sommeil peut se manifester par des accidents routiers : endormissement au volant. **Le poste de nuit est le plus difficile à tenir. À noter que les conditions de prise de la pause ne permettent pas toujours un bref temps de sommeil pourtant toujours très récupérateur. L'heure de prise de pause doit être laissée à l'appréciation de son état par le salarié concerné. Il convient d'envisager la mise à disposition de fauteuil permettant une position allongée, pieds surélevés.***

➤ *Quelques salariés ont présenté des réactions allergiques à l'acétate d'éthyle dans un contexte de moins bonne récupération*

➤ *À noter pour **plus du tiers des salariés** des douleurs de l'appareil locomoteur (lombalgies, dorsalgies, troubles musculosquelettiques des membres supérieurs) traduction de l'usure, de l'engagement physique au travail. Des améliorations ont été apportées fin 2006 au niveau du débrouillage sur les découpeuses avec des effets positifs sur la santé des salariés (diminution des douleurs du dos et des poignets). **Le poste d'emballage doit être amélioré***

pour limiter les risques d'accident au niveau du rachis. À noter que la contrainte temporelle sur ce poste, qui n'est pas toujours assuré la nuit (l'opérateur de nuit assurant alors la production en découpe) est forte et peut être à l'origine d'accident.

➤ *Les changements d'horaires intempestifs pour des salariés dont le sommeil est déjà fragilisé par des horaires en équipe ne sont pas acceptables car les risques accidentels, en particulier le risque routier, sont augmentés, bien évidemment en dehors des horaires de travail, mais avec un lien direct avec l'organisation du travail. **À noter que ces changements d'horaires intempestifs semblent avoir été plus fréquents en 2008 que par le passé en raison d'un moindre recours au travail intérimaire.***

➤ ***La suppression du réacteur et du poste de travail associé a provoqué le transfert de tâches vers le poste du local adhésif avec intensification du travail sur ce poste.***

➤ *La mise en place d'une équipe de weekend a permis à des salariés en difficulté avec les horaires alternants de retrouver un équilibre.*

➤ *La majorité des salariés disent vivre un stress important avec des exigences en terme de qualité, de quantité, et surtout de **contrôle et d'évaluation (évaluation, ABC, entretien après absence pour maladie, évaluation de la productivité ne prenant pas nécessairement en compte la difficulté technique de la commande réalisée, etc.)**.*

ENTREPRISE 3 : Cette entreprise a été suivie par le même médecin du travail de 1981 à 2013. Elle avait été créée en 1957. Entreprise familiale avec plusieurs sites en France pour une production de literie elle sera rachetée en 1985, faute de successeurs, par un groupe financier avec des restructurations en cascade, réorganisations, réductions d'effectifs. Les TMS et le nombre de déclaration de maladie professionnelle au tableau 57 ont été importants pendant plus de vingt-cinq ans.

Fait rare dans la région, il y a toujours eu un syndicat ouvrier affilié à une confédération nationale. Le CHS puis le CHSCT a toujours fonctionné avec un respect des règles : délai de convocation correct, ordre du jour, invitation des agents de la CRAM, de l'inspection du travail, du médecin du travail, procès verbal. Chaque réunion du CHSCT était précédé d'une visite de toute l'usine prévue pour durer 45 mn. Préalablement les élus du CHSCT avaient fait le tour de tous les postes pour noter les demandes et observations des salariés.

Avant la première restructuration, peu de plaintes concernant les postes de travail arrivaient jusqu'au ca-

binet médical. Le responsable de l'équipe maintenance passait tous les jours dans les ateliers, à l'écoute des problèmes posés par les salariés. « *Marcel avait toujours un tournevis à la main* ». Pour les postes de confection, c'était André le spécialiste ; « *Avant de toucher la machine, il savait, comme s'il le sentait* » s'étonnaient ses collègues (savoir-faire incorporés liés à des années de suivi des mêmes machines). Ce service de maintenance de 6 à 7 salariés s'était mobilisé pour maintenir à son poste, un des leurs, dont le poste était supprimé par la première restructuration. Ce mécanicien venait d'être amputé d'une jambe et la nouvelle direction escomptait sans doute sur l'inaptitude médicale à la reprise de travail pour économiser l'indemnité d'un licenciement économique (en 1986, l'inaptitude médicale non liée à un accident de travail ou une maladie professionnelle était considérée comme une démission du salarié et il n'y avait pas alors deux visites médicales espacées permettant une étude de poste). Lorsque je m'étais présentée quatre jours après avoir reçu le salarié en visite de reprise, dans l'atelier maintenance, l'équipe au complet m'attendait et me proposait alors une réorganisation et les aménagements nécessaires qu'ils pouvaient réaliser en interne, pour permettre à leur collègue de garder son emploi. Je n'avais eu ensuite qu'à m'emparer de cette proposition (que j'aurais bien sûr été incapable de construire seule) pour la reformuler en tant que proposition d'aménagement de poste faite par le médecin du travail.

Marquée sans doute par cette expérience et bien que formée à l'ergonomie j' ai rapidement constaté que les interventions en solo du médecin du travail pour faire aménager un poste de travail pour un salarié le fragilisait et qu'il convenait de mettre en discussion les difficultés du poste par le biais du CHSCT : lors des examens cliniques le médecin du travail et le salarié échangeaient sur les difficultés du poste et le médecin demandait au salarié d'expliquer et à son responsable d'équipe de production et aux élus du CHSCT les difficultés du poste. La discussion avait lieu ensuite, au poste de travail, pendant la visite précédant le CHSCT, en présence du ou des salariés. Progressivement, alors même que les effectifs diminuaient, la visite précédant le CHSCT durait de plus en plus, jusqu'à représenter les deux tiers de la matinée. Le dernier directeur de production responsable de deux sites, qui s'était étonné de cette pratique, l'avait accepté. Les membres du CHSCT (beaucoup plus jeunes) se construisaient, au plus près du travail concret, une vraie légitimité de représentants du personnel. Le médecin du travail, (désormais le plus ancien dans ce CHSCT), par sa présence et ses interventions sur les questions de santé facilitait les débats et en était le témoin. Sur proposition du mé-

decin du travail et pour éviter que le DUER ne constitue un énième document administratif obligatoire, les risques repérés lors de la visite du CHSCT, à partir des demandes des opérateurs, étaient désormais reportés sur le DUER.

INTERVENTION DE TIERS TEMPS DANS UNE TPE

(artisan plombier avec deux ouvriers et une secrétaire à mi-temps). La demande émane de la secrétaire qui n'arrive pas à obtenir que son patron rédige le DUER et qui se sent responsable de l'amende éventuelle de 1 500 € car « c'est moi qui fait les papiers ». Pour le médecin du travail, en dehors de quelques chantiers en entreprise, il est bien difficile de se rendre au poste de travail de l'ouvrier plombier qui est le plus souvent dans la maison d'un client privé. Dans toutes les entreprises artisanales travaillant en chantier, le médecin du travail doit s'adapter aux horaires de l'entreprise pour être présent à l'atelier lors du départ des ouvriers sur leurs chantiers respectifs avec les recommandations de l'artisan employeur qui a fait les devis des chantiers et donc a pensé le travail futur probable, ses particularités, les difficultés prévisibles et les risques éventuels, le matériel à prévoir en sus de l'équipement habituel du fourgon etc. Après avoir assisté à cette distribution du travail, j'avais trouvé comment aider cette secrétaire mais aussi comment conseiller l'artisan pour l'élaboration de son DUER. Je lui ai proposé de travailler en présence de la secrétaire, qui prendrait des notes, à partir des devis qu'il avait faits, des fiches de travail remplies au jour le jour par les compagnons pour les chantiers concernés mais aussi des factures pour les interventions en urgence (sanitaires bouchés, fuite d'eau, etc.). L'artisan (que j'avais suivi avant qu'il ne succède à son patron) me racontait le chantier : s'agissant souvent de réhabilitation, il devait prendre en compte l'historique du chantier, les interventions antérieures à la sienne, les risques pour la santé des compagnons mais aussi les risques de dégâts chez les voisins, les contraintes du client, etc. J'ai beaucoup appris ce jour là sur le métier d'artisan plombier. Je pense avoir pu l'aider, par ma fiche d'entreprise, et comme conseiller de l'employeur, à rédiger son DUER, mais nous avons mis en évidence des situations à risque, pour lesquelles il ne voyait pas de prévention généralisable.

Fiche d'entreprise : suite à ma rapide visite de votre entreprise début 2006 et de la visite d'un chantier début 2007, je vous rapporte par le biais de la fiche d'entreprise quelques éléments de réflexion pour établir **le document unique d'évaluation des risques**. (art R.230-1, décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001).

Il s'agit d'abord d'identifier les dangers.

L'estimation du risque lié à un danger identifié est fonction pour un individu de la fréquence d'exposition :

- Exposition permanente : 1 à plusieurs fois par jour
- Exposition fréquente : 1 à plusieurs fois par semaine
- Exposition intermittente : 1 à plusieurs fois par mois
- Exposition occasionnelle : 1 à plusieurs fois par an

L'évaluation du risque sera fonction de l'estimation du risque et de l'efficacité des mesures préventives mises en place et efficaces.

Il faut également apprécier **le niveau de danger** :

- Niveau 1 : blessure légère sans gravité.
- Niveau 2 : blessure sans effet irréversible mais arrêt de travail.
- Niveau 3 : effet irréversible et IPP (incapacité permanente partielle).
- Niveau 4 : danger mortel.

Ci-dessous une liste de point à examiner. Je surligne ceux qui de mon point de vue paraissent importants dans votre activité, les autres points étant signalés pour mémoire.

- **Éclairage** : peut être insuffisant selon les zones d'intervention.
- **Bruit** : avec risque de perte auditive reconnue par le tableau de maladie professionnelle 42 lors de l'utilisation des perforateurs, par exemple :
 - ◆ Sachant qu'à partir de 83 dBA, des équipements de protection individuels doivent être mis à disposition, qu'à partir de 86 dBA, l'employeur doit veiller à ce qu'il soit effectivement portés. À partir de 80 dBA, il y a des risques pour l'audition (norme européenne qui s'applique à partir de 2006). Par expérience, les pertes auditives sont importantes dans les professions du bâtiment, le niveau sonore étant sous-estimé par tous.
 - ◆ Il est impératif que des EPI soient mis à la disposition des salariés. Je vous conseillerai volontiers des bouchons d'oreille avec arceaux, qui me paraissent plus adaptés aux travaux de chantier, exposant à une nuisance sonore intermittente : pas de manipulation intempestive des embouts par des mains souillées, possibilité d'être gardé autour du cou sans gêne et donc facilement remis. Ceci étant, la seule protection efficace est celle qui est effectivement portée : une grande liberté de choix doit être laissée aux salariés.
- **Ambiance thermique** : travail aux intempéries éventuel, mais aussi travail à la chaleur (intervention en zinguerie en période estivale).
- **Agents biologiques** : hépatite A, risque possible

lors des contacts avec les eaux usées par exemple mais aussi légionellose lors de l'entretien des climatiseurs.

- **Risque chimique** : utilisation éventuelle de produits caustiques ou de décapants.
- **Exposition aux fumées de soudure (brasure), aux poussières de suies, potentiellement cancérigènes**
- **Exposition à l'amiante lors d'intervention par exemple sur des chaudières anciennes comportant des calorifugeages en amiante** : à préciser. Mettre à disposition masques FFP3.
- **Électricité** : lors de l'utilisation de machine outil portative.
- **Manutention manuelle et postures** : le risque de troubles musculosquelettiques est indiscutablement le plus important, tout comme le risque d'atteinte du rachis vertébral (problèmes d'épaule, de coudes, de poignets, de genoux). Les postures sont conditionnées pour partie essentielle par la nature du travail. Risque de maladies professionnelles 57, 69, 79 et 98 (tableaux en annexe). La mise à disposition d'aide à la manutention ne suffit pas à supprimer le risque inhérent à la nature des travaux : intervention en espace restreint.
- **Risque de chute et travail en hauteur** : lors de travaux de ramonage, éventualité toujours possible ou de zinguerie.
- **Organisation du travail** : les horaires, les rythmes, l'absence de paiement à la production sont des facteurs favorables en terme de santé. La mise à disposition de véhicules équipés, la préparation préalable des chantiers avec précision sur l'activité future probable lors du départ en chantier, conseils concernant les références inhabituelles à prendre au dépôt constituent des facteurs de prévention des risques psychosociaux (stress, etc.).
- **Circulation** : en fonction de chaque chantier et de la présence ou non d'autres corps de métier.
- **Rayonnements électromagnétiques** : travail à proximité des antennes de télévision, lors de la rénovation de la zinguerie.
- **Rayonnements UV** : travaux de soudage.
- **Opérations de maintenance**
- **Écrans de visualisation** : concerne le poste administratif.
- **Risque incendie ou explosion** : lors d'intervention sur ou à proximité de bouteilles de gaz, de cuves contenant des résidus ou des vapeurs explosives ou inflammables.

- **Ergonomie du poste de travail** : pas d'observation particulière compte tenu de la nature de l'activité.
- **Équipement de travail**
- **Charge mentale**
- **Risque routier** : il existe un risque potentiel lors des déplacements de début et fin de journée.
- **Risque psychosocial** : contact avec la clientèle, intervention au domicile de particuliers.

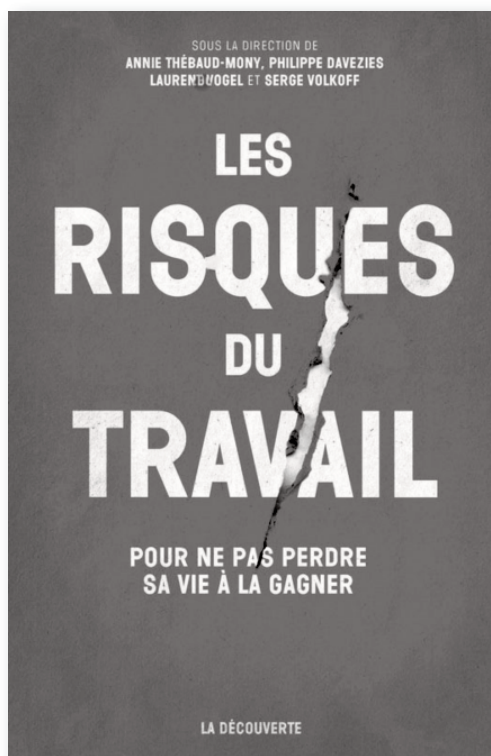
- **Tableau 79** : lésions chroniques du ménisque.
- **Tableau 98** : affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes.
- **Tableau 30** : affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante.
- **Tableau 30 bis** : Cancer bronchopulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante.

Jointes en annexe les maladies professionnelles possibles dans l'entreprise :

- **Tableau 42** : atteinte auditive provoquée par des bruits lésionnels
- **Tableau 45** : infections d'origine professionnelle par les virus A, B, C, D, E.
- **Tableau 57** : affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail.
- **Tableau 69** : affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils.

Joint en annexe : fiche d'aide éventuelle à l'élaboration du document unique d'évaluation des risques

Dans les TPE, le médecin du travail doit aller rencontrer l'employeur sur son lieu de travail et s'intéresser de près au travail de ce dernier (sur qui se concentrent toutes les contraintes, voire les injonctions paradoxales). Même si les rapports initiaux sont parfois rugueux, il est tout à fait possible de construire des rapports de confiance, à condition que le médecin du travail ait préalablement investigué ce qu'était l'activité des compagnons et de l'artisan.



**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

Depuis les années 1990, les conditions de travail se sont peu à peu imposées dans le débat social. Néanmoins, la situation reste critique. Les risques traditionnels n'ont pas disparu : les manutentions lourdes, l'exposition professionnelle aux cancérrogènes, au bruit ou aux vibrations demeurent répandues... De plus, certaines « améliorations » n'ont fait que déplacer et dissimuler les problèmes, telle l'externalisation des risques grâce à la sous-traitance. Dans le même temps, les transformations du travail et des modalités de gestion de la main-d'œuvre ont fragilisé les collectifs et accru l'isolement des salariés, conduisant à une montée visible de la souffrance psychique.

Face à ces évolutions, il est plus que jamais nécessaire que tous les acteurs concernés, en particulier les salariés eux-mêmes et leurs représentants, s'approprient les connaissances indispensables pour améliorer la protection de la santé sur les lieux du travail. Tel est le but de ce livre, qui renouvelle intégralement sa première édition de 1985, laquelle avait fait date. Trente ans après, cette refonte s'imposait : cet ouvrage présente de manière accessible à un large public les connaissances les plus récentes sur les risques du travail, dans tous les secteurs. Mobilisant une équipe internationale de spécialistes et prenant en compte des expériences conduites dans de nombreux pays, il constitue à la fois une référence incontournable pour réfléchir à l'avenir de la prévention et un outil pratique proposant des pistes d'action.

Reprendre la main sur son propre travail, c'est aussi commencer à reprendre la main sur le monde.

« APTITUDE ET MÉDECINE DU TRAVAIL »

ET « DIALOGUE SOCIAL »

LES DROITS DES TRAVAILLEURS

ET LA MÉDECINE DU TRAVAIL EN PÉRIL

Alain CARRÉ

La commission aptitude et médecine du travail a rendu son rapport. Seule une minorité de ses recommandations pourraient être qualifiées de positives (par exemple, la transmission automatique aux élus du personnel et à l'inspection du travail des signalements de risque collectif du médecin du travail et de la réponse négative de l'employeur : 17^{ème} recommandation). D'autres qui paraissent positives (définition plus large des surveillances médicales renforcées) prennent comme références des sociétés savantes dont la proximité des pratiques et de la réalité des risques n'est pas évidente (SFMT) (9^{ème} et 10^{ème} recommandations).

Il s'agit d'un rapport conforme à l'esprit des mesures de « simplification » et dans lequel les problèmes sont évoqués mais sans que les solutions proposées y portent véritablement remède. Par certains aspects les solutions préconisées sont pires que les problèmes qu'elles ont pour ambition de traiter.

Certaines de ces dispositions ont d'ores et déjà été entérinées par la Loi « dialogue social »

LES CONCLUSIONS DU GROUPE DE TRAVAIL « APTITUDE ET MEDECINE DU TRAVAIL »

“APTITUDE OR NOT APTITUDE THAT IS THE QUESTION ?”

L'exemple de la décision d'aptitude préalable à l'embauche est assez caractéristique de l'ambivalence des conclusions. Alors que depuis 69 ans la sélection médicale de la main d'œuvre que constitue l'aptitude sape la médecine du travail, qu'elle s'éloigne notablement de la mission des médecins du travail et qu'elle est, surtout, un déni de droit qui autorise toutes les discriminations, cette évidence est enfin reconnue : les médecins du travail n'auront plus à se prononcer sur l'aptitude du travailleur à occuper un poste de travail.

Hélas, les membres de la commission proposent une visite d'aptitude avant embauche pour les salariés occupant « des postes de sécurité » (4^{ème} recommandation) (« qui comporte une activité susceptible de mettre gravement et de façon immédiate en danger du fait de l'opérateur la santé d'autres travailleurs ou de tiers » : 2^{ème} recommandation). Notons, au passage, que ce type de médecine d'aptitude, qui, notamment, incite le travailleur à dissimuler, est déjà en œuvre en Allemagne et n'a pas permis de mettre en sécurité les 150 passagers de l'avion de la *Germanwings* !

La large définition peut permettre à un employeur de l'étendre à des postes divers, comme cela a été le cas, il y a quelques années, pour qualifier de « poste de sécurité » le poste de renseignement des passagers sur les quais de gare. Ainsi, par exemple, les postes du bâtiment sont autant d'extensions possibles que ne manquerons pas de revendiquer les employeurs. Ceci est d'autant plus probable que **seul l'employeur déterminera la liste des postes de sécurité** (l'avis du médecin du travail étant de pure forme) puisque la commission prévoit que cette déclaration soit faite « sans consultation du Comité d'entreprise » a fortiori du CHSCT ou des DP (3^{ème} recommandation).

Que devient la réalité du travail dans un tel train de mesure : sélection médicale par des médecins sans connaissance de terrain du poste de travail, simple déclaratif de l'employeur en matière de postes de sécurité.

UN CAUTÈRE SUR UNE JAMBE DE BOIS

Après la déploration convenue de la pénurie en médecins du travail et alors que cette disparition est entretenue à la fois par l'étranglement du *numerus clausus* mais surtout des difficultés du métier et de son discrédit.

dit chez les employeurs (dont témoigne la rédaction les 21^{ème} et 22^{ème} mesures de simplification), un train de solutions est recommandé.

- Faire exercer la médecine du travail par les médecins collaborateurs sans titre alors qu'ils n'ont pas la totalité des compétences et de l'expérience nécessaires à cet exercice, sans véritable statut protecteur d'indépendance et alors que leur formation est liée au contrat de travail avec l'employeur, ce qui accroît leur subordination (1^{ère} recommandation).
- Depuis 2012 le médecin du travail a obligation d'informer le salarié des risques de son poste de travail à l'embauche (R.4624-11 du Code du travail) et de lui indiquer ce qu'il va mettre en place pour les surveiller et lors de la visite périodique il doit lui indiquer si ces risques ont eu des effets sur sa santé (R.4624-16 du Code du travail). C'est la déclinaison du devoir d'information de tout médecin de dire à son patient les risques qu'il encoure (article L.1111-2 du Code de la santé publique). Ignorant ces diverses obligations, la recommandation est de différer cette information (3 à 6 mois après l'embauche) et de la confier à un infirmier de santé au travail « *sous l'autorité fonctionnelle* » du médecin du travail, pour soulager celui-ci d'une mission réglementaire essentielle, alors que cette occasion est non seulement un droit du salarié mais un facteur de construction de la confiance envers le médecin du travail. (5^{ème} et 6^{ème} recommandations). Il faut également s'étonner que la commission charge ainsi de mission des infirmiers de santé au travail dont l'effectif total en France (page 35 du rapport) est de 818 contre 5 207 médecins du travail.
- Pour les salariés précaires intérimaires et CDD, c'est-à-dire les plus à risque, une seule visite d'information et de prévention fondée sur l'existence d'un fichier régional (à créer) serait effectuée tous les cinq ans (7^{ème} recommandation) !

EN FINIR AVEC LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

Alors que ces mesures sont destinées à desserrer l'étouffement des effectifs élevés confiés au médecin du travail il est paradoxal de recommander comme le fait la commission d'espacer la surveillance médicale :

- au minimum tous les cinq ans avec une visite infirmière tous les deux ans pour les « postes à risque » ;
- et au minimum tous les cinq ans pour les autres salariés (11^{ème} et 12^{ème} recommandations).

Or, dans le contexte de précarité actuelle et d'organisations du travail délétères, la consultation clinique est

un indispensable moteur de la reconstruction du pouvoir d'agir du salarié et un élément essentiel de connaissance et de montée en compétence des pratiques médicales en médecine du travail.

Cet espacement recommandé signe la mort de la clinique médicale du travail et par là même de la médecine du travail(1).

En matière de visite de préreprise, actuellement à l'initiative du médecin conseil de la CPAM, du médecin traitant ou du salarié lui-même, celle-ci pourrait dorénavant être déclenchée par l'employeur quelle que soit la durée de l'arrêt et pourrait donner lieu à un entretien entre l'employeur le médecin du travail et le salarié (20^{ème} recommandation) ce qui selon la commission serait apprécié comme « *effort de reclassification de l'employeur* » par le juge. Le rapport de force et la subordination rendent un tel entretien inadmissible puisque le salarié s'y trouverait contraint et le médecin du travail en péril de rupture du secret médical.

Rappelons, au passage, que, en application du Code de la santé publique (L.1110-4), un employeur qui tenterait d'obtenir ou obtiendrait des éléments de la vie privée, par ce biais, encourrait 3 ans d'emprisonnement et 15 000€ d'amende !

*FAIRE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL UNE AFFAIRE PRIVÉE
L'ÉLOIGNEMENT DE L'ORDRE PUBLIC SOCIAL*

À plusieurs reprises le médecin du travail est exhorté par la commission au dialogue avec l'employeur :

- « *Pour sécuriser la rédaction de ces propositions (du médecin du travail) quand elles entraînent une restriction significative des tâches exercées* » le service de santé au travail pourrait apporter son « *aide* » au médecin du travail et « *organiser* » le dialogue avec l'employeur (19^{ème} recommandation). Outre le fait que le secret médical viendrait freiner l'échange, même collégial, il reste que la décision est celle du médecin puisqu'il engage sa responsabilité et que toute pression serait une atteinte à son indépendance.
- Un tel échange est aussi recommandé pour les inaptitudes au poste avec là encore intervention des autres membres du SST

Il est étonnant que le rôle essentiel du médecin inspecteur régional du travail (MIRT) comme conseil du médecin du travail notamment avant toute proposition (R.4624-32 du Code du travail) ou lors des contestations ne soit pas mis en lumière par la commission dans ses recommandations de dialogue.

.....
1- Voir page 27, *Lettre aux parlementaires sur les fondamentaux du métier de médecin du travail*

Enfin deux recommandations sont particulièrement préoccupantes puisqu'elles atteignent directement aux droits actuels du travailleur.

➤ La proposition du médecin du travail ne serait plus contestable devant l'inspection du travail mais devant une commission médicale (21^{ème} recommandation). Rappelons qu'en fait, même si la décision de l'inspecteur du travail ne doit pas être conforme, elle est fondée sur un examen complet de la situation comportant notamment une enquête et un examen du médecin inspecteur régional du travail. C'est un droit essentiel garanti par l'état et son administration (la protection de la santé au travail) qui ne serait plus assuré au profit d'une médiation médico-médicale. Cela constituerait une régression majeure.

➤ Le refus du salarié des propositions de reclassement ou d'adaptation du poste de travail par l'employeur « lorsqu'elles sont conformes aux préconisations du médecin du travail et qu'elles n'entraînent pas de modifications du contrat de travail constitueraient une cause réelle et sérieuse de licenciement (...) et qu'en raison de ce refus l'employeur soit présumé avoir satisfait à son obligation de recherche de reclassement ». Cette automaticité contraint le pouvoir d'appréciation du juge et empiète sur les droits du travailleur à y avoir recours.

Ce rapport ne répond pas aux attentes légitimes que soulèvent les inégalités sociales de santé au travail plus fortes en France que dans les autres pays européens comparables. Alors que c'est la santé des salariés qui aurait dû être le point d'ancrage de ces recommandations c'est la sécurisation juridique de la gestion de l'employabilité par les employeurs qu'elles s'efforcent d'organiser.

AMENDEMENTS À LA LOI « DIALOGUE SOCIAL »

Alors que le rapport était à peine rendu public, le député responsable du groupe de travail, déposait des amendements à la loi « dialogue social » qui ont été votés à l'article 26 de la Loi.

L'ÉQUITATION EN POLITIQUE EST-ELLE LICITE ?

Même si la médecine du travail est controversée et passée de mode en libéralisme, un peu de réflexion sur la santé au travail serait bienvenue pour la représentation nationale dont on se demande si ses membres ont un jour rencontré un médecin du travail : espèce en voie d'extinction.

Sans vouloir alourdir le propos, comment ne pas rappeler que les employeurs font quotidiennement pres-

sion (menaces de licenciement, plaintes au Conseil de l'ordre) sur le médecin du travail (« *Ce pelé, ce galeux d'où venait tout le mal* ») dans l'impunité la plus complète.

Le principe même de légiférer sur la médecine du travail, dans un texte législatif si complexe, empêche, en fait, que la représentation nationale puisse avoir des débats approfondis sur la nature de l'institution et la crise qu'elle traverse. Cette application de la technique du cavalier législatif mériterait d'être sanctionnée par le conseil constitutionnel.

L'ENFER EST PAVÉ DE BONNES INTENTIONS

Il est possible de discerner dans ces amendements à la fois le relatif succès des actions de ceux qui mettaient en garde contre l'application des conclusions de la commission et les lignes de force de l'objectif poursuivi et explicitement exprimé dans la 22^{ème} mesure de simplification : la sécurisation juridique des entreprises.

Ainsi la modification de l'article L.4624-1 conserve le recours de contestation à l'inspecteur du travail et ne modifie pas fondamentalement la nature de la décision du médecin.

La modification de l'article L.4624-3 qui implique l'information par le médecin de l'alerte collective de risque au CHSCT et à l'inspecteur du travail, qui peut paraître positive, modifie le statut de ce signalement. De conseil à l'employeur il devient d'ordre public. Le caractère positif de la mesure peut être tempéré si on considère le contexte de diminution des moyens et de l'affaiblissement des garanties d'indépendance des médecins du travail.

Depuis 2012, et en continuité de mandature à mandature, se sont mis en place non seulement des processus de sécurisation juridique des entreprises mais des ouvertures en responsabilité des employeurs.

En effet, deux processus parallèles sont mis en œuvre :

- L'affaiblissement de la formalisation de signalement du risque au salarié par l'employeur.
- La couverture de responsabilité juridique par l'interposition de « sachants ».

LE DROIT D'INFORMATION SUR LES RISQUES EN VOIE DE DISPARITION

Cet affaiblissement du signalement de risque est particulièrement marqué pour les agents chimiques dangereux notamment CMR.

En 2012 sont ainsi supprimées les fiches d'exposition aux Agents chimiques dangereux (ACD) et Agents cancérogènes, mutagènes et troubles de la reproduction

(CMR), ainsi que les attestations récapitulatives remises aux salariés au départ de l'entreprise. Ceci se déroule au prétexte de la mise en place d'une fiche individuelle, dite, de « prévention des expositions » (lire de pénibilité).

La contribution de la présente mandature au sabotage de ce signalement se fera en deux temps :

- En 2014, introduction de seuils d'exposition en dessous desquels l'obligation de délivrance de la fiche de prévention disparaît (ce qui notamment évite ainsi à l'employeur de signaler des ACD sans seuil dont la majorité des CMR).
- En 2015, la Loi « Dialogue social » qui vient d'être promulguée substitue à la fiche d'exposition, déjà branlante, une simple déclaration « dématérialisée » à laquelle le salarié n'a accès qu'à travers ses conséquences en matière de retraite.

Ainsi un employeur est pratiquement délié de son devoir de signaler certains risques au salarié. En matière de risque cancérigène, seul demeure l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale et son arrêté d'application qui impliquent que l'employeur et le médecin du travail rédigent des attestations d'expositions aux agents et procédés cancérogènes au départ de l'établissement. Cette mesure n'est en général pas appliquée.

LE TRANSFERT DES RESPONSABILITÉS

DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT SUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Nous avons vu comment la Loi de 2012 et sa modification récente, en matière d'alerte de risque par le médecin du travail, conférerait, officiellement, au médecin du travail un rôle public de « sachant ».

Il faut ici rappeler que, dès lors qu'il peut se retrancher derrière l'avis (ou l'absence de signalement) d'un « sachant », la responsabilité pénale du chef d'établissement se trouve atténuée voire substituée par celle de l'expert.

C'est l'un des arguments qui conforte l'indépendance des experts HSE, préposés du chef d'établissement, (« salariés compétents désignés » de la directive européenne).

Cela fait déjà beaucoup mais malheureusement ce n'est pas tout ! L'article 26 permet dorénavant à un employeur de reporter ses obligations de sécurité vis-à-vis des tiers sur le médecin du travail, ce qui serait possible en cas « d'erreur humaine ».

Ainsi le médecin du travail voit, dans le cadre du même article 26, son rôle élargi à la sécurité des tiers. L'article L.4622-3 devient : « *Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute alté-*

ration 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 ».

Dans la foulée, un nouvel article du Code du travail précise : Art. L. 4624-4 — « *Les salariés affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, celles de leurs collègues ou de tiers et les salariés dont la situation personnelle le justifie bénéficient d'une surveillance médicale spécifique. Les modalités d'identification de ces salariés et les modalités de la surveillance médicale spécifique sont déterminées par décret en Conseil d'État.* »

La surveillance médicale s'applique donc, selon cet article, du point de vue de la sécurité des tiers.

Outre le fait qu'un médecin du travail est un expert en matière de santé et n'est pas un expert HSE, il faut remarquer que, techniquement, cette nouvelle mission ne relève pas des compétences d'un médecin :

- La relation médicale est une relation entre un médecin et un patient et ne saurait concerner des tiers autrement que lorsque ceux-ci peuvent interférer avec la santé de ce patient. Cela, hors de la situation d'expert à la demande d'un tiers (ce que n'est pas le médecin du travail), est une relation exclusive.
- La clinique médicale déploie des compétences et des moyens propres à parvenir à un diagnostic individuel, ce qui ne permet pas des conclusions générales pertinentes sur des tiers hypothétiques
- Enfin en imposant cela ce député pourtant responsable de la commission aptitude et médecine du travail s'assoie sur ses propres conclusions qui affirment le caractère instantané et non prédictif de tout acte médical et son inanité en matière de prévention autre que celle de la santé du salarié examiné.

Sans doute instrumentalisée, en adoptant ces diverses dispositions la représentation nationale trompée par un exécutif, sur la motivation duquel il convient de s'interroger, vient de permettre le transfert de responsabilité des employeurs sur un corps professionnel qu'elle a par ailleurs continué à affaiblir.

C'est un pan entier de la prévention des risques professionnels qui vient de s'effondrer. L'obligation régaliennne portée par le 11^{ème} alinéa à la Constitution en matière de santé au travail est ignorée par l'exécutif. Ses membres devront, par conséquent, assumer la responsabilité des conséquences de leur action.

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 Maltraitances organisationnelles, quelles pratiques cliniques ? (novembre 2007)
- N°23 Quelle évolution pour la médecine du travail ? (juin 2009)
- N°24 Préserver la médecine du travail ? (juin 2010)
- N°25 Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle (juin 2011)
- N°26 Quelle médecine du travail demain ? (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)

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>

TÉMOIGNAGE

ET ANALYSE D'UN MÉDECIN POURSUIVI

**Dominique HUEZ, médecin du travail
Consultation Souffrance et Travail Tours,
Association Santé et Médecine du Travail**

**Communication pour la Conférence-débat :
« Médecin du travail : le temps du silence » Faculté de Droit de Nancy, 26 mars 2015**

Je témoigne ici à partir de ma posture de médecin du travail. J'ai été poursuivi devant un Conseil Départemental de l'Ordre des médecins (CDO) par l'employeur d'un salarié vu en urgence dans un Service de Santé au Travail (SST) d'un site nucléaire, salarié pour lequel j'ai rédigé un écrit médical et dont je ne suis pas règlementairement le médecin du travail. De cela j'ai été condamné par une chambre disciplinaire régionale à un avertissement dont j'ai fait appel.

Le jugement de la chambre disciplinaire régionale de l'ordre des médecins a considéré particulièrement les éléments suivants : « .../... a présenté la relation des dires comme des constatations, et a porté sur les conditions de travail de ce salarié une appréciation comportant des qualifications de nature pénale - .../... qu'il ne saurait pour autant, dans un certificat médical, attester de faits qu'il n'a pas constaté ».

Vivant initialement cette plainte comme un opprobre, je considère aujourd'hui cette situation comme une opportunité collective pour que soit arbitrée la licéité de cette pratique ordinale de réception des plaintes d'employeurs, qui nous empêche d'instruire le lien santé/travail.

Je note que les CDO n'instruisent jamais le non-respect de l'article 50 du Code de déontologie médicale dont l'objet est de faciliter l'obtention des avantages sociaux du patient, qu'ils ignorent superbement la place de la question sociale dans les maladies évitables du travail, au nom d'une conception paternaliste de la médecine où le praticien doit effacer l'intérêt du patient devant le père, le mari... ou le patron !

À PROPOS DE L'ÉCRIT MÉDICAL OBJET DE LA PLAINTÉ À MON ENCONTRE

Médecin du travail pendant 35 ans, praticien actuel d'une consultation hospitalière « Souffrance au travail », c'est à partir de mon expérience clinique, confrontée à l'évolution des connaissances médicales et des sciences humaines, que je voudrais apporter ma contribution.

L'actualité du débat social sur l'instruction du lien santé/travail par le médecin du travail et de son attestation écrite en cas de besoin, en offre le prétexte.

Si la résonance de cette problématique fait écho aux interrogations éthiques du participant à cette conférence-débat, mon témoignage aura alors une raison d'être.

Je ne propose pas un modèle de pratique. Et le débat en droit se poursuivra ailleurs. Mais parler de cet exemple concret a pour objet de soulever une pluralité de questionnements qui sont susceptibles ici d'enrichir notre réflexion commune.

J'ai rédigé un certificat médical dans un contexte d'urgence médicale pour un salarié sous-traitant que je ne connaissais pas et que je n'ai jamais revu. J'ai déployé les moyens nécessaires à cette situation, en termes d'organisation du SST, de temps pris pour cette consultation (une heure trente), de dossier médical rédigé spécifiquement, en sus de ce certificat.

Au titre de l'anamnèse d'une décompensation psychopathologique, j'ai appris qu'un droit de retrait, énoncé comme tel par ce salarié, aurait été déployé par celui-

ci six mois plus tôt sur un site nucléaire à 800 km. Après instruction à l'aide de la « clinique médicale du travail », cet évènement professionnel et ses conséquences m'ont semblé être des éléments essentiels à prendre en compte.

Le médecin du travail ne peut se limiter aux constats des faits professionnels qu'il aurait personnellement constatés, il doit en reconstruire l'histoire. Bien peu de médecins ont rencontré quarante ans plus tôt la fibre d'amiante à l'origine du mésothéliome déclaré en maladie professionnelle !

Le *cursus laboris* est essentiel dans l'anamnèse d'une pathologie professionnelle. Dans ce cadre, le médecin du travail doit instruire les facteurs de risque qu'il y détecte, en fonction du suivi du collectif de travail — mais qui n'est pas ici d'actualité —, mais aussi en s'appuyant sur son expérience professionnelle d'identification des risques et sur les données de la littérature médicale, tout cela éclairé par la « clinique médicale du travail ».

Évidemment, le médecin du travail ne peut faire état que des pathologies qu'il constate cliniquement, ou faire référence à des pathologies constatées par d'autres confrères alors nommément cités.

J'ai attesté de la plausibilité des risques sur un autre site en tant que médecin du travail expert de ce type d'activité de chaudronnerie en maintenance nucléaire.

J'ai attesté à ce moment — à cause de la gravité de l'état de santé de ce salarié que je recevais en urgence — du principe de la légitimité d'un droit de retrait dans ce cas, du fait d'une possible exposition à l'amiante, à un risque de contamination interne radioactive et à un risque de chaleur radiante très importante.

Non pas pour appuyer un processus réglementaire d'instruction de ces risques pour lequel je n'ai pas l'abas de fonction préventive. J'ai attesté médicalement pour permettre un ancrage dans la réalité pour un salarié qui constate que « *le sol s'effondre sous ses pieds* ». Salarié qui ne sait plus quoi penser de l'action de son entreprise et des acteurs sociaux ou médicaux. Salarié qui s'interroge alors sur sa propre santé mentale, avec le risque de retournement de la violence contre lui.

J'ai volontairement abordé le devenir de cet éventuel droit de retrait dans ce certificat pour y tracer le fait que je ne comprenais pas tout de ce qui m'était dit et qu'il me manquait des clés de compréhension, d'où ma perplexité.

Par expérience, dans les situations difficiles, j'ai pris l'habitude d'engager ma responsabilité professionnelle à la hauteur où je peux le faire, ce qui permet éventuel-

lement à un confrère d'engager la sienne comme il l'entend. En la matière, la forme écrite facilite l'intervention de chacun en responsabilité professionnelle.

J'ai donc attesté de la gravité de cette situation au regard « d'actes vécus comme symboliquement graves... ». Ici, ce qui m'a semblé important à souligner, c'est ce qu'en vivait ce salarié. J'ai volontairement attesté de l'enchaînement de « pratiques maltraitantes » pour donner acte d'un cadre de la réalité vécue de ce que m'a donné à comprendre ce salarié, après une très longue instruction par la clinique médicale du travail.

Devant le risque de retournement de la violence contre lui, donner acte d'un minimum du cadre délétère de son travail, me semblait important médicalement pour « s'ancrer dans la réalité du travail ». Ceci relevait d'une « pratique thérapeutique préventive » de clinicien, et non pas d'une pratique d'expertise.

Volontairement comme toujours dans mes certificats, je n'ai pas parlé de harcèlement moral, qualification juridique qui n'est pas un diagnostic médical, qui n'énonce pas le processus délétère du travail et n'explore pas le travailler et le travailler ensemble.

J'ai parlé de « l'éloignement par rétorsion de son domicile ». Ici mon dossier médical est nourri de récits très précis d'actes managériaux maltraitants symboliquement. Mais je ne voulais pas les citer pour ne pas induire un processus de preuve juridique qui n'était pas l'objet de cet écrit médical. Par contre parler de « rétorsion » m'a semblé normalement habituel dans le milieu de la sous-traitance nucléaire où ces pratiques sont légions, et que j'ai souvent rencontrées. Mais devant la chambre disciplinaire ordinale, la préservation du secret médical m'a interdit de citer mon dossier médical devant l'employeur, même pour me défendre.

Mais j'ai constaté que ce salarié tuyauteur/soudeur était pour la première fois de sa carrière détaché pour un travail de maintenance à grande distance de son domicile, et qu'il n'en était pas volontaire. Or sur ce site lointain où j'exerçais, il avait une activité de mécanicien sur les ponts de manutention, ce qui n'était pas son métier. Pour ce faire, il devait avoir des compétences en électricité et élingage. Et pour ces deux dernières activités, il n'avait aucune habilitation professionnelle, ce qui l'a mis en extrême difficulté, l'amenant à devoir refuser d'effectuer des tâches qu'on lui demandait de ce fait.

Je sais de mon expérience de trente ans de médecin du travail sur site nucléaire, qu'il peut arriver pour des entreprises sous-traitantes, de demander à des salariés d'intervenir « sans habilitation », ou de ne pas arbitrer quand leurs salariés sont quand même contraints à tra-

vailler sans habilitation, en toute connaissance de leur encadrement. Et je sais que cela peut être profondément délétère pour un salarié s'il est privé de « collectif d'appartenance » qui lui permettrait d'arbitrer « les tricheries acceptables ou non ». Ce qui était le cas ici.

Mais mon écrit médical n'avait pas non plus pour fonction de dénoncer ces « tricheries ordinaires » pour lesquelles le médecin du travail a bien d'autres voies d'action qu'un certificat médical individuel.

J'ai donc parlé de « rétorsion » pour faire état de pratiques managériales délétères — travail imposé à 800 km de son domicile, devoir tricher avec des prescriptions professionnelles opposables —, conséquences de l'exercice de la citoyenneté d'un salarié par son droit de retrait.

Ces pratiques managériales réitérées malmenaient les valeurs morales de ce salarié, la justesse et la justice à pouvoir et devoir se protéger, généraient une « souffrance éthique » dont toute la littérature médicale montre combien elle est délétère faute de soutien social, ici totalement absent, managérialement, socialement et médicalement semblait-il. Cela m'a paru essentiel dans le cadre « d'assistance médicale à personne en danger ».

J'ai conclu mon écrit médical ainsi : « *L'attente identitaire liée à un défaut d'engagement des obligations de sécurité de santé de résultat d'un employeur est particulièrement grave, et je constate ici un enchaînement délétère dont je ne perçois pas l'issue* ». Cette dernière phrase est un appel à l'engagement de la responsabilité du lecteur du certificat, direction, représentant du personnel, et principalement ses médecins du travail et/ou médecin traitant.

Ce document est en adéquation avec le cadre réglementaire d'intervention du médecin du travail du SST d'un site nucléaire que j'étais, qui n'était pas en mesure réglementairement d'énoncer des « préconisations médicales de sauvegarde » réservées à la mission réglementaire du médecin du travail de la société concernée.

L'inspecteur du travail de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) qui a pris connaissance de ce certificat n'y a relevé aucune faute professionnelle, et en a attesté.

Constatons que l'entreprise sous-traitante n'a pas non plus déposé une plainte au pénal à mon encontre. De cette éventualité non choquante pour moi en son principe, je me serais défendu normalement.

Depuis, mais après ma condamnation, cette société a été condamnée pour harcèlement moral aux prud'hommes, ce qui donne acte à la réalité délétère

du travail que j'ai énoncé dans mon travail d'anamnèse clinique. Elle en a fait appel. Mon écrit médical n'est pas même cité comme élément de preuve dans ce jugement, ce qui est bien normal ici puisque ces faits pré-existaient de six mois à mon écrit.

Mais je reste condamné pour mon écrit médical par la chambre disciplinaire ordinale !

LE TRAVAIL DE CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL L'INSTRUCTION ET LE DIAGNOSTIC CLINIQUE DU LIEN SANTÉ/TRAVAIL

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

Le médecin du travail a pour projet d'identifier la relation entre des altérations de la santé d'un patient et des éléments pathogènes de sa situation professionnelle.

Il le comprend avec le patient par son travail d'investigation clinique inter-compréhensive. Son objectif est de soutenir la réflexion du patient et de l'aider à élaborer une parole propre sur les enjeux de son travail. Le médecin investigate le rôle éventuel du travail, de son organisation concrète et des rapports sociaux qui s'y nouent qui pourraient expliquer ici l'origine de la psychopathologie du patient.

C'est le travail qui est pris comme grille de lecture. Le travail clinique ne sépare pas les conditions de travail du patient, de l'évolution des rapports sociaux du travail et des organisations du travail, ni des conflits qui les accompagnent, y compris au sein même de la santé au travail.

Ce travail clinique individuel passe par la parole et repose sur la possibilité pour le patient de penser son travail pour participer aux transformations des organisations du travail et recomposer l'agir ensemble. L'objectif de ce travail clinique est la reconquête par le patient de son pouvoir d'agir afin de lui permettre de retrouver sa capacité à construire sa santé au travail.

Le médecin peut avoir des difficultés à comprendre le mécanisme délétère éventuel du travail du patient. Les affects douloureux de ce dernier peuvent l'envahir et ses défenses psychiques l'aveugler. Quand le patient s'interroge sur ce qu'il a fait et sur l'écart avec ce qu'il voulait faire, son identité peut vaciller. L'activité de travail est en avance sur la raison et peut rester obscure aux yeux de celui qui la réalise.

Mais le mécanisme délétère de l'engagement dans le travail est accessible à la prise de conscience, lors du travail d'élaboration de ce qui émerge du récit du sujet sur son travail pendant la consultation.

Le médecin invite alors le patient à lui donner à comprendre très concrètement des fragments de son activité de travail. Pour ce faire il se fait raconter dans le détail une situation dans laquelle le salarié a été mis en difficulté, les premiers incidents qui l'ont malmené. Le sujet met en récit son travail réel, son engagement. L'émotion surgit quand émerge une difficulté professionnelle irrésolue. Le médecin peut reformuler ce qu'il croit comprendre du rôle du travail et des rapports sociaux qui s'y nouent. Quand le patient « rebondit » en y apportant de nouveaux éléments du côté de ce qui fait difficulté dans son activité de travail, le travail d'élaboration peut à nouveau se déployer.

Par cette pratique clinique, le médecin appréhende mieux le travail singulier du sujet, les effets irréductiblement personnels du « travailler ensemble ». Le patient effondré dans le cabinet, peut reprendre pied par ce récit, se redresser littéralement. Cette investigation compréhensive éclaire la situation du patient. Cela permet de comprendre ensemble les dynamiques de l'activité de travail, le travail collectif, le déploiement ou non d'un engagement subjectif dans le travail.

Mais ce qui malmène le patient peut échapper à sa compréhension, parce que la quotidienneté de son travail le contraint à « faire avec », et donc à faire répression inconsciemment aux affects trop douloureux qui en surgissent, pour « tenir malgré tout ».

Alors, dans le récit des patients sur leur travail, la honte à l'origine de souffrances éthiques ne s'énonce pas. Elle émerge en creux, dans ce qui ne peut se dire. Il y a de véritables trous dans le récit du travail. L'explicitation des conduites est alors incohérente. Le médecin ne doit pas casser les défenses psychiques du sujet et se garder des jugements moraux.

Parfois, dans les situations cliniques très difficiles, une pathologie mentale originaire ou réactionnelle fait empêchement à la mise en récit des difficultés majeures du travail. Le médecin ne se représente pas travailler le patient. Il n'est alors pas en mesure d'instruire le lien entre sa santé et son travail.

L'ÉCRIT MÉDICAL, LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET LE LIEN SANTÉ/TRAVAIL

L'information de chaque travailleur du lien entre les risques du travail et les effets négatifs sur sa santé relève du droit du patient, garanti par le Code de la santé publique et traduit également dans le Code du travail. C'est une obligation pour chaque médecin du travail.

- **Tracer le travail clinique jusqu'au diagnostic** dans le dossier médical, et assurer ainsi l'effectivité du droit d'information du travailleur et de ses droits pluriels à réparation.
- **Rédiger des écrits médicaux**, notamment des certificats médicaux de maladie professionnelle argumentés pour les psychopathologies du travail.

Tout cela fait partie du devoir de tout médecin.

Ainsi quand un travail de compréhension du rôle du travail dans la psychopathologie du patient a lieu, il est tracé dans le dossier médical. À partir de là, le médecin du travail peut être amené à rédiger un écrit médical adéquat à la situation de ce qu'il a instruit cliniquement du lien santé-travail.

L'écrit médical est un acte en responsabilité déontologique qui supporte le diagnostic du lien santé-travail, énoncé ou démontré. Il ouvre à une pluralité des possibles :

Le médecin articule dans l'écrit médical les constats cliniques sur la pathologie avec les aspects délétères du travail, ce que lui permettent les connaissances, compétences et règles professionnelles de sa spécialité de médecine du travail.

- **C'est ainsi** qu'il procède pour la restauration de la santé individuelle du patient en lui donnant acte de l'état d'un travail clinique d'instruction du lien santé/travail.
- **C'est ainsi** qu'il procède dans les liaisons médicales dans le cadre d'un processus de soin.
- **C'est ainsi** qu'il procède pour la rédaction d'un certificat médical initial d'un Accident du Travail ou d'une Maladie Professionnelle (MP).
- **C'est ainsi** qu'il procède pour la rédaction de l'avis du médecin du travail que lui demandera un Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) pour instruire en MP une pathologie hors tableau.
- **C'est ainsi** qu'il procède pour la rédaction d'une « alerte médicale collective à l'employeur et au CHSCT ».

- **C'est ainsi** qu'il procède dans sa fiche d'entreprise ou son rapport annuel d'activité de médecin du travail.
- **C'est ainsi** qu'il procède pour faciliter l'indemnisation d'un préjudice.

L'écrit médical peut être difficile à circonscrire dans une forme prédéfinie a priori du fait de la pluralité potentielle de son utilisation ultérieure.

Ainsi mon écrit médical est dénommé certificat mais ne se termine pas par « à valoir ce que de droit ». Il s'agit tout à la fois d'un certificat de maladie professionnelle qui instruit le lien santé/travail, et d'un extrait du dossier médical du patient portant une analyse clinique indispensable à un processus de soin. Pour cela, une « monographie médicale » ou la citation de paroles vives du patient pour donner à comprendre, peuvent être justifiées.

Le médecin du travail, dans un écrit professionnel instruisant le lien santé-travail, n'est nullement limité à la forme de l'écriture d'un certificat de coups et blessures.

Les groupes de pairs de médecins du travail, élaborent depuis des années sur cette question comme en atteste les récents Colloques sur la Clinique médicale du travail et les Écrits des médecins du travail, organisés en 2013 et 2014 par *E-Pairs* et *l'association Santé et Médecine du Travail* (ass. SMT).

L'ordre des médecins n'a rien rédigé sur les certificats de maladie professionnelle dont la forme est libre de fait pour la Sécurité Sociale, puisque tout écrit médical supportant un diagnostic de pathologie professionnelle peut valoir certificat médical initial de MP.

Ce n'est donc pas à la juridiction ordinaire de restreindre les formes de cet écrit en l'enfermant dans celle du certificat de coups et blessures. Accuser des médecins de certificat de complaisance, quand la chambre disciplinaire ignore superbement une méthodologie clinique pour laquelle elle n'a pas compétence, est une posture idéologique. On attend d'elle qu'elle prenne en compte l'intérêt de la santé du patient, alors qu'elle semble intervenir pour préserver un médecin d'hypothétiques risques juridiques le concernant, ce que faisant l'intérêt de la santé du patient a disparu !

On ne saurait confondre des commentaires ordinaires obsolètes du Code de déontologie, et la lettre du Code de déontologie, au regard duquel l'instance d'appel est le Conseil d'État. Le prouve, les décisions récentes sur le secret médical dans l'affaire des autopsies psychiques ou l'ordre des médecins a été désavoué pour sa conception restrictive du secret médical ! Et il continue à l'ignorer de façon désinvolte dans la procédure de réception des plaintes d'employeurs.

Énoncer le diagnostic du lien santé/travail est donc un devoir déontologique.

C'est seulement l'organisme de Sécurité Sociale ou le juge, dans le cadre d'une procédure contradictoire où l'écrit médical n'est pas suffisant en soi pour ouvrir des droits médico-sociaux, qui peut retenir et qualifier cet écrit médical au regard de la fonction pour laquelle il est utilisé.

RÉCEPTION DES PLAINTES D'EMPLOYEUR PAR UN CDO, CONCILIATION ORDINAIRE ET SECRET MÉDICAL

L'irruption de la souffrance au travail et des psychopathologies professionnelles nécessitent donc d'instruire la relation entre la santé psychique et les conditions de travail :

- nécessité vitale pour la reconstruction du patient ;
- mais aussi nécessité pour la reconnaissance du traumatisme subi.

À la faveur d'un « notamment » introduit en toute discrétion en avril 2007 (art. R.4126-1 du Code de la santé publique), les chambres disciplinaires régionales ordinaires instruisent des poursuites de plus en plus nombreuses à la demande de l'employeur d'un patient, contre le médecin attestant par un écrit du lien entre la santé et le travail. Ces procédures sont utilisées par des employeurs afin de faire pression sur le cours de la justice, souvent une procédure prud'homme.

L'interdit arbitraire du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) qui empêche de faire le lien entre la santé et le travail via son rapport de 2006 sur les certificats médicaux, sert encore de justification à cette position obscurantiste. En instruisant des conflits opposant des tiers employeurs à des médecins, le Conseil de l'ordre perd le sens même de ce qui justifie son existence : la déontologie médicale qui a pour unique objet l'intérêt de la santé du patient. Les écrits en question ne sont pas des actes d'expertise judiciaire.

La procédure de réception des plaintes par les conseils de l'ordre des médecins en instituant une conciliation avec l'employeur, empêche le médecin de se justifier afin de respecter le secret médical, ce qui bafoue alors son droit fondamental de disposer de tous les moyens pour se défendre.

Pour cela des médecins refusent d'y participer. Nous en sommes. Dans les trois affaires support de la pétition de soutien aux médecins du travail mis en cause par des employeurs — 10 000 signataires dont 1 000 médecins du travail — les trois médecins ont été condam-

nés par la chambre disciplinaire de première instance, les trois patients ont gagné ultérieurement aux prud'hommes ou ont été reconnus en accident du travail !

Ces plaintes sont donc des plaintes de circonstance, destinées à décrédibiliser les écrits des médecins du travail. Ces employeurs veulent ainsi déclencher un réflexe de peur et d'abstention de témoignage chez les médecins.

Ainsi, on comprend pourquoi, alors que toutes les enquêtes montrent l'impact massif sur la santé des salariés des nouvelles formes d'organisation du travail, des employeurs tentent de se garantir contre tout constat, notamment médical.

Ce qui se joue ici, c'est le droit légitime de tout travailleur à une information du médecin du travail, et au-delà, de tout médecin en ayant les compétences, sur les risques qu'il court personnellement et sur les effets qu'ils entraînent sur sa santé.

Sur la base des sept à dix plaintes par an sur dix départements que nous connaissons via notre réseau depuis trois ans, on peut estimer leur fréquence annuelle à plus de cent, soldées très fréquemment par la modification par le médecin de son écrit médical sous la pression du processus de menace de la chambre disciplinaire lors d'une conciliation, tout cela en dehors du patient.

CONCLUSION

L'enjeu pour chaque spécialité médicale, médecins du travail, psychiatres, généralistes..., est d'élaborer des règles professionnelles pratiques au regard desquelles l'ordre des médecins n'a aucune responsabilité ou contrôle. Elles ressortent du Développement Professionnel Continu (DPC), Formation Professionnelle continue (FMC) et de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le diagnostic du lien santé-travail relève principalement de l'obligation de moyens du médecin :

- respect du secret médical,
- construction de la confiance,
- consentement éclairé du patient,
- travail entre pairs,
- compétences acquises,
- prise en compte des inégalités sociales de santé,
- prévention des maladies évitables,
- et prise en compte des avancées scientifiques.

Acculer un médecin en conciliation ordinale à s'expliquer devant un employeur au péril du secret médical

est contraire à la déontologie médicale. Il n'y a aucun secret partagé en médecine, que ce soit avec l'employeur, le DRH, l'assistante sociale ou les représentants du personnel. Le médecin du travail peut être condamné pour cela.

Mais arguer du secret médical pour empêcher le médecin du travail de faire le lien entre santé et travail, c'est nier le rôle de la médecine du travail et détourner le secret médical de son sens.

Comme c'est leur devoir, les médecins du travail doivent pouvoir attester, exclusivement pour leur patient, de leur diagnostic médical sur le lien santé/travail. Ils en énoncent leurs préconisations médicales dans l'intérêt exclusif de la santé du salarié. Ils en nourrissent leur action de prévention collective primaire, de sauvegarde individuelle, de veille médicale, et d'alerte médicale collective.

Ce travail médical en responsabilité peut permettre que se déploie en écho, une mise en délibération collective des difficultés de la contribution des sujets au travail.

Ainsi, la médecine du travail contribue à rendre les salariés acteurs de la transformation du travail, en remettant le travail réel au centre de la discussion sur les évolutions des organisations du travail.

BIBLIOGRAPHIE

➤ Association SMT, coll., *Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat*, Editions Syros, 400 pages, coord. HUEZ D., BARDOT F., CARRÉ A., RIQUET O. et SANDRET N., 1998

➤ BARDOT F. et HUEZ D., « Clinique médicale du travail et souffrance au travail, les dépressions réactionnelles professionnelles », *Travail et Emploi* n°96, 2003

➤ CARRÉ C. et HUEZ D., « Les écrits du médecin du travail », *Cahier SMT* N°27, p. 65-70, octobre 2013

➤ CARRÉ Alain, HUEZ Dominique, RIQUET Odile, GROSSETÊTE Alain, DEVEAUX Annie, RANDON Alain, DE LABRUSSE Benoît, CHEVALLIER Mireille, MARTINEZ Huguette, BERNERON Bernadette et LUCAS Gérard, « Les écrits en médecine du travail, écrire comme médecin du travail », *Document Repères pour les pratiques professionnelles, Cahier SMT* N°28, p. 30-71

➤ CARRÉ A. et HUEZ D., « Plaintes d'employeurs devant le Conseil de l'ordre des médecins : quand l'incompétence se fait juge de la compétence », *Travailler* n°33, p. 89-100, 2015

➤ DAVEZIES Ph., DEVEAUX A. et TORRES. C., « Repères pour une clinique médicale du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol. 67 : p.119-125, 2006

- DEJOURS Chr., *Travail, usure mentale, essai de psychopathologie du travail*, Ed. Bayard, 2008
- HUEZ D., *Souffrir au travail, comprendre pour agir*, Ed. Privé, 2008
- HUEZ D. et RIQUET O., « Savoir-faire clinique et action en médecine du travail », *Archives des Maladies Professionnelles*, 30^{ème} journées de Santé et Médecine du travail de Tours, juin 2008, p. 373-379, 2008

- LOUBET-DEVEAUX A., BARDOT F., « Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail », *Travailler* 2003/2, Editions Martin-média, 2003
- MOLINIER P., *Les enjeux psychiques du travail*, Ed. Payot, 2008
- <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>, Site des Cahiers SMT

NE LAISSEZ PAS LES EMPLOYEURS SE MÊLER DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE ! LETTRE OUVERTE À MADAME LA MINISTRE DE LA SANTÉ

Collectif de personnalités

Le 19 mars 2015

Alors que les années quatre-vingt dix ont été celles de l'amiante, en ce début de XXI^e siècle le nouvel enjeu majeur pour la santé de milliers de salariés est bien la souffrance psychique au travail. S'il a malheureusement fallu pour cela la médiatisation de nombreux suicides chez *France Télécom-Orange*, des médecins, des organisations syndicales et des associations de victimes tentent aujourd'hui de faire œuvre de prévention. Mais comme face à toute prise de conscience, des résistances persistent, et certains employeurs contestant leur responsabilité cherchent aujourd'hui à instrumentaliser les instances disciplinaires médicales pour leur défense, comme dans les cas récemment médiatisés des D^{rs} Dominique HUEZ et Jean RODRIGUEZ.

La première raison d'être de la compétence des chambres disciplinaires en matière de déontologie médicale est de protéger la relation entre un patient et son médecin, dont la confiance est l'ingrédient primordial. C'est pourquoi traditionnellement, seuls les patients ou des organismes représentant leurs intérêts pouvaient intenter une procédure disciplinaire contre un praticien, en dehors des autorités publiques. Mais à la faveur d'un « notamment » introduit en toute

discretion dans cette liste en 2007 (art. R.4126-1 du Code de la santé publique), une lecture extensive permet aujourd'hui, dans un flou juridique total, à certaines chambres disciplinaires régionales d'instruire des poursuites à la demande de **l'employeur d'un patient**, bien que celui-ci soit totalement étranger à la relation de soin.

Une première conséquence grave est la **violation du secret médical**, l'instruction se faisant en général sur la base de documents dont le patient n'a ni demandé ni autorisé l'utilisation dans ce but, tout cela sans même le contrôle d'un juge.

Une seconde conséquence grave est l'utilisation de ces procédures afin de **faire pression sur le cours de la justice**. Bien souvent, une procédure prudhomme en est l'origine, l'employeur exigeant du médecin de revenir sur ses écrits lorsqu'ils peuvent fragiliser sa défense.

Bien entendu, de telles dérives ne pourraient trouver prise sans une certaine complaisance régnant parfois au sein du Conseil de l'ordre des médecins. Au cœur du problème se situe la nécessité d'instruire **enfin** la relation entre santé psychique et conditions de travail : nécessité pour la reconnaissance du traumatisme subi, mais aussi nécessité **vitale** pour la reconstruction du

patient. Au mépris du consensus international en psychiatrie, le Conseil de l'ordre refuse de façon constante d'admettre tout lien de ce type, au nom d'une conception paternaliste de la médecine où le praticien doit effacer l'intérêt du patient devant le père, le mari... ou le patron. Cette vision atteint son absurdité maximale lorsqu'elle conduit l'ordre à poursuivre des médecins du travail pour avoir... établi un lien entre travail et santé des salariés !

C'est pourquoi nous, soussignés (parlementaires, responsables politiques, syndicaux, associatifs, médicaux, chercheurs...) vous demandons solennellement de mettre un terme à cette dérive, en ne permettant plus aux employeurs d'entamer une

procédure disciplinaire contre un médecin dans le seul but de protéger leurs intérêts contre l'un de leurs salariés. Il ne s'agit aucunement de faire des médecins une catégorie protégée, puisque tout un chacun reste libre de contester les écrits ou de demander une contre-expertise devant les tribunaux de droit commun. Il s'agit simplement de redire que les chambres disciplinaires médicales ne sont pas compétentes pour interférer dans des procédures prudhommales ou pénales qui peuvent opposer salariés et employeurs. Et réciproquement que les questions déontologiques concernent avant toute chose la relation entre les patients et leurs soignants, et que toute intrusion tierce ne fera que fragiliser cette relation de soin, et donc la santé des Français.

SIGNATAIRES :

Aline ARCHIMBAUD, sénatrice de Seine Saint Denis, EELV
Marie-France BEAUFILS, sénatrice d'Indre et Loire, PCF
Fanélie CARREY-CONTE, députée de Paris, PS
Pierre LAURENT, sénateur de Paris, PCF
Eva SAS, députée de l'Essonne, EELV
Arnaud DE BROCA, FNATH, Associations des accidentés de la vie, secrétaire général
Marie-José KOTLICKI, UGICT-CGT, secrétaire générale
Eric BEYNEL, Union syndicale *Solidaires*, porte-parole
Eric BEN BRIK, maître de conférences de médecine du travail
Bernard CASSOU, professeur émérite de santé publique
Christophe DEJOURS, professeur titulaire, chaire Psychanalyse, santé, travail, CNAM
François DESRIAUX, rédacteur en chef, magazine *Santé et Travail*
Vincent DE GAULEJAC, professeur des universités
Marcel GOLDBERG, professeur émérite de santé publique
Ellen IMBERNON, médecin épidémiologiste, ex-directrice départ. Santé-Travail, Invs
Michel LEDOUX, avocat au Barreau de Paris
Danièle LINHART, directrice de recherche au CNRS
Francis MEYER, maître de conférences en droit, chercheur santé au travail, I.T.
Marie PEZÉ, docteur en psychologie, expert judiciaire
Rachel SAADA, avocate, membre du Conseil national des Barreaux
Nicolas SANDRET, médecin inspecteur du travail
Jean-Paul TEISSONNIÈRE, avocat au Barreau de Paris
Annie THÉBAUD-MONY, directrice de recherche honoraire, INSERM
Alain CARRÉ, SMTIEG-CGT, (médecins du travail), vice-président
Patrick DUBREIL, SMG, Syndicat de la Médecine Générale, président
Philippe GASSER, USP, Union Syndicale de la Psychiatrie, président
Michel LALLIER, ASD-Pro, (Aides victimes/organis. face suicide/dépresseions), président
Gérard LUCAS, E-Pairs, (formation médicale SST), président
Gilles SEITZ, animateur collectif CGT et CGT-UGICT des médecins du travail
Jean-Michel STERDYNIK, SNPST, Syndicat National Professionnel Santé au Travail, secrétaire général
Jean-Louis ZYLBERBERG, association SMT (Santé et Médecine du Travail), président
Jean RODRIGUEZ, psychiatre, Avignon
Dominique HUEZ, médecin du travail, consultation Souffrances et Travail, Tours

LE CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

EST-IL PARTIAL ?

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins oublierait-il ses obligations déontologiques par complaisance pour des employeurs qui ne sauraient représenter les intérêts de la santé des patients ?

***Collectif interorganisationnel de médecins du travail
Publié par Mediapart le 6 avril 2015***

Un relevé des plaintes d'employeurs auprès des conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) amène à évaluer que le nombre de plaintes d'employeurs contre des médecins, toutes spécialités confondues, est d'environ 200 par an, dont la moitié concerne des médecins du travail.

Un syndicat de médecins du travail a interrogé le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur le nombre de plaintes d'employeurs contre des médecins reçues par les CDOM.

La réponse de cette institution ne comporte aucune précision à ce sujet, se contentant de donner uniquement le nombre de plaintes jugées par la chambre disciplinaire régionale. Or, le but des plaintes d'employeurs, uniquement justifiées par l'existence d'un conflit en cours de procédure avec un salarié, est double.

- Ou décrédibiliser l'écrit médical en faisant connaître le fait qu'une procédure ordinale est en cours lors des audiences prud'homales, et ultérieurement obtenir la condamnation du médecin. L'effet recherché est également de dissuader les autres médecins d'accomplir leur devoir d'assurer les droits légitimes de leurs patients notamment en attestant du lien entre leur travail et ses effets sur leur santé.
- Ou, plutôt, de faire revenir le médecin concerné sur son écrit en profitant de la « conciliation » organisée par les CDOM et les pressions qu'y exercent les employeurs et leurs conseils et aussi parfois les membres des CDOM. Or, la modification d'un écrit

remis à un patient, sans l'avoir examiné à nouveau et avoir acté de cette modification avec lui, est contraire à la déontologie médicale, ce que paraissent ignorer les membres des CDOM qui constatent et laissent faire. On comprend donc que les médecins ayant cédé aux pressions ne tiennent pas à en faire publicité.

La réponse du CNOM comporte, en outre, des précisions révélatrices de curieuses conceptions de cette institution en matière de déontologie médicale.

Déjà récemment, l'instance disciplinaire nationale du CNOM avait relaxé un psychiatre condamné en première instance pour avoir transgressé le secret médical, en réalisant puis en remettant à un employeur une « autopsie psychique » d'un salarié qui s'était suicidé, alors que ce suicide était reconnu comme accident du travail. Finalement c'est le Conseil d'État qui, en appel, a rétabli la condamnation et confirmé que le secret médical avait bien été transgressé.

Dans le cadre des plaintes d'employeurs, le CNOM confirme sa position intenable en prétendant que le secret médical ne s'appliquerait pas dès lors que le médecin devrait se défendre. Cela permettrait au médecin de s'en affranchir vis-à-vis d'un employeur — dont les actions ont potentiellement porté atteinte à la santé de son patient — et de conseillers ordinaires, en violation de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique. Il faut remarquer que, dans ce cadre, la conciliation a pour effet de tenter d'obtenir des données protégées par le secret médical et que ce fait

est punissable d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende...

Ce constat incite à conseiller aux médecins de refuser toute conciliation illégale dans le cadre de plaintes d'employeurs. En effet, le médecin y est privé du droit à une défense équitable puisqu'il ne peut transgresser le secret médical pour se défendre.

Alors que, depuis 1948, le décret n°48-1671 du 26 octobre 1948 qui régissait le dépôt de plaintes devant l'ordre limitait celles-ci aux ordres des médecins, à la puissance publique ou aux médecins eux-mêmes, un premier décret n°2007-434 du 25 mars 2007 ouvrait, en modifiant l'article R.4126-1 du Code de la santé publique, cette possibilité aux patients ou à leurs représentants, dans l'esprit qui a présidé à la rédaction de la loi sur le droit des patients en 2002. Paradoxalement, un deuxième décret n°2007-552 du 13 avril 2007, soit moins d'un mois après le premier décret, introduisait l'adverbe « notamment », devant la mention indiquant que les patients pouvaient porter plainte au CDOM. Cette mention, contrairement à l'interprétation qui en est faite par le CNOM, n'a pas pour objet de permettre aux employeurs de porter plainte dans ce cadre.

En effet, lors d'un colloque récent intitulé : « *Médecine du travail : le temps du silence ?* » Le Professeur de droit du travail de l'université de Nancy, Patrice ADAM, rappelait opportunément que dans un texte législatif ou réglementaire l'emploi de l'adverbe « notamment » n'a pas pour objet d'étendre *ad libitum* la liste qui y est énumérée et d'ouvrir cette liste au-delà de la nature de l'énumération qu'elle délimite.

Ici, le « notamment » n'a donc pas pour objet d'étendre cette liste aux employeurs mais bien de laisser la liste ouverte dans le strict cadre de l'énumération qu'elle comporte qui relève soit de l'intérêt public soit de celui de la santé du patient. Il est légitime d'estimer, par conséquent, que la réception par les CDOM de plaintes d'employeurs est illégale. Certains des CDOM sont sans doute convaincus de cela, mais ont probablement été l'objet de pression du CNOM pour se soumettre à cette position infondée.

Le mystère de cette manipulation du décret de mars 2007 est maintenant moins opaque depuis la réponse du CNOM.

En effet, contrairement à cette évidence, dans la réponse au syndicat de médecins qui l'interroge, le **CNOM évoque cette modification, en estimant qu'elle « rétablit » une « erreur matérielle » ayant limité la possibilité de plaintes aux seuls patients et l'ouvrant « à toute personne ayant intérêt à agir »**. Le CNOM se

garde bien de préciser **que cette action ne peut avoir comme mobile que l'intérêt de la santé du patient, objet même de la déontologie médicale.**

Ainsi, le CNOM se dévoile comme un possible instigateur de l'ouverture aux employeurs des plaintes contre les médecins, employeurs qui sont potentiellement responsables d'atteintes à la santé des patients.

Faudra-t-il que le Conseil d'État soit saisi pour rétablir le droit, puisque, informés à plusieurs reprises des dérives, les ministres concernés sont aux abonnés absents ?

Un faisceau de faits confirme l'hypothèse que le CNOM a choisi de défendre une position incompatible avec le rôle que lui assigne la Loi et avec la déontologie médicale instituée exclusivement dans l'intérêt de la santé des patients :

- interdiction faite aux médecins, dans un rapport approuvé en 2006 par le CNOM, d'attester du lien entre des éléments professionnels et leurs effets sur la santé psychique du patient, alors même que le médecin déploie une démarche clinique de sa spécialité conférant compétence et validant les moyens mis en œuvre ;
- soutien aux employeurs qui portent plainte contre des médecins en recevant illégalement leurs plaintes, en arguant d'un artifice réglementaire dont, en fait, il pourrait être à l'origine ;
- exemption à la règle absolue du secret médical au profit de l'employeur, contre l'intérêt légitime de la santé du patient, en organisant des tentatives délictueuses de transgression lors de prétendues « conciliations » et incitation à modifier un écrit remis au patient hors de sa présence.

Le traitement réservé aux plaintes d'employeurs par l'ordre des médecins démontre une partialité et des irrégularités qui s'écartent notablement des conditions de droit qui caractérisent, en France et en Europe, ce qu'on désigne sous l'appellation de « juridictions ».

Une profonde réforme de l'institution et de ses instances disciplinaires s'impose.

SIGNATAIRES

- *Syndicat des médecins du travail CGT*
- *Syndicat de la médecine Générale SMG*
- *Union syndicale de la psychiatrie USP*
- *Association Santé et Médecine du Travail a-SMT*
- *Collectif des médecins du travail UGICT-CGT*

L'INSTANCE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES MÉDECINS CONFRONTÉE À UN DILEMME !

Association SMT

L'instance disciplinaire nationale du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) convoque les D^{rs} Dominique HUEZ et Bernadette BERNERON le même jour, le 8 septembre 2015, alors que leurs affaires ont été l'objet de décisions des instances disciplinaires régionales à des mois de distance.

Nous avons du mal à considérer qu'il s'agit d'une coïncidence.

Plus probablement, le Conseil de l'ordre des médecins embarrassé, voire discrédité, par ces affaires voudrait en finir :

- Sa défense que ces plaintes d'employeurs seraient des cas d'espèce ne tient pas debout puisqu'elles se multiplient contre de nombreux médecins et qui ne sont pas tous médecins du travail. Nos évaluations portent sur une centaine de praticiens. Le parti pris obstiné du CNOM de s'en tenir au chiffre des cas jugés par les instances et son refus, malgré nos demandes, de rendre public le nombre des plaintes d'employeur valide nos évaluations.
- L'obstination du CNOM à défendre la recevabilité des plaintes d'employeur est de plus en plus sujette à caution et ne résisterait pas à un jugement du conseil d'état dans la mesure où l'adverbe « notamment » sur lequel reposerait la recevabilité n'ouvre cette possibilité que pour les véritables sujets de la déontologie médicale, les patients, ou les organismes chargés de l'intérêt général. Toute autre plainte pouvant être instruite en droit commun.
- L'objet même du mandat dont se prévaut le CNOM, la déontologie médicale, est ici dépassé. En

effet le CNOM intervient comme juge des pratiques de médecins sans en avoir les compétences légales ou médicales et sans déployer les moyens experts nécessaires à la compréhension de ces pratiques.

➤ De ce fait, le CNOM se trouve, en outre, en situation de responsabilité pour avoir approuvé le rapport de 2006 sur les certificats médicaux. Comment peut-il assumer, alors que tracer les liens entre la santé psychique et l'organisation du travail est une obligation pour les préventeurs et les médecins, qu'« *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.* » ? Cette affirmation de parti pris, soulignée dans le rapport, hors du cadre réglementaire du CNOM et sans aucune justification de compétence des auteurs constitue une épée de Damoclès factice qui ridiculise l'institution.

➤ Enfin, ces affaires mettent en évidence le caractère « d'exception » de ses instances disciplinaires : absence de vérification des faits allégués, absence de véritable instruction, mépris des droits fondamentaux à se défendre, portage par les CDOM des griefs des employeurs, décision des instances éludant les questions de droit.

Dans les affaires des D^{rs} HUEZ et BERNERON des faits précis compliquent la situation de l'instance disciplinaire nationale et rendent sa situation à « juger » compliquée :

- Des tribunaux de droit commun, dont la légitimité tranche avec celle des instances d'exception

des conseils de l'ordre, ont, dans les deux cas, reconnu le bien fondé des revendications des patients concernés et la maltraitance dont ils étaient l'objet du fait de leurs employeurs. Cela valide, s'il en était besoin, les écrits des médecins poursuivis et invalide les décisions de première instance disciplinaire.

➤ Dans le cas du D^r HUEZ le CDOM d'Indre et Loire s'est joint explicitement et avec véhémence à la cause de l'employeur en se faisant l'accusateur public et a donc joint volontairement son sort à celui de l'employeur.

➤ Dans le cas du D^r BERNERON, agissant comme médecin hospitalier dépendant de l'autorité publique, plutôt que de transmettre, pour qu'elle s'en saisisse si nécessaire, le dossier à celle-ci, le CDOM du Loir-et-Cher a, imprudemment, assumé la plainte en substitution de l'employeur.

Le dilemme de l'instance nationale est donc le suivant :

- Condamner les D^{rs} HUEZ et BERNERON ce qui donnerait la possibilité d'appel au Conseil d'État et à la Cour européenne des droits de l'Homme.
- Ou les relaxer ce qui, sans préjuger de ce que feraient les médecins concernés, mettrait potentiellement en ligne de mire les deux CDOM pour dénonciation calomnieuse.

Les deux instances sont donc particulièrement cruciales, c'est pourquoi nous appellerons à se rassembler dans le calme dès que la date sera connue, pour apporter votre soutien aux D^{rs} D. HUEZ et B. BERNERON mais aussi à tous les médecins victimes de cette chasse aux sorcières, devant le Conseil national de l'ordre des médecins, 180 Boulevard Haussmann à Paris.

Vente en librairie
Éditions Privé – 2008 – 185 pages



Ce Cahier n°29 m'a intéressé(e) : Je ne suis pas membre de l'ass. S.M.T, je verse 20 € et je réserve le Cahier n°31 (à paraître courant 2016)

Règlement à l'ordre de Ass. Santé et Médecine du Travail

25 rue Edmond Nocard 94410 SAINT MAURICE

NOTE DE LECTURE

“Moral disengagement in the corporate world”, Jenny WHITE (M.Sc., M.P.H.), Albert BANDURA (Ph.D), and Lisa A. BERO (Ph.D.), *Accountability in Research*, 16:41–74, 2009

<http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2009Accountability.pdf> (1)

Alain CARRÉ

Cette publication de sociologues américains, qui date de 2009, est plus que jamais d’une actualité brûlante. Cette exploration du « *désengagement moral dans le monde de l’entreprise* » est une typologie commentée et illustrée d’exemples des stratégies mises en place par les entreprises pour s’exempter de toute responsabilité morale, mais aussi parfois pénale, des effets de leurs actions.

Les exemples sont tirés de quatre domaines industriels particuliers : ceux utilisant le plomb, les industries produisant ou utilisant le chlorure de vinyle, les industries liées au tabac et celles produisant ou utilisant la silice. Pour celles et ceux qui ont lutté pour faire interdire l’amiante les exemples tirés de ce dernier domaine industriel sont très évocateurs.

UNE PUBLICATION D’UNE TRÈS GRANDE PORTÉE PRATIQUE POUR LES MÉDECINS DU TRAVAIL

Même si assez souvent l’action de prévention et d’alerte des médecins du travail se heurte au simple déni de l’employeur, elle peut aussi, notamment dans les entreprises de taille importante, être confrontée à la mise en œuvre des stratégies concertées de *lobbying*. Dans notre pays l’industrie nucléaire ou l’industrie pharmaceutique pourraient être examinées de ce point de vue.

.....

1- Il n’existe pas de traduction en français de cet article. Seule une traduction privée, imparfaite et donc non publiable est disponible sur demande individuelle auprès de l’auteur de la note.

La typologie des stratégies de cette étude sociologique est donc parfaitement adaptée à celles auxquelles le médecin du travail pourrait être confronté.

Les auteurs repèrent huit archétypes de ces stratégies(2) :

JUSTIFICATION MORALE

Des justifications morales, sociales et économiques sont utilisées pour absoudre les pratiques et produits préjudiciables et pour contester les réglementations. Envisager les activités nocives du point de vue de leur résultat positif n’élimine pas seulement toute autocritique mais peut même engendrer une gratifiante justification du fait de leur utilité.

EUPHÉMISATION

Le langage neutre et complexe contribue à rendre individuellement et collectivement acceptables des produits ou des pratiques dommageables. Cette dissimulation, par le langage, des activités nocives réduit la construction de la culpabilité éthique.

COMPARAISON AVANTAGEUSE

L’activité préjudiciable ou le produit est comparé à d’autres activités ou à d’autres produits de moindre conséquence ou de moindre impact négatif qui les font apparaître bénins.

.....

2- La traduction est celle de l’auteur de la note

DÉPLACEMENT DE LA RESPONSABILITÉ

Les acteurs s'absolvent eux-mêmes de toute responsabilité personnelle en mettant en avant que leur activité leur est imposée par d'autres ou en construisant des systèmes de dénis pour se maintenir soit même en état d'ignorance. La critique des politiques publiques, des réglementations et des découvertes scientifiques est spécifiquement confiée aux consultants, à des scientifiques extérieurs à l'entreprise. De même sont créées des officines destinées à représenter ces industries dans l'espace public.

DIFFUSION DE LA RESPONSABILITÉ

Le sentiment de responsabilité personnelle, du fait de contribuer aux activités nuisibles, est minimisé par les prises de décision et des actions collectives ; ainsi personne ne se sent personnellement responsable, du fait du découpage de l'entreprise en fonction de diverses activités ou différentes subdivisions, qui prises isolément paraissent irréfutables.

Du fait de la large diffusion de ces pratiques, personne ne se sent responsable personnellement du préjudice.

*DÉNIGREMENT OU DISQUALIFICATION
DES CRITIQUES ET DES VICTIMES*

L'autocritique morale peut être bloquée ou minimisée en attribuant des caractéristiques particulières aux victimes. Les scientifiques qui instruisent des effets préjudiciables ou ceux qui réclament que soit mieux réglementée l'industrie sont critiqués et accusés de mobiles qui les disqualifient.

DÉPLACEMENT DE LA RESPONSABILITÉ

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.

MINIMISER, NIER OU DÉFORMER LES CONSÉQUENCES

Le préjudice résultant de l'action préjudiciable ou des produits nocifs est réduit, déformé ou refusé. Les preuves d'un préjudice sont discréditées. En conséquence, il y a peu de raisons que les mécanismes de l'autocritique éthique puissent naître.

L'EXEMPLE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Les stratégies mises en place en matière de risques psychosociaux émergent à cette typologie. L'expression « risques psychosociaux » permet d'euphémiser et de minimiser la responsabilité du management(3).

Les réactions des employeurs face à l'apparition puis à l'impact des risques liés à l'organisation du travail s'organisent autour de quelques stratégies de « désengagement moral » assez classiques dont la description formelle en sociologie est maintenant bien établie.

Ainsi peut-on repérer la stratégie de « déplacement de la responsabilité » (*attribution of blame*) 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*).

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. Les scientifiques qui instruisent des effets préjudiciables ou ceux qui réclament que soit mieux réglementée l'industrie sont critiqués et accusés de mobiles qui les disqualifient.* »

C'est exactement ce que nous observons dans le domaine des risques psychosociaux dans le processus des plaintes d'employeurs devant les conseils de l'ordre.

.....

3- On lira à ce sujet : BENQUET Marlène, MARICHALAR Pascal et MARTIN Emmanuel, « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », *Sociétés contemporaines* 3/2010 (n°79), p. 121-143, URL : www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2010-3-page-121.htm.

ASSOCIATION S.M.T.

– LE BILAN 2014/2015 –

RÉUNIONS TENUES

- Journées de printemps le 21 mars 2015
 - ◆ *Le tiers temps en médecine du travail*
- 35^{ème} Congrès annuel les 6 et 7 décembre 2014 (Paris)
 - ◆ *Les écrits des médecins du travail*

Vous en trouverez les comptes rendus dans ce Cahier.

ACTIONS

➤ Poursuite du soutien aux médecins attaqués par l'Ordre des médecins et le MEDEF en raison de leur implication dans la préservation de la santé des salariés ; en particulier des D^s BERNERON, DELPUECH, HUEZ, RODRIGUEZ. – Lettre ouverte au Ministre de la santé avec plusieurs organisations et personnalités – Interpellation du CNOM dans *Mediapart* : « L'ordre des médecins est-il partial ? » avec plusieurs organisations de médecins.

➤ Contre le projet de réforme de la médecine du travail : lettre aux parlementaires, audition par la « Commission aptitude et médecine du travail »

➤ Nous avons rejoint le « **Collectif pour la santé des travailleuses et des travailleurs** »

- ◆ Ce collectif s'est constitué en réaction aux dispositions de la loi Macron « sur les mesures de simplifications » qui remettent en cause en particulier, l'inspection du travail, les comités d'entreprises et les CHSCT et à l'origine la médecine du travail.

- ◆ Ce collectif regroupe actuellement un certain nombre d'organisations (syndicales, associatives) et des personnalités investies dans le champ de la santé au travail telles que :

- ⌘ pour les organisations syndicales : (Sud Travail), (Solidaires), (UGFF CGT), (SNUTEFE-FSU), (SNTTEFP-CGT), le SAF, le SM, FNATH, Attac.

- ⌘ pour les cabinets d'expertises CHSCT : Degest, Cedaet, Apteis, Eretra, Ircaf, Sextant.

- ⌘ pour la médecine du travail : collectif CGT et UGICT CGT médecins du travail, SMTIEG-CGT, Association SNPST, SNPST.

- ⌘ Danièle LINHART (CNRS), Fondation Copernic ; association Henri PEZERAT, Annie THEBAUD-MONY

➤ Actions menées

- ◆ Réalisation de tribunes (CHSCT, aptitude) diffusées dans la presse
- ◆ Réalisation d'un meeting à Paris le 11 février 2015

➤ Objectifs à terme

- ◆ Programmer des « États généraux de la prévention de la santé des travailleurs et des travailleuses » pour début 2016, afin d'élaborer des propositions pour une refondation de la prévention des risques du travail, « afin que plus personne ne perde sa vie à la gagner ».

➤ **En coopération avec E-PAIRS et SNPST**, réalisation d'un colloque sur « *La coopération Médecin et Infirmier en Santé au Travail et le DPC* » à Paris.

PUBLICATIONS

➤ Édition du *Cahier SMT N°28* à 1 000 exemplaires en octobre 2014

➤ Édition du *Cahier SMT N°29* octobre 2015

➤ 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 8 décembre 2014, nous avons procédé au renouvellement de nos instances.

Président : Jean-Louis ZYLBERBERG (75)

Vice-président(e)s délégués : Alain CARRÉ (75) – Dominique HUEZ (37) – Odile RIQUET (69)

Vice-président(e)s : Josiane CRÉMON (38) – Annie LOUBET-DEVEAUX (42) – Florence JÉGOU (49) – Jocelyne MACHEFER (49) – Nicolas SANDRET (75)

Secrétaire : G. SEITZ (92)

Trésorier : A. RANDON (75)

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) – Martine BESNARD (38) – Marie-Andrée CADIOT (69) – Mireille CELLIER (01) – Karyne DEVANTAY (69) – Jean-Marie EBER (67) – Claude GARCIA (94) – Catherine GONDRAAN (92) – Alain GROSSETÊTE (69) – Michel GUILLAUMOT (52) – Nadine KHAYI (82) – Claire LALLEMAND (37) – Hervé LESCAO (92) – Gérard LUCAS (44) – Brigitte PANGAUD (75) – Nathalie PENNEQUIN (75) – Claire THOMASSIN (94)

ORIENTATIONS 2015

➤ Poursuite de nos actions

- ◆ Pour le droit du médecin du travail à attester du lien santé travail.

- ◆ Contre le projet gouvernemental de démantèlement de la prévention médicalisée en médecine du travail.

- ◆ Participation au « Collectif pour la santé des travailleuses et des travailleurs ».

➤ La Journée de Printemps (qui s'est tenue le 21 mars 2015 à Paris).

36^{ème} CONGRÈS ANNUEL

LES 12 ET 13 DÉCEMBRE 2015 À PARIS

Partage Accueil Solidarité (PSA)

Enclos Rey, 57 rue violet 75015 Paris

M° Emile Zola ou Commerce

Tél. 01 44 37 34 00

(Voir page 15 pour les pré-inscriptions)