TRIBUNAL D'EXCEPTION ORDINAL?

# LES CAHIERS S.M.T. Nº31

ISSN 1624-6799

**Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL** 

OCTOBRE 2016

## AGIR POUR LA SEULE SANTÉ DES SALARIÉS

E MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL IDENTIFIER, INFORMER, CONSEILLER

A RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

RDRE DES MÉDECINS, PLAINTE D'EMPLOYEUR, SANTÉ DU PATIENT ET SECRET MÉDICAL

Editorial		3
Le Métier de médecin du travail, identifier, informer, conseiller		
En 1953, un médecin du travail signalait la dangerosité de l'amiante, puis plus rien jusqu'en 1988	Benoît De Labrusse	5
Réflexions d'un médecin du travail « sénior », pour alimenter le débat sur la traçabilité	Benoît De Labrusse	9
Traçabilité des expositions professionnelles et droit du salarié à l'information à la santé en médecine du travail	Jean-Noël Dubois Benoît De Labrusse	11
Reconnaissance des maladies professionnelles et CRRMP et rôle des médecins du travail	Benoît De Labrusse	14
Les obligations du médecin du travail en matière de risque professionnel d'altération de la santé, identifier, informer, conseiller	Alain Carré	16
Le suivi post-professionnel, histoire d'une fiction		23
Cancers professionnels, étendue et invisibilité du phénomène	Benoît De Labrusse Brigitte Le Meur Daniel Serın	26
La coopération en médecine du travail avec les autres praticiens médecins du point de vue de la santé au travail d'un patient	,	31
En complément de la Loi Travail, les stratégies convergentes des employeurs	Alain Carré	34
La Réforme de la médecine du travail		
La médecine du travail et la protection de la santé des travailleurs en péril,		
·	Alain Carré	37
et le maintien de la périodicité systématique des visites médicales		
Les conditions du maintien de l'avis d'inaptitude au poste dans un contexte réglementaire préoccupant	Alain Carré	40
L'intrusion dans le Code du travail de la sécurité des tiers		40
et les répercussions possibles dans une entreprise de transport de voyageurs	Nathalie PENNEQUIN	43
La sécurité des tiers et les pratiques en médecine du travail	Jean-Marie EBER Alain RANDON Éric BEN BRIK	46
Loi El Khomry : mort de la médecine du travail sur ordonnance avec pastille Vichy	Mireille Chevalier Stéphanie Paolini	48
Loi Travail : une machine à remonter le temps vers la médecine de fabrique Un désastre sanitaire programmé en santé au travail	Alain Carré	51
Ordre des médecins, plainte d'employeur,		
santé du patient et secret médical		
Les enjeux des plaintes d'employeur devant l'Ordre des médecins	Dominique Huez	56
Pratique clinique, déontologie et plainte d'employeur	Bernadette Berneron	58
Travail clinique et écrit médical	Dominique Huez	60
Secret médical et déontologie. L'Ordre des médecins et la question sociale. N'agir que dans l'intérêt de la santé du patient.	Dominique HUEZ	64
Diagnostiquer le lien santé/travail. Le CNOM peut-il y faire obstacle?	Alain Carré	68
La condamnation du D <sup>r</sup> Rodriguez confirmée par une décision « d'ancien régime »	Alain Carré	73
Le fonctionnement d'exception des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins	Alain Carré	76
révélé par une nouvelle affaire de plainte d'employeur À l'opposé de la déontologie médicale, les instances disciplinaires de l'Ordre des médecins choisissent de soutenir les employeurs au mépris des droits des patients	Alain Carré	79
Bilan 2015–2016	Alain RANDON	83



## ÉDITORIAL

# L'ORDRE DES MÉDECINS NE DÉFEND PAS LES MÉDECINS DU TRAVAIL... IL LES JUGE! L'État démissionne de son rôle protecteur de la santé au travail de ses citoyens!

Comme le déclarait le professeur de droit à Nancy, Patrice Adam, à *Mediapart*, en janvier 2016 : « ...une partie des organisations patronales sont prêtes pour la guérilla juridique... ». Dès lors qu'un médecin du travail certifie le lien entre la santé d'un salarié et son travail, c'est-à-dire le cœur de son métier, il doit être remis en cause et discrédité en qualifiant ses écrits de « complaisants ». Il faut instaurer un climat de peur chez ces professionnels de santé qui peuvent certifier du lien santé/travail dans des dossiers médicaux ou dans des certificats, et alerter lorsqu'ils constatent la présence d'un risque pour la santé des travailleurs par un écrit motivé et circonstancié (article L.4624-3 du Code du travail).

Une partie des employeurs, via leurs avocats, ont trouvé un allié indéfectible : l'Ordre des médecins.

Le Conseil d'État, le 13 janvier 1961, donnait la définition d'un ordre professionnel : « Organisme privé chargé d'une mission de service public ». Réglementairement, le Conseil de l'Ordre des médecins a pour rôle : « (...) le maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice médical, (...) et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article L.4127-1 du Code de santé publique ». Or certaines instances disciplinaires des conseils de l'Ordre des médecins instruisent au-delà des plaintes des employeurs ; ainsi notre consœur le docteur Karine Djemil, après avoir été condamnée à six mois d'interdiction d'exercice pour avoir remis à des salariées leurs dossiers médicaux de santé au travail, qui contenaient une étude de poste de travail, effectuée dans le cadre d'une procédure d'inaptitude médicale (article R.4624-31 du Code du travail), s'est vue signifier une convocation en vue d'une expertise psychiatrique : mettre en visibilité les liens entre l'état de santé d'une salariée et un contexte professionnel possible d'harcèlement sexuel ne pourrait être uniquement que l'œuvre d'une malade mentale...!

Le 30 janvier 1942, eut lieu à Paris la réunion des présidents et délégués des conseils départementaux de l'Ordre des médecins de la zone occupée : le P<sup>r</sup> Pierre Mauriac, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux souhaitait « que l'élimination des métèques hors du corps médical soit poursuivie sans faiblesse ». Les médecins du travail instruisant le lien santé/travail sont-ils les « métèques du corps médical du XXIè siècle » ?

Dans le même temps, l'État nous refait le coup de la modernisation de la médecine du travail. Du passé faisons table rase! Mais rassurez-vous l'aptitude médicale reste: comme l'écrit François Desriaux, dans son éditorial de la revue Santé Travail de juillet 2016: « ...100 % des victimes de l'amiante avaient été déclarées aptes!... ». L'introduction de la sécurité des tiers a un goût de nouvel eugénisme: Alexis Carrel doit se retourner dans sa tombe; qu'un gouvernement « progressiste » reprenne ses idées, « c'est le summum de la "modernité"... »



La « modernité » en médecine du travail est d'offrir la possibilité au médecin du travail de demeurer dans son cabinet médical : l'article L.4624-4 du Code du travail offre la possibilité de faire procéder par un membre de l'équipe pluridisciplinaire à une étude de poste, le médecin du travail pouvant être l'auteur d'écrit « fou » (cf. ci-dessus avec le Dr Djemil).

La « modernité » en médecine du travail est de pouvoir contester les éléments de nature médicale justifiant les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail, devant le conseil de prud'hommes qui désignera un médecin-expert inscrit sur la liste des experts près de la cour d'appel (1er alinéa de l'article L.4624-7 du Code du travail), avec cerise sur le gâteau pour les employeurs : « La formation de référé peut décider de ne pas mettre les frais d'expertise à la charge de la partie perdante, dès lors que l'action en justice n'est pas dilatoire ou abusive » (4° alinéa de l'article L.4624-7 du Code du travail).

La « modernité » en médecine du travail est de prévoir des adaptations des règles pour les travailleurs précaires par la parution d'un décret en Conseil d'État : « en quelle année ? »

La « modernité » en médecine du travail est de faciliter le licenciement après un avis d'inaptitude médicale avec mention expresse dans l'avis du médecin du travail que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement.

Face à cette avalanche de régression sociale, les médecins du travail joueront-ils la partition d'une chronique de leur mort annoncée ou subvertiront-ils à nouveau par leurs pratiques professionnelles une réglementation qui a fait le choix de ne plus protéger la santé au travail des travailleurs français ?

Jean-Louis Zylberberg président 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, Benoît de Labrusse, Dominique Huez, Annie Deveaux, Alain Randon

Ont participé à ce numéro : Éric Ben-Brik, Bernadette Berneron, Alain Carré, Mireille Chevalier, Benoît de Labrusse, Annie Deveaux, Jean-Noël Dubois, Jean-Marie Eber, Alain Grossetête, Dominique Huez, Brigitte Le Meur, Stéphanie Paolini, Nathalie Pennequin, Alain Randon, Daniel Serin, Jean-Louis Zylberberg

Maquette: Jean-Noël Dubois

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil

## **E**N 1953, UN MÉDECIN DU TRAVAIL SIGNALAIT LA DANGEROSITÉ DE L'AMIANTE PUIS ...... PLUS RIEN JUSQU'EN 1988

Le document qui suit a été retrouvé dans un « Dossier d'entreprise » conservé depuis les années cinquante.

Le document daterait, d'après les recoupements, de l'année 1953. Il s'agirait d'une information du médecin du travail présentée en CHS. L'auteur, le médecin du travail D<sup>r</sup> C..., est inconnu.

L'entreprise fabriquait différents types de papiers et aussi des papiers filtres mélange de cellulose et de fibres d'amiante. (Utilisation : filtres à huile pour moteurs, filtres alimentaires, etc.). L'amiante arrivait par wagons, en « balles » Elle était introduite manuellement, avec la cellulose, dans le « broyeur à mousse ». Puis utilisée soit comme matière première, en milieu humide, dans une machine à papier, soit conditionnée pour la revente.

Aucun autre document signalant la présence et la dangerosité de l'amiante, par d'autres médecins du travail, n'ont été retrouvés dans le dossier d'entreprise jusqu'en 1988, date où l'entreprise m'a été affectée.

Cette utilisation d'amiante a persisté jusqu'en 1996 et plusieurs cas de cancer du poumon ont été reconnus en Maladies professionnelles « post-mortem » dans les années 2000.

D' Benoit DE LABRUSSE, médecin du travail

DES RISQUES PROFESSIONNELS ATELIER DU BROYEUR A MOUSSE

#### - I - TECHNOLOGIE -

Monsieur l'Ingénieur P nous a mis au courant :

- des matières premières utilisées et des produits finis obtenus.
- des opérations de transformation et de conditionnement
- du fonctionnement des machines
- de l'organisation du travail.

#### - II - NUISANCES : VIBRATIONS et POUSSIERES -

Les vibrations sonores audibles (bruits) dont l'inten--sité dépasse 90 décibels, entraînent à la longue une diminution de l'acuité auditive qui porte d'abord sur les fréquences voisines de 4.000 Herz et qui atteint ensuite la zone conversationnelle (comprise entre 500 et 2000 herz).

Le déficit auditif est décelable par examen audiométri--que au stade où l'audition de la voix n'étant pas encore altérée, le sujet ne ressent aucune gêne dans la vie courante ( stade de latence totale). La surdité cesse d'évoluer après soustraction au risque.

Accessoirement, les vibrations non audibles (surtout successoirement, les vibrations non audibles (surtout successoirement, à perception tactile) peuvent causer des troubles neuro-végétatifs divers généralement sans gravité.

La poussière d'amiante est susceptible de provoquer au bout de plusieurs années une maladie pulmonaire chronique trés grave (l'ABESTOSE) voisine de la sélicose des mineurs, et contre laquelle il n'éxiste pas de traitement efficace. Les signes radiologiques typiques sont d'apparition tardive. Cette maladie continue a évoluer pour elle-même aprés soustraction au risque. Les femmes y sont plus sensibles que les hommes.

Accessoirement, la poussière de cellulose peut être nocive à divers titres si l'empoussièrage est important.

#### - III - APPRECIATION DES RISQUES -

Source du bruit : Le broyeur à mousse ( il y a fonctionnement d'un seul des deux broyeurs).

Compte tenu des arrêts, <u>le temps de broyage effectif</u> est de 3 à 4 heures par journée de travail ( par faction).

L'<u>intensité du bruit</u> nous parait être de l'ordre de IIO à II5 décib**ces.** 

Poste de travail le plus exposé : l'alimentation du broyeur. ( poste occupé alternativement par l'un des deux ouvriers de l'atelier ).

Source de boustière ples "manches " en tissu recevant et filtrant l'air chargé de poussière qui s'échappe du cyclone.

- l'empaque tage manuel de la mousse
- accessoirement la presse à mousse.

L'empoussièrage est difficile à apprécier.

La proposition de poussière d'amiante est trés variable, parfois nulle (en fonction de la compesition des mousses).

proportion?

Les quatre postes de travail paraissent exposés de façon sensiblement identique ( à noter que le poste d'empaquetage n'est pas permanent ).

Parmi le personnel exposé, il y a eu récemment à notre connaissance :

- Une surdité professionnelle confirmée par expertise.
- Une image tadiologique suspecte.

#### IV - PREVENTION MEDICALE -

En ce qui concerne les sujets exposés au bruit :

Un examen audiométrique annuel sera demandé pour les ouvriers nous paraîssant suspects d'atteinte auditive ( compte tenu, entre autres, de la durée d'exposition ).

April Par la suite, nous effectuerons nous-même, des examens audiomètriques (une installation pour la pratique des examens audio-médriques étant prévue dans les nouveaux locaux du Groupement Médico-Social Interproffessionnel d'Avignon).

Tout sujet dépisté à la phase de latence totale devra être écarté de son poste de travail.

Les sujets exposés à la poussière d'amiante : seront comme par le passé, seumis chaque année :

- A un examen clinique effectué par le Médecin du travail
- A un exmande radiologique éffectué par un Médecin spécialiste en Pneumologie.

Ils seront soumis à des examées plus fréquents en cas de doute et soustraits au risque dès les premiers signes de suspicion clinique ou radiologique.

L'un des inconvénients de ces mesures de prévention médi--cale réside dans les éventuelles mutations de poste souvent difficiles à réaliser par da Direction et quelquefois mal acceptées par les intéré--sés.

Le roulement " des deux ouvrières # éffectuant l'empaquetage de la mousse permet une trés forte atténuation du risque.Il est nécéssaire que dans ce roulement entre le plus grand nombre d'ouvrières possible ( sauf contre-indications médicale). Aucune ouvrière ne devrait être affectée à ce travail pendant plus de 3 jours consécutifs.

#### 6 V - PREVENTION TECHNIQUE INDIVIDUELLE -

Le port du <u>casque anti-bruit</u>, récemment institué, assure une protection trés importante ( mais imcomplète en ce sens que la transmission des vibrations sonores par voie osseuse persiste).

Il n'y a pas d'inconvénients majeur à ce que deux ouvriers utilisent pour l'instant, alternativement, le même casque moyennant quelques mesures élémentaires de propreté et dans le cas où une insonnorisation ultérieure du broyeur pourrait être réalisées

<u>Vis à vis des poussières, les masques</u> constituent dans l'état actuel des choses une mesure de protection indispensable mais nettement insuffisante. De plus ils sont souvent mal supportés.

Il n'y a pas d'autres mesures de protection individuelles possibles.

#### /ENTION TECHNIQUE COLLECTIVE -

Il serait particulièrement intéréssant d'envisager ;

L'insonorisation partielle du broyeur à mousse. Les dimensions du broyeur étant assez réduites, son insonorisation partielle ( par caréna-ge, capotage, floquage .... ) parait possible. Il suffirait d'abais-ser le niveau sonore auddessous de 90 décibles pour supprimer complè-tement la nuisance. Les casques anti-bruit trouveraient leur utili-sation à d'autres postes de travail où toute insonorisation est impos-sible.

Les autres mesures théoriques de prévention collective contre le bruit ( alimentation automatique du broyeur, plaques anti-bruit au niveau des murs .... ) ne semblent pas présenter beaucoup d'intéret.

- L'automatisation de l'empaguetage de la mousse ( mise en paquets de I kg à 5 kg)meriterait d'être étudiée mais parait difficilement réalisable.
- Les "manches "recevant et filtrant l'air chargé de mousse qui s'échappe du cyclone constituent une source importante de poussière. Les "manches " se trouvant au premier étage ne semblant pas en cause. Par contre, celle qui descend dans l'atelier devrait dans la mesure du possible, etre supprimée ou isolés.
- Les problèmes de <u>renouvellement déair ou d'aspiration de la poussière</u> seraient à envisager si les deux mesures précédentes ne pouvaient être appliquées ou s'avéraient insuffisantes.
- Accessoirement, il serait sonhaitable que le <u>balayage de l'atelier</u> soit éffectué avec des moyens permettant de soulever le moins de poussières possible.

#### VII - CONCLUSION -

Nous faisons part de cette \*/étude à la Direction de l'Etablissement dans l'espoir qu'elle y trouvera quelques éléments susceptibles de l'aider dans sa tâche.

Nous nous permettons de souligner l'importance de la prévention technique collective et nous serions heureux que puissent être réalisées certaines des mesures proposées.

Nous remercions Monsieur l'Ingénieur P. pour sa précieuse collaboration.

Nous remercions à l'avance Monsieur le Directeur pour l'accueil bienveillant qu'il voudra bien réserver à cette étude.

Docteur C Médecin du Travail

## RÉFLEXIONS D'UN MÉDECIN DU TRAVAIL « SÉNIOR » POUR ALIMENTER LE DÉBAT SUR LA TRAÇABILITÉ

Congrès Association Santé et Médecine du Travail, 13 décembre 2015 Thème « Traçabilité des expositions professionnelles et droit du salarié à l'information à la santé, en médecine du travail »

Docteur Benoit DE LABRUSSE, médecin du travail b.delabrusse@hotmail.fr

L'absence de traçabilité des expositions professionnelles participe à leur invisibilité. Elle ampute la prévention primaire, la prévention médicale et la réparation. Elle annihile les droits à réparation des salariés. Les médecins du travail ne participent-ils pas à cette carence ?

En fin de carrière de médecin du travail inter-entreprises, je me suis trouvé dans une situation paradoxale : dans nombre d'entreprises, ce ne sont plus les salariés qui détiennent la mémoire des expositions, mais c'est le médecin du travail qui a suivi pendant plus de trente ans la même entreprise, qui détient les documents attestant de ces expositions passées.

Mais la fin d'activité étant proche, que deviendrait toute cette « mémoire » ? Je devais la transmettre.

- Quel intérêt ?
- ➤ À qui ?
- > Comment?

En 1997, un médecin inspecteur nous a sollicités pour recenser les entreprises ayant utilisé de l'amiante et par conséquent les salariés ayant été exposés. À cette occasion j'ai pu constater que les confrères ne disposaient pas de documents attestant cette utilisation dans les entreprises dont ils avaient la charge. Dans les dossiers médicaux on ne retrouvait jamais de fiches ou d'attestation d'exposition. Quand aux « fiches d'entreprises », elles n'étaient pas toujours réalisées ou étaient inexploitables. À une époque elles étaient manuscrites. Les cancérogènes y étaient rarement identifiés.

#### PÉNIBILITÉ

Quand la loi sur la pénibilité avait institué les fiches individuelles de prévention c'était la création d'un outil de traçabilité, (bien qu'aussi un recul sur la traçabilité des CMR). Avec quelques entreprises j'avais réussi à mettre en place ces fiches individuelles dont le contenu était discuté tant au sein des CHSCT que lors des « visites médicales ». Chaque salarié repartait avec un double de sa fiche et des conseils de conservation ad vitam aeternam avec ses bulletins de salaire. Ces documents étaient archivés sous forme papier et informatique, tant dans les dossiers médicaux, que dans les dossiers d'entreprise.

Or ces dernières années, l'obligation de fiche individuelle réalisée dans l'entreprise et communiquée au salarié, a disparu au profit, d'un document échappant à toute discussion et peu accessible aux intéressés.

#### TRAÇABILITÉ PAR LE SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL ET/OU PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL ?

La dernière réforme donne aussi au Service de santé au travail le devoir d'exercer une traçabilité des expositions professionnelles en parallèle avec la même obligation que celle du médecin du travail. Comment peuvent s'articuler ces deux obligations ?

De quelles sources disposent les SST?

Essentiellement des déclarations des employeurs. Or elles ne reflètent que les expositions du travail « prescrit ». L'employeur ne raisonne que par chiffre, par cer-

titude, il lui faut des mesures ; ce qui est rarement réalisé. Cette objectivation suppose aussi honnêteté : déclarer l'utilisation d'un cancérogène c'est s'exposer à beaucoup de tracasseries et même peut-être, demain à des mises en responsabilité pénale.

Le médecin du travail, de par ses connaissances obtenues tant lors des colloques singuliers, que par ses investigations en entreprises, aura une approche du « travail réel » et donc des expositions professionnelles effectivement vécues par le salarié.

Les différences ente ces deux approches sont parfois inconciliables et en l'absence d'arbitrage (CHSCT actif, inspection du travail, CARSAT) la « parole » du médecin n'est pas toujours entendue. Exemple : dans une entreprise bruyante, 90 dBA, les salariés disposent de protections auditives adaptées (bouchons moulés); l'employeur considère donc que les salariés ne sont plus exposés au bruit et ne les déclare pas comme tel au SST. Le médecin a une appréciation différente car ces protections sont partiellement efficaces, et contraignantes donc pas toujours portées en permanence. Quelle traçabilité sera prise en compte ?

#### TRAÇABILITÉ INFORMATIQUE

f L' informatisation est indispensable à la gestion d'un grand nombre d'informations. Les logiciels des SST ont été, et sont toujours, conçus pour la gestion administrative des convocations et des types de visites, ainsi que pour la réalisation du rapport médical annuel. La gestion des expositions professionnelles est plus récente et plus succincte. Dans mon service elle s'est enrichie, il y a deux ans, d'une double déclaration : celle du médecin du travail et celle récente de l'employeur pour chaque salarié. Ceci afin de satisfaire à la réglementation. Or je viens de constater que l'employeur avait la possibilité de supprimer mes informations sur les expositions de ses salariés. Par ailleurs les changements de versions, les mises à jour, du logiciel, ne garantissent pas toujours la pérennité des données. Enfin il est beaucoup question de la durabilité des supports informatiques au-delà de cinq à dix ans. Or nous sommes confrontés à des effets à long terme, plusieurs dizaines d'années.

C'est pourquoi depuis de nombreuses années, je m'attache à rédiger des fiches-certificats-attestations papiers et d'en remettre un exemplaire au salarié.

#### COMMENT LE MÉDECIN DU TRAVAIL PEUT-IL TÉMOIGNER DES EXPOSITIONS PROFESSION-NELLES ?

Dans ces conditions comment recenser les entreprises, comment recenser les salariés exposés, comment mettre en place une surveillance post-exposition ? Et surtout comment témoigner des expositions à l'amiante pour les victimes de cancers professionnels ?

Pour quelques entreprises, je disposais d'une documentation, mais c'est par l'interrogatoire minutieux des salariés que j'ai pu reconstituer les opérations exposantes. Ce sont les salariés qui ont principalement constitué ma mémoire. À ma stupéfaction, j'ai même une fois réalisé que malgré mes études de poste sérieuses, j'étais resté aveugle sur ce risque amiante que les salariés m'ont décrit dix ans après.

Il me restait alors à procéder à une recherche systématique, lors des « visites médicales » chez tous les salariés de ces entreprises. Mes connaissances s'enrichissant d'années en années, et l'âge de fin d'activité se rapprochant dangereusement, j'ai étendu mes investigations :

- > aux emplois passés par le traçage du *curriculum* laboris ;
- ➤ aux salariés intervenants en sous-traitance dans des entreprises exposantes à des cancérogènes ;
- > et aussi pour toutes les professions « à risque » : mécaniciens, BTP, etc. ;
- > aux autres cancérogènes tels que la silice, le chrome, les fumées de soudure, les ACD (Agents chimiques Dangereux), cancérogènes, etc.

Ce travail de mise en visibilité des expositions a pris la forme de l'établissement de « fiche-certificat-attestation d'exposition » qui est la retranscription non seulement des « dires » du salarié sur ses conditions de travail, mais aussi de mon interprétation sur la connaissance que j'ai pu acquérir par moi-même (étude de poste) ou par la littérature médicale professionnelle. Rarement je peux faire référence à une documentation écrite provenant de l'entreprise telle que des résultats de métrologie, des comptes rendus de CHSCT, des courriers de l'inspection du travail, etc.

- ➤ Une copie du document est à destination de l'employeur (un seul, un inconscient sans doute, a accepté de les signer !).
- ➤ Une copie, avec le tableau de la maladie professionnelle et les recommandations de suivi de la HAS, est destinée au médecin traitant.
- > Enfin le troisième exemplaire est donné au salarié avec recommandation de le joindre à ses bulletins de salaire précieusement conservés en vu de la retraite.

Au cours de la consultation abordant le sujet de ces expositions, il est évoqué, bien sûr, la prévention actuelle

quand l'exposition est encore présente (ex. BTP) et les modalités de la surveillance post-exposition. Depuis de nombreuses années je prescris des scanner thoraciques, m'étant totalement affranchi des scrupules sur le prétendu coût élevé de cette prescription. En fait autour de 120 €, alors que la cotisation annuelle est un peu inférieure à ce prix.

Le champ de la réparation se heurte à la carence de traçabilité de tous les organismes sociaux dédiés à cette tâche.

## **T**RAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES ET DROIT DU SALARIÉ À L'INFORMATION À LA SANTÉ, EN MÉDECINE DU TRAVAIL

## Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail 13 décembre 2015

Jean-Noël Dubois, Benoit De Labrusse, rapporteurs

Le thème de la séance est introduit par la présentation du texte : *Réflexions d'un médecin du travail* « sénior » pour alimenter le débat sur la traçabilité.

Alain Carré : « Ce compte rendu est parlant, descriptif, il permet le repérage des expositions possibles pour un médecin du travail en activité qui vit sur ses archives et pour les post-expositions en utilisant les matrices emploi/exposition. De mon expérience de la consultation de suivi post-exposition ou post-professionnel, je constate :

## ➤ Les fiches de poste ne sont pas toujours faites ni mises à jour.

- Il y a énormément de difficultés pour obtenir des examens en post-professionnel, certaines caisses de sécurité sociale sont compréhensives, d'autres refusent ou méconnaissent les dispositions réglementaires. Par exemple dans le département du Nord, il faut être atteint d'une maladie professionnelle pour pouvoir obtenir un examen.
- ➤ Les recherches d'antécédents rencontrent une omerta fréquente dans les services autonomes d'où les difficultés à reconstituer le curriculum laboris.
- > Les certificats médicaux initiaux (CMI) ne sont pas toujours remplis par les médecins, par exemple pour les plaques pleurales avec à la clé, la difficulté à prouver l'antériorité des lésions.

Je suis inquiet pour la consultation post-professionnelle, les retraités n'auront bientôt plus la possibilité de faire appel à un médecin. Nous sommes en présence de la construction d'une invisibilité des expositions professionnelles. »

#### DÉFINITION DE LA TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES

- N'est-ce pas la mise en visibilité et en mémoire de l'évaluation des risques professionnels ?
- ➤ Ne faudrait-il pas réfléchir à ce qui relève des risques ou bien de l'exposition ?
- La traçabilité des expositions professionnelles suppose un préalable :
  - ➤ L'évaluation des risques est de la responsabilité de l'employeur et devrait être formalisée dans le DUEVRP (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels).
  - ➤ Une fois cette évaluation des risques faite elle devrait aussi être tracée, par l'employeur dans des fiches individuelles d'exposition et des attestations d'exposition (en partie remplacées par des « Fiches de prévention des facteurs de pénibilité »).
  - ➤ Le rôle du service de santé au travail, mal défini dans les textes actuels, est de « contribuer à la tra-

çabilité des expositions professionnelles » sans que ses modalités soient envisagées (art. L.4622-2).

➤ Le devoir du médecin du travail est de tracer ces expositions dans le dossier médical (art L.4624-2).

Les médecins du travail participants évoquent les nombreuses difficultés à réaliser cette traçabilité :

En premier, il est nécessaire de séparer les expositions actuelles des expositions passées.

#### **EXPOSITIONS ACTUELLES**

La traçabilité suppose la connaissance du risque par le médecin du travail, donc son **évaluation**.

Évaluation: Depuis l'instauration de la pluridisciplinarité on assiste, dans nombre de services, à une dérive des actions des différents acteurs: l'évaluation des risques en entreprise, tend à échapper au médecin du travail, et est sous traitée aux IPRP ou autres. Parfois une délégation est donnée aux IPRP pour réaliser les Fiches d'Entreprise, sans que leur formation soit suffisante. Un médecin signale le cas d'un simple entretien avec l'employeur sans même se rendre dans l'atelier. Il en est de même avec les ASST (Assistants en Santé Sécurité au Travail) sans compétence.

Rappelons que la Fiche d'Entreprise est le reflet de l'évaluation des risques par le médecin du travail. Elle constitue une traçabilité collective et non individuelle. C'est un document légal par lequel le médecin du travail engage sa responsabilité.

Les médecins du travail ne devraient-ils pas engager leur responsabilité en validant les fiches d'entreprises avec leur signature ?

Le DUEVRP (document unique d'évaluation des risques): Il est de la responsabilité de l'employeur, alors que l'on assiste dans les services interentreprises à un glissement sous forme d'« aide à la réalisation du DU ». Ainsi le SST devient le fournisseur de service en prévention technique aux employeurs des PME.

Comment utiliser le **DUEVRP** ? Il est à disposition des salariés. On peut l'annexer à la Fiche d'Entreprise ou au compte rendu du CHSCT. Cela relève de la responsabilité légale du CHSCT. Il y a intérêt à conserver même des documents vides.

Si les textes légaux ne parlent pas d'obligation de **conservatio**n, ils incluent une dynamique dans le **DUE** par sa mise à jour annuelle obligatoire.

Un médecin signale sa difficulté à obtenir les **Fiches de Données de Sécurité** (il n'y a pas de contravention à la clé pour l'employeur). Par contre le DUEvRP est plus souvent accessible (son absence relève d'une éventuelle contravention).

Les Fiches individuelles d'exposition : Elles sont rarement faites par l'employeur. Il en est de même pour les attestations d'exposition en fin de carrière. Certains médecins du travail ont décidé de faire eux même la partie qui leur revient comme le prévoient les textes.

Clinique médicale : Il est rappelé que le médecin peut identifier les risques sans aller sur les lieux de travail, par ses connaissances et la clinique médicale.

#### **EXPOSITIONS ANTÉRIEURES**

Comment réaliser une traçabilité des expositions professionnelles antérieures ayant un effet durable dans le temps ? De nombreuses difficultés sont évoquées par les participants :

- Les entreprises ont fermé ou déménagé.
- Avec les départs en retraite des médecins du travail il y a perte de la mémoire des expositions. Le dossier d'entreprise du médecin du travail : qu'en est-il de sa transmission, de sa conservation ?
- ➤ Difficultés également pour les entreprises dont on n'a pas l'antériorité (suivies par un autre médecin du travail).Lors du changement de médecin suivant une entreprise et que le prédécesseur n'a pas relevé certaines expositions antérieures, ou des risques faibles, des expositions ponctuelles (par exemple une fois par mois), cela pourrait être perçu comme une attitude anticonfraternelle). Cela complique le suivi médical.
- Omerta fréquente dans les services autonomes.

Matrices emploi/exposition: Les médecins peuvent les utiliser de type *Evalutil* (amiante), mais elle n'est pas d'un usage facile, il faut connaître les codes PCS, NAF. De plus elle n'est plus à jour depuis 2010, et ne s'applique que sur des métiers repérés. Chez EDF il existe une matrice des « tâches exposantes ».

#### EXEMPLES DE PRATIQUES INDIVIDUELLES

Un médecin signale qu'il rédige un certificat style « Compte tenu de la situation à l'époque, on peut penser que le salarié était probablement exposé à l'amiante ». Mais pourquoi se cantonner dans des postures défensives ?

La question est posée de signaler les expositions sur la fiche d'aptitude ?

Un médecin rédige une attestation d'exposition/certificat médical qui est remis au salarié, reprenant les caractéristiques du métier et les périodes d'expositions aux risques professionnels. Il insiste sur la difficulté à obtenir les résultats de métrologies en entreprise.

Le secret de fabrication est souvent opposé, alors qu'il ne porte que sur le contenu de la fabrication et la composition. À cela des arguments peuvent être retirés de l'article : Les Cahiers S.M.T. N °17 – mai 2002, Secret professionnel en médecine du travail, secret médical et secret de fabrique.

Car il y a utilisation de la notion de secret professionnel par des employeurs comme instrument de pression sur l'indépendance du médecin du travail. Et il existe une confusion entre ce qui relève du secret médical institué dans l'intérêt du patient et ce qui relève du secret de fabrique institué dans l'intérêt de l'entrepreneur.

La Consultation de fin de carrière est utilisée par plusieurs médecins, mais plusieurs d'entre eux rencontrent des difficultés à voir en consultation les futurs retraités, ceux qui auront une fin de carrière en 2016, car ils ne gèrent pas leurs convocations...

#### **ÉVOLUTIONS RÈGLEMENTAIRES**

La fiche d'exposition aux agents chimiques est caduque depuis fin 2012. La fiche exposition amiante est toujours en vigueur mais il n'y aurait pas d'obligation de versement au dossier médical. Persiste également l'attestation d'exposition pour les rayonnements ionisants, les cancérogènes 1 et 2, quand le salarié quitte l'entreprise (Code de la Sécurité sociale). L'inspection du travail rencontre des difficultés pour faire respecter ces dispositions.

Il persiste des obligations de traçabilité des expositions dans le dossier médical.

Le Code de la santé publique est important à rappeler, le salarié a accès à tout son dossier médical (Loi Kouchner). Une circulaire DRT en a précisé les conditions d'application.

Un mot a été inventé depuis : la fiche de prévention des expositions, c'est un appauvrissement du langage.

#### **CONSERVATION**

Quels documents conserver dans les Services de santé au travail ?

- DUEVRP, compte rendu CHSCT: c'est à l'employeur de les archiver.
- > Faut-il numériser ou stocker?

Dossier médical

Il existe des Recommandation de la HAS sur la traçabilité des expositions dans le dossier médical en santé au travail.

Les limites du dossier médical informatisé : un médecin inspecteur régional évoque le cas d'une entreprise (entreprise américaine de fabrication de films photographiques argentiques) qui a employé jusqu'à 5 000 salariés avec la constitution de plus de 10 000 dossiers médicaux. Le risque chimique y était majeur, l'établissement a fermé en quelques mois suite à l'avènement du numérique dans les années 2 000. L'établissement possédait un Service HSE avec informatisation des dossiers médicaux. Lors de la requête d'un médecin du travail désirant obtenir des informations sur les expositions antérieures, on s'est aperçu que le support informatique était illisible, le logiciel américain utilisé ne permettait pas la lecture des fichiers en France

Cela pose le problème général de la conservation des données, il y a nécessité de continuer à imprimer sur des supports papier.

#### INFORMATION RESTITUTION

**R**ÉGLEMENTAIRE

Discussion sur la traçabilité des risques par le médecin du travail au niveau individuel :

- Information sur les expositions dans le dossier médical.
- Embauche : art. L.4624-1, le médecin du travail doit informer le salarié sur les risques au poste de travail et sur les préventions mises en place.
- ➤ Visite périodique : art. L.4624-16, le médecin du travail doit informer le salarié sur les effets des expositions et sur les risques constatés lors de la visite d'embauche.
- Art. L.1111-2 du Code de la santé publique : rappelle l'obligation pour tout médecin d'informer son patient des risques pour sa santé.

Bien que le Code du travail n'institue pas le droit du salarié à l'information (R.4624-10), Comment le salarié peut-il se réapproprier son parcours et ses expositions professionnelles. C'est une obligation éthique pour le médecin du travail.

Être atteint dans sa santé transforme la victime. Ils deviennent comptables de la prévention des autres. Reconstituer sa trajectoire professionnelle peut permettre de restaurer sa santé au sein d'associations de victimes et de sortir de l'isolement.

Devant l'échec de la traçabilité dans tous les systèmes (qui est relevé dans le *Rapport Lejeune* en 2008, notamment dans la non réalisation des déclarations à la CARSAT) le médecin du travail n'a-t-il pas la responsabilité de la réaliser?

## **R**ECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET CRRMP ET RÔLE DES MÉDECINS DU TRAVAIL

Compte rendu des Journées de Printemps, 19 mars 2016

Benoit DE LABRUSSE, rapporteur

**S**ont évoquées les difficultés de reconnaissance des Maladies Professionnelles (MP) en Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP).

#### DES INTERVENANTS ÉVOQUENT LEURS EXPÉRIENCES DE L'INSTRUCTION DE LA DÉCLARATION DE MP ET DU CRRMP

I est rappelé le travail exemplaire de l'association APCME(1) qui, depuis plus de trente ans, dans la région de l'étang de Berre, instruit les dossiers de MP avec la collaboration de médecins généralistes et de membres de CHSCT des entreprises locales : sidérurgie, pétrochimie, notamment. Une cartographie des lieux pathogènes est établie. Elle tient compte, non pas de l'affiliation des victimes aux entreprises (car souvent les salariés sont en sous-traitance), mais des postes de travail où le salarié a été exposé dans sa vie professionnelle. Cette démarche est à l'opposé de celle des CARSAT(2) qui priorisent leurs actions en fonction des taux de fréquence des AT/MP par entreprise de rattachement des victimes.

1- APCME : Association pour la Prise en Charge des Maladies Éliminables Port de Bouc 13 Bouches-du-Rhône, <a href="http://apcme.net/">http://apcme.net/</a>

**2-** CARSAT : Caisse D'Assurance Retraite et Santé au Travail ; Subdivision régionale de la Sécurité Sociale chargée de la prévention au sein des entreprises

Il est cité le cas d'un département de la région PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur) qui ne dispose pas d'enquêteur en entreprise. La CPAM se contente des questionnaires adressés aux employeurs et aux victimes. Or il existe une inégalité flagrante de moyens entre ces deux parties. Les employeurs disposent de toutes les informations sur les expositions et n'évoquent généralement que les conditions du travail prescrit (quand ils n'oublient pas certains risques...). Par contre les salariés disposent rarement des informations sur les expositions auxquelles ils sont exposés. De plus leur compétence n'est pas souvent dans la compréhension des démarches administratives où ils se retrouvent vite perdus. N'est-ce pas le rôle des médecins du travail d'aider les salariés dans ces démarches ?

En PACA, le CRRMP a fonctionné sans MIRT (Médecin Inspecteur Régional du Travail) de janvier 2014 à mai 2016. Lors des examens des dossiers, il n'y avait donc aucun médecin ayant une expérience du milieu de travail des victimes. N'est-ce pas une « perte de chance » pour les victimes ? Cette absence pourrait justifier des demandes d'invalidation des décisions.

Rappelons que le CRRMP doit fonctionner avec trois médecins :

➤ Un médecin conseil régional de la Sécurité sociale (ou Mutualité Sociale Agricole).

- ➤ Un professeur d'université ou Praticien Hospitalier.
- ➤ Un MIRT de la DIRECCTE.

<u>NB</u>: une récente loi(3) vient de réduire à deux médecins la composition des CRRMP.

Selon les régions, il existe de grandes différences de taux de reconnaissance entre les CRRMP : ainsi en alinéa 3, en 2010, le taux de reconnaissance est de 27 % à Marseille contre 77 % à Rennes. Pourquoi cette inégalité de chances de reconnaissance des MP selon les régions ? Il est donc probable que les différences dépendent de la personnalité des médecins présents.

En droit du travail, le doute bénéficie normalement à la victime : c'est la présomption d'imputabilité des accidents du travail (AT), s'ils correspondent à la définition de lieu et de temps de travail. C'est aussi le cas des MP si elles répondent aux conditions des tableaux. Par contre pour les pathologies hors tableau cette « présomption d'imputabilité » disparait. En alinéa 3(4) la MP ne peut être prise en compte que si « elle est directement causée par le travail habituel de la victime ». En alinéa 4 (MP hors tableaux) la condition nécessaire sera « qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime ».

Il est rappelé l'importance de l'avis motivé demandé aux médecins du travail par la Sécurité sociale pour la reconnaissance des MP alinéa 3 ou 4, notamment pour les cancers du poumon dus à l'amiante (RG 30bis) où l'exposition ancienne est rarement documentée. Cet avis n'est pas transmissible à l'employeur mais peut être à sa demande communiqué à un médecin désigné par la victime(5).

3- Depuis le 7 juin 2016 un décret réduit à deux le nombre de médecins nécessaires

https://www.legifrance.gouv.fr/jo\_pdf.do?id=JORFTEXT000032669434

#### 4- Article L.461-1 Code la Sécurité sociale

Alinéa 3: Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime

Alinéa 4: Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé.

**5-** Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 INRS Références en santé au travail N°137 mars 2014

Rappelons que les victimes ont accès à la totalité du dossier d'instruction de leur MP à la CPAM où figure aussi le dossier du CRRMP. Cet accès permet de vérifier que l'instruction a été régulière et l'expérience montre que de nombreuses erreurs et omissions sont relevées, ex. : absence de l'avis du médecin du travail, absence d'un médecin au CRRMP, etc. Ce sont des causes de contestation des décisions par les victimes.

#### UN ANCIEN MIRTMO NOUS PARLE DE SON EXPÉRIENCE EN CRRMP

L'instruction du lien de causalité est instruite non pas avec les éléments individuels d'exposition de la victime mais avec des méthodes épidémiologiques parfois prônées par le praticien hospitalier, professeur des universités, dont l'avis s'impose moralement face au médecin conseil de la Sécurité sociale qui l'écoute. Ex.: le Pr D..., sommité en matière de Troubles Musculo Squelettiques (TMS), rejette le lien entre les TMS cervicaux et les efforts de manutention...

Dans le cas des pathologies psychiques le contexte idéologique des médecins du CRRMP est prépondérant et cela est dramatique. Il est à noter que pour ces types de pathologies, il est demandé au médecin du travail de se prononcer sur l'état antérieur (psychique) du patient. Cela nous parait en contradiction avec notre déontologie.

# Les obligations du médecin du travail en matière de risque professionnel d'altération de la santé identifier, informer, conseiller

Alain CARRÉ

#### LA NOTION DE RISQUE POUR LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS AU TRAVAIL

I faut, avant toute chose, considérer que la définition de ce qu'est un risque pour la santé des travailleurs au travail n'est pas unique. Elle n'est pas identique selon que celui qui considère le risque est un employeur ou un médecin du travail. De là naissent nombre d'ambiguïtés.

La directive européenne 89-391 enjoint à l'employeur de prendre des mesures pour « assurer la santé et la sécurité des travailleurs ». L'article L.4121-1(1) du Code du travail précise que l'employeur à l'obligation « d'assurer la sécurité et de protéger la santé physique et mentale des travailleurs ». Enfin depuis les jurisprudences de la Cour de cassation, en 2002, l'employeur a, contractuellement, une « obligation de sécurité de résultat » d'ordre privé.

Cela limite le champ des responsabilités contractuelles d'employeur à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles c'est-à-dire aux atteintes à la santé. Dès lors que la lésion ou la maladie physiques ou psychiques et leur lien au travail ne sont pas caractérisés, la responsabilité de l'employeur n'est pas

1- Article L.4121-1 — « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

- 1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail
- 2° Des actions d'information et de formation.
- 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.»

engagée. À l'inverse, cela signifie que l'entreprise et le chef d'établissement sont fautifs dès lors que survient l'accident du travail ou la maladie professionnelle caractérisés. Cette situation est fondatrice des responsabilités contractuelles, assurantielles et parfois pénales de l'entreprise et de ses préposés. Cela explique qu'une partie des efforts de l'employeur soient déployés pour que le risque d'atteinte à la santé et son lien au travail soient ignorés.

Bien évidemment, le risque d'atteinte à la santé tel que décrit ci-dessus fait bien partie du champ d'exercice du médecin du travail, toutefois sa mission est autrement étendue.

Elle est directement liée, depuis 1946, à une obligation régalienne de l'État tracée par le 11ème alinéa du préambule de la Constitution qui institue notamment un « droit à la protection de la santé ».

De là dérivent les obligations de prévention des employeurs dans le cadre d'une obligation contractuelle de nature privée et dont le résultat est décrit plus haut et la mission des médecins du travail qui n'a pas variée depuis 1946 et qui consiste « à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »(2). Cette mission est par conséquent, du fait de son inscription dans le cadre constitutionnel et de la délégation de la puissance publique, une « mission d'ordre public social ».

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

La notion « d'altération de la santé » ouvre un champ de prévention médicale plus large que celui des employeurs en positionnant l'action du médecin, en matière d'obligation de moyens, du côté de la prévention primaire.

Il lui faut prévenir, alors même que la pathologie n'est pas survenue. C'est une des spécificités de l'exercice de la médecine du travail de procéder aux diagnostics positif et étiologique d'altérations de la santé avant qu'elles ne donnent naissance à des atteintes à la santé.

C'est précisément un des objets de la « clinique médicale du travail »(3). Bien évidemment cela ne dispense pas le médecin du travail d'agir en prévention secondaire (dépistage précoce des atteintes à la santé, suivi post-exposition par exemple) et d'apporter sa pierre à la prévention des atteintes à la santé, à condition toutefois que ce soit du point de vue exclusif de l'intérêt de la santé de chaque travailleur.

#### LES OBLIGATIONS D'EMPLOYEUR

LA TRAÇABILITÉ COLLECTIVE RÉGLEMENTAIRE DES EXPOSITIONS AUX RISQUES PAR L'EMPLOYEUR

Pour les entreprises relevant du régime général de Sécurité sociale la première des traçabilités est le document d'adhésion de l'entreprise à la CPAM dont elle relève (L.461-4 du Code de la Sécurité sociale) et qui comporte une description des risques professionnels que l'entreprise génère.

Quelle que soit la nature de l'entreprise, la base de cette traçabilité est depuis 2001 le document unique d'évaluation des risques(DUEvR)(4).

L'esprit dans lequel il est rédigé, son élaboration ainsi que les coopérations qui y président, sa rédaction, sa présentation aux IRP, sa transmission aux autorités de tutelles, sa finalité préventive sont précisés dans une circulaire DRT(5) dont la lecture est indispensable. Alors que le décret tient sur un recto verso, la circulaire comporte 22 pages !

Elle rappelle notamment que la fiche d'entreprise du médecin du travail est un document utile mais précise bien qu'elle ne saurait se substituer au DUER.

Sur la méthode d'élaboration de la démarche de prévention, dont le document unique est une étape, il est

précisé : « Le médecin du travail, en qualité de conseiller de l'entreprise (salariés et employeur), apporte sa compétence médicale (voir supra, point 2.3.1.). Il contribue plus particulièrement à la démarche de prévention, en exploitant les données recueillies pour l'établissement de la fiche d'entreprise ou lors de la surveillance médicale particulière des travailleurs. ».

On mesure ici que rien n'implique la participation du médecin du travail à un groupe d'élaboration du document unique mis en place par l'employeur. S'il décide d'y participer, on ne peut que conseiller au médecin du travail de baliser sa participation par écrit, afin que ses conseils ne soient pas instrumentalisés et que sa spécificité d'action du point de vue exclusif de la santé soit explicite.

Dans l'annexe 2 de la circulaire DRT est dressée une liste des données à prendre en compte pour l'élaboration du DUER. En plus de l'analyse des risques effectuée par le IRP, les données à prendre en compte sont notamment la fiche d'entreprise et la surveillance médicale particulière (devenue renforcée) du médecin du travail.

Les défauts principaux des DUER (malgré des disparités de qualité) sont :

- ➤ leur focalisation sur les risques physiques au détriment des risques psychiques ;
- ➤ le privilège accordé aux risques « classiques » au détriment des risques psychosociaux ;
- > et enfin le centrage de la prévention sur les comportements individuels.

Une mention particulière doit être faite pour les risques des agents chimiques dangereux (ACD), les cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), et l'amiante. Sans rentrer dans le détail, les obligations de traçabilité de l'employeur sont bien précisées et de plus en plus contraignantes en fonction du risque.

En plus du DUER, un document collectif synthétique de traçabilité aux ACD est constitué, dès qu'une exposition à un agent chimique dangereux existe : il s'agit de la notice de poste (parfois dénommée fiche de poste), prévue à l'article R.4412-39 du Code du travail(6). Cette fiche est à la jonction de la traçabilité individuelle et de la traçabilité collective puisque « destinée à informer les travailleurs » occupant le poste.

6- Article R.4412-39 — « L'employeur établit une notice, dénommée notice de poste, pour chaque poste de travail ou situation de travail exposant les travailleurs à des agents chimiques dangereux. Cette notice, actualisée en tant que de besoin, est destinée à informer les travailleurs des risques auxquels leur travail peut les exposer et des dispositions prises pour les éviter. La notice rappelle les règles d'hygiène applicables ainsi que, le cas échéant, les consignes relatives à l'emploi des équipements de protection collective ou individuelle. »

 $<sup>\</sup>mbox{\bf 3-}$  Cahiers N°27 de l'association SMT : http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-27/cahier27.htm

**<sup>4-</sup> Décret N°2001-1016 du 5 novembre 2001** portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L.230-2 du Code du travail et modifiant le Code du travail

<sup>5-</sup> Circulaire N°6 DRT du 18 avril 2002

Souvent cette notice n'est pas remise ou n'a pas toutes les qualités requises et elle ne répond pas au modèle conseillé par l'INRS et récemment actualisée(7). Les autres traçabilités collectives notamment celles des CMR ne sont parfois pas systématiques, pour ne pas évoquer celles de l'amiante.

LA TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE RÉGLEMENTAIRE DES EXPOSITIONS AUX RISQUES PAR L'EMPLOYEUR

Les principes généraux de la traçabilité individuelle des risques par l'employeur sont le corollaire de la subordination contractuelle des travailleurs « à la française ». Ainsi l'article L.4121-1 du Code du travail(8) subordonne la responsabilité du salarié à la traçabilité du risque (qui reste néanmoins tacite) et à l'indication des mesures préventives précises et appropriées par l'employeur.

La réglementation est toutefois relativement avare en matières de dispositions de traçabilité à l'exception notable du risque des agents chimiques dangereux et des cancérogènes.

Néanmoins, même dans cette catégorie, la traçabilité individuelle des expositions par l'employeur a été notablement allégée en 2012.

Le symbole de cette cécité volontaire de l'exécutif sur la question des risques professionnels est la disparition de pans entiers de surveillance médicale renforcée (SMR) dans la précipitation préélectorale de 2012.

Parmi les surveillances éradiquées, celle concernant les ACD, en tant que tels, (ne demeurent que les CMR de catégorie 1 et 2 soit 1A et 1B EU). La comparaison entre les anciennes catégories de SMR et les nouvelles est accablante(9).

**7-** http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?reflNRS=ED%206027

8- Article L.4122-1 — « 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. »

9- Ont notamment disparues des SMR: Port de charge, Travail sur écran, Exposition aux agents chimiques dangereux, Exposition aux CMR 3, Agents biologiques des catégories 1 et 2, Application des peintures et vernis par pulvérisation, Travaux effectués dans les égouts, Travaux effectués dans les abattoirs, travaux d'équarrissage, Collecte et traitement des ordures, Travaux exposant à de hautes

Avant 2012, et depuis 1996 pour l'amiante et 2003 pour les autres ACD, l'employeur devait tracer les expositions dans des fiches remises au salarié. À l'exception de l'amiante, cette obligation a été supprimée en janvier 2012.

Avant 2012, depuis 1996 pour l'amiante et 2003 pour les autres ACD, l'employeur devait récapituler les expositions dans une attestation au départ du salarié de l'entreprise. Sauf pour l'amiante (en référence au décret de 1996), cette obligation a été supprimée en janvier 2012. Toutefois, les attestations d'expositions aux ACD continuent à être une obligation pour les salariés exposés entre 2003 et 2012(10). Cette attestation concerne également le médecin du travail.

LE SABOTAGE DE LA TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE DES RISQUES PAR L'ÉTAT : LA FICHE DE PRÉVENTION DES EXPOSITIONS À DES FACTEURS DE PÉNIBILITÉ

La volonté des employeurs d'alléger la traçabilité individuelle des risques notamment pour s'exempter de leur responsabilité en cas de maladie professionnelle et la complaisance des mandatures successives, dont la présente, dans ce domaine est parfaitement représentée par les vicissitudes de feu la fiche de pénibilité (fiche de prévention des expositions).

À la rédaction des fiches et attestations abrogées par décret le 31 janvier 2012, s'était substituée la « fiche de prévention des expositions à des facteurs de pénibilité » dite « fiche de prévention des expositions ».

Cette fiche présentait de nombreux inconvénients. Le principal était son lien à un processus lié aux dispositions sur les retraites basées sur la pénibilité. Cette pénibilité est réservée à une liste fermée de risques(11) susceptibles « de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé » c'est-à-dire des atteintes à la santé. Chacun de ces facteurs de risque étant précisé par une référence réglementaire.

Cette fiche répondait à un modèle fixé par arrêté du 30 janvier 2012. Elle devait être rédigée dès que le

températures, des poussières ou émanations toxiques et concernant le traitement des minerais, la production des métaux et les verreries, Travaux effectués dans les chambres frigorifiques, Travaux exposant aux poussières de métaux durs (tantale, titane, tungstène et vanadium), Travaux d'opérateur sur standard téléphonique, Travaux de préparation, de conditionnement, de conservation et de distribution de denrées alimentaires.

- 10- Décret N°2012-136 du 30/01/2012 : Art. 4. « L'attestation d'exposition aux agents chimiques dangereux établie pour l'application de l'article R. 4412-58 jusqu'à la date d'entrée en vigueur du présent décret est remise au travailleur à son départ de l'établissement. »
- 11- Manutentions manuelles, Postures pénibles, Agents chimiques dangereux (sauf amiante), Vibrations mécaniques, Milieu hyperbare, Températures extrêmes, Bruit, Travail de nuit, Travaux en équipes successives alternantes, Travail répétitif.

risque était présent, dans la mesure où les colonnes 2 et 3 de cette fiche demandait à renseigner si le risque et « oui ou non » présent.

C'était encore trop pour la mandature actuelle : la suppression de la fiche de prévention des expositions a été précédée par sa complexification consistant à fixer des seuils ; seuls les salariés dont les expositions dépassaient certains seuils pouvaient prétendre à la délivrance de la fiche.

Enfin en 2015, la Loi « Dialogue social » substitue à la fiche d'exposition, déjà branlante, une simple déclaration « dématérialisée » à laquelle le salarié n'a accès qu'à travers l'organisme gestionnaire qui lui adresse un relevé annuel comportant les facteurs de risque et ses conséquences en matière de retraite.

Ainsi un employeur est pratiquement délié de son devoir contractuel de signaler directement certains risques au salarié en y substituant une déclaration gestionnaire en interposant un organisme social qui devient l'interlocuteur du travailleur. Cela affaiblit les possibilités de contestation du salarié. L'employeur est même « sécurisé » quant aux conséquences de cette déclaration (article L.4161-3).

Pour les fonctions publiques et les régimes spéciaux, la fiche demeure avec des seuils si élevés qu'ils sont en pratique inatteignables.

#### LES OBLIGATIONS DU MÉDECIN DU TRAVAIL

LES OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES
DU MÉDECIN DU TRAVAIL CONCERNANT
LES EXPOSITIONS COLLECTIVES AUX RISQUES

Dorénavant comme médecin du travail, celui-ci doit explicitement participer à la « traçabilité des risques professionnels », soit comme délégataire avec d'autres membres du SST interentreprises(12), soit personnellement dans les services autonomes.

Ce rôle est lié aux missions de conseil du médecin du travail. l'article R.4623-1 du Code du travail précise que « le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, notamment sur (...) 3° La protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'exposition à des agents chimiques dangereux ».

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

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

- ➤ L'identification des dangers et des risques d'altération de la santé et celui des postes de travail concernés ce qui permet un repérage des salariés exposés.
- > La veille médicale des effets éventuels des risques repérés sur la santé des salariés exposés et la mise en évidence du lien santé/travail dès lors que surviendraient des effets.
- ➤ L'information individuelle à chaque salarié concerné et collective à la communauté de travail du risque et de ses effets.

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

En matière de traçabilité collective les supports réglementaires formalisés sont assez anciens.

Certaines rubriques du Rapport annuel d'activité du médecin du travail ont longtemps été le seul support formalisé.

À partir de 1986 apparait l'obligation pour le médecin du travail d'établir une fiche d'entreprise(13). Ce document est remis à l'employeur et présenté au CHSCT. Il est mis à jour en tant que de besoin par le médecin du travail.

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

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

Des pratiques de mises à jour par la rédaction de courriers remis à l'employeur et portant la mention de la participation du courrier à la fiche d'entreprise se sont

<sup>13-</sup> Art. D.4624-37. — « Pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail (...) établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés. »

mises en place avec le temps dès lors qu'un risque nouveau était repéré par le médecin du travail.

Cette formalisation de la traçabilité collective par le médecin du travail a été rendue encore plus formelle en juillet 2011. Dorénavant le médecin du travail a une obligation de signalement écrit « motivé et circonstancié » dès lors qu'apparait un risque d'altération pour la santé des travailleurs au travail(14). Cette obligation nouvelle de signalement dans l'espace public de l'entreprise, même si elle est juste dans son principe, pose avant tout la question des moyens dont disposent le médecin du travail pour accomplir cette mission.

Dès lors qu'il ne dispose pas des moyens qu'il estime nécessaire, il est indispensable, après les avoir identifiés, qu'il les revendique formellement auprès de l'employeur, en en informant les IRP et les autorités de tutelle.

En effet, cette mission d'alerte formalise la position de « sachant » du médecin du travail en matière de risques professionnels et de leur traçabilité. Il engage donc sa responsabilité personnelle et éventuellement pénale, ce que nous rappellent les mises en examen dans les affaires d'amiante.

LES OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES DU MÉDECIN DU TRAVAIL EN MATIÈRE D'EXPOSITION INDIVIDUELLE AUX RISQUES

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

Avant d'être médecin du travail, le médecin du travail est un médecin. À ce titre son exercice relève des dispositions du Code de santé publique.

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 appro-

14- Art L.4624-9 anciennement Art. L.4624-3

« I.-Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver.

L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite

II.-Lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues en application de l'article L.4622-3, il fait connaître ses préconisations par écrit. III.-Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur, prévues aux I et II du présent article, sont transmises au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, aux délégués du personnel, à l'inspecteur ou aux agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés à l'article L.4643-1. »

priée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose... » (art. R.4127-35 du CSP).

L'un des articles fondateurs de la réforme de ce code, survenue en 2002, l'article L.1111-2(15), porte sur le droit à l'information de tout patient et par conséquent sur le devoir du médecin d'informer. Ne pas informer engage la responsabilité du médecin.

Depuis janvier 2012 cette obligation est formalisée en médecine du travail. Ainsi, le médecin du travail est chargé au cours de l'examen d'embauche « d'informer (le travailleur qu'il examine) sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire » (art. R.4624-11 du Code du travail). Lors des examens périodiques il a obligation d'informer le travailleur « sur les conséquences des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire » (art. R.4624-16 du Code du travail). Il peut dans ce cadre demander les examens complémentaires nécessaires « au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnelle du salarié » (art. R.4624-25 du Code du travail).

➤ La deuxième caractéristique de l'information de l'exposition aux risques par le médecin du travail est qu'elle est en partie rétrospective.

Du fait qu'elle engage la responsabilité du médecin il est particulièrement approprié que cette traçabilité soit formalisée. Ainsi, le médecin du travail établit un dossier en santé au travail qui « retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis... » (art. L.4624-8 anciennement L.4624-2 du Code du travail). Le dossier médical est accessible au salarié. Le dossier doit porter mention des expositions anciennes aux risques du salarié, pour mettre en place un suivi médical postexposition.

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

15-Article L.1111-2 — « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

Comme à tout médecin l'article L.461-6 du Code de la Sécurité sociale s'impose au médecin du travail. « En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel... ».

Enfin, l'article R.4127-50 du Code de la santé publique qui impose à tout médecin de « faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit... ». Cela peut nécessiter la rédaction d'un certificat médical.

Le constat du lien par le médecin du travail peut également être rédigé dans le cadre d'une action de prévention d'une aggravation ou de continuité du soin. Cet écrit peut ainsi être rédigé à l'attention d'un autre médecin, soit dans le cadre d'un avis complémentaire soit en direction du médecin traitant pour permettre par exemple une continuité de prise en charge. Là encore les règles déontologiques relatives au secret médical et l'article L.1110-4 du Code de la santé publique imposent que les liens entre les médecins soient assurés en toute connaissance de cause par le patient, lequel peut prendre connaissance des échanges si toutefois il les autorise.

#### LE SUIVI POST-PROFESSIONNEL UN DROIT DE SUITE MÉDICAL À L'EXPOSITION AUX CANCÉROGÈNES

Pour ce qui concerne les modalités, l'utilité, et les imperfections du suivi post-professionnel, nous renvoyons le lecteur à l'article spécifique du présent numéro.

Le suivi post-professionnel est mal vécu par les employeurs pour lesquels il constitue une épée de Damoclès. En effet considérant le temps de latence moyen d'apparition des cancers après exposition aux cancérogènes, la plupart des cancers professionnels se produiront après le départ en retraite et la responsabilité de l'employeur a peu de chance d'être évoquée.

Il est donc parfaitement approprié, comme certains médecins du travail « retraités » ou associations(16)

l'on mit en place, de procéder lors de la survenue de certains cancers à des enquêtes sur d'éventuelles causes professionnelles.

Le fait qu'il relève de dispositions du Code de la Sécurité sociale en rend délicat la mise en application du suivi post-professionnel. Certains, en effet, font semblant d'oublier l'article D.461-25 du Code de la Sécurité sociale(17), antérieur à 2003, c'est-à-dire non contraint par la disparition des dispositions concernant les ACD prises en 2012.

Cet article suppose depuis 1995 la remise par l'employeur d'une attestation d'expositions aux agents et procédés cancérogènes dont le modèle est fixé par arrêté, révisé en 2011(18). La rédaction de cette attestation fait intervenir le médecin du travail.

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

Ainsi comme nous l'avons déjà signalé, le médecin du travail doit informer le travailleur des risques auxquels il a été soumis et mettre en place un suivi post-exposition mais également assurer l'information sur les risques cancérogènes courus dans l'entreprise. Ces deux démarches devraient converger par la rédaction d'un certificat médical. En effet La circulaire DRT d'ap-

**16-** On se rapportera notamment à l'article de Benoit De LABRUSSE dans le présent numéro, mais aussi aux travaux du GISCOP93 (https://giscop93.univ-paris13.fr/) ou de l'APCME (http://www.apcme.net/)

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

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

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

Un suivi du dispositif est mis en place par l'organisme susmentionné. »

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

plication du décret instituant(19) l'attestation aux ACD précisait, qu'en cas de désaccord avec l'employeur sur la nature de l'attestation, le médecin du travail peut rédiger un certificat médical d'attestation afin de permettre l'accès à un suivi post-exposition ou post professionnel.

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

#### LES ÉCRITS DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET LE TRAVAIL COLLECTIF ENTRE PAIRS AU CŒUR DE L'INFORMATION COLLECTIVE OU INDIVIDUELLE

L'information individuelle et collective par le médecin du travail relève à la fois d'une obligation réglementaire devenue récemment formelle et d'une obligation déontologique d'assurer au patient qu'est le salarié l'accès à ses droits légitimes. Reste à appliquer ces principes à la situation concrète de l'exercice de la médecine du travail en matière d'identification et d'information.

La traçabilité inégale des employeurs et les obligations nouvelles de formalisation de l'information par le médecin du travail pourraient converger vers une mise en responsabilité du médecin du travail.

Pour éviter la confusion des champs de responsabilité, il est indispensable que le déploiement des pratiques du médecin soit bien distinct de celui des obligations d'employeur.

La mission d'ordre public social du médecin du travail est distincte de celle d'un expert HSE (hygiène sécurité environnement) préposé pour une mission de prévention d'ordre privé. Cela n'exclut pas les coopérations, à condition que les principes d'intervention de chaque acteur et son indépendance soient respectés.

On peut légitimement s'interroger sur la pertinence et la bienveillance du législateur qui, dans un contexte de pénurie de moyens et dans un climat social où la santé au travail est négligée, augmente notablement les obligations d'identification et d'information du médecin du travail. Pas d'obligation sans moyens mais aussi, pour les médecins du travail, pas d'indépendance réelle sans moyens.

Cette mise en responsabilité n'est pas seulement celle que ferait courir un défaut d'information par le médecin du travail mais aussi celle que ferait courir le fait de s'être abstenu de revendiquer les moyens nécessaires à cette identification.

D'où la nécessité de procéder par écrit, dès lors qu'on identifie et/ou qu'on exprime son point de vue professionnel dans le cadre des IRP afin d'en garder trace au procès-verbal.

Même si cela ne rend pas le médecin du travail très populaire auprès de l'employeur, il en va de sa responsabilité et de l'exercice de son indépendance. Cela passe par un examen critique rendu public dans l'entreprise des documents de traçabilité produits par l'employeur ou le signalement de leur absence, voire des conseils de prévention ou d'intervention spécialisée.

Enfin, alors que la variété des situations de travail et des risques est très importante, il est illusoire de considérer qu'un médecin du travail isolé puisse assurer seul ses obligations de d'identification et d'information. Seul un travail en commun entre pairs et avec les IPRP dans le cas des SSTIE sur les fiches d'entreprise et des fiches de poste par secteur d'activité est susceptible de permettre à chaque médecin d'assumer.

Les médecins du travail n'ont d'autres ressources que celle de mettre chaque employeur devant ses responsabilités de traçabilité et de travailler collectivement entre pairs sur l'identification des risques et leur signalement médicale des risques. L'indépendance est à ce prix.

<sup>19-</sup> Circulaire DRT n° 12 du 24 mai 2006 paragraphe 8.3.4 — « ... En cas de désaccord entre le médecin du travail et l'employeur sur l'attestation d'exposition, le médecin du travail peut délivrer à l'intéressé un certificat dont l'organisme de sécurité sociale peut tenir compte, en diligentant le cas échéant une enquête... »

# **L**E SUIVI POST-PROFESSIONNEL HISTOIRE D'UNE FICTION

Alain CARRÉ

### LA PRÉVENTION SECONDAIRE DES EFFETS DES AGENTS CANCÉROGÈNES PROFESSIONNELS

Deux millions deux cent mille salariés étaient en 2010 en France exposés à, au moins, un agent cancérogène 1A ou 1B (EU); 600 000 étaient exposés aux fumées cancérogènes de soudure d'éléments métalliques et 250 000 à la radioactivité. Or, la prévention primaire des cancers professionnels, obligation réglementaire des employeurs, consiste à considérer que la seule prévention efficace est l'abstention de tout contact avec le cancérogène. La substitution par un agent non cancérogène et le confinement, créant une barrière infranchissable entre le travailleur et le cancérogène sont ici incontournables. En effet, pour la majorité des cancérogènes professionnels, il n'y a pas de valeur seuil audelà de laquelle le risque n'existerait pas. Statistiquement ce risque est bien évidemment plus important si on augmente la fréquence et la durée d'exposition et son niveau. L'État fixe des valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP), au-dessus desquelles il est interdit d'exposer un travailleur. Au-dessous de la VLEP, le risque de cancer existe toujours mais il touchera statistiquement un nombre moins important de travailleurs qu'au-dessus de cette limite(1). La VLEP est, par conséquent, une limite sociale d'acceptation d'un nombre de morts supplémentaires par cancer chez les travailleurs exposés. Cela est aggravé par le fait qu'il est très rare qu'un travailleur exposé à un cancérogène ne soit pas, dans le même poste, exposé à d'autres cancérogènes dont l'effet sur le même organe-cible

1- Ainsi, le Comité permanent amiante, en recommandant l'usage contrôlé de ce cancérogène, a induit des politiques publiques responsables de dizaines de milliers de morts supplémentaires par cancer. Le freinage des industriels a été tel qu'il aura fallu attendre 35 ans pour passer d'une VLEP fixée à 2 000 fibres par litre (1977) à celle applicable en 2014 et fixée à 10 fibres par litre, ce qui n'empêchera pas totalement la survenue de cancers liés à l'amiante.

n'est pas additif mais multiplicatif. Reste une part importante de hasard, lié par exemple aux prédispositions génétiques, qui permet de dire que ce n'est pas parce qu'on a été exposé à un cancérogène qu'on développera forcément la maladie.

La seule véritable prévention en ce domaine est d'éliminer les cancérogènes du milieu de travail. On peut même estimer que les cancers professionnels sont les seuls cancers « éliminables ». Bien évidemment dans la réalité ce n'est pas toujours le cas. D'où la mise en œuvre d'une prévention secondaire des cancers professionnels, c'est-à-dire d'une surveillance médicale appuyée sur des examens complémentaires pertinent avant de repérer le cancer à un stade précoce où il est possible de le guérir ou, comme on dit pour les cancers, obtenir sa rémission.

#### LA SURVEILLANCE MÉDICALE POST-PROFESSIONNELLE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE D.461-25 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Depuis 1993, si vous avez été exposé professionnellement à un ou plusieurs agents(2) cancérogènes et/ou à la radioactivité, et si vous êtes inactif, demandeur d'emploi ou retraité, vous pouvez bénéficier d'une prévention secondaire de vos expositions sous la forme d'une surveillance médicale post-professionnelle (SMPP), on parle aussi de suivi médical post-professionnel, pris en charge sur le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies profession-

2- Le mot « agent » englobe des cancérogènes contenus dans des « préparations » (mélanges du commerce) constitués de « substances » (de base) mais aussi les cancérogènes naissant de réactions chimiques lors de l'utilisation (par exemple résine plus durcisseur) ou de cancérogènes résultants du procédé utilisé (fumées de soudage ou de brasage, intervention lors d'incendie ou après un incendie, exposition aux fumées d'échappement des moteurs thermiques...)

nelles de la Sécurité sociale (FNPATMP) alimenté exclusivement par les cotisations employeurs. Votre demande doit être faite auprès de la CPAM de votre domicile.

Vous devez toutefois présenter des conditions particulières pour en bénéficier. Ainsi votre employeur et votre médecin du travail doivent vous avoir délivré une attestation d'exposition pour chaque cancérogène ; faute de ces attestations, si vous faites la demande, conformément à une circulaire de la CNAM (CIR CABDIR 1/96 du 31 janvier 1996), la CPAM doit enquêter pour vérifier la matérialité de l'exposition au risque. Une description des attestations nécessaires et une liste des examens complémentaires sont précisées par l'arrêté du 28 février 1995.

En cas d'acceptation par la CPAM, il vous sera adressé les prises en charge qui vous permettront, sur la prescription de votre médecin traitant, de faire effectuer les examens gratuitement, hors de la production de votre carte « vitale ».

### LES OBSTACLES TECHNIQUES À L'EFFICACITÉ DE LA SURVEILLANCE MÉDICALE POST-PROFESSIONNELLE

Le premier obstacle est la liste indicative, qui devient vite limitative, des agents cancérogènes pour lesquels la surveillance est prévue. Seuls sont visés les agents cancérogènes de catégorie 1A et 1B (EU) et ceux donnant lieu à des tableaux de maladie professionnelle. Sont donc exclus, notamment, des cancérogènes internationalement reconnus comme tels.

De même la liste des examens autorisés restreint les capacités de surveillance optimale. Par exemple, alors que la Conférence de consensus sur la surveillance des salariés exposés aux poussières d'amiante préconise dès 1999 une surveillance par scanner thoracique il faudra attendre 2011 pour la voir apparaître dans la liste. Des critères économiques sont parfois mis en avant dans les recommandations pour préférer tel ou tel examen.

Bien qu'en théorie d'autres cancérogènes puissent donner lieu à surveillance et d'autres examens être prescrits, en application du paragraphe 2 de l'article 2 de l'arrêté de 1995, avec l'accord du médecin-conseil, en pratique le pouvoir du médecin-conseil ne peut être tempéré que par une expertise conjointe et finalement obtenir les examens supplémentaires relève du combat de tranchée.

3- On se reportera aux « Recommandations de bonnes pratiques concernant la surveillance médico professionnelle des travailleurs, exposés ou ayant été exposés à des agents cancérogènes pulmonaires » : http://www.chu-rouen.fr/sfmt/pages/Recommandations.php

Enfin, l'arrêté ignore la question des cofacteurs cancérogènes agissant sur le même organe cible et leur caractère multiplicatif. Par exemple, si plusieurs cancérogènes ont comme organe cible le système respiratoire,, leur effet potentiel multiplié devrait élever le niveau de surveillance(3).

## LES OBSTACLES INSTITUTIONNELS À L'EFFECTIVITÉ DE LA SURVEILLANCE MÉDICALE POST-PROFESSIONNELLE

Le premier obstacle est indubitablement l'absence de délivrance des attestations d'exposition aux agents cancérogènes par les employeurs ou les médecins du travail. L'exemple vient de haut, les mandatures successives s'étant évertuées à faire disparaître ou rendre très difficile les diverses attestations individuelles aux risques professionnels et notamment aux agents chimiques.

Ce n'est pas ici le lieu de rechercher les raisons de l'abstention des employeurs en matière d'attestation. La supposée responsabilité assurancielle notamment en matière de « faute inexcusable », voire pénale (mais sans doute dans ce cadre très fantasmatique), en cas de maladie professionnelle, des politiques de prévention parfois imparfaites et sans doute d'autres motifs expliquent la frilosité des employeurs. Pour les médecins du travail, là encore, beaucoup n'ont pas les moyens de constater ou s'abstiennent d'alerter. Attester sans avoir alerté, peut leur faire croire l'exercice périlleux. Et puis, comme en témoigne le nombre important de plaintes d'employeur auprès des conseils de l'Ordre des médecins, il ne fait pas bon remettre des attestations de risque individuel.

Cette lacune des médecins du travail pose accessoirement la question de l'effectivité de la surveillance postexposition des salariés actifs ayant été exposés, parfois dans des emplois antérieurs, à des cancérogènes dont le repérage et la prévention secondaire est confiée aux médecins du travail. On explique dans ce contexte l'ignorance démontrée des salariés concernant leurs expositions aux cancérogènes professionnels.

Le deuxième obstacle est le peu d'intérêt des CPAM pour le dispositif. Il en est qui sur ce plan jouent pleinement leur rôle mais elles sont largement minoritaires. Certaines CPAM déclarent ignorer qu'il existe une SMPP. D'autres expliquent qu'elle n'est réservée qu'aux suites de maladies professionnelles. D'autres la refusent au motif d'absence d'attestation d'employeur sans procéder à aucune enquête. D'autres, enfin, limitent les examens au dépistage « amiante » et refusent la prise en charge des autres examens nécessaires. Elles initient ainsi autant de pertes de chance en matière de prévention secondaire des cancers professionnels que

de refus. Interrogée par certains acteurs sociaux, la CNAM est dans l'incapacité de tracer un bilan chiffré précis du dispositif depuis sa création. Devant ce peu d'intérêt on peut estimer que l'ordre de grandeur depuis 1995 est au mieux de quelques milliers, alors que cumulés les travailleurs exposés sont sans doute plusieurs dizaines de millions. Comment s'étonner que seuls 5 % des cancers professionnels déclarables soient indemnisés.

Enfin un troisième obstacle institutionnel est devant nous. Il s'agit de la précarité croissante de l'emploi qui techniquement rend plus difficile le repérage des expositions et l'impunité des défauts d'attestation voire de prévention.

#### POUR EN FINIR AVEC LA FICTION ET METTRE EN PLACE UNE SURVEILLANCE À LA HAUTEUR DU RISQUE

Cela demande une réforme profonde de la SMPP adaptée à la hauteur du risque. Techniquement l'évaluation individuelle du risque et sa surveillance doivent bénéficier des méthodes diagnostiques pertinentes et être confiées à des spécialistes du champ de la santé au travail.

Par secteur d'activité ou par entreprise (pour les plus importantes) pourraient être élaborées des fiches de postes évolutives par un travail collectif des membres des équipes pluridisciplinaires ou des équipes de médecine du travail coordonnées en commun par les médecins du travail. Elles seraient fondées sur une analyse de l'activité et porteraient sur tous les aspects de celleci et notamment sur les expositions aux agents chimiques dangereux et cancérogènes.

Ces fiches comporteraient des recommandations en matière de surveillance médicale et serviraient à vali-

der pour les cancérogènes cette surveillance à la fois en surveillance post-exposition et auprès des CPAM pour la surveillance post-professionnelle.

Les poly-expositions ou les mono-expositions considérées comme importantes pourraient relever de la compétence des consultations de pathologie professionnelle qui devraient voir leurs moyens majorés et dont les examens prescrits dans ce cadre devraient être financés par le FNPATMP.

Institutionnellement, la SMPP des travailleurs ayant été exposés aux cancérogènes professionnels doit devenir une priorité des politiques publiques et de celle de la CNAM et des divisions des risques professionnels des CPAM. Des données régulières devraient être recueillies pour moduler le dispositif et être tenues à disposition.

Si l'exposition était avérée, l'abstention d'exposition par l'employeur relèverait soit d'une ignorance du risque, soit d'une abstention délictueuse ce qui dans les deux cas constitue pour le travailleur une mise en danger et une perte de chance préjudiciable. Des mesures dissuasives devraient être mises en œuvre.

Deux points méritent d'être mentionnés afin de bien marquer les enjeux que représente la prévention des cancers professionnels. Le déficit de repérage du caractère professionnel et indemnisable de certains cancers génère chaque année plusieurs milliards d'euros des charges indues pour la branche maladie. Enfin, comme l'écrivait Henri Pézerat, les travailleurs sont les sentinelles de l'environnement. Les cancérogènes professionnels ne s'arrêtent pas à la porte de l'entreprise, la pollution par les polychlorobiphényles (PCB) nous le rappelle.

Chère lectrice, cher lecteur L'association ne vit que par

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 pages 72 et 84).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

## Cancers professionnels ÉTENDUE ET INVISIBILITÉ DU PHÉNOMÈNE

Une consultation de recherche des expositions professionnelles après cancer du poumon

D' Benoit DE LABRUSSE (b.delabrusse@hotmail.fr), D' Brigitte LE MEUR médecins du travail « séniors »

Dr Daniel Serin, oncologue

Depuis fin 2014, nous sommes deux médecins du travail retraités et un oncologue, qui assurons une consultation ayant pour objectif :

- ➤ la recherche de causes professionnelles chez des patients atteints de cancers broncho-pulmonaires primitifs;
- ➤ éventuellement de leur proposer (ou à leur ayants-droit), une déclaration de maladie professionnelle indemnisable et une aide au suivi de ces déclarations :
- > de rendre socialement visible les causes professionnelles de certains cancers.

#### **NOS MOTIVATIONS**

Comme médecins du travail d'un service de santé au travail interentreprises depuis plus de trente ans, nous avons été confrontés :

- À la connaissance, trop souvent *a posterior*i, des expositions des salariés à des cancérogènes. Nous avons notamment participé en 1997, au recensement des entreprises ayant utilisé de l'amiante, ce qui nous a conduits à délivrer des attestations d'exposition aux salariés exposés. Rappelons que l'enquête SUMER 2010(1) signale que 16,1 % des hommes sont exposés à des cancérogènes professionnels.
- Aux difficultés qu'ont les victimes à déclarer et faire reconnaitre les maladies professionnelles par les organismes de sécurité sociale.
- 1- DARES Expositions aux cancérogènes, mutagènes, et reprotoxiques N°74 octobre 2015

- ➤ À la rareté des informations sur le devenir des salariés exposés après leur départ de l'entreprise. Mais nous avons quand même été parfois informés de cas de cancers professionnels, car du fait de la continuité de notre affectation sur un même secteur géographique nous avons gardé des liens avec les mêmes entreprises et leurs salariés parfois pendant plusieurs dizaines d'années.
- Aux limites de notre action de prévention de ces expositions: parfois négation de la dangerosité, parfois obstacles à l'objectivation des expositions, parfois difficultés à faire appliquer la prévention... bref tout ce que vivent ou ont vécu tous nos pairs. Devant ce relatif échec de notre mission de prévention, nous avons voulu nous investir dans les processus de réparation.

#### ORGANISATION ET DÉROULEMENT

Comme nous insérons dans le cadre du troisième Plan cancer(2) qui énonce l'objectif d'« améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle » nous avons obtenu une subvention de

<sup>2-</sup> Plan Cancer 2014-2019 :

<sup>«</sup> Objectif 12 : ..... Le Plan cancer porte la meilleure connaissance des situations à risque dans le milieu du travail, le renforcement de la protection et du suivi des travailleurs exposés aux agents cancérogènes, ainsi que la facilitation de la reconnaissance comme maladie professionnelle des cancers liés à leur activité.

Action 12.3 : Améliorer l'identification des cancers d'origine professionnelle pour permettre leur reconnaissance en maladie professionnelle. Mieux informer les salariés ayant été exposés à des CMR sur leurs droits en matière de reconnaissance des maladies professionnelles... »

l'ARS(3) qui permet de financer un temps de secrétariat, un temps d'assistante sociale, et une modeste rémunération des deux médecins consultants.

Le « recrutement » des patients se fait au sein de l'ISC(4) d'Avignon, spécialisé dans la radiothérapie et la chimiothérapie et dont l'attractivité est d'environ 70 km de rayon autour d'Avignon.

Après chaque RCP(5) un questionnaire avec informations sur les objectifs et sous forme de *curriculum laboris* succinct est adressé aux patients (environ 20 % de réponses). En vingt-quatre mois nous avons reçu une centaine de questionnaires.

Nous procédons à une première analyse des informations qui rend inutile la convocation d'environ 10 % des répondants en l'absence d'exposition relatée ou possible ou de métier connu comme « à risques ».

Les autres répondants sont convoqués (30 % d'absence). Une cinquantaine de patients ont été vus en consultation.

Chaque consultation dure de une heure à une heure trente. C'est un véritable interrogatoire policier à la recherche des expositions professionnelles à des cancérogènes pulmonaires reconnus dans les tableaux de MP ou par le CIRC(6).

Après la consultation un important travail de recherche bibliographique, de demande de dossier médical de médecine du travail, de recherche d'informations sur les risques professionnels dans les entreprises, de consultation des matrices-emploi-exposition (Évalutil, Matgene...) est entrepris afin d'argumenter une éventuelle déclaration de maladie professionnelle indemnisable, soit environ 50 % des patients vus en consultation. Le document médical de justification de l'exposition aux cancérogènes, le modèle de CMI (Certificat Médical Initial) et le modèle de déclaration sont adressés au patient et au médecin traitant. Nous souhaitons que ce dernier soit impliqué dans la prise en charge en signant le CMI.

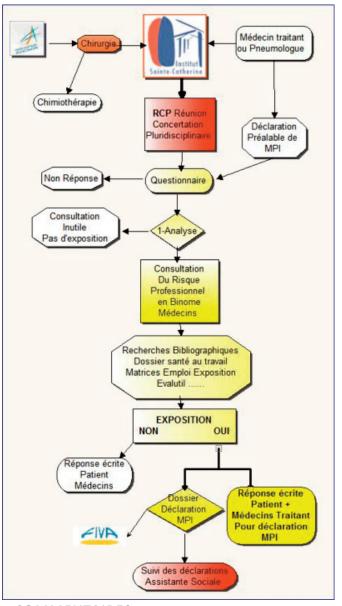
Ces patients sont aussi adressés à l'assistante sociale de l'ISC qui les aide dans les démarches administratives. Elle les contacte systématiquement après un mois et six mois pour suivre l'avancement du dossier.

3- ARS : Agence Régionale de Santé

4- ISC: Institut Sainte Catherine

**5- RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Dans un cadre départemental, pour les cancers du poumon, établissement d'un protocole de traitement et d'accompagnement de chaque patient.

**6- CIRC**: (en anglais IARC) Centre International de Recherche sur le Cancer, Organisme de l'OMS basé à Lyon.



#### **COMMENTAIRES**

AUTRES CANCERS: quatre patients atteints d'autres cancers ont voulu nous rencontrer pour obtenir une aide à la déclaration en MP. Ces demandes hors du champ de notre étude montrent qu'il existe un vrai besoin de reconnaissance de l'origine professionnelle de certaines pathologies. Elles ne sont pas satisfaites par les structures de santé habituelles.

REFUS DE CONVOCATION, TABAC, ABSENCE: Bien que le questionnaire de recherche fasse état d'expositions à des cancérogènes pulmonaires, deux patients ont refusé la consultation et l'éventualité d'une déclaration de MPI en invoquant leur tabagisme et/ou la volonté de ne pas nuire à leur ancien employeur. Ce dernier point interroge sur la place du travail comme composant de la vie psychique des travail-leurs

Les patients atteints de cancer broncho-pulmonaire sont souvent diagnostiqués à un état avancé de la maladie et ils sont fatigués et rebutés par les démarches administratives à accomplir pour une déclaration de maladie professionnelle indemnisable dont ils ne perçoivent pas l'intérêt. Ce qui explique le fort taux d'absentéisme à la consultation.

#### LE DOSSIER MÉDICAL EN MÉDECINE DU TRAVAIL (DMST) ET LES MÉDECINS DU TRAVAIL

Le dossier médical DMST, et son contenu font l'objet de recommandations de la HAS(7) (janvier 2009). Il doit contenir tous les documents fournis par l'employeur :

- ➤ La liste des travailleurs exposés aux Agents Chimiques Dangereux (ACD) dont les CMR (Cancérogènes Mutagènes Reprotoxiques).
- ➤ La notice de poste des salariés exposés à des ACD.
- ➤ La fiche individuelle d'exposition aux ACD, depuis 2001 et jusqu'en 2012. Remplacée par :
  - La fiche individuelle de prévention des facteurs de pénibilité depuis 2012.
  - L'attestation d'exposition aux ACD et CMR obligatoire depuis 2001.

#### et en plus:

- Les résultats de biométrologie.
- ➤ Le volet médical de l'attestation d'exposition aux ACD et CMR remise au salarié à son départ de l'entreprise.

Ce DMST doit être conservé cinquante ans après la fin de l'exposition à des cancérogènes.

Il est aussi détenteur de nombreuses informations sur les agents cancérogènes utilisés dans les entreprises dont il assure la surveillance. Ces informations doivent être tracées dans la Fiche d'entreprise, mais la législation est restrictive sur la transmission de ces informations.

Chaque fois que l'information fournie par les patients nous le permettait, nous avons contacté les services de santé au travail (SST), soit par téléphone, soit par courrier. L'accueil fut divers : malgré la transmission de l'autorisation signée par le patient, certains services de santé au travail n'ont pas répondu à nos demandes alors que la loi Kouchner leur fait obligation de transmettre le dossier dans un délai de huit jours ou un mois si le dossier date de plus de cinq ans.

7- HAS : Haute Autorité en Santé

## ➤ Pour des médecins du travail en service autonome d'entreprise :

- L'un n'a jamais répondu à nos demandes écrites d'informations sur le contenu du dossier médical.
- L'autre a carrément refusé de poursuivre la conversation téléphonique.
- Par contre, les médecins du travail des entreprises nucléaires ont très bien collaboré.

# ➤ Pour les médecins du travail interentreprises, l'accueil fut beaucoup plus cordial. En général ils nous fournissent oralement des indications sur les expositions dans les entreprises mais cette bienveillance s'arrête aux obstacles suivants :

- Plusieurs n'ont pas voulu nous communiquer par écrit des résultats de métrologie réalisés dans l'entreprise craignant de devoir s'affranchir du « secret professionnel de fabrication ».
- Le contenu des dossiers médicaux est très pauvre. Seuls 6 % disposaient de fiches individuelles d'exposition. La grande majorité des dossiers, en contradiction avec la législation, ne comporte aucune indication sur les risques professionnels, mais sont très prolixes sur les comptes rendus d'examens cliniques...
- Tous les médecins interentreprises ne nous répondent pas. Chacun sait qu'ils sont surchargés de travail. Et puis les dossiers médicaux ne sont pas toujours conservés au delà de cinq à dix ans. Enfin vu le vieillissement de cette profession, toute une génération « coffre-fort » d'informations sur les entreprises, est en train de disparaitre.

L'absence de traçabilité des expositions professionnelles participe à leur invisibilité. Elle ampute la prévention primaire, la prévention médicale et la réparation. Elle annihile les droits à réparation des salariés.

#### MÉDECINS DE VILLE ONCOLOGUES, HOSPITALIERS

Le monde médical est trop peu souvent sensibilisé à l'origine potentiellement professionnelle de cette pathologie et aux formalités nécessaires à sa déclaration. Nous entendons encore parfois le discours sur la prétendue seule cause prouvée du cancer pulmonaire : « le tabac ».

#### CPAM(8)

Chaque CPAM instruit le dossier de déclaration des MP, et pour les expositions, recueille l'avis écrit de l'employeur, du patient, et adresse un enquêteur assermenté dans l'entreprise. Or la CPAM d'un département ne dispose pas d'enquêteur en entreprise. Elle se contente des affirmations de l'employeur et du salarié. Or ce dernier a beaucoup de difficultés à fournir des informations pertinentes sur ses expositions.

#### CARSAT(9)

Nous nous sommes adressés à l'échelon départemental et n'avons pu obtenir aucun renseignement concernant des conditions de travail de plus de quatre à cinq ans dans les entreprises. Leur approche de type assurantielle ne les incite pas à intervenir en l'absence de MP reconnues. Par contre l'échelon régional de Marseille dispose d'une base de données des interventions en entreprise et l'avis de l'ingénieur-conseil au CRRMP est déterminant.

#### CRRMP(10)

Le CRRMP est chargé d'une expertise des dossiers de MPI quand toutes les conditions d'un tableau ne sont pas remplies (alinéa 3[11]) ou quand il n'existe pas de tableau et que l'incapacité prévisible est au moins de 25 % (alinéa 4).

Ce CRRMP est constitué de trois médecins(12): un praticien hospitalier, un médecin-conseil régional, un médecin inspecteur régional du travail de la DIRECCTE. Ce collège de médecins s'appuit sur l'enquête de l'organisme de Sécurité sociale, sur l'avis de l'ingénieur-conseil de la CARSAT, ainsi que sur l'avis motivé du médecin du travail de l'entreprise où a travaillé le patient. Or cet avis n'est pas toujours donné car les preuves d'exposition pour des expositions anciennes sont difficiles à retrouver et/ou pas toujours recherchées.

Deux faits sont à signaler concernant le CRRMP de Marseille (région PACA) :

➤ L'absence de médecin inspecteur du travail de janvier 2014 à mai 2016. Ce qui pourrait être à l'ori-

- 8- CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **9- CARSAT :** Caisse d'Assurance Retraite et de la SAnté au Travail disposent d'ingénieur de prévention en entreprise.
- **10- CRRMP** : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
- 11- Article D.461-25 du Code de la Sécurité sociale
- 12- Depuis le 7 juin 2016 un décret réduit à deux le nombre de médecins nécessaires,
- https://www.legifrance.gouv.fr/jo\_pdf.do?id=JORFTEXT0000326694

gine de « perte de chance » pour les patients en l'absence du seul médecin ayant une expérience des milieux de travail. Cette carence pourrait être à l'origine de recours de la part des patients.

➤ Ce CRRMP est celui qui a, en France, le plus faible taux de reconnaissance des maladies professionnelles relevant de l'alinéa 3 : en 2010 le taux était de 27 % alors qu'à Rennes il était de 71 %. Ce qui signifie que pour une même pathologie il y a 2,5 fois moins de chance d'être reconnu à Marseille plutôt qu'à Rennes. Comment expliquer cette différence ?

L'enjeu de la reconnaissance des maladies professionnelles est la réparation du préjudice des victimes mais également l'adaptation des programmes de prévention nationaux en rapport avec les risques existants et émergents. La reconnaissance de pathologies par le CRRMP devrait permettre d'alimenter la réflexion en vue de la révision des tableaux.

Nous avons considéré comme utile de conseiller des déclarations de MPI même si toutes les conditions ne répondaient pas aux tableaux, afin de mettre en visibilité les origines professionnelles probables de ces pathologies avec l'espoir de faire évoluer leur reconnaissance.

#### SPÉCIFICITÉ DE LA RECHERCHE PAR UN MÉDECIN DU TRAVAIL D'EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES

Il existe en France une dizaine de consultations semblables (hors consultations de pathologies professionnelles) mais avec des enquêteurs non médecin du travail. Citons celles avec qui nous sommes en relation:

- ➤ GISCOP93(13) qui délègue à des sociologues les enquêtes auprès des patients.
- ➤ APCME(14) où la recherche des expositions est collaborative avec des membres de CHSCT, des médecins généralistes et un animateur. Les résultats sont exprimés sous forme de cartographie : cadastre des postes de travail (voir www.apcme.net).
- ➤ PRO-POUMON du Centre Léon Bérard Centre de Recherche en Cancérologie Université Lyon 1, où l'enquête est menée par un professeur en cancérologie et un médecin du travail d'une consultation de pathologie professionnelle. http://www.cancer-environnement.fr/
- **13- GISCOP93**: Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Deni4
- **14- APCME**: Association pour la Prise en Charge des Maladies Éliminables Port de Bouc 13 Bouches du Rhône http://apcme.net /

NETKEEP https://enquetes.inrs.fr/NetKeep/accueil\_netkeep/accueil\_netkeep.hyp. Auto-questionnaire sur internet, pose des questions précises sur des situations de travail exposantes et pour la plupart présentes dans les tableaux de MPI. Cela suppose que les répondants puissent avoir connaissance et sachent identifier ces situations. Cela nous questionne.

Nous nous interrogeons sur la spécificité de la recherche d'expositions professionnelles par un médecin du travail. A-t-il plus de compétences et de résultats que d'autres chercheurs type sociologue, hospitalo-universitaire ? Si les sociologues sont rompus aux techniques d'enquête auprès des salariés, ont-ils l'expérience du vécu du travail recueilli par le médecin du travail ? Ont-ils les connaissances des postes de travail et la compétence pour repérer la présence d'éventuels cancérogènes ignorés par les salariés ? Tous ces éléments permettent au médecin du travail d'orienter les questions posées aux patients.

Par contre notre expérience est confortée par celle de l'APCME qui fait appel aux connaissances des salariés des entreprises sur leurs conditions de travail. Ainsi, pour obtenir des informations sur les expositions à des cancérogènes, avons-nous pris des contacts avec des membres de CHSCT, des associations d'anciens salariés, etc.

La surveillance post-exposition n'est pas organisée dans notre région, bien que des dispositions du Code de la Sécurité sociale(15) la prévoient. À notre connaissance, seule une entreprise du Vaucluse l'organise pour ses anciens salariés exposés à divers cancérogènes.

#### CONCLUSIONS

Notre étude met en évidence :

- ➤ La difficulté à obtenir des éléments documentaires sur les expositions professionnelles à des cancérogènes. Leur traçabilité, bien que prévue par plusieurs textes réglementaires, n'est pas efficiente. Même les organismes concernés ne semblent pas disposer d'informations accessibles.
- ➤ la sous déclaration massive des cancers professionnels puisque seuls 24 % des patients déclarables en MPI avaient bénéficié d'une déclaration préalable.
- ➤ L'implication diverse des médecins dans la prise en compte des facteurs professionnels. Du côté des médecins du travail des services de santé au travail interentreprises, nous avons vécu une bonne collaboration mais les informations recueillies furent pauvres.

Pour des résultats plus complets vous pouvez consulter le bilan d'activité 2015 à l'adresse : http://sante.travail.free.fr/smt6/communic/2015-2016/communications 2015 2016.htm#ISC.2015

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

Cette surveillance post-professionnelle est accordée par l'organisme mentionné à l'alinéa précédent sur production par l'intéressé d'une attestation d'exposition remplie par l'employeur et le médecin du travail. Le modèle type d'attestation d'exposition et les modalités d'examen sont fixés par arrêté. Un suivi du dispositif est mis en place par l'organisme susmentionné. »

Arrêté du 6 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 28 février 1995 pris en application de l'article D.461-25 du Code de la Sécurité sociale fixant le modèle type d'attestation d'exposition et les modalités d'examen dans le cadre du suivi post-professionnel des salariés ayant été exposés à des agents ou procédés cancérogènes.

# LA COOPÉRATION EN MÉDECINE DU TRAVAIL AVEC LES AUTRES PRATICIENS MÉDECINS DU POINT DE VUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL D'UN PATIENT

Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail 12 décembre 2015

Alain Grossetête, Annie Deveaux, rapporteurs

Cette réflexion de l'ass SMT s'inscrit dans la préparation du 8ème colloque de E-Pairs, organisé conjointement, du 20 mai 2016 dont les actes font l'objet d'un Cahier SMT N°32 qui lui est entièrement consacré

Le médecin du travail, dans ses rapports avec les salariés qu'il suit, mais aussi avec les spécialistes médicaux, doit toujours garder en tête qu'il n'est pas un médecin choisi, que la représentation que le salarié ou les médecins spécialistes ont du métier du médecin du travail est très variable, selon leur expérience et/ou leurs pratiques antérieures, et que cette représentation sera déterminante dans les rapports avec les salariés et avec les médecins d'autres spécialités. En conséquence, le médecin du travail doit toujours donner à voir sa pratique, à travers des écrits, toujours remis au salarié. Dans ces écrits, la trajectoire professionnelle, l'activité, la place du « travailler collectif », doivent être tracés pour décrire le lien avec le symptôme. Comme les autres spécialistes médicaux, le médecin du travail doit faire des propositions de « traitement » : décrire comment il pense intervenir, qu'il s'agisse d'une intervention individuelle et/ou collective.

Faire évoluer les représentations du métier en montrant sa pratique est le préalable à la construction d'une coopération, avec d'autres spécialistes médicaux, dans l'intérêt de la santé du salarié. « L'instruction du lien santé/travail », expression utilisée couramment par les médecins du travail, c'est du chinois pour les autres spécialistes. Du côté de ces derniers, Il n'y a pas d'écrit professionnel de leur part, ou tout au moins d'écrit qui nous serait accessible, qui pourrait nous permettre de comprendre comment ils « instruisent ce lien » et si même ils le font. D'où une question qui est posée d'emblée : que comprend-on en médecine du travail de ce que ces spécialistes disent du travail? Comment instruisent-ils, de là où ils se placent, la question du travail ? Avec quelle grille de lecture, s'ils font cette instruction? Pour les médecins du travail, cette instruction se fait avec la clinique médicale du travail, prenant le travail (ou plus précisément le « travailler», c'est-à-dire l'activité, au sens de l'ergonomie de langue française). L'entrée en matière entre le spécialiste et le médecin du travail se fait la plupart du temps par un écrit, qui est un courrier. Un intervenant en séance donne alors un exemple. Il éclaire l'intérêt de construire une meilleure approche de la coopération dans les rapports entre spécialiste et médecin du travail. Il s'agit d'un exemple portant sur un courrier de

psychiatre, mais l'exemple vaudrait pour d'autres spécialistes. Le psychiatre a écrit dans un courrier remis par le salarié lors de sa reprise de travail au médecin du travail. Dans ce courrier le psychiatre émet l'avis qu'il convient, de son point de vue de spécialiste, de retirer du poste son patient et de prononcer une inaptitude. La controverse prend alors feu en séance! Il est dit que le psychiatre « ne fait pas son travail », se met à la place du médecin du travail, au lieu de « faire le psychiatre », c'est-à-dire d'amener des éléments spécifiques provenant de son entretien, sur le lien qu'il fait entre l'état de santé de son patient et son travail. Cette posture éclairerait pourtant le médecin du travail sur des éléments utiles vis-à-vis de l'aide qu'il souhaite apporter au salarié. Au lieu de cela, la position du psychiatre est réduite à sa conclusion dans laquelle il y a deux absents: le travail, et plus ennuyeux, il n'y a pas non plus la clinique. Le médecin du travail n'a pas de sollicitation clinique dans cet écrit qui le confine dans la caricature du médecin du travail, mis à contribution parce qu'il dispose de la capacité à retirer son patient du poste et dont le rôle est réduit à proposer une conduite à tenir (l'inaptitude). Un désaccord s'exprime sur cette position: pour d'autres dans la salle, le psychiatre tranche, donc il a fait son travail! D'où un questionnement qui surgit de la dispute : quelle allure pourrait prendre une coopération entre cliniciens, non lapidaire ? Pourtant le spécialiste est manifestement demandeur d'un contact avec le médecin du travail puisque d'ailleurs il en est la plupart du temps à l'origine : le contact en question est ouvert généralement dans le sens spécialiste écrivant au médecin du travail(2). Cependant un spécialiste peut-il faire dans sa pratique clinique, l'économie de la dispute portant sur le lien santé/travail alors qu'il est en difficulté, croyonsnous, pour explorer finement le travail? Et si cette hypothèse était elle-même fausse, production d'un cliché du médecin du travail, en miroir du cliché du spécialiste en approche du médecin du travail?

Une autre rubrique est ouverte par une consœur qui travaille beaucoup avec le médecin-conseil de la Sécurité sociale. Le cas exposé est celui d'un salarié, vu en pré-reprise par le praticien du travail, qui souhaite le rencontrer après avoir reçu un avis de convocation par son médecin-conseil. Il s'agit là d'un examen de la coopération cette fois dans le sens médecin du travail/médecin-conseil. Elle explique ce qu'elle déploie pour éclairer le médecin-conseil (dans son positionnement d'assureur mais aussi de clinicien) sur le lien santé/tra-

1- On devrait se demander pourquoi le médecin du travail ne s'adresse pas plus souvent au spécialiste, hors contexte de pratiques dégradées dans lesquelles il s'agirait pour le médecin de ce se prémunir d'une contestation portant sur l'aptitude.

vail, afin d'éviter au salarié une rupture des indemnités journalières, ou une date de consolidation qui, fixée sans prendre l'avis du médecin du travail (alors que l'intérêt de l'assuré est en jeu du point de vue de sa santé), empêcherait généraliste et médecin du travail de proposer un temps partiel thérapeutique lors de la reprise du travail. D'où l'intérêt d'un écrit remis au salarié à destination du médecin-conseil.

Certes si on admet que la clinique médicale du travail dans sa spécificité, articulant individuel (dont chaque entretien fait ressortir la dimension unique, singulière, de chacun) et collectif, est l'apport du médecin du travail au spécialiste (qui sans lui n'en disposerait jamais dans sa propre clinique), l'apport du « travailler » dans sa dimension collective est un élément instruisant la coopération. Encore que la connaissance du collectif ne soit pas indispensable au praticien en consultation Souffrance et travail, indique un intervenant ; le travail clinique en consultation Souffrance et travail permet en général, d'accéder en toile de fond au collectif, parce que le récit produit par le salarié met en scène le travailler collectif. Dans ces conditions, et de leur point de vue, que peuvent apporter les spécialistes qui leur serait spécifique, et qui ne serait pas le simple écho, décalque, de ce que nous-mêmes médecins du travail pensons ou disons? Il semble pour reprendre l'exemple précédent avec le psychiatre, qu'il faille creuser davantage du côté des conditions à réunir pour déployer la coopération entre tous ces praticiens, en interrogeant les règles de métier de chacun ; d'avancer des éléments cliniques du côté de la spécialité de chacun (le juste nécessaire à écrire ou à dire dans l'intérêt de la santé de leur patient, et dans le respect de l'observance du secret médical liant deux praticiens). Mais comment coopérer avec un médecin dont on ne connaît pas les pratiques professionnelles ? La coopération confraternelle n'est possible que passant par le patient-salarié. La confiance ne se construit qu'au travers de celle du salarié. Mais une fois que le spécialiste et le médecin du travail ont chacun bien tenté d'apporter leur lumière et compréhension, l'essentiel réside dans le constat qu'ils peuvent faire, de demeurer néanmoins en difficulté pour la prise en charge de leur patient. Il y a quelque chose qui résiste de la part du patient. Une énigme à résoudre qui tient en échec les deux praticiens ; par exemple pourquoi le patient ou l'assuré ou le salarié reste-t-il en arrêt, ne parvient-il pas à reprendre le travail. Pourquoi refuse-t-il l'invalidité ? Autrement dit, comment le travail inter-compréhensif avec les spécialistes s'organise-t-il à partir du constat qu'il y aurait une zone de non compréhension – ou peut-être une absence d'élaboration suffisante à trois ? Y a-t-il un socle commun dans ce travail inter-compréhensif? Le

médecin du travail peut-il porter « pour deux » cet essai de compréhension ? Comment rendre compte de l'élaboration du patient lui-même ?

#### COOPÉRATION AVEC LE GÉNÉRALISTE

La porte d'entrée du généraliste s'adressant au médecin du travail est souvent un symptôme : trouble du sommeil par exemple ; ou à propos d'un symptôme : modification de la tolérance aux benzodiazépines de son patient et poste de travail de nuit ; ou compatibilité du traitement avec exigence du poste en vigilance.

On introduit pour le généraliste des éléments de compréhension sur la trajectoire professionnelle, des éléments de rupture possiblement repérés, et la dimension collective du travailler.

Certains médecins généralistes instruisent le lien santé/travail, mais regrettent de n'être sollicités par le médecin du travail que pour prolonger un arrêt de travail, sans être informés de ce qui est envisagé pour favoriser une reprise de travail ultérieure, ni de ce qui s'oppose à une reprise immédiate. Ils peuvent parfois s'irriter à juste titre devant une situation de travail délétère en méconnaissant ou en sous-estimant le fait que c'est l'employeur qui est en charge de cette responsabilité, en fait et en droit.

Le médecin généraliste écrit rarement au médecin du travail mais conseille souvent au salarié de solliciter une visite de pré-reprise avec lui. Le salarié donne en général suite à ce conseil en fonction de la confiance qu'il place lui-même dans le médecin du travail, et dans ce cas il n'hésite pas à apporter ou à transmettre les documents dont il dispose (ordonnance, résultats d'examens complémentaires).

Les médecins généralistes ne comprennent pas toujours bien pourquoi certains médecins du travail refusent de prendre en charge la rédaction des certificats médicaux initiaux de maladie professionnelle.

#### COOPÉRATION AVEC LE PSYCHIATRE

Is peuvent amener par leur clinique, des éléments de pathologie psychiatrique en rapport avec un diagnostic de structure que nous ne pouvons porter en lien avec le « travailler ». Mais là encore, le travail inter-compréhensif commence quand les deux approches témoignent de la persistance d'un point dur chez leur patient, point dur dont la découverte témoigne déjà d'un travail clinique.

Le psychiatre est souvent sollicité par le médecin du travail ou par le médecin traitant et/ou le médecinconseil pour justifier un arrêt de travail prolongé aboutissant à une invalidité et/ou une inaptitude : dans ce cas, le médecin du travail a le devoir d'avoir correctement et préalablement instruit la question du travail, intervention qui permettra au salarié de se projeter dans une activité future.

#### COOPÉRATION AVEC LE RHUMATOLOGUE

Même hors ouverture des droits, hors contexte où le rhumatologue serait en clinique d'expertise, le travail avec le rhumatologue est repéré comme impliquant très fortement le champ social. La controverse avec lui peut s'avérer délicate et faire place au conflit de positions avant même que la coopération puisse s'installer. Par exemple, devant une lombalgie rebelle qui persiste malgré le traitement, et avec une imagerie normale, le rhumatologue, tout comme d'ailleurs le médecin du travail, le médecin-conseil, ou tout autre spécialiste irrité par ce qu'il ne comprendrait pas, peut « psychologiser » en faisant disparaître la dimension du travail, voire évoquer un comportement de « tire au flanc ». Une situation reconnue comme énigmatique peut être réexaminée avec la capacité dont l'un et l'autre font montre, à résister à la banalisation du symptôme, et à garder chacun la capacité à s'étonner, de ce dont chacun est le dépositaire au cabinet médical.

## COOPÉRATION AVEC LE SPÉCIALISTE DE PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES

ors diagnostic médico-légal d'ouverture des droits au patient, le spécialiste est sollicité pour une pathologie non identifiée, ou un cas rare, faisant appel à un savoir hospitalo-universitaire à convoquer. En revanche ce savoir ne porte pas sur le « travailler » apporté possiblement par les médecins du travail. Or ces derniers ne sont interrogés que très peu par le spécialiste de pathologie professionnelle. La pathologie professionnelle est un savoir en construction qui amène certes le spécialiste à voir un patient au lit du service hospitalier, alors que l'histoire du patient est à instruire, et qu'il ne dispose pas de l'activité et du « travailler » du patient. Pense-t-il possible de la récupérer auprès du médecin du travail ? Dit autrement, le médecin du travail est-il contributif à l'édification de savoirs en pathologie professionnelle ? Et si oui, pourquoi est-il laissé de côté ? Inversement, le spécialiste devrait pourtant être consulté précocement, c'est-à-dire avant l'apparition d'une pathologie, dans le cadre d'une pratique préventive améliorée. Il semble que ce ne soit guère le cas, pourquoi?

En somme le médecin du travail apporte rarement son savoir. La coopération avec le médecin du travail est pratiquement très réduite. Les médecins du travail ne vont pas facilement sur ce qu'ils n'ont pas envie d'explorer et doivent s'obliger à passer par l'écrit pour instruire ce qu'ils ne comprennent pas.

## **E**N COMPLÉMENT DE LA LOI TRAVAIL LES STRATÉGIES CONVERGENTES DES EMPLOYEURS

L'affaire révélatrice du médecin du travail de l'APST

Alain CARRÉ, Association Santé et Médecine du travail

La Loi travail, appelée de leurs vœux, voire écrite par les employeurs, vise à transformer la médecine du travail en médecine supplétive de couverture de leur responsabilité et de gestion médicale de la main d'œuvre(1).

La réussite de cette transformation reposerait principalement sur l'acceptation de l'abandon de leur métier par les médecins du travail, notamment de ses liens au Code de la santé publique.

Du côté des employeurs, pour assurer, ce qu'il faut bien nommer un renoncement, il faut anticiper sur les résistances et mettre en place des stratégies efficaces pour les combattre. Dans ce domaine ils manquent singulièrement d'imagination, ou plus exactement utilisent des recettes millénaires : il faut cibler les réfractaires à ce désastre annoncé et faire peur en utilisant des mesures répressives de maltraitance.

L'une de ces stratégies est tracée dans ce numéro. Il s'agit de décourager les médecins (et non seulement les médecins du travail) qui, conformément à leur devoir, décrivent les liens entre le travail et ses conséquences négatives pour la santé d'un travailleur. D'où la montée en puissance des plaintes auprès du conseil de l'Ordre des médecins avec le relais complice ou révélateur du crétinisme social de cette institution.

1- Voir dans ce numéro : Loi Travail : une machine à remonter le temps vers la médecine de fabrique. Un désastre sanitaire programmé en santé au travail La deuxième stratégie vise spécifiquement les médecins du travail qui prétendent accomplir leur mission d'ordre public social.

Les difficultés du D<sup>r</sup> Jean-Louis Zylberberg, médecin du travail de l'APST, service de santé au travail interentreprises à compétence professionnelle qui surveille des salariés du bâtiment et des travaux publics (BTP), illustrent parfaitement et permettent de démonter dans le détail cette stratégie.

#### **UN RAPPEL DES FAITS**

Ce service a initié une procédure de licenciement du D' Zylberberg. qui y travaillait depuis juin 2014. Cette procédure fait suite à une longue série de tentatives d'intimidation et d'atteintes à son indépendance.

Il a d'abord été l'objet de remarques diverses, puis de convocations pour de reproches de circonstances par la « Directrice médicale » de l'APST qui répercute des plaintes d'entreprises contre lesquelles, du fait du secret médical, le D<sup>r</sup> Zylberberg ne peut se défendre. La « Directrice médicale » aura l'imprudence de confirmer par écrit son atteinte à l'indépendance ce qui entrainera un courrier de rappel à l'ordre du médecin inspecteur à la « Directrice médicale ».

Finalement, L'APST, a échoué à licencier le D' Zylberberg. L'inspection du travail a refusé de valider le licenciement. La mobilisation autour de cette affaire a été déterminante.

Comme il fallait s'y attendre dans un secteur, le BTP, dont la réputation en matière de gestion de la santé et la sécurité n'est plus à faire et dans lequel un certain management prévaut, l'échec des mandataires zélés des employeurs n'a pas désarmé la volonté de l'APST.

Plus de quatre mois après l'entretien préalable et sur les mêmes griefs, le D<sup>r</sup> Zylberberg a reçu la notification d'une sanction de mise à pied.

Ce qui est en fait reproché au D' Zylberberg est son expérience et son attachement à un exercice tourné vers l'intérêt de la santé des salariés ; ancien médecin inspecteur régional du travail, président de l'association Santé et Médecine du Travail qui réfléchit activement à l'exercice et à la clinique médicale en médecine du travail, il cumule les « handicaps ».

Cette affaire nous renseigne sur trois points essentiels de la stratégie patronale :

- ➤ La construction coordonnée de motifs de sanction et leur capacité à isoler le médecin de ses collègues.
- ➤ Le truchement de la maltraitance que représentent certains médecins « coordonnateurs ».
- ➤ L'attitude des autorités de tutelle et du mouvement syndical face à ces pratiques.

#### LES STRATÉGIES DE CONSTRUCTION D'ÉVENTUELS MOTIFS DE SANCTION

Cette affaire survient après un conflit semblable dans une usine de la métallurgie. Les griefs avancés par PSA comme motif de licenciement du médecin du travail de l'usine de Metz étaient : des « difficultés relationnelles » avec le DRH et le management et des « difficultés de l'appropriation des modes de fonctionnement du groupe ». Déjà en 2010 un médecin du travail de cette même entreprise avait, suite à des griefs, choisi de démissionner en « négociant son départ ».

Rappelons que dans l'affaire de l'APST les supposées fautes reposent sur deux griefs :

- Des témoignages de managers sur le comportement du D<sup>r</sup> Zylberberg suite à des convocations systématiques des responsables d'entreprises mécontents de ses propositions d'inaptitude, qui le somment de s'expliquer. D'autres médecins du travail subiraient également des convocations systématiques d'intimidation par certaines entreprises adhérentes à ce service.
- Des allégations sur les propos tenus lors de colloques singuliers, notamment des visites médicales, qui laissent tout médecin, dans cette situation, sans

possibilité de se défendre puisqu'il lui faudrait pour cela transgresser le secret médical.

Ces griefs « justifieront » plusieurs changements de secteur illégaux, puisque le médecin n'en a pas été prévenu, ce qui ne lui permet pas de les contester devant la commission de contrôle, et cette dernière n'ayant pas été informée du changement de secteur. Il apprend ainsi, par un salarié, qu'une filiale du groupe Bouygues a demandé son changement auprès de l'APST et l'a obtenu, et que quatre entreprises, dont une filiale du groupe Vinci, ont résilié leur adhésion de l'APST puis ont ré-adhéré et changé, par ce procédé, de médecin du travail à son insu et celui de la commission de contrôle.

Il s'agit ici, « pour la direction médicale » en relatant publiquement cette « fuite d'adhérents » organisée, d'entraver la solidarité avec le médecin du personnel du service, rendu artificiellement inquiet pour son emploi.

#### LE RÔLE DE CERTAINS MÉDECINS COORDONNATEURS « MISSI DOMINICI » DES EMPLOYEURS

I est étonnant que cette catégorie professionnelle soit absente du domaine du droit du travail. Ce n'est sans doute pas un hasard. L'inexistence de statut transforme ces médecins en auxiliaires exclusifs des employeurs et les laissent seuls face à leur pouvoir discrétionnaire.

Le caractère illégitime et illégal d'encadrement technique médical de certains médecins coordonnateurs est ici parfaitement illustré par les empiètements sur l'exercice que comportent les échanges avec le médecin du travail et notamment (imprudemment ?) certains courriers.

L'illégitimité repose sur une décision ancienne (1978) du CNOM concernant les médecins « coordinateurs » des services médicaux du travail qui leur impose le respect absolu de l'indépendance de leurs confrères et les cantonne à un rôle étroit de coordination administrative.

L'illégalité est évidente du fait de deux décisions du Conseil d'État, l'une concernant l'AP-HP, l'autre EDF, imposant les mêmes contraintes aux médecins « chefs » des services médicaux du travail de ces entreprises publiques.

Le CNOM, si prompt à apporter son appui aux employeurs, pourrait opportunément rappeler son avis sur le sujet.

Ces médecins vivent, par conséquent, dangereusement et devraient faire preuve de prudence. De même, Les employeurs devraient comprendre le caractère contreproductif, en droit, de charger d'autres médecins de la répression. Toutefois le formatage que constituent les études médicales en matière de conformisme à l'autorité et le prestige du titre sont sans doute des éléments incitatifs à utiliser le procédé.

#### L'ATTITUDE DES AUTORITÉS DE TUTELLE ET DU MOUVEMENT SYNDICAL FACE À CES PRATIQUES

I faut considérer que la mobilisation des collègues en premier lieu, la réaction des autorités administratives de tutelle et la mobilisation des salariés suivis et de leurs représentants sont les seuls moyens efficaces pour mettre un frein à ces pratiques de maltraitance.

Dans l'affaire du médecin de PSA, le soutien par pétition du personnel de l'usine organisée par plusieurs organisations syndicales (qualifiant le médecin du travail de « Dr Courage ») a été pour beaucoup dans la décision du ministère du Travail de refuser son licenciement. La médiatisation de l'affaire n'en est pas absente.

Dans l'affaire du médecin du travail de l'APST, la mobilisation de plusieurs médecins du travail du service a été effective et moralement précieuse. La décision de l'inspection du travail bien que désavouant le licenciement, a été relativement modérée puisque

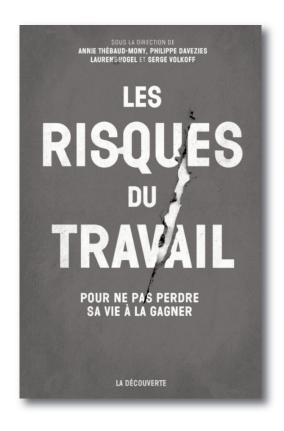
basée sur des motifs de procédure inadéquate. Il aurait été possible de traiter le fonds du problème, et de vérifier notamment les conditions de l'agrément au regard du fonctionnement, pour le moins singulier, de ce service et de ses instances de contrôle. Faut-il y voir dans cette modération la situation difficile de ce corps administratif en réforme ? ou le découpage des rôles qui subordonne l'agrément à la décision beaucoup plus « politique » du directeur régional de la DIRECCTE ? Cette décision n'a pas désarmé les pressions de maltraitance sur le médecin.

La réaction syndicale a été quasi unitaire et a joué un rôle important, notamment lors du conseil d'administration et de la commission de contrôle.

Toutefois, dans les cas recensés, aussi positive soit elle, la réaction syndicale reste attachée au cas singulier du médecin du travail concerné et au caractère local de la manœuvre.

Il est donc particulièrement urgent de faire prendre conscience, au plus haut niveau des organisations syndicales de travailleurs, du caractère profondément destructeur de la Loi Travail pour la médecine du travail et plus largement pour la santé au travail et de considérer que les stratégies de maltraitance de médecins du travail engagés dans leur mission d'ordre public social ne sont pas des incidents isolés mais le signe d'une action coordonnée des employeurs.

Si les dispositions de la Loi Travail n'étaient pas abrogées et étaient confirmées, comme il faut le craindre, par les décrets d'application, nous croyons utile de recommander que la maltraitance d'un médecin du travail soit considérée par le mouvement syndical comme la ligne rouge à ne pas franchir par les employeurs. Il en va de la santé des travailleurs.





# LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS EN PÉRIL PLAIDOYER POUR LA SUPPRESSION DE L'APTITUDE ET LE MAINTIEN DE LA PÉRIODICITÉ SYSTÉMATIQUE DES VISITES MÉDICALES

Alain CARRÉ

Cet article a été publié antérieurement dans la revue Après-demain

### LA MÉDECINE DU TRAVAIL UNE MISSION D'ORDRE PUBLIC SOCIAL

En 1946, la Constitution de la IVème République assurait un droit nouveau : celui de la protection de la santé(1). C'est afin de remplir cette obligation régalienne en milieu de travail que, cette même année, fut structurée la médecine du travail investie d'une mission d'ordre public social.

Dès l'origine, cette mission, confiée aux médecins du travail, qui consiste « à éviter toute altération(2) de la santé des travailleurs du fait de leur travail »(3), avait comme moyen d'action individuelle les propositions par le médecin de « transformations ou de mutations

de poste » justifiées par la santé des travailleurs(4). Il s'agissait déjà clairement d'adapter le poste au travailleur, principe entré explicitement dans le droit français tardivement, sous l'aiguillon de la directive européenne de 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail(5).

### APTITUDE ET INAPTITUDE

élas, alors que la loi posait clairement ce principe, les décrets d'application mettaient en place, dès l'origine, deux notions qui lui sont opposées : « l'aptitude » et « l'inaptitude » qui ont perduré jusqu'aujourd'hui.

- 1- 11<sup>ème</sup> alinéa du préambule de la Constitution de 1946 auquel se réfère celle de 1958 « [La Nation] garantit à tous, [...] la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »
- 2- Il ne s'agit pas seulement d'éviter les maladies professionnelles. En effet l'emploi du terme « altération » évoque l'action à partir du dépistage de signes pré-symptomatiques pour mettre en œuvre une prévention primaire en amont du processus pathologique dans le cadre d'une obligation de moyens.
- 3- Article L.4622-3 du Code du travail « Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé. »
- 4- 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. »
- 5- Article L.4121-2 du Code du travail « 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. »

Certains y voient la résurgence de la médecine d'entreprise d'avant 1940, dont la sélection médicale de la main-d'œuvre était une des fonctions, et de l'eugénisme professionnel du « service du travail obligatoire » de « l'État français ».

Ces deux notions vont, jusqu'à nos jours, tirer la médecine du travail du côté sombre de la sélection médicale de la main-d'œuvre avec ses conséquences discriminatoires (en référence à l'article L.1132-1 du Code du travail). Pour « l'inaptitude » le législateur a du s'entourer de circonlocutions complémentaires qui traduisent juridiquement son embarras(6).

Il n'est donc pas étonnant que plus de soixante-dix ans après sa naissance une mission sur « Aptitude et médecine du travail »(7) soit mise en place par l'exécutif. Hélas, l'une des membres de cette commission qui s'exprimait récemment sur cette question(8), ne prévoit pas la disparition de l'aptitude mais milite au contraire pour son maintien. Elle propose que la décision du médecin du travail, transmise exclusivement au salarié, devienne secrète. C'est le salarié qui, en cas d'impossibilité pour lui de se maintenir à son poste de travail, arbitrerait entre sa santé sociale et sa santé physique ou mentale dans un contexte d'inégalité flagrante au bénéfice de l'employeur du fait de la subordination et de l'absence d'engagement de sa responsabilité en matière de santé sociale. Selon l'auteure, qui ne parait pas craindre le contre-sens juridique, cela aurait notamment pour conséquence de délier en partie l'employeur de son obligation de sécurité de résultat(9)! On a donc tout à craindre, pour l'avenir, malgré l'évidence de la nécessaire disparition de l'anachronisme discriminatoire de l'aptitude.

- 6- Article L.1133-3 du Code du travail « Les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé ou du handicap ne constituent pas une discrimination lorsqu'elles sont objectives, nécessaires et appropriées. »
- 7- La mission a été confiée par le ministre du Travail et celui de la Santé, 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<sup>me</sup> Sophie Fantoni-Quinton, professeure de médecine du travail, docteure en droit.
- **8-** Article de M<sup>me</sup> le professeur S. Fantoni-Quinton, paru dans *La Semaine sociale Lamy* du 10 novembre 2014, « *Que deviendrait la faute inexcusable sans aptitude à l'embauche ? »* et réponse parue dans *La Semaine sociale Lamy* du 29 décembre 2014 : Alain Carré et Dominique Huez : « *Vers une médecine de sélection médicale de la main d'œuvre ? »*.
- 9- Cela est en particulier démenti par les jurisprudences constantes de la Cour de cassation <a href="https://www.courdecassation.fr/publications-26/rapport\_annuel\_36/rapport\_2009\_3408/etude\_personnes\_3\_411/chambre\_civile\_3418\_/vulnérabilité\_droit\_securité\_sociale\_3429/faute\_inexcusable\_15333.html">https://www.courdecassation.fr/publications\_26/rapport\_annuel\_36/rapport\_2009\_3408/etude\_personnes\_3\_3411/chambre\_civile\_3418\_/vulnérabilité\_droit\_securité\_sociale\_3429/faute\_inexcusable\_15333.html</a>

#### UNE PÉNURIE ENTRETENUE

Cette situation ambigüe qui entrave la médecine du travail n'est pas la seule difficulté à laquelle s'affronte cette institution. Depuis les années 1980, un projet des employeurs, porté par le CISME(10), association qui regroupe la majorité des responsables des services de santé au travail interentreprises, prévoit de démédicaliser la médecine du travail (11). Il s'agit de détourner les médecins du travail de leur mission exclusive d'ordre public social pour qu'ils deviennent des préposés des employeurs afin de les aider à accomplir leur obligation de sécurité de résultat(12), c'est-à-dire à gérer la santé et la sécurité.

L'aboutissement actuel de ce projet serait la fin de la médecine du travail qui ne serait plus centrée sur l'intérêt exclusif de la santé du travailleur. Cette volonté de démédicalisation rencontre (mais est-ce un hasard?) une pénurie en médecins du travail, à la convergence des *numerus clausus* de l'internat de spécialité et de la désaffection pour un métier qui devient, dans ce contexte, « impossible ».

### SUPPRIMER LA PÉRIODICITE DES VISITES INDIVIDUELLES C'EST SUPPRIMER LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Plusieurs réformes réglementaires successives « apportent de l'eau au moulin » des employeurs en cultivant l'ambigüité entre les deux missions de prévention, celle du médecin du travail et celle de l'employeur. La dernière réforme en date, en 2012, positionne ainsi également les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), spécialistes du champ du travail apportant initialement un indispensable appui aux médecins du travail, dans une mission d'aide à la gestion de la santé et de la sécurité pour les employeurs(13).

- 10- Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise
- 11- Pascal Marichalar, « La médecine du travail sans les médecins ? », Politix 3/2010 (n° 91), pp. 27-52
- 12- On peut résumer cette obligation comme éviter toute « atteinte » à la santé c'est-à-dire tout accident du travail ou toute maladie professionnelle. On notera l'écart entre l'obligation de moyens des médecins du travail qui porte sur les altérations de la santé et l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur.
- 13- Article L.4644-1 du Code du travail « L'employeur désigne un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise. [...] À défaut, si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités, l'employeur fait appel [...] aux intervenants en prévention des risques professionnels appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère... »
- 14- Ainsi ont disparu, entre autres, les visites de surveillance médicale renforcée (SMR) pour l'exposition aux agents chimiques dangereux, le contact avec les ordures ménagères, le travail dans les égouts, dans les abattoirs, dans les chambres frigorifiques, l'exposition aux poussières de métaux durs, aux hautes températures, au contact avec des denrées alimentaires...

Pire encore, cette réforme s'attaque à la périodicité des visites médicales devenues facultatives ou espacées à l'excès, notamment par la disparition de surveillances médicales renforcées pourtant nécessaires(14).

Or, « dans ses prérogatives, le médecin du travail déploie son activité dans quatre axes essentiels : l'identification médicale des risques professionnels d'altération de la santé, la veille médicale sur la santé des salariés pour un collectif de travail, la rédaction éventuelle de préconisations individuelles (L.4624-1 du Code du travail), ainsi que le signalement de risque collectif et l'alerte médicale (L.4624-3 du Code du travail). Chacun de ces axes d'activité est mis en œuvre notamment grâce à la réalisation de consultations régulières pour chaque salarié.

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 connait 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 »(15). On notera combien la consultation individuelle structure les pratiques en médecine du travail et constitue un pilier essentiel de la clinique médicale du travail.

S'y attaquer, comme le prévoit la 21<sup>ème</sup> proposition de mesures de simplification présentée par l'exécutif en novembre 2014(16), c'est saper définitivement le principe constitutionnel de protection de la santé au travail en rendant inefficace, voire impossible, la médecine du travail.

**15-** Lettre de l'*Association Santé et Médecine du travail (SMT)* aux parlementaires sur les fondamentaux du métier de médecin du travail pour la réforme de la médecine du travail.

### 16- « 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

### UN PROJET COHÉRENT SUPPRIMER L'APTITUDE ET PRÉSERVER LA PÉRIODICITE DES VISITES EN MÉDECINE DU TRAVAIL

out au contraire, c'est à l'opposé de ce projet destructeur que se situe la protection de la santé des travailleurs au travail.

La formation des médecins du travail après un apport raisonnable de connaissances devrait privilégier les échanges et l'évaluation en réseau des pratiques professionnelles.

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

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

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.

« 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 de prévention individuelle et collective des risques professionnels »(17)

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.

Échéance : 2º semestre 2015 »

17- Lettre de l'Association Santé et Médecine du travail (SMT) aux parlementaires sur les fondamentaux du métier de médecin du travail pour la réforme de la médecine du travail

# LES CONDITIONS DU MAINTIEN DE L'AVIS D'INAPTITUDE AU POSTE DANS UN CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE PRÉOCCUPANT

Alain CARRÉ

Cet article a été publié antérieurement dans la revue Droit du Travail

L'avis d'inaptitude au poste de travail est une exception réglementaire aux propositions du médecin du travail et ses conséquences sont majoritairement négatives sur la santé du travailleur. Des dispositions réglementaires ou en projet pourraient pérenniser cette situation.

La mission du médecin du travail est « ...d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail... ». Il s'agit d'une mission d'ordre public social, distincte de celle de l'employeur ou de ses préposés, qui a pour objet exclusif la santé du travailleur, et qui décline, en partie, l'obligation régalienne de garantir la protection de la santé, inscrite au 11ème alinéa du préambule à la Constitution. Il existe une incapacité récurrente du législateur d'assurer (voire de comprendre ?) la spécificité de cette mission(2) et de la distinguer de celle des services de santé au travail. Cette distinction acquise dans les services autonomes(3) devrait être étendue à l'interentreprises(4).

Ainsi, l'avis d'inaptitude au poste est un exemple de cette confusion des missions.

Dès lors que le poste de travail est devenu délétère, c'est-à-dire dès lors que le médecin du travail identifie des « conséquences médicales des expositions au poste de travail »(5), il va devoir agir pour rétablir la possibilité pour le travailleur d'y construire sa santé.

Ainsi, l'article L.4624-1 du Code du travail précise que le médecin du travail « est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes... ». Les propositions de transformations de poste concernent : « l'aménagement de poste », « l'adaptation du poste », et celles de mutations de poste : « l'affectation à d'autres postes », « les préconisations de reclassement »(6). Ces avis requièrent des conditions techniques réglementaires précises et peuvent être contestés devant l'inspecteur du travail. La cible est ici le poste de travail, objet unique de la proposition du médecin du travail.

# Or précisément « l'inaptitude au poste de travail » ne relève pas de cette logique.

L'avis d'inaptitude au poste de travail est défini(7) comme le constat par le médecin du travail de « l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail ».

Il ne s'agit plus d'une « proposition » mais d'une « déclaration », cette « déclaration » ignore le poste de tra-

<sup>2-</sup> Rappelons que la France a prétendu de 1989 à 2002 que les médecins du travail étaient les « salariés désignés » par l'employeur pour l'aider en matière de prévention, rendus obligatoires par la directive européenne 89/391, et qu'il a fallu des menaces d'injonction pour qu'elle mette en place des « intervenants en prévention des risques professionnels » (IPRP).

<sup>3-</sup> Article L.4622-4 — dans les SST autonomes « les missions définies à l'article L.4622-2 sont exercées par les médecins du travail en toute indépendance. Ils mènent leurs actions en coordination avec les employeurs, les membres du Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail ou les délégués du personnel et les personnes ou organismes mentionnés à l'article L.4644-1 »

**<sup>4-</sup>** Cela impliquerait, dans les SSTI, une séparation entre une équipe médicale de médecine du travail coordonnée par le médecin du travail et comportant éventuellement des IPRP en soutien technique, et un pôle « gestion de la santé et de la sécurité » spécialisé en appui aux employeurs.

<sup>5-</sup> Article R.4624-16 du Code du travail

<sup>6-</sup> Notamment R.4624-20 à R.4624-24 du Code du travail

**<sup>7-</sup>** Sous-section 7 : « *déclaration d'inaptitude* », article R.4624-31 du Code du travail

vail et traite de l'incapacité du salarié à occuper son poste de travail sans « danger ».

La disposition « d'inaptitude à tout poste », mesure de sauvegarde ultime, sans base réglementaire explicite, a été « inventée » par les médecins du travail confrontés à des salariés en grande souffrance qui ne peuvent, sans risque grave, demeurer dans l'entreprise pathogène et prise avec leur accord. S'y substitue, dorénavant, la possibilité, en cas d'AT-MP (mais qui sera probablement étendue par la jurisprudence aux situations de maladie ou de handicap), d'un « avis du médecin du travail (qui) mentionne expressément que tout maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé »(8).

Dans la réalité, l'avis médical d'inaptitude au poste a aujourd'hui pour conséquence, dans la majorité des cas, la perte du travail et de l'emploi. Selon une étude(9) que corrobore en partie des statistiques plus récentes (10), 90 % des salariés sont licenciés, 3 % font valoir leur droit à la retraite, 1 % démissionnent ; 75 % ne retrouveront pas d'emploi, un tiers des salariés ont plus de 50 ans au moment de l'avis, entre 25 % et 50 % des causes d'inaptitudes ont une origine professionnelle. Or, le 4ème principe de prévention, imposé à l'employeur, consiste à « adapter le travail à l'homme »(11). C'est une politique des entreprises diamétralement opposée que nous révèlent ces statistiques. La 22ème mesure du « choc de simplification » présentée au Parlement par le ministre de l'Économie, au prétexte de « sécuriser l'employeur » car cela « l'empêche de remplacer son salarié », conteste, aux médecins du travail, la pratique d'aménagements de poste car ceux-ci constitueraient « une inaptitude de fait ».

Or, dans la majorité des cas, le licenciement pour inaptitude au poste échappe à la qualification de discrimination sur des critères de santé(12) du fait qu'il est motivé par un avis médical. Cette exception repose sur l'article L.1133-3 du Code du travail(13). On comprend

- **8-** Modification de l'article L.1226-12 du Code du travail par la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi
- **9-** « Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004 », C. BUCHET, A. COL, B. DE LABRUSSE, H. RIGAUT, M. MASSE, M. FAIVRE-DUPAIGRE, Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, mai 2010
- **10-** Rapport de la Commission Aptitude et Médecine du Travail (CAMDT) mise en place par les ministres du Travail et de la Santé dans la perspective d'une réforme de la médecine du travail, p. 53
- 11- Article L4121-2 du Code du travail
- 12- Article L1132-1 du Code du travail
- 13- « Les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé ou du handicap ne constituent pas une discrimination lorsqu'elles sont objectives, nécessaires et appropriées. »
- **14-** Article L.4622-3 du Code du travail modifié par l'article 26 de la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi

pourquoi les entreprises mettent en avant l'utilité de l'avis d'inaptitude, pilier d'une politique illégale de gestion de la main d'œuvre par la santé, et pourquoi les médecins du travail répugnent à rendre un tel avis. Une disposition réglementaire récente(14) confirme cette dérive. Elle modifie la mission du médecin du travail qui, dorénavant, a aussi pour rôle d'éviter toute « atteinte à la sécurité des tiers », motif supplémentaire d'inaptitude au poste. Nous avons démontré, ailleurs, que cette mission ne relève pas d'un acte médical. Cette disposition sème le doute sur la mission exclusive du médecin du travail et pourrait servir de prétexte à la mise en œuvre d'une sélection médicale pour motif « sécuritaire».

Dans ce contexte, l'inaptitude au poste de travail devrait répondre à des pratiques médicales et déontologiques rigoureuses et à des conditions réglementaires supplémentaires.

Confronté à un avis qui s'écarte notablement des principes qui guident ses propositions et qui crée une forte probabilité d'atteinte à la santé du travailleur, le médecin du travail va observer la plus grande prudence.

Médecin, ses premières obligations sont déontologiques; respect du premier principe hippocratique: primo non nocere (d'abord ne pas nuire), et conformité à l'article R.4127-95 du Code de la santé publique (CSP) précisant que le médecin « doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ».

Il va devoir déployer la compétence et les moyens nécessaires pour assurer la valeur de cet avis médical.

Sa compétence est ici conférée en référence à une approche médicale spécifique à l'exercice de la médecine du travail : la clinique médicale du travail. Cette approche repose, notamment, sur l'hypothèse que le travail peut (doit ?) participer positivement à la construction de la santé du travailleur. C'est la pérennité du poste de travail qui permet au travailleur de déployer ses talents face à la réalité, de le faire dans un cadre collectif de valeurs construites avec les autres travailleurs (le « travailler »), d'y investir sa subjectivité et d'en retirer de la reconnaissance.

L'activité de travail est ici un enjeu de santé. Pour y accéder, le médecin du travail va déployer un exercice inter-compréhensif qui implique l'expertise du salarié sur sa propre activité. « Intercompréhension » ne signifie pas que le médecin et le salarié comprennent la même chose du lien santé/travail. Il s'agit de permettre « Une disponibilité à comprendre avec », un cadre de compréhension, mutuel mais non commun, à partir du

point de vue du salarié qui ouvre une opportunité pour lui d'agir pour sa santé, de retrouver des marges de manœuvre dans son travail.

Le déploiement de ces compétences ne peut s'exempter des moyens notamment réglementaires qui confèrent sa validité à l'avis médical d'inaptitude au poste de travail.

Ainsi, en référence à l'article L.4624-1 du Code du travail, toute inaptitude au poste de travail doit s'accompagner de la liste des postes de toute nature que le travailleur pourrait occuper dans l'entreprise.

Pour répondre aux conditions du Code de la santé publique, cet avis, justifié ici par un « danger » pour la santé, ne peut être délivré hors d'un examen médical (article L.1111-2), et cette prescription doit recueillir le consentement éclairé du patient (article L.1111-4), car on ne prescrit pas à la place du salarié ou contre sa santé. La pratique médicale intercompréhensive en constitue l'instrument. C'est par cet éclairage, en essayant de comprendre ce qui se joue pour la santé du travailleur et en tentant de l'amener à la compréhension des déterminants de sa situation, que va naître le consentement. Les risques, leurs effets et l'observation médicale qui motivent l'avis doivent être soigneusement tracés dans le dossier médical(15), et accessibles au salarié(16).

Là encore, de nouvelles dispositions ont un effet négatif sur ce projet. Alors que la visite médicale est le cœur des pratiques inter-compréhensives, la 21 ème mesure du « Choc de simplification », postule l'inutilité des consultations médicales périodiques « chronophages et peu ciblées, au détriment de la prévention ». Elle demande d'adapter la législation dans ce domaine dans un objectif de « sécurisation des entreprises ».

Malgré l'évidence de risques pour la santé consubstantiels des organisations du travail actuelles, c'est-à-dire concernant tous les salariés, la CAMDT propose de substituer à la visite d'embauche l'entretien infirmier et d'espacer les visites périodiques au maximum à cinq ans, ce qui, devenant la règle, dans un contexte de précarité des contrats, reviendrait à les supprimer, privant ainsi l'exercice de la médecine du travail de son support. Ces ambiguïtés et la paupérisation des moyens pourraient avoir pour effet de dissuader les jeunes praticiens de se diriger vers la spécialité de médecine du travail et aggraver la pénurie en médecins du travail. Le projet de protéger la santé au travail des tra-

vailleuses et des travailleurs de toute altération aura vécu si une « sécurisation » pratique, réglementaire et juridique de l'exercice en médecine du travail n'est pas mise en place.

### L'AVIS D'INAPTITUDE SUR LA SELLETTE

Nous avons démontré que le maintien de l'avis médical d'inaptitude au poste(17) est subordonné à plusieurs conditions qui s'imposent au médecin du travail et valident la nature médicale de l'acte :

- ➤ le déploiement d'une compétence particulière appuyée sur des consultations médicales fréquentes et régulières et un dossier médical rigoureux où sont consignés les risques leurs effets, les observations médicales et leurs conclusions ;
- > des pratiques réglementaires dont fait partie le libre consentement du travailleur ;
- ➤ l'obligation d'indiquer des postes de toute nature que pourrait occuper le salarié dans l'entreprise.

Or, des dispositions nouvelles entretiennent l'ambiguïté sur la nature des propositions du médecin du travail, rendent problématique que ces conditions soient réunies et par conséquent délicat le maintien de l'avis d'inaptitude au poste.

<sup>15-</sup> L.4624-2, R.4624-11 et R.4624-16 du Code du travail

**<sup>16-</sup>** L.4624-2 du Code du travail et L.1111-7 du Code de la santé publique

<sup>17-</sup> et de la nouvelle disposition de l'article L.1226-12 pour les deux premières

# L'INTRUSION DANS LE CODE DU TRAVAIL DE LA SÉCURITE DES TIERS ET LES RÉPERCUSSIONS POSSIBLES DANS UNE ENTREPRISE DE TRANSPORT DE VOYAGEURS

Compte rendu des Journées de Printemps, 19 mars 2016
Thème : La sécurité des tiers et les pratiques des médecins du travail

Nathalie Pennequin, rapporteur

### INTRODUCTION

Depuis 1946, la mission dévolue au médecin du travail par le Code du travail est de préserver la santé des travailleurs, et plus récemment depuis 2004, « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » ; les propositions du médecin du travail en terme d'aménagement du poste de travail sont guidées par l'intérêt de la santé du travailleur (Code du travail) ; la déontologie médicale impose au médecin d'agir dans l'intérêt du patient avant tout(1).

Le projet de loi dit El Kohmri envisage, dans l'article L.4622-3, le rôle du médecin, comme consistant « à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (comme en 2004) notamment en surveillant les conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé, et ajoute « ainsi que tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail ».

1- Article 95 Code de déontologie médicale exercice salarié (article R.4127-95 du Code de santé publique) — « En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce. »

Commentaires CNOM 2012 : « Cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du patient. »

### ÉVOLUTION DES MISSIONS DU MÉDECIN DU TRAVAIL DEPUIS 2004

Loi de 2004, circulaire DRT n°2005-03 du 7 avril 2005 relative à la réforme de la médecine du travail. L'article L.241-2 du Code du travail énonce que « le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif et consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». L'article R.241-30 précise pour la première fois ce rôle dans un nouvel alinéa : « le médecin du travail agit, dans le cadre de l'entreprise, dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs dont il assure la surveillance médicale. »

<u>Réforme 2012</u> (extraits) très axé sur l'aptitude au poste...

Art. R.4624-10.— « Le salarié bénéficie d'un examen médical avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai par le médecin du travail. Les salariés soumis à une surveillance médicale renforcée en application des dispositions de l'article R.4624-18 ainsi que ceux qui exercent l'une des fonctions mentionnées à l'article L.6511-1 du Code des transports (ndlr: pilote d'avions) bénéficient de cet examen avant leur embauche. »

**Art. R. 4624-11.** — « L'examen médical d'embauche a pour finalité :

1° De s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter; 2° De proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes ;

3° De rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs ; (...) »

Art. R.4624-25 — « 3° Au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage du salarié. »

**Art. R. 4624-31.—** « Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail que s'il a réalisé :

- 1° Une étude de ce poste ;
- 2° Une étude des conditions de travail dans l'entreprise ;
- 3° Deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines, accompagnés, le cas échéant, des examens complémentaires.

Lorsque le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers ou lorsqu'un examen de pré reprise a eu lieu dans un délai de trente jours au plus, l'avis d'inaptitude médicale peut être délivré en un seul examen. »

Loi Rebsamen 2015 (L.4622-2 et -3 Code du travail) : « Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cette fin, ils assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs, en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, de la pénibilité et de leur âge. »

### **QUESTIONNEMENTS**

Pourquoi introduire la sécurité des tiers dans les missions du médecin du travail ?

La notion de « tiers » s'utilise pour signifier qu'une troisième personne s'ajoute à une relation duelle pour y interférer ; en droit du travail, le tiers se définit comme celui qui n'est pas partie du contrat de travail ; la notion de tiers implique ici la notion de poste de sécurité (dont la définition a toujours été problématique pour le législateur).

La sécurité des tiers, timidement introduite dans la réforme de 2012 dans le cadre de l'inaptitude définitive au poste de travail (R.4624-31), de nouveau mentionnée en août 2015 dans la Loi Rebsamen (sur les recommandations du rapport Issindou, mission incombant aux services de santé au travail et non pas aux seuls médecins du travail...) est portée à son summum d'injonction sécuritaire par le projet de la Loi Santé Travail de 2016.

On passe de « surveiller la santé en fonction de la sécurité des tiers » à « éviter tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail ».

Par ailleurs, les définitions de ce qu'est un poste à risque s'entrecroisent dans le texte et créent une confusion. S'agit-il de prévenir les risques pour la santé du salarié liés à son travail, les risques pour la santé du salarié liés à des fragilités individuelles ou les risques pour les collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail ?

Au sujet de la loi Rebsamen, S. Fantoni-Quinton (expert pour le rapport Issindou) estime que l'ajout sur la sécurité des tiers n'est pas incompatible avec le caractère exclusif de la mission des services de santé au travail (préservation de la santé des travailleurs) et se félicite que la notion de tiers soit indissociable des postes de sécurité! Par la suite, cette experte en droit du travail et santé au travail, recommande que le suivi des salariés occupant un poste de sécurité soit opéré par un médecin distinct du médecin du travail qui assure le suivi habituel de l'état de santé du salarié comme le Conseil d'État l'avait rappelé en juin 2006(2).

Il existe donc bien une différence entre la médecine du travail et la médecine d'expertise d'aptitude, en particulier pour les emplois de sécurité.

Le rapport Issindou (2015) définit le poste de sécurité comme « celui 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 ».

Examinons le cas du salarié dont l'appréciation sur sa santé est empêchée par son état psychiatrique (exemple du crash aérien par suicide du copilote d'une filiale de la Lufthansa en mars 2015) : le suivi périodique par le service d'aptitude sécuritaire n'a pas appréhendé le risque ; une surveillance rapprochée par un médecin du travail connu du salarié dans un climat de confiance peut favoriser la visite à la demande du salarié auprès de son médecin du travail de secteur en cas de difficultés ; ce dernier agira dans l'intérêt de la santé du patient en le protégeant de sa dangerosité ainsi que ses collègues et le public en déclarant une inaptitude temporaire et en l'adressant en urgence au médecin traitant pour prise en charge thérapeutique.

<sup>2- «</sup> Considérant que l'article L.241-2 du Code du travail prévoit que le rôle des médecins du travail est exclusivement préventif; que l'article R.241-32 du même code prévoit que le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions et que celles-ci sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge ; que le Code du travail a ainsi établi un régime d'incompatibilité entre les fonctions de médecine du travail et de médecine d'aptitude. »

Il est illusoire de penser que la sécurité des tiers peut reposer sur la seule sélection de candidats indemnes de pathologies psychiques et sur la détection de sujets présentant des risques de décompensation! Rappelons aussi que le travail peut faire décompenser les salariés sur un mode paranoïaque par exemple (cf. De Beaurepaire 2001, Paranoïa situationnelle) et qu'une médecine du travail de première ligne est ici particulièrement utile pour prévenir les situations à risque. Par ailleurs, un collectif de travail soudé et un management de proximité bienveillant et disponible permettent également de repérer les salariés qui vont mal. Malheureusement, les nouvelles organisations du travail basées sur l'évaluation individuelle des performances tendent à empêcher ces possibilités de repérage social.

Cette mission confiée au médecin serait-elle efficace? Non, il est inepte de penser que le médecin peut tout dépister et pervers de lui demander expressément de le faire! « Tout acte médical a un caractère instantané et non prédictif et est impuissant en matière de prévention autre que celle de la santé du salarié examiné. » A.Carré et D.Huez 2016.

Que signifie l'environnement immédiat de travail ? Collègues, clients... Pour une entreprise de transport terrestre de voyageurs, le périmètre est vaste : collègues, voyageurs, piétons, automobilistes, motards, cyclistes...

Y. Struillou (DGT) a apporté des précisions sur la loi Rebsamen aux Journées du CISME en octobre 2015 : « Les tiers, ce sont les membres de la collectivité de travail, les salariés de l'entreprise, mais aussi les travailleurs présents sur un site, qu'ils soient salariés de l'entreprise ou non, et également les personnes qui n'appartiennent pas à la collectivité de travail mais qui peuvent être concernés par les activités professionnelles », en clair, la terre entière est concernée !

Quelles incidences pour les médecins du travail d'une entreprise de transport de voyageurs ? Le transport terrestre de voyageurs (conduite de bus, de trains ou de tramway) représente l'activité type du poste de travail dit de sécurité et la direction de l'entreprise ne se fera pas prier pour définir ses postes de sécurité puisque le législateur ne le fait pas clairement et qu'il lui donne toute latitude pour le faire...

Les postes de travail de conduite seront-ils les postes éligibles de façon prioritaire à la surveillance médicoprofessionnelle, délaissant les autres les postes de travail et les problématiques pérennes de santé au travail (RPS, TMS, expositions aux CMR) ?

Le risque de faire évoluer le service de santé au travail vers un service de médecine d'entreprise agissant uniquement dans l'intérêt et la sécurité juridique de l'employeur est réel : on peut imaginer que l'employeur, conforté par la nouvelle loi, pourra inciter les médecins à faire du dépistage systématique de substances psychoactives, de l'information des salariés sur les addictions (type comportementaliste individuel), inciter les médecins à signaler les « salariés à risque » (de quoi d'ailleurs ?)... tout cela dans l'intérêt de la sécurité des tiers et au détriment de la clinique médicale du travail et de la prévention des risques professionnels!

La Loi El Kohmri veut transformer la médecine du travail en médecine de sélection en définissant la question de « l'aptitude au poste à risque » comme prioritaire : ce projet de loi risque de faire régresser nos pratiques en détériorant les relations entre salariés de postes dits « à risque » définis par la direction de l'entreprise et les médecins du travail.

### **CONCLUSION**

L'introduction de la sécurité des tiers dans les missions du médecin du travail par l'injonction de la Loi El Kohmri est :

- ➤ Une aberration déontologique : incompatibilité entre l'aptitude sécuritaire et la médecine du travail, perte de confiance entre médecin du travail et salarié-patient.
- ➤ Un leurre clinique et sociétal : aucun médecin ne peut attester l'absence de risque pour la sécurité des tiers, la sécurité donné par l'avis d'aptitude est illusoire, les critères médicaux garantissant qu'un salarié ne présentera jamais de risque pour autrui n'existent pas ; les tests techniques seraient plus efficaces sans pour autant être infaillibles.
- > Une dérive éthique majeure : risque de discrimination des salariés « à risque », médecine de sélection antinomique de la médecine de prévention.
- ➤ Une régression sociale inédite : on passe du « poste à risque » au « salarié à risque » déconnecté de l'organisation du travail et des risques professionnels, c'est adapter le salarié au travail et non l'inverse comme institué depuis 1946.

C'est la mort de la clinique médicale du travail programmée par ceux qui veulent mettre en invisibilité les liens santé/travail! Le médecin du travail ne pourra plus faire de prévention collective des risques professionnels et sera invité à faire de la sélection par l'inaptitude lorsque le salarié aura détruit sa santé au travail à un poste à risques.

# LA SÉCURITE DES TIERS ET LES PRATIQUES DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Journée de Printemps de l'Ass. S.M.T., Compte rendu des débats

Jean-Marie EBER, Alain RANDON, rapporteurs

Partons de la définition d'un tiers : « Personne ne faisant pas partie d'un groupe ».

Cette personne peut être hors de l'entreprise ou faire partie d'un autre secteur de travail dans une entreprise et circuler dans un environnement empiétant sur le territoire d'un autre groupe de travail.

Le tiers a été introduit avant l'avant-projet El Khomri(1). Quels sont les articles de la Loi n°2015-994 du 17 août 2015 qui intègrent cette notion de tiers ? L'article R.4622-2 du Code du travail dans son paragraphe 3 : « Les services de santé au travail... assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail, leur sécurité et celle des tiers, de la pénibilité au travail et de leur âge. »

### DANS CETTE OPTIQUE DU TIERS L'ENSEMBLE DES SALARIÉS DANS TOUTE BRANCHE PROFESSIONNELLE POURRAIT ÊTRE VISÉ

Cette introduction du tiers paraît incompatible avec l'objectif et le caractère exclusif de la mission des services de santé au travail qui ne connaît que la préservation de la santé des travailleurs.

L'article R.4624-4 du Code du travail éclaire un peu le champ : « 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. » Cet article cible les salariés susceptibles de porter atteinte à la sécurité des tiers.

1- Cf. texte introductif de la Journée de Printemps 2016, N. PENNE-QUIN

À y réfléchir de près, cette notion de sécurité des tiers a été prise en compte par de nombreux médecins du travail depuis des décennies, parfois à leur corps défendant, mais aussi avec assiduité pour certains.

Ainsi dans l'industrie agro-alimentaire, la restauration collective, le médecin du travail devait s'assurer de l'hygiène du salarié pour la non contamination des aliments (par des prélèvements bactériologiques : nez, gorge, oreilles...).

Pour les postes sécuritaires tels que les conducteurs d'engins, bien que non inscrits dans un texte, les examens psychotechniques devaient être effectués, encouragés, sinon exigés, par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie avant de donner une aptitude.

Puis, dans l'élan, des confrères se sont attelés à des contrôles de prises de drogues (alcool, cannabis, héroïne...) en pensant faire « œuvre utile dans la prévention des accidents » et certains perdurent dans cette voie. Leur conception de la médecine du travail était ou est orientée non dans le sens de la santé du salarié, mais dans une aptitude ou inaptitude qu'ils pensent être sécuritaire.

### MAIS ÉTAIT-CE LE RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL ?

Il subsiste heureusement toujours la mission des services de santé au travail qui ont pour objet exclusif « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Alors comment concilier ces deux missions :

- > non altération de la santé des travailleurs ;
- protection des tiers.

L'exemple des entreprises de transport est significatif. Impliqués en première ligne par la sécurité des tiers, les conducteurs de trains, bus, trams et métros ont été l'objet d'une surveillance « sécuritaire » initialement par les médecins du travail. Aussi des examens précis ont été effectués (vue, audition, équilibre...) ainsi que des examens complémentaires en fonctions de normes médicosociales. Nouvelle source de responsabilité, cet aspect sécuritaire a été bien accueilli, tant par la majorité des médecins du travail de ces entreprises, que par les délégués du personnel. (Ne peut être conducteur qui veut, mais celui qui a les capacités de le faire.) Mais par là même on s'écartait dangereusement de la fonction essentielle : la santé et la protection des salariés.

Des questions demeurent également : sur quelles données scientifiques et sur quelles connaissances nous appuyons nous pour affirmer de façon experte qu'un sujet est un risque pour la santé d'autrui(2) ?

On se rappelle les alertes répétées de l'association SMT(3). La décision du Conseil d'État(4) de juin 2006 rappellera l'incompatibilité des fonctions.

### LA SITUATION NE POUVAIT PERDURER

Aussi ont été introduits des médecins « d'aptitude sécuritaire », se référant à des guidelines. On constate alors, par exemple, dans une grande entreprise de transport, une dérive dans la prescription d'examens complémentaires. Une insatisfaction des directions face aux retards à la prise de décision pour la délivrance des « licences professionnelles », au nombre de refus et aux coûts financiers induits. Mais aussi, se développe un fort mécontentement des organisations syndicales et des salariés face à des pratiques médicales inquisitrices et sélectives.

Mais le résultat en est-il plus sécuritaire ?

Un exemple frappant est évoqué : celui de la catastrophe de la *German Wings*, dont le copilote a jeté son avion contre un flanc de montagne. Dans sa crainte de perdre sa place parmi le personnel naviguant, le pilote a caché ses problèmes de santé psychique aux médecins de contrôle, alors qu'il était peu de temps auparavant en arrêt maladie et aurait dû l'être le jour de l'accident.

- **2-** Cahier SMT N°17, mai 2002, Aptitude et éthique, Fabienne BARDOT.
- **3-** Cahier SMT N°21 Aptitude et poste de sécurité éthique, Annie Deveaux ; Cahier SMT N°22, Transport et poste de sécurité, approche critique des réglementations, A. Deveaux, D. Huez
- **4-** http://droit-medical.com/perspectives/la-forme/18-prevention-aptitude-medecine-travail
- 5- Cf. les recommandations du BEA (mars 2016):

https://www.bea.aero/uploads/tx\_elyextendttnews/2016\_03\_15\_D-AIPX\_Presentation\_Presse\_FR\_05.pdf

Le secret médical remis en question(5)?

A contrario, quels éléments favorisent la sécurité des tiers ?

- ➤ La relation de confiance avec le médecin du travail, sa connaissance du poste de travail. Des pans entiers de la personnalité et des pathologies sousjacentes peuvent rester cachés si le salarié ne l'exprime pas. Le salarié se confiera plus aisément au médecin du travail qui le suit, le soutient et qui peut l'orienter vers des soins. En parallèle le médecin étudiera les conditions de travail, qui à elles seules peuvent faire décompenser le salarié souffrant de troubles psychiques.
- La qualité de l'organisation du travail.
- ➤ De même un collectif de travail soudé permet de repérer plus facilement les salariés qui ne vont pas bien.
- ➤ L'expérience et les pratiques de coopérations entre opérateurs participent de la sécurité des tiers. Il est rappelé à travers l'exemple du crash de l'Hudson Bay (Vol 1549 *US Airways* du 15 janvier 2009) que pour la sécurité la coopération entre opérateurs expérimentés peut être supérieure aux préconisations techniques.

Une autre difficulté s'inscrit dans ce tableau. Ce sont les employeurs qui rédigent la liste des postes de sécurité. Par exemple priorité donnée aux postes de conduite, les postes tertiaires passent alors au second plan bien qu'ils soient sources de risques psychosociaux et mériteraient une étude de poste approfondie.

### EN SYNTHÈSE DE CETTE DEMI-JOURNÉE DE RÉFLEXION

Cette introduction de la sécurité du tiers :

- > est un leurre clinique et social;
- > est une aptitude illusoire, elle n'est pas prédictive, elle ne peut garantir le non risque.

Il s'agit d'un changement de paradigme pour la médecine de santé au travail, la transformant en médecine d'assurance et de protection juridique de l'employeur (avec un transfert de la responsabilité pénale).

- Elle emmène le médecin du travail vers la gestion de la santé et de la sécurité du point de vue de l'employeur.
- Elle est incompatible avec la mission de santé au travail et avec la jurisprudence du Conseil d'État.
- ➤ Elle fait évoluer la médecine de santé au travail vers :
  - une médecine de sélection, eugénique ;

- une augmentation des postes dits sécuritaires ;
- un suivi des salariés dans le sens de recherche d'une inaptitude ;
- une prescription d'examens complémentaires excessifs et souvent inutiles ;
- une augmentation des inaptitudes ;
- une augmentation des reclassements professionnels.

L'application de procédures et normes :

- ➤ facilitera la substitution des médecins de terrain par des infirmiers, psychologues...;
- > entraînera, pour les médecins, la perte de leur professionnalité et de leur sens clinique : ce sera la fin de la clinique médicale du travail.

# **L**OI EL KHOMRI : MORT DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL SUR ORDONNANCE AVEC PASTILLE VICHY

Mireille Chevalier, Stéphanie Paolini, médecins du travail, Éric Ben-Brik, maitre de conférences des universités – praticien hospitalier en santé au travail

Article paru dans le blog de Mediapart de Mireille Chevalier le 4 juin 2016

Article coécrit par des médecins du travail visant à alerter sur l'article 44 de la Loi El Khomri qui remet en cause le rôle exclusivement préventif de la médecine du travail et renvoie aux heures sombres de ses débuts. C'est un passage vers la sélection, faussement sécuritaire visant à éliminer les travailleurs à risques et non plus à prévenir les atteintes à leur santé du fait de leur travail.

Très peu de gens le savent, les services médicaux du travail n'ont pas été institutionnalisés par la loi n°46-2195 du 11 octobre 1946, comme souvent citée dans les historiques, mais par la loi n°625 du 28 juillet 1942 signée à Vichy par Philippe Pétain, Maréchal de France et chef de l'État français, ainsi que par Hubert Lagardelle, ministre secrétaire d'État au travail de l'époque.

Par le fait du hasard ou d'un concours de circonstance avec l'actualité, les journaux officiels de la République Française de 1946 sont accessibles depuis peu sur le site internet *Gallica* de la Bibliothèque Nationale de France. Le parallélisme de ces textes avec ceux de l'ar-

ticle 44 sur la modernisation de la médecine du travail prévus dans le projet de Loi El Khomri, dite « Loi Travail », est troublant et donne un goût amer de déjà-vu.

L'article 8 du chapitre II de la loi de 1942 sur le rôle des services médicaux du travail précisait : « Les médecins du travail veillent au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs dans des conditions qui seront précisées par arrêté du secrétaire d'État au Travail, sur la proposition du comité permanent créé par l'article 4 de la loi du 31 octobre 1941. À cet effet, ils doivent notamment procéder lors de l'embauchage et par la suite, à intervalles réguliers, à un examen médical complet de chaque salarié, exercer une surveillance constante sur les jeunes ouvriers et les apprentis, s'assurer que chaque travailleur reçoit un emploi à la mesure de ses forces et de ses facultés et contrôler les conditions de travail et d'hygiène dans les ateliers. Ils peuvent, au siège du service médical, donner leurs soins aux salariés atteints d'affections qui n'entrainent pas la cessation du travail ».

À la Libération, l'esprit de la loi de 1942 n'aurait pas été remis en question par la loi de 1946 qui, avec son décret d'application n°46-2729 du 26 novembre 1946, a simplement précisé l'organisation des services médicaux du travail. Ces textes ont été signés par : George Bidault, président du Gouvernement provisoire de la République ; René Arthaud, ministre de la Santé publique ; et Ambroise Croizat, ministre du Travail et de la Sécurité sociale de l'époque. Rappelons que ce dernier fut aussi secrétaire général de la Fédération des Travailleurs de la Métallurgie de la Confédération Générale du Travail (CGT). La loi de 1946 indiquait en son article 1er, que « Ces services seront assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de "médecins du travail" et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagions et l'état de santé des travailleurs ».

Jusqu'en 2015, c'est sur la base de cet article 1er de loi de 1946, repris dans l'article L.4622-3 du Code du travail, que de nombreuses générations de médecins du travail ont exercé leur métier de préventeur en santé au travail. Faisant suite notamment au rapport Issindou sur « Aptitude et médecine du travail », la loi du 17 août 2015 de l'ancien ministre du Travail François Rebsamen était déjà venue étendre cette mission à « toute atteinte de la sécurité des tiers ». Le 11 mai 2016, l'actuel gouvernement français a engagé sa responsabilité en l'application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution française sur le projet de la « Loi Travail » du ministre du Travail Myriam El Khomri, censé refondre une partie importante du Code du travail en instituant de nouvelles libertés et de nouvelles protections pour les entreprises et les actifs. Ce projet renforce cette nouvelle mission sécuritaire du médecin du travail en remplaçant cette partie du texte de la loi de 2015 par « tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail ». Pour faire simple, le médecin du travail aurait donc désormais une mission exclusive de prévention qui devrait être à la fois sécuritaire pour les tiers « proches » et dans le même temps éviter que le travail n'altère la santé des travailleurs.

Avec le futur art. L.4624-2 prévu dans le projet de loi, on découvre un peu plus les véritables intentions de cette nouvelle mission. Ce texte instaure un tri des travailleurs avec un suivi médical qui différera selon leur affectation ou non par l'employeur à un poste présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité ou pour celles de leurs collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. Les

« sélectionnés » aux postes à risques particuliers bénéficieront d'un suivi individuel renforcé de leur état de santé, avec un examen médical d'aptitude avant l'embauche et renouvelé périodiquement. Celui-ci sera réalisé par un médecin mais plus obligatoirement par un médecin du travail. Ces contrôles médicaux devront s'assurer de la compatibilité de l'état de santé avec le poste auquel il sera affecté. Les autres travailleurs bénéficieront après l'embauche d'une visite d'information et prévention qui sera réalisée par un médecin du travail, ou sous son autorité, par les autres professionnels de santé membres de l'équipe pluridisciplinaire mentionnés à l'article L.4622-8 du Code du travail (art. L.4624-1). Cette visite, qui perd au passage son obligation biennale, donnera lieu à la délivrance d'une attestation mais pas d'un avis d'aptitude comme pour les « sélectionnés », sauf si le travailleur déclare lors de cette visite qu'il est considéré comme travailleur handicapé ou titulaire d'une pension d'invalidité au titre du régime général de Sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ; dans ce cas, il sera donc considéré et sélectionné comme « travailleur à risques » et devra bénéficier d'un suivi individuel renforcé comme les travailleurs affectés à un poste à risques particuliers.

En cas d'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail, ce projet de loi va encore plus loin. L'article L.4624-4 instaure une nouvelle obligation, celle de devoir avoir un échange tripartite entre le salarié, l'employeur et le médecin du travail avant que ce dernier ne délivre son avis d'inaptitude au poste de travail. Nul doute que, pour se défendre, le salarié et/ou l'employeur n'hésiteront pas à porter leurs échanges sur des éléments de nature médicale qui auraient amenés le médecin du travail à porter cet avis et auxquels le médecin du travail ne pourra pas participer au risque de lever le secret médical. D'ailleurs, l'article L.4624-7 prévoit cette situation : en cas de contestation de cet avis par le salarié ou l'employeur, « il peut saisir le conseil des prud'hommes, statuant en la forme des référés, d'une demande de désignation d'un médecin-expert inscrit sur une liste des experts auprès de la Cour d'appel ». Cet article ne donne aucune information sur la qualité et les compétences de ce médecin notamment en santé au travail, par contre il précise que son avis se substituera à celui du médecin du travail. Cette dernière disposition est d'autant plus incompréhensible qu'elle se substitue au recours exercé auparavant gratuitement devant l'inspecteur du travail qui prenait sa décision après avis du médecin inspecteur du travail. Ces deux représentants de l'État étaient pourtant reconnus en matière de connaissance des conditions de travail des entreprises, ce qui risque de ne pas être le cas pour ce médecin-expert dont la prestation sera en plus facturée.

Enfin, dans le même temps et notamment lors des rencontres parlementaires sur le « Bien-être au travail » du 30 mars 2016, madame la ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, a annoncé pour 2020, une diminution de la moitié des médecins du travail avec un passage de 5 000 médecins du travail à 2 500. Or, aucune mesure ne figure dans le projet de loi pour redresser cette pénurie annoncée et pourtant connue de longue date. Seul l'article 44<sup>ter</sup>, rajouté par l'amendement n°2266, indique que « dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant des propositions pour renforcer l'attractivité de la carrière de médecin du travail ».

Cette loi va profondément réduire la fonction préventive de la médecine du travail au profil d'une médecine sécuritaire de sélection, de tri, et de contrôle de la santé des travailleurs « à risques ».

Le véritable enjeu de l'article 44 de projet de Loi El Khomri serait donc : d'une part, d'éliminer les travailleurs à risques mais pas les risques en entreprise et d'autre part, d'éliminer les médecins du travail (et peut-être les médecins inspecteurs du travail) pour affranchir les employeurs de ce dispositif onéreux, dont le coût en cotisations approcherait 1,3 Md€ par an selon le rapport de la Cour des comptes du 27 novembre 2012 sur Les services de santé au travail interentre-prises : une réforme en devenir.

En tant que médecins du travail et universitaire, nous sommes donc solidaires de la contestation du projet de Loi El Khomri car nous ne voulons pas d'une médecine du travail faussement sécuritaire, mais d'une véritable médecine du travail préventive et d'un renforcement de ses moyens notamment humains, en augmentant non seulement les effectifs des étudiants inscrits au Diplôme d'Études Supérieures (DES) de santé au travail mais aussi ceux des enseignants hospitaliers-universitaires de la discipline pour pouvoir les former, avant qu'il n'y en ait plus comme depuis deux ans à Tours, bientôt à Nantes et peut-être à Poitiers. Des médecins en exercice souhaitent s'orienter vers la médecine du travail. À cet effet, le décret du 30 janvier 2012 a prévu que « le service de santé au travail ou l'employeur peut recruter des collaborateurs médecins. Ces médecins s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins. Ils sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses

missions » (art. R.4623-25). Depuis le 25 octobre 2012, un « Diplôme Inter Universitaire de pratique médicale en santé au travail » a été arrêté par le Collège des Enseignants Hospitalo-Universitaires de médecine du travail (CEHUMT), la section Formations et Compétences du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et la Direction Générale du Travail (DGT) du ministère du Travail. Cette formation est accessible aux médecins non titulaires de la qualification de spécialiste en médecine du travail et justifiant d'au moins cinq ans d'inscription au Conseil de l'Ordre des médecins. Elle dure quatre ans, calquée sur celle du DES en santé au travail, avec une première partie de deux ans de formation théorique et pratique, et une seconde partie pratique tutorée les autres années. Elle permet d'obtenir la qualification en médecine du travail et le titre de collaborateur médecin... Un nom prédestiné pour revenir aux sources de la médecine du travail ou simple coïncidence ? Notons aussi que dans les entreprises la sémantique a aussi beaucoup évolué depuis ces dernières années. Les « travailleurs » ont tendance à disparaitre aux profits de « collaborateurs »... de quoi aussi s'inquiéter, non?





# LOI TRAVAIL: UNE MACHINE À REMONTER LE TEMPS VERS LA MÉDECINE DE FABRIQUE UN DÉSASTRE SANITAIRE PROGRAMMÉ EN SANTÉ AU TRAVAIL

Alain CARRÉ

L'Exécutif a pour devoir de respecter et de faire respecter la Constitution de la République. Or l'idéologie libérale, dont il se réclame aujourd'hui, professe des principes dont l'application est, par définition, contraire à ceux de la Constitution qui structurent notre vie sociale.

Un des volets de la Loi Travail qui, rappelons le, du fait de l'utilisation de l'article 49-3 engage la responsabilité de l'Exécutif et, par conséquent, personnelle de ses membres, est particulièrement démonstratif de cette incompatibilité. Il s'agit du chapitre destiné à « moderniser (lire rendre conforme à l'idéologie libérale) la médecine du travail ».

Les dispositions contredisent les deux principes portés par le 5<sup>ème</sup> et le 11<sup>ème</sup> alinéa du préambule de la Constitution : le 5<sup>ème</sup> alinéa garantit le droit à l'emploi, et le 11<sup>ème</sup> la protection de la santé.

Nous ne reviendrons pas sur le fait que ces alinéas ont inspiré la création de la médecine du travail en 1946 dans la mesure où nous avons évoqué ce lien organique à de nombreuses reprises.

La spécificité de l'exercice de la médecine du travail en France était jusqu'alors son enracinement autour, d'une part d'une activité clinique médicale individuelle liée à l'existence de visites médicales régulières et, d'autre part, d'une clinique médicale collective d'observation et de conseils sur les conditions de travail.

L'objet de la médecine du travail était la prévention des risques d'altération de la santé de chaque travailleur et des collectifs de travail.

Ce principe idéal, fondé sur une obligation de moyens, ne se substituait pas au principe de responsabilité de l'employeur, dans le cadre d'une obligation de résultat, en matière d'atteintes à la santé mais permettait aux différents acteurs sociaux de bénéficier d'un regard spécialisé permettant, notamment, une négociation des conditions de travail en toute connaissance de cause. Sur le plan individuel elle pouvait également aider dans l'adaptation du travail à la santé de chaque travailleur qui constitue une autre obligation de l'employeur.

C'est seulement à partir des années soixante-dix que la médecine du travail parvenait à s'affranchir partiellement du lourd héritage de la médecine d'entreprise dont l'objet était principalement la sélection médicale des travailleurs d'où un « balancement constant entre vision sociale et managériale »(1) de l'institution.

C'est par un travail collectif et l'élaboration d'une clinique médicale du travail que se déploie alors une médecine du travail conforme à sa mission d'ordre public social.

Vécue par les employeurs comme un risque de mise en responsabilité et de frein à l'exploitation de la force de travail, la médecine du travail fait alors l'objet d'une action d'envergure visant à la ramener à ses origines supplétives(2).

**<sup>1-</sup>** « Un balancement constant entre vision sociale et managériale », Le Monde économie. 3 décembre 2007

**<sup>2-</sup>** Pascal Marichalar, « La médecine du travail sans les médecins, une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Revue Politix*, vol. 23 - n° 91/2

Dès 1988 la voie d'un retour vers le passé se dessine : « Il appartient essentiellement (au médecin) de rechercher l'adéquation entre l'homme et le poste de travail (...) Le médecin qui opte pour un exercice dans l'entreprise choisit par là même le monde de la rentabilité et du profit, source vive des entreprises puisque générateurs d'emploi. En tant que cadre de l'entreprise qui l'emploie, "son entreprise", il a à son égard des devoirs. Dans ce contexte contribuer à une meilleure productivité de l'entreprise doit être un des principaux objectifs de son rôle. »(3) Les réformes successives entreprises depuis 2000 tendent vers ce résultat.

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

### EMPÊCHER L'EXERCICE DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL SUPPRIMER LES VISITES MÉDICALES PÉRIODIQUES (ARTICLES L.4624-1 ET L.4624-2)

Le bouleversement des articles du Code du travail concernant l'exercice de la médecine du travail donne la primauté à ceux qui traitent de la visite d'embauche. La nature de cette visite introduit une dichotomie en fonction du risque dont nous démontrerons plus loin l'inanité.

Si le travailleur est affecté à un poste « sans risque », cette visite « d'information et de prévention », qui a lieu après l'embauche, est confiée à un membre de l'équipe pluridisciplinaire et non, sauf exception(4), au médecin du travail. Sa périodicité repose sur des conditions et n'est plus systématique mais décidée en fonction « de l'état de santé et l'âge du travailleur, ainsi que les risques professionnels auxquels il est exposé ».

Si le travailleur est affecté à un poste à risque (ou s'il peut représenter un risque pour les tiers) c'est le médecin du travail qui réalise la visite d'embauche avant la mise au travail. La périodicité de la surveillance ultérieure est, là encore, laissée sans précision.

Or la clinique médicale du travail repose sur une activité d'examen clinique régulier de chaque travailleur puisqu'elle postule la variabilité du travail et de ses effets sur la santé du travailleur et sur sa subjectivité de sa situation de travail. La suppression de la périodicité

ou son éloignement empêchent l'intercompréhension qui préside à la pertinence des conclusions cliniques du médecin du travail. Subsidiairement, elle entrave la construction de la confiance, qui naît de la relation habituelle, condition préalable à tout exercice médical.

### LE TRAVAILLEUR COMME FACTEUR DE RISQUE VERS UNE MÉDECINE DU TRAVAIL « PRÉDICTIVE » (ARTICLES L.4624-1, L.4624-2, L.4624-10)

Ces nouvelles dispositions postulent qu'il est des travailleurs qui courent un risque, a priori nul ou sans gravité, et d'autres affectés à un poste « présentant des risques particuliers pour (leur) santé ou (leur) sécurité ou pour celles de (leurs) collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail » dont la nature devra être précisée par des décrets d'application.

Pour les premiers ce risque doit être pesé au regard de « de l'état de santé et l'âge » du travailleur. Alors que les risques liés à l'organisation du travail (dits risques psychosociaux) sont extrêmement présents dans les entreprises ne faut-il pas s'interroger sur la définition a priori du caractère négligeable de ces risques ?

Pour la deuxième catégorie de travailleurs, le médecin du travail doit « s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté, afin de prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail ». Le risque sur lequel est centrée la visite médicale est donc non seulement le risque pour le travailleur mais aussi, notion explicitement nouvelle, le risque que le travailleur fait courir à ses collègues ou à des tiers ou pour la première catégorie des risques liés à son état de santé ou à son âge. Le risque pour « les autres travailleurs » était présent dans l'article R.4624-11 du Code du travail mais concernait l'application de la Loi. C'est la Loi « dialogue social » qui avait inscrit dans la loi la « sécurité des tiers » dont nous avons montré qu'elle qui ne relève pas du rôle du médecin du travail(5).

<sup>3-</sup> J. LORIOT, « La médecine du travail face à l'Europe », *Le Concours Médical*, 21 mai 1988

**<sup>4-</sup>** Notamment travailleur reconnu porteur d'un handicap ou titulaire d'une pension d'invalidité.

<sup>5- «</sup> 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 :

<sup>➤</sup> 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.

<sup>&</sup>gt; 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.

La Loi Travail introduit donc de façon explicite la notion de salarié « à risque » ou dont des caractéristiques personnelles constitueraient un « sur risque », alors que jusqu'alors c'était le poste qui constituait le risque d'où sa nécessaire adaptation. Cette nouveauté a trois conséquences :

- ➤ elle introduit une notion de responsabilité du salarié en matière de risque qui contredit notamment la jurisprudence dans ce domaine laquelle met en avant la subordination contractuelle comme circonstance atténuant la responsabilité personnelle du salarié;
- ➤ elle permet de soutenir la notion de prédisposition individuelle au risque qui constitue la base des politiques publiques(6) et privées de prévention libérale;
- > elle place le médecin du travail en position de fusible en responsabilité de l'employeur en matière d'éventuel préjudice.

Cela pourrait malheureusement inciter certains médecins du travail à devenir des auxiliaires du management.

LA MUTATION DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL EN MÉDECINE DE SÉLECTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE (ARTICLES L.4624-3, L.4624-4, L.4624-5, L.1226-2, L.1226-2-1, L.1226-10, L.1226-12, L.1226-20)

Ces dispositions constituent le basculement de la notion de risque et l'abandon de la mission d'aménagement du poste, comme souci premier du médecin du travail, au profit d'une logique assurantielle prédictive.

C'est la compatibilité de l'état de santé du travailleur au poste de travail qui est maintenant l'objet de la visite médicale afin de peser les risques potentiels non seulement pour la santé du travailleur mais aussi pour ses collègues et les tiers.

Des investigations sur l'âge, l'état de santé, les « susceptibilités individuelles », la « prédisposition au risque » permettront de vérifier si le « profil d'aptitude » lié aux caractéristiques personnelles du salarié correspondrait bien à « la fiche d'étude du poste »(7).

> 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. »

**6-** Voir à ce sujet, dans un autre domaine : « Des accidents de la route pas si accidentels », Matthieu GROSSETÊTE, *Le Monde Diplomatique*, août 2016.

7- Voir : Précis de médecine du travail, H. DESOILLE, J. SCHERRER, R. TRUHAUT, Paris, Masson, 1975 : « (pour) reconnaître les aptitudes nécessaires pour travailler à un poste donné (...) on doit utiliser :

Il s'agirait de prédire si le salarié est médicalement employable. La protection de la santé du salarié ne repose dorénavant plus sur l'aménagement du poste mais sur son éviction de l'emploi au cas où il courrait potentiellement un risque ou présenterait un prétendu sur risque.

Le médecin peut toujours proposer « des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations notamment relatives à l'âge ou à l'état de santé physique ou mentale du travailleur » après échange avec le salarié mais aussi avec l'employeur. Ainsi l'avis du médecin du travail est, pour la première fois, subordonné à l'échange avec l'employeur. S'agit-il pour celui-ci de faire intégrer, en interférant avec la décision, ce qu'il estime possible ou souhaitable ou non?

Après étude de poste et nouvel échange avec le salarié et l'employeur, le médecin « qui constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste déclare le travailleur inapte à son poste de travail ». C'est donc dorénavant au médecin du travail de s'assurer de la possibilité d'aménagement du poste pour l'employeur et non de prescrire un aménagement en ne prenant en compte que l'intérêt de la santé du travailleur.

Plus problématique encore lors de la reprise de travail quelle qu'en soit la cause, c'est sur « les capacités du salarié à exercer l'une des tâches existant dans l'entreprise » que portent « les indications (que) formule (le médecin du travail) ». Il peut, si les capacités ne sont pas réunies, faire figurer « la mention expresse (...) que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi ». Cette mention a pour effet de délier l'employeur de son obligation de reclassement et lui permet de licencier le salarié pour « motif personnel ». Ainsi, même si ce sont les conditions de travail ou son organisation qui sont responsables de l'état de santé dégradé du travailleur, la responsabilité de l'employeur n'est pas mise en cause.

Une sélection médicale de la main-d'œuvre est mise en place par la Loi Travail et repose sur trois dispositions nouvelles :

<sup>1°</sup> une fiche d'étude de poste comportant l'évaluation des qualités physiques minima que doit posséder tout ouvrier à ce poste ; 2° une fiche de travail donnant l'évaluation des qualités physiques des candidats au poste, c'est-à-dire son profil d'aptitude. De la comparaison de ces deux fiches naîtra la décision du médecin. »

- ➤ détermination par le médecin de la compatibilité de la santé du salarié avec le poste de travail ou de la capacité à occuper un emploi inscrite dans la loi;
- ➤ échange avec l'employeur avant la prise de décision du médecin ;
- ➤ éviction possible du salarié au motif que le maintien dans l'emploi serait préjudiciable à sa santé sans engagement de la responsabilité de l'employeur, ce dernier pouvant contester en outre devant un expert prud'homal.

L'ABANDON PAR L'ÉTAT DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL UN DROIT D'ORDRE PUBLIC SOCIAL DEVIENT UN ÉLÉMENT CONTRACTUEL RENDANT AINSI TOUTE CONTESTATION ILLUSOIRE (ARTICLE L.4624-7)

Cette mutation vers une sélection de la santé au travail aurait été en partie contrariée par les dispositions qui permettaient, jusqu'alors, de contester une proposition du médecin du travail auprès de l'inspection du travail. La décision de l'inspecteur du travail, éclairée par l'avis du médecin inspecteur régional du travail, garantissait au salarié que ses droits sociaux seraient respectés dans ce domaine. Il fallait donc que cette garantie disparaisse pour assurer à la sélection son plein effet.

Dorénavant la contestation de la proposition du médecin du travail n'est plus instruite par l'administration mais relève du tribunal des prud'hommes qui désigne un médecin expert devant les tribunaux, lequel peut demander communication du dossier médical au médecin du travail. Une disposition vise à rendre obligatoire cette communication sans aucune allusion à l'article L.1110-4 du Code de la santé publique qui garantit le secret médical. Ce point est particulièrement délicat puisqu'il s'agit de transgresser le secret médical au profit de l'employeur, lequel a par définition accès à des éléments du dossier médical à travers le résultat de l'expertise médicale transmise aux parties en cause. Que se passerait-il si, en application de l'article L.1110-4, le salarié n'autorisait pas l'accès à son dossier ou que le médecin du travail en refusait la communication ? L'avis du médecin du travail serait-il suspendu?

De façon subsidiaire le tribunal des prud'hommes peut consulter le médecin inspecteur régional du travail. Sur quoi portera cette consultation alors que la nature médicale de la décision aura été examinée par l'expert ?

Ces dispositions rendent très aléatoire une contestation par le salarié :

- ➤ le contentieux d'ordre public social, par nature gracieux, se transforme en désaccord de nature contractuelle privée ce qui majoritairement engage des frais pour pouvoir aboutir;
- > même en référé le tribunal des prud'hommes entrainera des délais plus importants (par ailleurs non précisés par la loi) rendant l'application d'une éventuelle décision favorable plus aléatoire;
- > rien ne garantit la compétence du médecin expert en matière de santé au travail, le caractère discrétionnaire de l'avis du médecin inspecteur du travail lui ôtant en partie son efficacité réelle.

Symboliquement et pratiquement, cette disposition marque le retrait de l'État et de son administration de la question de la santé au travail en en faisant un élément de négociation de la force de travail.

### UN DÉSASTRE SANITAIRE PRÉVISIBLE MARGINALISATION DES VICTIMES INVISIBILITÉ SUR LES EFFETS DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ

On peut être perplexe devant le peu de réactions publiques des organisations syndicales sur ce qui pourrait être qualifié de forfaiture. Les historiens de la question sociale nous rappellent que, dans la mesure où le rapport de force n'est pas favorable aux travailleurs, la santé au travail devient une variable d'ajustement de la négociation de la force de travail. La question de premier plan n'est plus celle la prévention mais celle de la réparation.

Cette absence de réaction spécifique, la volonté de l'État de complaire aux employeurs, la dérive libérale du patronat français font craindre le pire en matière de santé au travail.

La Loi Travail crée une dichotomie de fait entre des travailleurs (provisoirement ?) employables et les inemployables. La médecine de sélection qui se substitue ainsi à la médecine du travail aura pour conséquence une dissimulation par les salariés des caractéristiques de leur santé dont ils estiment qu'elle pourrait inciter à les déclarer inemployables. Pour un certain nombre d'entre eux, les effets négatifs du travail sur leur santé seront la conséquence de cette dissimulation mais aussi une raison supplémentaire de les dissimuler. Dans cette spirale, les effets du travail sur la santé deviendront invisibles et ne concerneront que les plus graves. Dans ces conditions la prévention médicale des risques devient impossible.

Avoir fait figurer dans l'article 104 de la loi un engagement du gouvernement à remettre dans les douze mois au parlement « un rapport présentant des propositions pour renforcer l'attractivité de la carrière de médecin du travail, pour améliorer l'information des étudiants en médecine sur le métier de médecin du travail, la formation initiale des médecins du travail ainsi que l'accès à cette profession par voie de reconversion » relève de l'humour noir puisqu'il n'engagera sans doute pas la

8- Article R.4127-95 du Code de la santé publique — « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

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

prochaine mandature et que la logique assurantielle de sélection médicale et la méfiance qu'elle inspire vis-àvis des médecins qui la pratiquent viderait de sa substance le métier de médecin du travail.

Malgré cette remise en cause fondamentale, le Code de la santé publique, dont l'exercice du médecin du travail relève, reste opposable. Son article R.4627-95(8) rappelle opportunément que le médecin du travail n'est pas un médecin d'expertise mais demeure un spécialiste de première ligne dont l'action concerne exclusivement la santé de son patient, le travailleur, « dument éclairé ». Cela signifie que les médecins du travail devront donc, si ces dispositions n'étaient pas abrogées, inventer de nouvelles pratiques afin de ne pas subordonner leur exercice à la sélection de la maind'œuvre.

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

<u>VICE-PRÉSIDENTS DÉLÉGUÉS</u>: Alain CARRÉ – Dominique Huez

VICE-PRÉSIDENT(E)S: Josiane CRÉMON – Annie LOUBET-DEVEAUX – Odile RIQUET – Nicolas SANDRET

<u>Secrétaire</u>: Gilles Seitz

TRÉSORIER : Alain RANDON

<u>Administrateur du site web :</u> Benoît De Labrusse

Concepteur-Réalisateur du Cahier SMT : Jean-Noël Dubois

MEMBRES: Pierre ABÉCASSIS, Bernadette BERNERON, Martine BESNARD, Marie-Andrée CADIOT, Mireille CELLIER, Karyne CHABERT-DEVANTAY, Jean-Marie EBER, Claude GARCIA, Catherine GONDRAN, Alain GROSSETÊTE, Michel GUILLAUMOT, Nadine KHAYI, Florence JEGOU, Claire LALLEMAND, Hervé LESCAO, Gérard LUCAS, Jocelyne MACHEFER, Brigitte PANGAUD, Nathalie PENNEQUIN, Claire THOMASSIN

# LES ENJEUX DES PLAINTES D'EMPLOYEUR DEVANT L'ORDRE DES MÉDECINS

**Dominique HUEZ** 

POURQUOI A-T-ON OUVERT LA POSSIBILITÉ AUX EMPLOYEURS DE SAISIR L'ORDRE DES MÉDECINS ? QUELS RISQUES QUANT À CETTE INGÉRENCE OFFERTE AUX EMPLOYEURS DANS L'INDÉPENDANCE DES MÉDECINS DU TRAVAIL ?

I n'y a pas eu de « décision politique » d'ouvrir la possibilité pour les employeurs de saisir l'Ordre des médecins. Aucun débat, aucun argument écrit du législateur ou d'un ministère ne l'accrédite. L'Ordre des médecins et des employeurs et leurs avocats relayés par le MEDEF ont souhaité que les plaintes de tous ceux qui « ont un intérêt à agir » puissent être reçues, d'où l'ajout du « notamment » à l'instigation ou avec l'accord de l'Ordre des médecins, pour dépasser les listes « finies » des possibles plaignants.

Mais au regard de l'esprit du droit, cet ajout ne peut concerner que « l'intérêt à agir pour la santé du patient », car c'est le socle de la déontologie médicale. L'Ordre des médecins visait-il alors les employeurs dans cet élargissement des possibles plaignants ? Du point de vue de la cohérence en droit du texte, cela ne peut concerner les employeurs qui sont étrangers, « tiers absolus » à la santé de leurs salariés. Le notamment ne peut viser que des parties non précisément dénommées des catégories de plaignants qui appartiennent à la liste fermée de ceux-ci.

Mais de façon expérimentale puis coordonnée, des avocats d'employeurs se sont engouffrés dans ce qu'ils considèrent ou essaient de conquérir comme une brèche, et l'Ordre des médecins en est à l'évidence complice. Sinon les « conciliations » organisées obligatoirement par l'Ordre entre le médecin et l'employeur plaignant seraient identifiées immanquablement comme un obstacle insurmontable du point de vue déontologique, car elles précarisent le secret médical et l'indépendance des médecins face à un employeur.

Or elles deviennent un « dispositif de menace! ». Cela montre donc la carence déontologique de l'Ordre des médecins pour ce qui est pourtant au fondement de sa mission régalienne!

Aujourd'hui on peut craindre à raison que le dispositif de menace de telles plaintes entrave le passage à l'écrit des médecins du travail et des autres médecins, hormis les certificats de coups et blessures. Et l'Ordre des médecins encourage cela!

FACE À LA RÉCEPTION PAR L'ORDRE DES MÉDECINS DES PLAINTES D'EMPLOYEURS ET AUX CONDAMNATIONS ORDINALES, QUELS CONSEILS DONNER À UN MÉDECIN DU TRAVAIL?

C'est de continuer à instruire le lien santé/travail sans tenir compte des recommandations de l'Ordre des médecins qui l'interdisent! Ici l'Ordre outrepasse sa mission et n'est pas chargé de l'évaluation des pratiques professionnelles ni d'en tirer des recommandations. C'est le rôle de la HAS, des collèges de spécialité médicale ou du DPC-FMC.

### DE QUELS MOYENS DISPOSE LE MÉDECIN DU TRAVAIL POUR FAIRE RESPECTER SON INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE ?

La saisie de l'inspecteur du travail et en cas d'infraction pénale, du procureur. Ainsi une plainte pour dénonciation calomnieuse, visant les plaintes ordinales d'employeurs peut rentrer dans ce cadre. Cela concerne aussi la situation de l'Ordre lui-même. Certains parlent de recel de secret médical si les pièces médicales remises à un patient sont détournées de leur objet par un employeur et deviennent support d'une plainte devant l'Ordre ou sont reprises par ce dernier, alors que ces documents ne lui ont pas été confiés par un patient.

### L'INDÉPENDANCE DONT BÉNÉFICIE LE MÉDECIN DU TRAVAIL LE PROTÈGE-T-IL OU LE DESSERT-IL AU NIVEAU DES RESPONSABILITÉS ?

L'indépendance du médecin ne peut pas le desservir, sinon sa pratique médicale serait subordonnée à son « employeur » comme un « cadre ordinaire », ce qui serait contraire aux fondements de l'organisation médicale qui implique la responsabilité personnelle du médecin.

### LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS EMPLOYEUR/MÉDECIN DU TRAVAIL EN MATIÈRE DE SANTÉ EST-IL ÉQUITABLE ?

I n'y a pas partage de responsabilités entre eux. L'employeur à une obligation de sécurité de résultats pour préserver un salarié des effets délétères du travail. Le médecin a une obligation de moyens pour agir dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés, individuel et collectif.

L'employeur n'a accès à aucun élément concernant la santé individuelle. Le médecin à tous, *via* le salarié, sa compétence ou ses connaissances médicales et scientifiques.

L'employeur est sur le terrain de la production et des conséquences sociales et environnementales de ceci. Le médecin est sur le terrain de « la dynamique de la santé au travail », la construire, la préserver, jusqu'à favoriser sa restauration ou sa « réparation juridique ». Le second doit conseiller entre autre le premier sur un terrain où l'employeur est « handicapé » par sa méconnaissance « constitutionnelle » de l'état de santé de ses salariés.

### LA RESPONSABILITÉ DÉONTOLOGIQUE CONSTITUE-T-ELLE UN FREIN À LA MISSION PARTICULIÈRE DU MÉDECIN DU TRAVAIL QUI EST PRÉVENTIVE ET NON CURATIVE ?

La responsabilité déontologique est de n'agir que dans l'intérêt exclusif de la santé d'un ou des patients. Elle n'est évidemment pas limitée à la prévention tertiaire ou à l'action curative. Le médecin du travail est aussi dans le « soin », au sens de faciliter, permettre le prendre soin de soi et des autres. On peut parler en médecine du travail de « soin préventif » pour qualifier son action plurielle.

### LE SECRET MÉDICAL NE POUSSE-T-IL PAS L'EMPLOYEUR À DOUTER DE CHAQUE AVIS MÉDICAL ?

I n'y aurait pas de médecine sans secret médical, seulement une pratique d'hygiénisme vétérinaire relavant de la seule rationalité technique. Face à ce qu'il ne maitrise pas et ce à quoi il n'a pas accès, l'employeur peut évidemment douter. C'est d'ailleurs vrai de tous les éléments médicaux de son environnement non professionnel, famille, politique, etc. Mais un employeur n'est peut-être pas prêt pour lui-même à mettre dans l'espace public son « intimité » psychique ou somatique!

Si toutefois il a des raisons sérieuses de douter de la pratique d'un médecin, pas pour un salarié, mais pour les salariés, il y a des voies de droit qui lui sont ouvertes, de l'inspection du travail aux diverses facettes du droit pénal.

### COMMENT CONCILIER LE SECRET MÉDICAL AVEC LE DEVOIR D'ALERTE ? COMMENT CONCILIER LE SECRET DE FABRIQUE AVEC LE DEVOIR D'ALERTE ?

Le signalement d'un risque pour la santé des travailleurs, que nous appelons le devoir d'alerte du médecin du travail, touche la santé collective. Évidemment il peut être nourri de constats individuels, mais dont la démonstration du côté des effets pour la santé individuelle n'est jamais donnée à l'employeur. Par contre les déterminants du travail doivent lui être indiqués. Quant au secret de fabrique qui est extrêmement restreint, je ne connais aucun exemple où il y ferait obstacle en droit. Par contre le fait de le brandir comme un étendard pour empêcher un médecin du travail de déployer son devoir d'alerte médicale est un « classique d'employeur ». D'où l'importance pour un médecin du travail de se former en DPC en groupe de pairs, pour confronter et développer ses pratiques professionnelles, et ne pas se faire instrumentaliser du fait de sa méconnaissance ou incompréhension des cadres de droit aux lectures « plurielles » selon l'intérêt des acteurs.

### LE MÉDECIN DU TRAVAIL A T-IL ENCORE LES MOYENS D'ASSURER SA MISSION DE PROTECTION DE LA SANTÉ DES SALARIÉS ?

Oui si on n'intègre pas la nouvelle Loi Travail. Mais les médecins du travail sauront la subvertir, donc y trouver un sens juridique pour dépasser ce qui y est actuellement contradictoire, car le Code de la santé publique et les fondements de la déontologie médicale persistent! Et cela persistera tant que le médecin du travail relèvera du Code de la santé publique. Ce que méconnaissent trop de responsables de SST, voire de médecins du travail.

# Pratique clinique, déontologie et plainte d'employeur

Intervention du Docteur Bernadette Berneron pour sa défense devant la Chambre nationale disciplinaire de l'Ordre des médecins le 8 juin 2016

Je ne reprends pas ici le travail d'explication portant sur la clinique médicale du travail et la singularité des consultations *Souffrance et travail* que le D<sup>r</sup> Huez qui m'assiste a développé précédemment.

Je suis médecin du travail depuis trente-quatre ans en service interentreprises et médecin consultant au sein du service de consultation de pathologie professionnelle au CHRU de Tours *Souffrance et travail* depuis 2011.

C'est après plus de trente ans d'exercice professionnel que je me retrouve devant votre juridiction. En effet depuis 2013 et en moins de quinze mois j'ai dû affronter quatre plaintes d'entreprise au conseil de l'Ordre, deux comme praticien attaché à la CPP et deux comme médecin du travail. Le « notamment » introduit subrepticement dans l'article du Code de la santé publique n'y est sans doute pas étranger.

Cela fait pourtant de nombreuses années que j'atteste du lien santé/travail dans le cadre de mon exercice de médecin du travail :

- > que ce soit par un courrier au médecin traitant du salarié, un courrier au médecin-conseil, courriers qui sont donnés au salarié;
- > que ce soit sous la forme d'un certificat de déclaration de MP ou d'une attestation de suivi post-professionnel.

Je suis devant vous aujourd'hui suite à la plainte de l'employeur d'une salarié-patiente vue dans le cadre de ma fonction de praticien attaché à la CPP Souffrance et travail adressée par le médecin du travail et pour la-

quelle j'ai rédigé un certificat attestant du lien santé/travail. Pour la chambre disciplinaire d'Orléans il s'agit de l'écriture « d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance manquant de prudence et de circonspection ». Je ne le crois pas. Cette salariée était par ailleurs reconnue en accident du travail depuis 2009 pour un syndrome anxio-dépressif réactionnel avec IPP de 10 % et la rechute en 2011 du syndrome anxio-dépressif ayant généré la demande de CPP a fait l'objet d'une majoration de l'IPP à 20 %.

### MA PRATIQUE CLINIQUE POUR INSTRUIRE LE LIEN SANTÉ/TRAVAIL

Médecin du travail depuis longtemps j'ai développé au fil des ans une pratique clinique pour instruire le lien santé/travail. Le respect de mes obligations déontologiques passe par le fait d'avoir à établir un lien entre la santé du salarié, son activité professionnelle et son environnement professionnel et d'en informer le salarié. Lorsque j'ai rédigé cet écrit, c'est après avoir patiemment investigué ce lien par la clinique médicale du travail et j'ai agi exclusivement dans l'intérêt de la santé de la salariée-patiente. Lorsqu'un salarié se retrouve effondré littéralement à cause du travail, la restauration de sa santé passe aussi par le fait qu'il est important qu'il lui soit signifié à l'oral et par écrit que c'est bien le travail qui le rend malade. La rédaction de cet écrit relève donc d'une pratique thérapeutique du médecin consultant. Les écrits que j'ai faits n'ont jamais eu pour but d'étayer un dossier en judiciarisation mais ils ont pour but d'aider le salarié à comprendre et à restaurer sa santé.

### DES PLAINTES QUI DÉSTABILISENT LES PRATIQUES DES MÉDECINS ET GÉNÈRENT LA PEUR

Ma pratique professionnelle quotidienne me conduit à constater que de nombreux confrères médecins du travail vivent sous la menace d'une action pour faute déontologique et ont peur aujourd'hui d'attester du lien santé/travail. Faire le lien entre travail et santé, c'est pourtant le rôle même du médecin du travail, son cœur de métier. Cette menace les empêche de respecter leur devoir déontologique envers les salariés-patients.

### Il en est ainsi:

- > du courrier au médecin traitant qui établit le lien entre la dégradation de l'état de santé du salarié et celle de ses conditions de travail et qui n'est pas ou plus rédigé mais envoyé directement au médecin traitant ou remplacé par un appel téléphonique;
- ➤ de la rédaction de certificats pour maladie professionnelle qui n'est pas ou plus faite par les médecins du travail qui adressent les salariés aux médecins traitants et aux consultations de pathologie professionnelle afin que le certificat soit rédigé par un médecin tiers, ce certificat toujours adressé par la CPAM à l'entreprise mettant en visibilité le nom de son rédacteur;
- ➤ de la rédaction de l'attestation d'exposition professionnelle du salarié pour son suivi post-professionnel que le médecin du travail ne rédige pas ou pour laquelle il utilise le conditionnel car il ne s'autorise pas à attester d'une exposition ancienne qu'il n'a pas connue.

Je peux témoigner ici que certains médecins généralistes ont accepté de modifier le contenu de leur certificat sous la menace de poursuites, lors de la phase de conciliation devant le conseil départemental de l'Ordre et devant l'avocat de l'employeur en changeant l'expression « stress professionnel » par « stress réactionnel ». Certains ont eu honte de se déjuger. Un médecin généraliste qui a refusé lors de la conciliation de modifier le contenu de son certificat s'est retrouvé devant la chambre régionale disciplinaire qui l'a sanctionné.

Je parle ce jour en mon nom et au nom de confrères qui n'osent pas témoigner de ce qu'ils entendent et comprennent des situations de travail délétères pour la santé des salariés par peur, peur du jugement de l'Ordre des médecins, peur du jugement de leurs confrères, peur d'être un jour interdits d'exercice ce qui les dissuade d'exercer pleinement leur métier et les réduit au silence.

### MA PRATIQUE MÉDICALE EST DÉONTOLOGIQUEMENT CONFORME

Je demande à ce que vous me jugiez en prenant en compte que j'ai répondu au Code de déontologie médicale par la rédaction de cet écrit qui a pour unique but de redonner le pouvoir d'agir à une salariée-patiente afin de restaurer et protéger sa santé au travail.

Je suis fière de faire mon métier de médecin du travail et de médecin praticien attaché à la consultation de pathologie professionnelle dans le respect des règles déontologiques et des règles éthiques partagées entre pairs en continuant à attester du lien santé/travail par un écrit aussi souvent que nécessaire pour les salariéspatients même si cette posture face à l'Ordre des médecins a un coût dans tous les sens du terme.

# Travail clinique et écrit médical

Support à l'intervention du D<sup>r</sup> D. Huez devant l'instance disciplinaire de l'Ordre des médecins le 8 juin 2016 en défense du D<sup>r</sup> Bernadette Berneron

Vous êtes réunis pour juger ma consœur et collègue de travail le D<sup>r</sup> Bernadette Berneron. Je coopère en médecine du travail avec le D<sup>r</sup> Berneron depuis plus de vingt-cinq ans. Je travaille et coopère avec le D<sup>r</sup> Berneron au sein de la consultation *Souffrance et Travail* insérée au sein de la consultation de pathologie professionnelle du CHU de Tours, de 2011 à avril 2015 ; i'v ai débuté en 2006.

### LA SINGULARITÉ DES CONSULTATIONS SOUFFRANCE ET TRAVAIL

Les praticiens qui œuvrent professionnellement dans les consultations *Souffrance et Travail*, y travaillent de façon invisible, dans l'intérêt exclusif de leurs patients. Cette pratique professionnelle est singulière, indispensable mais très précarisée. Bien peu de praticiens connaissent les soubassements cliniques, praxiques et scientifiques de cet exercice, pourtant publiés et disponibles.

Les quatre praticiens y consultant et ceux en formation travaillent en commun deux fois par an toute une journée à l'occasion des deux staffs de discussion de tous les cas cliniques. Nous y avons aussi des échanges entre pairs pour les situations difficiles, généralement autour de l'écriture de « Monographies de clinique médicale du travail » que nous rédigeons quasi systématiquement à destination du praticien adressant et du patient.

Cette consultation reçoit très peu de patients. Avec maintenant quatre consultants à raison d'une journée mensuelle chacun, y sont reçus huit patients par mois au cours de consultations très longues de deux heures trente à quatre heures trente ; soit deux patients par jour de consultation et par médecin. Dans 90 % des cas, ces patients ne seront jamais revus du fait des faibles ressources en médecins.

Cette consultation a été conçue aussi comme un lieu de formation par compagnonnage. S'y sont formés durant un à deux ans, six praticiens, tous médecins du travail déjà très expérimentés. De fait, deux praticiens, le consultant et le confrère en compagnonnage ou en formation, investiguent cliniquement ensemble, l'un y engageant sa responsabilité médicale.

À l'issue de la consultation, le médecin consultant rédige un « écrit médical » de quatre à six feuillets denses, envoyé au médecin qui adresse, avec copie systématique au patient, ou remis directement au patient s'il n'y a pas de médecin qui adresse. Cet écrit médical demande quatre à huit heures de travail d'écriture, avec une fois sur trois, une confrontation avec un autre confrère au cours de la phase d'écriture.

À l'étonnement systématique des consultants, aucun récit n'est semblable ni transposable, même pour une activité professionnelle dite identique. La réalité singulière du travail d'un patient investiguée avec une extrême attention en est l'explication.

### LE TRAVAIL CLINIQUE

Ces consultations *Souffrance et Travail* ont pour objet d'éclairer le médecin du travail ou de soin, et de permettre au patient de comprendre ce qui peut faire difficulté dans son travail au point de l'en rendre malade.

Pour permettre au sujet d'échapper au mécanisme qui le broie, il faut lui permettre de comprendre le processus délétère qui annihile sa capacité d'agir.

Le médecin a pour projet d'y investiguer la relation entre des altérations de la santé d'un patient et des éléments pathogènes de sa situation professionnelle. Il la comprend avec le patient par son travail d'investigation clinique inter-compréhensive. Le médecin a pour objectif d'y soutenir la réflexion du patient et de l'aider à élaborer une parole propre sur les enjeux de son travail.

C'est le travail et l'engagement du sujet dans celui-ci qui y est investigué. L'histoire de la santé au travail du patient est reconstituée avec lui, d'hier et d'aujourd'hui, pour en faire émerger des clés de compréhension. 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.

Généralement le médecin ne comprend pas du tout en début de consultation le mécanisme délétère éventuel du travail du patient. En effet, les affects douloureux du patient envahissent ce dernier et ses défenses psychiques pour tenir au travail l'aveuglent. Mais l'activité est accessible à la prise de conscience. Ce lieu de consultation peut ouvrir un espace d'élaboration et ainsi permet de la mettre en mots.

Le sujet met en récit le travail prescrit, le travail réel, son engagement. Ses émotions en surgissent. Par cette pratique clinique, le médecin appréhende mieux le « travail singulier » du sujet, les effets irréductiblement personnels du « travailler ensemble ».

Le médecin y évite les chausse-trappes dans le récit du patient qui s'accroche au relationnel et comportemental de collègues ou de la hiérarchie, et qu'il présente comme la cause première de sa souffrance.

Dans cette consultation si singulière, le médecin propose tout d'abord au patient de raconter des situations antérieures de travail, de mettre en récit, pour le donner à comprendre, son parcours professionnel. Le patient effondré dans le cabinet, reprend alors pied, se redresse littéralement! Cette investigation compréhensive de la trajectoire professionnelle passée, éclaire de façon majeure la situation actuelle initialement incompréhensible.

À l'issue, le médecin fait raconter dans le détail une situation de travail dans laquelle le salarié a été mis en difficulté, les premiers incidents qui l'ont malmené. L'émotion surgit quand émerge une difficulté professionnelle irrésolue.

Cela permet de comprendre ensemble, médecin et patient, les dynamiques de l'activité de travail, le travail collectif, le déploiement ou non d'un engagement subjectif dans le travail, ce qui y fait difficulté.

Au bout de deux heures de consultation, le médecin reformule 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.

Ces longues investigations cliniques permettent d'argumenter fortement un diagnostic clinique malgré la méconnaissance du consultant, de la santé du collectif de travail et de l'histoire sociale et technique de cette entreprise.

De fait, le médecin consultant expérimenté est ainsi en mesure d'acquérir une vraie connaissance sur l'activité de travail du collectif de travail où est situé le patient.

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 ».

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 alors 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 le patient travailler ». Il n'est alors pas en mesure d'instruire le lien entre sa santé et son travail.

### L'ÉCRIT MÉDICAL TRACE ÉCRITE DU TRAVAIL CLINIQUE

A l'issue de cette consultation, dans 90 % des situations, un saut qualitatif dans la compréhension du rôle du travail à l'origine de la psychopathologie du patient a lieu.

C'est ce travail d'intercompréhension qui est tracé systématiquement dans « l'écrit médical » le concernant, pour que le patient puisse y référer si besoin en continuant à restaurer sa santé.

Cela est aussi utile à l'information du médecin en charge de sa santé pour éclairer la part, souvent essentielle, du travail dans l'origine de la psychopathologie de ce patient.

Trois mois après cette consultation, nous évaluons qualitativement par écrit auprès de tous nos patients depuis trois ans, l'ensemble des conséquences de notre travail d'investigation compréhensive. Et nous avons débuté l'évaluation auprès des praticiens adressant.

Le rôle irremplaçable de cette consultation est démontré par le retour des évaluations par nos patients. Il y a plus de 50 % de répondants, et 80 % des patients sont satisfaits de façon argumentée de l'apport de cette consultation pour leur santé.

Nos écrits médicaux, soit courrier au confrère ou au patient, soit certificat de maladie professionnelle, ne sont pas à l'évidence des « certificats de coups et blessures » et n'ont donc pas à en épouser la forme.

Les « écrits médicaux » issus de ces consultations sont élaborés dans l'intérêt de la santé des patients. Ils sont rédigés pour acter de l'état d'un travail clinique à l'issue d'une très longue consultation, pour un patient que les praticiens de cette consultation ne reverront généralement jamais.

Nous mettons en garde les patients contre les risques de « psychologisation » ou de « judiciarisation » générés par leur situation.

Mais les patients sont aussi informés, conformément aux textes en vigueur, que ces « écrits médicaux » pourraient être le support dans les arènes du droit s'il y avait besoin, d'un constat médical du rôle délétère de leur travail sur leur santé.

De fait, peu de nos patients se retrouvent aux prud'hommes ou au pénal face à leur employeur, peutêtre de l'ordre de 10 %. Nous n'en avons jamais aucune information. Mais il y en a évidemment du fait de la gravité de situations irrésolues.

La « clinique médicale du travail » permet d'investiguer ici des fragments d'activité de travail qui sont tracés dans l'écrit médical rédigé à l'issue de la consultation :

Des éléments factuels éventuellement mensongers qui le nourriraient y seraient aisément vérifiables par un juge. La manipulation éventuelle d'un praticien expérimenté ne correspond à aucune de nos expériences professionnelles.

- ➤ Et un employeur y trouverait matière à la construction de sa défense pour invalider éventuellement en droit les éléments du travail qui y seraient indument rapportés.
- Quant aux dires du salarié qui sont tracés dans l'écrit médical, il s'agit « de paroles vives »
  - notées et choisies par le rédacteur pour ancrer le récit dans l'activité de travail et ce qu'en dit le patient ;
  - pour aussi pointer l'irruption de l'émotion devant quelque chose d'impensé qui surgit et le malmène;
  - ou pour donner à voir des échos dans le travail, des défenses psychiques contre la peur ou la honte.

## Rien dans le Code de déontologie ne fait évidemment obstacle à argumenter un diagnostic clinique!

Le type d'écriture de « monographie de clinique médicale du travail » développée dans ces consultations Souffrance et travail, est aussi emblématique du document à fournir par un médecin du travail pour informer un C2RMP instruisant la reconnaissance d'une psychopathologie du travail en maladie professionnelle.

Près de 250 écrits médicaux sous forme de lettre au praticien ou au patient, ou bien intitulés « Certificat médical de Maladie Professionnelle », ont été rédigés par les quatre médecins de la consultation *Souffrance et Travail* du CHU de Tours. Ces écrits procèdent tous de cette même méthodologie d'analyse et d'écriture.

Je doute que vous instruisiez de votre initiative et condamniez les auteurs de ces 250 écrits médicaux, pourtant semblables à celui à l'origine de cette audience disciplinaire.

Tirez-en les conclusions!

### UN EXERCICE QUI DÉRANGE ET QUI EST MALMENÉ VOLONTAIREMENT PAR DES EMPLOYEURS

Le D' Bernadette Berneron, médecin du travail emblématique pour ses compétences en psychopathologie, a par ailleurs été confrontée à trois autres plaintes dont les avocats d'employeurs en difficulté inondent les ordres départementaux.

➤ Dans une première plainte, aussi comme consultante Souffrance et Travail au CHU de Tours, le CDOM d'Indre-et-Loire voulait lui imposer une conciliation suite à une plainte de l'employeur EDF, mais un autre CDOM ultérieurement compétent, celui du Loir-et-Cher a considéré qu'il n'y avait pas

lieu de poursuivre. L'employeur l'ayant attaqué a finalement « transigé » avec le patient ! Une semaine après cette première plainte, j'étais moi-même l'objet d'une plainte d'un sous-traitant de ce même employeur. Ce n'est évidemment pas un hasard !

- > Dans un autre cas, cette fois-ci en tant que médecin du travail suite à une plainte d'un autre employeur, son CDOM a refusé de l'envoyer en chambre disciplinaire et son patient a été reconnu en accident du travail.
- ➤ Le même employeur a récidivé pour une autre affaire, et dans ce dernier cas, son CDOM l'a envoyé devant la chambre disciplinaire qui n'a relevé aucune faute.

Le D<sup>r</sup> Berneron fait partie des médecins du travail qui refusent de s'expliquer en conciliation ordinale avec un plaignant employeur qui ne représente en rien la santé de son patient. Cela pour préserver son indépendance et le secret médical.

Oui, ces plaintes « intéressées » d'employeurs devant votre juridiction ont pour fonction de tenter de disqualifier les « écrits médicaux » des médecins, écrits qui sont par ailleurs instruits devant d'autres juridictions qui les ont précédées.

Mais ces plaintes d'employeur ont aussi pour effet collatéral, qui devient maintenant leur raison première, « d'épuiser les médecins », et par là de les pousser à s'abstenir d'agir dans l'intérêt de la santé de leur patient. Quel médecin peut tenir dans une situation semblable ?

Dans les affaires précitées, la majorité des généralistes concernés aussi attaqués parallèlement par ces employeurs ont dû, sous la contrainte de la conciliation ordinale, modifier leur écrit médical en un sens favorable à l'employeur plaignant. Nous pourrions en témoigner concrètement devant vous!

### **CONCLUSION**

Dans le cadre de la consultation *Souffrance et Travail* du CHU de Tours, aucune plainte d'employeur ne peut être reçue par un conseil départemental de l'Ordre des médecins, du fait que le D' Bernadette Berneron appartient ici au service public hospitalier.

**Notons subsidiairement** que le D<sup>r</sup> Bernadette Berneron a largement respecté son obligation déontologique de moyens lors de la consultation hospitalière en cause : temps déployé, compétence avérée, travail entre pairs, traces écrites abondantes, écrit médical extrêmement argumenté, diagnostic vérifiable par ses pairs.

Elle a agi, non pas comme expert médical dans le cadre d'une procédure soumise au contradictoire, mais comme praticien spécialiste en médecine du travail, agissant exclusivement dans l'intérêt de la santé de son patient. Elle s'est adossée à ses compétences de praticienne chevronnée en médecine du travail, compétente en psychopathologie du travail.

Vous donnerez donc acte de la conformité déontologique de la pratique clinique du D<sup>r</sup> Bernadette Berneron, puisque telle est le cas!

Votre chambre doit mettre fin aux obstacles prétendument déontologiques dressés par les employeurs empêchant les médecins d'exercer dans l'intérêt de la santé de leurs patients en rédigeant un « écrit médical.

- ➤ La Chambre nationale disciplinaire vient timidement d'acter de la possibilité pour les médecins du travail, d'instruire et d'attester des effets du travail pour la santé.
- ➤ Il vous faut donc le signifier maintenant pour les médecins des consultations Souffrance et Travail.
- Mais il faut aussi que votre chambre déclare les plaintes d'employeur devant un conseil département de l'Ordre des médecins irrecevables afin de lever le « dispositif de menace », pour que les médecins puissent continuer d'exercer dans l'intérêt de la santé de leurs patients.

# Secret médical et déontologie L'Ordre des médecins et la question sociale N'AGIR QUE DANS L'INTÉRÊT DE LA SANTÉ DU PATIENT

Intervention de D. Huez devant la Chambre nationale disciplinaire de l'Ordre des médecins le 8 juin 2016

Médecin du travail pendant trente-cinq ans dont trente ans sur le site nucléaire de la centrale de Chinon, praticien en *sus* pendant cinq ans d'une consultation hospitalière *Souffrance et Travail*, c'est à partir de mon expérience clinique, confrontée à l'évolution des connaissances médicales et des sciences humaines, que je me défends devant votre chambre.

Je suis poursuivi devant votre juridiction par l'employeur d'un salarié vu en urgence dans un service de santé au travail du site nucléaire de Chinon, salarié pour lequel j'ai rédigé un « écrit médical ». Je ne suis pas règlementairement le médecin du travail de ce salarié.

Vivant initialement cette plainte comme un opprobre, je considère aujourd'hui cette situation comme une opportunité collective pour que soit arbitrée la licité de cette pratique ordinale de réception des plaintes d'employeurs. Ces plaintes, par la menace qu'elles font planer sur les pratiques médicales d'investigation du lien santé/travail, ont pour objet et bien souvent empêchent les médecins de déployer leur devoir déontologique envers leurs patients.

Le devoir d'un médecin est d'établir un diagnostic médical approprié en toute indépendance, de prévenir des causes évitables des maladies, de permettre à leur patient de restaurer leur santé, et de bénéficier de leurs droits médico-sociaux si besoin.

### LE SECRET MÉDICAL EST AU FONDEMENT DE LA RELATION DÉONTOLOGIQUE DANS L'INTÉRÊT DE LA SANTÉ DU PATIENT

C'est le respect du secret médical qui permet la relation de confiance patient-médecin. L'Ordre des médecins a le devoir absolu de préserver le secret médical. Il en est comptable. Mais certaines pratiques ordinales me semblent contradictoires à cette mission.

Ainsi me semble non déontologique la prise en compte des plaintes d'employeurs contre un médecin, tiers absolu à la santé d'un patient. Pour ma part je n'ai jamais été reçu ni entendu par le conseil départemental de mon département. Aucune enquête contradictoire n'a eu lieu, mon patient n'a jamais été entendu. L'ordre départemental s'est joint à la plainte illégale d'un employeur dans ce contexte.

Acculer un médecin à s'expliquer devant un employeur lors d'une « conciliation » au péril du secret médical est contraire à la déontologie médicale.

➤ Ainsi me semblent non déontologiques les audiences dans de tels cas devant une chambre disciplinaire, car le devoir du respect du secret médical pour un médecin attaqué par un employeur, entraine une « inégalité des armes ». Ainsi me semble non déontologique le fait qu'un certificat médical qui m'est opposé ne fasse l'objet d'aucune action pour violation du secret médical par l'Ordre des médecins d'Indre-et-Loire qui l'a transmis à votre chambre !

Ce certificat médical émane du médecin du travail de la Société ORYS, certificat « rédigé à la demande de l'entreprise et remis en main propre » (sic), sans transiter donc par le patient, certificat qui atteste « n'avoir jamais été contacté par aucun médecin au sujet de la situation de mon patient ». La chambre sociale de la Cour de cassation vient de caractériser le fait que la violation du secret médical empêche de retenir en justice de tels éléments.

### UNE PRATIQUE MÉDICALE DÉONTOLOGIQUEMENT CONFORME EST D'AGIR EXCLUSIVEMENT DANS L'INTÉRÊT DE LA SANTÉ DE SON PATIENT

Où est mon patient ici. Quel conseiller ordinal l'a entendu? Je ne vois en face de moi qu'un employeur que je ne devrais rencontrer éventuellement que devant les tribunaux de la République, pas devant une chambre disciplinaire ordinale qui ne doit avoir pour soucis que celui de la santé des patients.

Cet employeur n'a jamais saisi un procureur de la moindre plainte à mon égard. Il pense peut-être qu'il est plus aisé de tenter d'agir une chambre disciplinaire ?

Comme dans de nombreuses autres affaires que je connais, ultérieurement à la plainte de son employeur, mon patient a vu reconnaitre le fondement d'un harcèlement moral par les prud'hommes. Aucun élément de mon « écrit médical » n'y a été invalidé! Mon écrit n'y a d'ailleurs pas été retenu comme élément de preuve devant cette juridiction! Et je suis pourtant condamné devant la chambre régionale pour cet écrit qui relève de mon devoir déontologique.

Je vais essayer, pour être compris par votre chambre, de situer le contexte de mon « écrit médical » en m'appuyant sur ce qui a été rendu public par l'instruction prud'homale. Mais je ne donnerai à cette chambre disciplinaire aucun élément recueilli médicalement concernant mon patient. Je ne partage aucun secret médical avec elle!

➤ J'ai rédigé un certificat médical pour un salarié vu dans un contexte d'urgence médicale, certificat dont vous avez eu connaissance par son employeur ORYS sans qu'il vous soit remis par mon patient. Ce document médical a été remis en main propre à mon seul patient. L'Ordre d'Indre-et-Loire n'a jamais

reçu mon patient pas plus que le rapporteur de cette chambre.

### Je pense que l'utilisation ici de mon certificat constitue de ce fait un « recel de secret médical ».

➤ J'ai déployé les moyens nécessaires pour recevoir ce salarié en urgence, en termes d'organisation du service de santé au travail, avec le temps pris pour cette consultation de une heure trente, avec un dossier médical rédigé spécifiquement lors de cette consultation d'urgence.

Un médecin ne peut se limiter aux constats des faits professionnels qu'il aurait personnellement constatés! L'anamnèse est essentielle en clinique médicale; l'anamnèse du travail et de l'engagement du salarié dans celui-ci s'inscrit dans cette démarche en clinique médicale du travail.

Le jugement prud'homal a confirmé qu'un droit de retrait a été déployé par ce salarié six mois plus tôt sur un site nucléaire situé à 800 km.

- ➤ 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 dans un contexte médical particulier pour ce salarié, du principe de la légitimité d'un droit de retrait dans ce cas. Cela en rapport avec une possible exposition à l'amiante, avec un possible risque de contamination interne radioactive et avec un possible risque très important de chaleur radiante.
- Ec salarié tuyauteur-soudeur était pour la première fois de sa carrière détaché pour un travail de maintenance à grande distance de son domicile, et il n'en était pas volontaire. Or sur le site lointain où j'exerçais et où il était envoyé pour la première fois, 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 pouvait le mettre en extrême difficulté.

J'ai donc parlé de « l'éloignement par rétorsion de son domicile » ce que confirme de façon plus générale le D<sup>r</sup> Bernard Arnaudo, actuel médecin inspecteur du travail, quand lui-même était médecin du travail de la sous-traitance nucléaire.

> J'ai attesté de l'enchainement de « pratiques maltraitantes » après une très longue instruction par la clinique médicale du travail. Des pratiques managériales « maltraitantes » peuvent générer une « souffrance éthique » qui ouvre à la honte et parfois à la haine de soi. Toute la littérature médi-

cale montre combien cela est délétère faute de soutien social.

Ici mon dossier médical est nourri de récits très précis d'actes managériaux maltraitants symboliquement concernant mon patient.

Mais devant la chambre disciplinaire ordinale en présence de l'employeur ORYS, la préservation du secret médical m'interdit de citer mon dossier médical, même pour me défendre.

Par contre, un juge d'instruction pourrait avoir accès à mon dossier médical en le « saisissant ».

### L'INSTRUCTION CLINIQUE DU LIEN SANTÉ/TRAVAIL

Cordre est garant d'une pratique déontologiquement conforme dans l'intérêt de la santé du patient, et non de préserver un médecin d'un supposé risque pénal, ce qui concerne plutôt sa police d'assurances!

Un 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. 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.

L'objectif du médecin est de soutenir la réflexion du patient et de l'aider à élaborer une parole propre sur les enjeux de son travail. Pour nombre de médecins du travail, cette clinique médicale du travail, pour laquelle je crois avoir des compétences reconnues, est centrale.

Les conditions du diagnostic du lien santé/travail relèvent quant à elles 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.

### L'« ÉCRIT MÉDICAL » LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET LE LIEN SANTÉ/TRAVAIL

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

Les groupes de pairs de médecins du travail, élaborent depuis des années sur cette question, jusqu'à la rédaction d'un « écrit médical ».

Le médecin 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 ».

C'est seulement l'organisme de Sécurité sociale ou le juge, dans le cadre d'une procédure contradictoire qui peut retenir et qualifier un « écrit médical » au regard de la fonction pour laquelle il est utilisé.

Rédiger un « écrit médical » qui supporte le diagnostic du lien santé/travail, selon les connaissances, compétences et règles professionnelles d'une spécialité est un acte en responsabilité déontologique.

- ➤ C'est ainsi qu'un médecin du travail procède pour la restauration de la santé individuelle du patient en lui donnant acte de l'état du 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 de Maladie Professionnelle.
- ➤ 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.
- 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.

La rédaction de mon « écrit médical » relève d'une « pratique thérapeutique préventive » de clinicien, et non pas d'une « expertise » soumise au contradictoire.

Dans un contexte d'urgence médicale, un praticien doit agir médicalement dans l'intérêt de la santé de son patient avec une obligation déontologique de moyens, au risque de se tromper.

Mon « écrit médical » est un acte de « sauvegarde médicale » afin de soutenir la santé de mon patient en lui amenant les éléments accessibles et si possible de l'empêcher de verser vers la décompensation psychique.

Il correspond à ce que je pouvais faire. J'étais le médecin du travail d'un site nucléaire, requis réglementairement de recevoir ce salarié dans un contexte d'urgence.

### L'ORDRE DES MÉDECINS ET LA QUESTION SOCIALE

Les recommandations de l'Ordre concernant l'instruction du lien santé/travail ne sont d'aucune ressource. Et c'est normal, car ce n'est pas la fonction de l'Ordre. Il n'est pas omnipotent!

Sauf erreur, les conseils départementaux de l'Ordre 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 pour le patient. Ils ignorent tout autant la place de la question sociale dans les maladies évitables du travail.

Tout cela au nom d'une conception paternaliste de la médecine où le praticien doit effacer l'intérêt pour la santé du patient devant le père, le mari ou le patron ! C'est pourquoi je me retrouve devant vous aujourd'hui !

Pour la médecine du travail, la découverte par le Conseil national de l'Ordre des médecins du cadre régalien des pratiques en médecine du travail comme la connaissance du collectif de travail, le suivi individuel des patients d'un établissement, l'accès aux lieux de travail, le conseil des partenaires sociaux, est bien tardive!

Mais l'absence de ces éléments n'invalide pas la possibilité et le devoir d'instruction clinique du lien santé/travail d'une situation particulière.

- ➤ Un médecin effectuant une consultation de pathologie professionnelle ou une consultation *Souffrance et Travail* peut aussi développer une pratique clinique pour instruire le lien santé/travail.
- ➤ Un médecin psychiatre peut instruire spécifiquement une psychopathologie du travail.
- > Un médecin généraliste peut diagnostiquer et prendre en charge une psychopathologie du travail.

Comme les médecins du travail, les généralistes, qui rédigent d'ailleurs plus d'attestations du lien santé/travail pour les psychopathologies du travail que les médecins du travail, ne sont jamais poursuivis eux aussi directement par l'Ordre. Ces poursuites disciplinaires n'existent que suite à une plainte irrecevable d'employeur.

Quelle est cette conception de la déontologie médicale ?

NON! La déontologie médicale impose au médecin d'agir médicalement pour la santé de son patient, malgré parfois des avis « **obsolètes** » du national de l'Ordre des médecins.

La pratique médicale reste une responsabilité individuelle et j'en répondrai volontiers devant une véritable juridiction.

### EN CONCLUSION, IL VOUS FAUT DÉCLARER LES PLAINTES D'EMPLOYEUR IRRECEVABLES DEVANT LA JURIDICTION ORDINALE

Je sais n'avoir pas commis de faute déontologique, parce que j'exerce entre pairs, y soumets à la dispute mes difficultés cliniques, me forme, ai construit des compétences reconnues, publie, et enseigne.

Depuis trois ans, probablement plus de trois cent plaintes d'employeurs sont arrivées devant des conseil départementaux de l'Ordre des médecins. J'en connais personnellement au moins 10 %.

Il faut que cela cesse dans l'intérêt de la prise en compte de la santé de nos patients !

Vous devez déclarer toute plainte d'employeur contre un médecin, irrecevable devant votre juridiction. Sinon il n'y a plus de secret médical, donc de prise en charge médicale possible des psychopathologies du travail.

Faute de cela, condamnez-moi! Évidemment de façon injuste de mon point de vue, mais que je puisse alors faire appel à la justice du Conseil d'État pour juger de la recevabilité des telles plaintes d'employeurs.

Et je me réserverai alors la possibilité d'engager la responsabilité de mon conseil départemental de l'Ordre des médecins pour dénonciation calomnieuse.

# **D**IAGNOSTIQUER LE LIEN SANTÉ/TRAVAIL LE CNOM PEUT-IL Y FAIRE OBSTACLE ?

Intervention du D' Carré devant l'instance disciplinaire nationale le 8 juin 2016, en défense du D' Huez

Alain CARRÉ

Je rappelle que j'ai apporté un témoignage écrit, dans le cadre de la procédure. Celui-ci établit la particulière compétence du D<sup>r</sup> Huez en matière de diagnostic entre le travail et ses manifestations pathologiques notamment en matière d'effets sur la santé mentale. Ce témoignage est accompagné des bases cliniques du lien entre la santé et le travail : la constitution d'une clinique médicale du travail et les pratiques médicales d'écriture liées à l'exercice de la médecine du travail.

Je souhaite aujourd'hui dans le cadre de la défense confraternelle du D' Huez, examiner un argument de la partie adverse qui repose sur l'évocation de l'impossibilité d'établir le lien médical entre le travail et la santé en référence à un rapport approuvé par le CNOM.

### EXERCER LA MÉDECINE CONSISTE À ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC, C'EST-À-DIRE À ÉTABLIR LE LIEN ENTRE UNE OU PLUSIEURS CAUSES ET LEURS EFFETS SUR LA SANTÉ

I faut revenir à l'essence même du métier de médecin.

L'apprentissage du métier est centré sur l'établissement d'un diagnostic. Avant que de soigner cela consiste à identifier, lors de l'examen médical, les symptômes et de les relier à un ou plusieurs agents pathogènes. Cela peut être un agent infectieux, une défaillance physiologique, l'effet sur l'organisme d'une substance, d'une agression physique ou psychique... Le médecin identifie le lien entre une cause (l'agent ou la situation pathogène) et une manifestation morbide (la pathologie).

En ce sens, le lien entre une situation professionnelle et son effet sur la santé n'est qu'un diagnostic comme un autre. Le fait que le conseil de l'ordre en fasse une question particulière repose, semble-t-il, sur une position idéologique qui assimile l'entreprise à une famille et le chef d'entreprise au pater familias. Elle est alimentée par le vieil interdit hippocratique de l'immixtion du médecin dans la vie de la famille. Or, le travail participe, et cela est particulièrement vrai dans notre société, à la santé sociale, troisième terme parfois oublié de la définition de la santé par l'OMS. À l'exception d'une position idéologique rien ne justifie rationnellement l'interdit du diagnostic entre le travail et une manifestation pathologique.

Tout d'abord, examinons la question de la validité d'un diagnostic. Pour qu'un diagnostic soit considéré comme valide le médecin doit avoir réuni deux conditions : il doit avoir acquis une compétence dans le domaine considéré et déployé les moyens nécessaires au diagnostic. La question que doit se poser tout médecin, du travail ou autre, est de savoir si il a personnellement la compétence et déployé les moyens pour aboutir au diagnostic du lien santé/travail.

Dire qu'il faudrait constater sur place pour pouvoir témoigner est une absurdité, voire un constat d'ignorance. Cela voudrait dire qu'on ne peut faire le diagnostic de maladie infectieuse sans avoir vu au microscope l'agent pathogène. C'est précisément pour contourner cette difficulté que le cheminement diagnostique comprend ce temps essentiel que nous nommons « l'anamnèse » du grec « faire remonter les souvenirs » qui consiste à remonter dans le temps du sujet avec lui dans une recherche de compréhension commune pour reconstruire le processus pathologique.

Par exemple, si un généraliste est implanté dans une commune et examine les salariés d'une entreprise située dans son périmètre (mais aussi un psychiatre dans une situation semblable), il va pouvoir à partir de cet exercice en croisant les observations et en s'informant pouvoir acquérir la compétence et déployer les moyens d'un diagnostic pertinent. Pour illustrer le propos je vous invite à consulter le site de l'association pour la charge des maladies éliminables (http://www.sic-apcme.net/) composée de médecins généralistes de la région de Port de Bouc qui ont mis en place le repérage des cancers professionnels en déployant compétence et moyens.

### UN CONTEXTE DE PRATIQUES CLINIQUES RECONNUES INSTITUTIONNELLEMENT ET IGNORÉ PAR L'ORDRE DES MÉDECINS

Au milieu des années 1980, se mettent en place en Europe des organisations du travail liées à la forme libérale de l'économie qui vont progressivement couvrir la totalité des entreprises de plus de cinquante salariés. Une nouvelle manière de conduite d'entreprise, le management, voit le jour.

Avançant dissimulé derrière un écran de mots (professionnalisme, employabilité, qualité,...), le management progresse irrésistiblement parmi et à l'intérieur des entreprises. Il met en œuvre des moyens qui relèvent souvent de l'individualisation et de la mise en concurrence des travailleurs, de l'intensification du travail qui ne permet plus de temps morts, de l'instrumentalisation des corps (réification) et des esprits (emprise).

Disparition des marges de manœuvre et des espaces d'échanges, destruction des collectifs professionnels, induisent perte de sens et de l'objet du travail et de sa qualité. L'isolement et l'arrêt de la pensée critique, voire l'endoctrinement, les tricheries constantes dissimulées pour atteindre des objectifs disproportionnés, au regard des moyens, l'absence de reconnaissance engendrent souffrance et culpabilité et favorisent les passages à l'acte auto ou hétéro agressifs et à des conduites ou stratégies défensives à l'issue souvent délétère.

Les altérations de la santé qu'induisent les organisations managériales ne sont donc pas des effets collatéraux amendables mais des conséquences consubstantielles de ces organisations. Les effets sur la santé des travailleurs sont tellement graves et visibles que la puissance publique met, ellemême, en place des moyens de rendre visibles les causes et les effets.

Ainsi, à partir de 1994, l'enquête SUMER(1) comporte t'elle des questions sur les « contraintes organisationnelles et relationnelles » dans laquelle le médecin qui remplit le questionnaire pour chaque travailleur interrogé doit identifier le lien entre la santé et ces facteurs de risques en répondant à la question : « Selon vous, les conditions de travail réelles du salarié comportentelles un ou plusieurs risques de pathologie (du fait de son travail) ?(...) Si oui, rappeler ci-dessous l'agent ou la situation à l'origine de chacun de ces risques(...) ».

Le ministère du Travail met en place, la même année, un groupe de travail, auquel je participais, sur les effets des nouvelles formes d'emploi et de travail sur la santé des travailleurs(2).

Alors que ces questions sont l'objet de commissions de la Représentation nationale, confronté à la persistance et à la gravité des atteintes à la santé, notamment dans les entreprises dénationalisées, le ministère du travail met en place en 2008 un « Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (SRPST) » qui dans son rapport, donne une définition de l'expression « risques psychosociaux »(3) et stabilise une description rationnelle des facteurs de risque psychosociaux autour de six axes. Je signale au passage que le Dr Huez faisait partie des « personnalités scientifiques » auditées par cette commission. Parallèlement, des études mettent en lumière le caractère délétère de certaines organisations nouvelles en Europe (notamment le lean management : « management maigre »)(4).

- 1- « L'enquête Sumer 1994 a été conçue par la DARES et la DRT afin de connaître, au niveau national et local, les nuisances auxquelles sont exposés les salariés pendant leur travail pour définir des politiques de prévention et des priorités de recherche. Elle a été réalisée entre juin 1994 et juin 1995 par les inspections médicales régionales et les médecins du travail ». Site du ministère du Travail. Cette enquête récurrente comporte également depuis 2003 un auto-questionnaire sur le vécu des travailleurs au travail
- 2- « Identités-santé, insertion sociale, et nouvelles formes d'emploi et de travail », Mission de recherche et expérimentation (MIRE), Groupe de travail, ministère du Travail et des Affaires sociales, 1995.
- 3- « Par conséquent, il convient de considérer que ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine : les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. », « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », p.31.
- **4-** « Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'union européenne : des situations contrastées selon les modes d'organisation », A. VALEYRE, Centre d'étude de l'emploi, novembre 2006.

### RDRE DES MÉDECINS, PLAINTE D'EMPLOYEUR, SANTÉ DU PATIENT ET SECRET MÉDICAL

Médicalement, longtemps résumés par la psychotechnique, les travaux sur les rapports de la santé mentale avec le travail prennent un tour nouveau au milieu du  $20^{\text{ème}}$  siècle. La psychopathologie « du travail » reçoit son nom en 1951 de P. Sivadon chef de file avec C. Veil de l'École psychiatrique d'hygiène mentale au travail et acquiert le statut d'une psychopathologie des conditions sociales avec Louis le Guillant.

On observera qu'historiquement les premiers éléments du diagnostic étiologique n'émanent pas de la médecine du travail mais de la psychiatrie. L'institution médecine du travail fait alors peu de cas de ces travaux.

Depuis 1980 s'est développé en médecine du travail, petit à petit, un travail clinique d'une partie des médecins du travail principalement dans le cadre de l'association professionnelle *Santé et Médecine du travail : SMT*(5) qui se structure autour de réunions de médecins du travail sur leurs pratiques autour de cas cliniques : les « monographies ».

Ce qui caractérise ces cliniciens c'est l'appropriation dans leur travail clinique médical des sciences du travail (ergonomie, psychodynamique du travail, psychologie clinique de l'activité) dans lesquelles la plupart ont acquis des compétences en se formant, soit dans des cursus universitaires soit dans des séminaires spécifiques, notamment dans le cadre du Conservatoire National des Arts et Métiers et de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales mais aussi dans des colloques (par exemple, Colloque national puis Congrès de psychopathologie du travail).

Ce travail clinique se cristallise notamment dans la revue de l'association, Les *Cahiers SMT*, adressée à 1 000 lecteurs. La revue est distribuée gratuitement lors des congrès de médecine puis de santé au travail, puis en accès libre sur le site de l'association(6), mais également dans des ouvrages collectifs dont le D<sup>r</sup> Huez fera partie des coordonnateurs soit sur des questions de psychopathologie du travail, soit sur leur métier confronté aux nouvelles organisations du travail(7).

Les médecins du travail s'organisent également dans certaines grandes entreprises, telle que celle dans laquelle le D' Huez et moi-même avons exercé.

5- Sur l'histoire de l'association : « Délibérer et construire le métier de médecin du travail », Dominique H∪EZ, président de l'association Santé et Médecine du travail, publié dans La Revue des professionnels de la Santé au Travail, du SNPST, n°7, mai 2013, pp 32-34, www.snpst.org/IMG/pdf/revue\_du\_jst\_no7-2.pdf

#### 6- http://www.a-smt.org/accueil.html

7- Souffrances et précarités au travail, paroles de médecins du travail, éd. Syros,1994; Femmes au travail, souffrances vécues, éd. Syros, 2000; Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, éd. Syros, 1998

Ainsi dès 1991, un groupe de travail national, auquel nous participons, réunit les médecins du travail de cette entreprise, dont certains obtiennent la mise en place d'une dizaine d'enquêtes de psychopathologie du travail par des spécialistes extérieurs de 1991 à 2003.

Déjà formés à l'ergonomie dans l'unité du P<sup>r</sup> Wisner au CNAM, qui comporte notamment un certificat de psychopathologie du travail, le D<sup>r</sup> Huez et moi-même suivons plusieurs séminaires de formation dans ce domaine à l'EHESS à la fin des années 1990.

Le D<sup>r</sup> Huez sera à l'origine, avec les autres délégués professionnels des médecins du travail de l'entreprise, de la mise en place d'une veille médicale sur les risques psychosociaux dont le principe est de colliger les cas individuels d'atteinte à la santé mentale avec l'obligation, pour chaque cas individuel rapporté, de qualifier le lien entre la santé et des éléments précis de l'organisation du travail qui en sont l'étiologie. Le D<sup>r</sup> Huez sera également l'auteur d'un ouvrage d'information du public en 2008.

Certaines sociétés de médecine du travail relaient et participent à ce travail clinique. Ainsi la société de médecine du travail de la région Centre, dont le D<sup>r</sup> Huez est à l'époque président, SMTVL, co-organise, en 2008, le 30<sup>ème</sup> Congrès de médecine du travail, à Tours, sur les thèmes : « Femmes, travail et santé, Évaluation des pratiques professionnelles en médecine du travail, Veille en santé mentale au travail, Pénibilité et usure au travail, Savoir-faire clinique et action en médecine du travail ».

L'association SMT est avec d'autres organisations à l'origine d'une association de développement professioncontinu et d'évaluation des professionnelles, l'association E-Pairs, agrée par la Haute Autorité de Santé. Cette association organise depuis 2009 des colloques qui visent à exposer des thèmes ayant trait au métier de médecin du travail(8). Notamment en 2013 et 2014 elle organise, avec l'association SMT, deux colloques le premier sur « La clinique du travail : contribution à la médecine du travail » et le deuxième sur « Les écrits des médecins du travail et les liens santé travail ». Parallèlement, sur les mêmes bases théoriques, se mettent en place, dans le cadre de consultations hospitalières de pathologie profes-

<sup>8-2009: «</sup> Quelles pratiques professionnelles pour construire le lien santé-travail ? », 2010: « Veille médicale et pratiques professionnelles pour la mise en visibilité des liens santé et travail », juin 2011: « La clinique médicale du travail pour l'action en milieu de travail inaptitude et consentement éclairé du salarié », décembre 2011: « Approche clinique au sein des équipes coopératives en santé travail », juin 2012: « Pénibilité et usure, traçabilité: Instruction du lien santé travail », décembre 2012: « Coopération clinique en santé au travail focus TMS et RPS »

sionnelle mais également sur le mode associatif et mutualiste, des consultations de psychopathologie du travail.

Je conclurais en rappelant que l'article 27 de la Loi sur le dialogue social, l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle, dans les conditions prévues aux quatrième et avant-dernier alinéas du présent article... »

### UN DÉFAUT DE COMPÉTENCE DE L'ORDRE DES MÉDECINS EN MATIÈRE DE PLAINTES D'EMPLOYEURS QUI FAIT COURIR UN RISQUE AUX INSTANCES DISCIPLINAIRES

Or, dans un rapport de 2006 approuvé par le CNOM et toujours accessible et présent sur le site de l'institution, et qui constitue le principal argument des conseils juridiques liés aux employeurs pour poursuivre les médecins devant les instances disciplinaires.

il est écrit : « 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 formule constitue en elle-même une atteinte particulièrement grave à la déontologie médicale. Aucun médecin de peut intervenir sur les pratiques d'un autre médecin l'exercice étant personnel et indépendant. Tout désaccord entre praticiens doit donner lieu à un échange.

Cet empiètement sur les pratiques n'est pas conforme au rôle réglementairement défini du CNOM qui est limité « au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, (...) et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie prévu à l'article L.4127-1 ».

En droit, l'Ordre des médecins n'est donc pas compétent réglementairement pour dicter les pratiques aux médecins. Ainsi, même la Haute Autorité en Santé, dont un des rôles consiste précisément à guider les pratiques médicales, ne s'autorise que des recommandations dans ce cadre.

En outre, on peut légitimement s'interroger sur les compétences techniques des rédacteurs de ce rapport. Mrs Boissin et Rougemont, rédacteurs du rapport, ne

sont pas des praticiens spécialisés en médecine du travail ou en pathologie professionnelle. Ils ont donc personnellement contrevenu à l'article **R.4127-70 du Code de santé publique** : « Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. »

Que signifie le maintien de ce rapport dans un contexte où la Loi reconnaît la nécessité de constater et d'aider à la reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail.

Faut-il voir dans cette position une manifestation de ce que le philosophe Robert Misrahi, dans son ouvrage La signification de l'éthique consacré à l'éthique médicale, désigne comme les insuffisances des déontologies professionnelles qui « sur une base d'un appel à la responsabilité (...) se bornent pourtant à reconduire tautologiquement des conceptions latentes et non fondées des professions concernées (...) qui auraient défini leur impératif catégorique à partir d'une conception professionnelle antérieure et arbitraire. »

Cet ouvrage qui a précédé la réforme décisive du Code de la santé publique de 2002 qui consacre le droit du patient et le place au centre du système de santé publique précise par ailleurs que la responsabilité du médecin est uniquement engagée vis-à-vis de son patient et de son droit à son « bien-être existentiel ». Or, précisément depuis 2002, la Cour de cassation a défini l'obligation d'un employeur comme une obligation de sécurité de résultat et la jurisprudence considère comme un délit le harcèlement moral institutionnel.

Droit du patient au cœur de l'exercice médical, obligation de résultat des employeurs en matière de santé des salariés, caractère pathogène de l'organisation du travail ce sont ses évolutions que semblent ignorer ce rapport mais aussi la position de principe de recevoir les plaintes d'employeurs c'est-à-dire des responsables potentiels de processus pathogènes.

### TOUT MÉDECIN DOIT OBLIGATOIREMENT ALERTER ET TÉMOIGNER

Ainsi que le précise le Code de la santé publique valant Code de déontologie médicale :

Article R.4127-44 : « Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. »

On peut également considérer l'article R.4137-50 qui précise : « Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. »

Et l'Article L.461-6 du Code de la Sécurité sociale : « En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel... »

### IL EXISTE UNE BASE RÉGLEMENTAIRE QUI SOUTIENT LE FAIT QUE LES MÉDECINS DU TRAVAIL SONT HABILITÉS À ÉTABLIR UN LIEN ENTRE DES SYMPTÔMES ET UNE SITUATION PATHOGÈNE AU TRAVAIL

Si on examine les textes réglementaires la position du CNOM devient particulièrement absurde : ainsi, l'article L.4622-3 du Code du travail précise notamment que « Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail... » Comment éviter toute altération de la santé du fait du travail sans faire le lien entre la santé et le travail ?

Plus précis encore l'article R.4624-16 du Code du travail stipule : « Le salarié bénéficie d'examens médicaux périodiques, au moins tous les vingt-quatre mois, par le médecin du travail. Ces examens médicaux ont pour finalité (...) de l'informer sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire ». Comment informer des conséquences des expositions du poste de travail sans faire le lien entre la santé et le travail ?

L'article L.4624-3 du Code du travail impose au médecin dès lors que plusieurs salariés sont victimes de signaler ce risque par écrit à la communauté de travail et à l'inspection du travail.

Bien évidemment le signalement n'est en aucun cas individuel ce qui transgresserait le secret médical mais c'est une alerte collective pour indiquer le risque et les façons de s'en protéger à toutes les parties dont le CHSCT. Comment le faire sans faire le lien entre le travail et la santé ?

### **EN CONCLUSION**

La présente procédure devrait vous amener à réfléchir au caractère très inapproprié d'instruire des plaintes d'employeurs par les institutions dont dépend la présente instance.

Le fondement des procédures disciplinaires de l'ordre des médecins concerne les rapports des médecins entre eux ou entre eux et leurs patients.

Je souhaite, comme médecin, que vous preniez conscience des risques que fait courir à votre institution le caractère d'exception que lui confère la nature de ces plaintes.

Ce CAHIER n°31 m'a intéressé(e) : Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 20 € et je réserve le CAHIER n°33 (à paraître courant 2017)

Règlement à l'ordre de Ass. Santé et Médecine du Travail 25 rue Edmond Nocard 94410 SAINT MAURICE

# LA CONDAMNATION DU D<sup>R</sup> RODRIGUEZ CONFIRMÉE PAR UNE DÉCISION « D'ANCIEN RÉGIME »

D' Alain Carré, coordonnateur pour l'association SMT de la Pétition de défense des médecins poursuivis au Conseil de l'Ordre par des employeurs

**Résumé**: La décision de l'instance nationale disciplinaire de l'Ordre des médecins confirme la condamnation du D<sup>r</sup> Rodriguez. Alors qu'elle devrait reposer sur l'établissement de la vérité elle relève au contraire du régime des opinions. Parmi les dénis de droit qu'elle comporte trois d'entre eux sont particulièrement graves:

- La déontologie médicale étant fondée exclusivement sur l'intérêt de la santé du patient un médecin ne peut être condamné que dès lors qu'il manque à ses devoirs vis-à-vis du patient. L'interprétation des chambres disciplinaires abandonne cet ancrage incontournable pour se faire le défenseur d'un tiers absolu à la relation médicale.
- Dès lors qu'elle n'est pas précédée d'une investigation autonome destinée à élaborer une position indépendante sur des faits reprochés à un médecin relevant d'une mission de santé publique et a fortiori si le CDOM se contente de reprendre verbatim les griefs du plaignant, cette plainte d'un conseil de l'Ordre, qui constitue en fait un portage de la plainte irrecevable, constitue un abus de droit en tentant de contourner les dispositions de l'article L.4124-2.
- Ne pas considérer que le procès d'opinion que comporte la décision de l'instance régionale rende cette décision sans consistance en droit ignore qu'aucune décision de droit ne peut reposer sur des arguments d'opinion, a fortiori quand ils sont constitutifs d'un délit, et que leur présence en détruit la pertinence.

L'instance disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins a donc choisi de confirmer, en appel, la condamnation du D<sup>r</sup> Jean Rodriguez, médecin psychiatre.

Le report *sine die* de deux appels concernant les D' Huez et le D' Berneron et cette condamnation pourraient être une tactique de l'Ordre. Alors que l'Ordre et

ses juridictions ont dû reconnaître « du bout des lèvres », le bien-fondé de l'établissement du lien entre la santé d'un salarié et son travail par un médecin du travail, le rapport scandaleux de 2006 n'a toujours pas été corrigé et pèse encore sur les autres praticiens.

Le Code de déontologie n'a pas pris en compte la question du travail. Du fait de cette absence, ignorant le droit du travail et le Code de la Sécurité sociale, l'Ordre des médecins assimile l'entreprise à la famille, et se place au cœur de la question sociale en la déniant et en agissant en lieu et place des textes et cadres de droit.

Ces instances n'échapperont pas, à terme, à une réforme de leur fonctionnement irrespectueux du droit. C'est l'entêtement de l'Ordre à instruire des plaintes d'employeurs qui conduira à cette issue.

Comment une Haute Cour — le Conseil d'État —, le Conseil constitutionnel ou la Cour Européenne des Droits de l'Homme pourraient-elles accepter les dénis de droits de ces instances disciplinaires ? Ainsi il faut le rappeler :

- La recevabilité des plaintes ne fait l'objet d'aucune instruction réelle par les conseils départementaux de l'Ordre. En premier lieu, les faits allégués par les employeurs plaignants ne sont, à aucun moment, l'objet d'investigation pour en vérifier la réalité.
- ➤ La conciliation organisée par le CDOM entre l'employeur et le médecin mis en cause ne respecte pas le droit à se défendre. Astreint au respect du secret médical, le médecin est mis dans l'impossibilité d'expliquer ou de justifier ses actions et ne peut le plus souvent ni infirmer ni confirmer les dires du plaignant.
- > Aucune instruction des faits et des griefs, à charge et à décharge, fondée sur des faits vérifiés

n'est établie par les CDOM avant transmission aux instances disciplinaires régionales.

➤ Alors que le secret médical, garanti par l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, ne connaît pas d'exception, l'employeur cite abondamment des faits qui en relèvent. Mais cela ne dispense pas les membres des instances de le respecter, comme médecins, en référence aux dispositions du Code de la santé publique concernant, notamment leurs devoirs déontologiques.

➤ La nature et la rédaction des décisions des instances disciplinaires, dont les membres devraient rédiger une déclaration d'intérêt dès lors qu'elles délibèrent sur des plaintes de tiers non patients, manquent souvent d'impartialité.

Outre des entorses au droit problématiques, l'analyse de la décision concernant le D' Rodriguez révèle une interprétation de la déontologie médicale qui ignore le patient, l'incompétence de l'instance sur la valeur et la pertinence du diagnostic, qui découle de l'absence d'instruction factuelle ou clinique.

La Chambre disciplinaire nationale ne délibère pas sur des faits, mais sur l'imagination partiale de ce qu'ils pourraient être et ses conclusions ne relèvent plus du domaine de la vérité mais du régime des opinions.

# UNE CONCEPTION DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE QUI IGNORE LE PATIENT

L'unique référence, non seulement contemporaine mais également historique, de la déontologie médicale est l'intérêt de la santé du patient. Cette référence incontournable est parfaitement exprimée dans le Code de déontologie médicale pour ce qui concerne l'indépendance des médecins salariés (R.4127-95 du CSP). Le médecin « doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ».

Comme dans toutes les procédures des plaintes d'employeur, à aucun moment, ces instances n'ont le souci d'entendre le patient. Alors que c'est vis-à-vis de ce patient que le respect de la déontologie par le médecin mis en cause doit être examiné.

Cette inversion des valeurs de la déontologie médicale permet d'affirmer à l'instance disciplinaire nationale que c'est parce qu'il « contreviendrait à l'obligation de moralité » que le D<sup>r</sup> Rodriguez serait fautif. Or précisément, de quelle immoralité serait-il coupable vis-à-vis du patient alors que l'action médicale plurielle du D<sup>r</sup> Rodriguez pour ce patient lui a aussi permis de respecter son obligation déontologique d'ouvrir des droits médi-

caux sociaux pour son patient? Le reproche d'immoralité ne concerne-t-il pas plutôt des instances pour lesquelles ce n'est plus l'intérêt de la santé du patient, mais l'intérêt de l'employeur, appelé à répondre devant la justice de faits pouvant être graves, qu'elles s'efforcent de défendre. Est-il nécessaire de rafraîchir leur mémoire en rappelant que cette même instance d'appel, démentie par le Conseil d'État, avait blanchit un psychiatre qui avait rendu publique, notamment à l'employeur, une « autopsie psychique » d'un salarié qui s'était suicidé?

## L'INCOMPÉTENCE CLINIQUE DE LA DÉCISION

Sans avoir instruit à aucun moment contradictoirement les faits, ni vérifié la compétence et les moyens déployés par le D<sup>r</sup> Rodriguez, c'est à dire sans s'être assuré que le diagnostic est cliniquement fondé, cette docte assemblée déclare que le rapport du D<sup>r</sup> Rodriguez est **tendancieux** et le certificat médical **de complaisance**.

Volontairement la Chambre disciplinaire nationale confond l'activité diagnostique clinique, et les faits relevant d'une anamnèse professionnelle dont les médecins ne certifient jamais la réalité, ce qui n'est pas leur fonction. Car les médecins instruisent en engageant leur compétence et responsabilité, le lien de causalité entre la pathologie et des éléments qu'ils jugent explicatifs après instruction clinique. L'instruction médicale du lien entre la santé et le travail ne saurait être assimilée à la rédaction des certificats descriptifs de coups et blessures comme veut-nous le faire croire le Conseil de l'Ordre.

Le diagnostic médical, par le D<sup>r</sup> Rodriguez, d'une pathologie générée par un processus délétère en lien avec le travail a été énoncé dans l'intérêt exclusif de la santé du patient. Il a respecté les seules conditions qui s'imposent à lui : l'examen clinique du patient qui lui a permis un diagnostic médical à la hauteur de ses compétences et moyens déployés. Pour prendre en compte une pathologie psychique, en référence notamment à la séméiologie en psychiatrie, il a déployé une clinique médicale prenant en compte la subjectivité du patient. Cela était essentiel pour « éclairer » les faits professionnels mis en lumière par le patient au titre de l'anamnèse de sa pathologie et se retrouve dans les écrits du médecin. L'Ordre des médecins n'a pas eu accès au dossier médical du patient qui ne l'a pas autorisé. On peut même dire que le reproche scandaleux qui a été fait au D<sup>r</sup> Rodriguez d'être « personnellement engagé dans des actions menées aux côtés d'organisations syndicales ayant pour objectif de combattre "la souffrance psychique" au travail », sur lequel nous reviendrons, assoie, s'il en était besoin, sa compétence à travers les enseignements que ces contacts lui apportent.

## L'ABSENCE DE LÉGALITÉ DE LA DÉCISION

- > L'acceptation par les instances disciplinaires de la recevabilité de la plainte du conseil départemental de l'Ordre des médecins du Vaucluse en substitution de la plainte de l'employeur valide un artifice illégal destiné à contourner l'article L.4124-2 du Code de la santé publique.
- ➤ Comme médecin hospitalier, le Dr Rodriguez ne peut être poursuivi que par une autorité publique ou par un conseil de l'Ordre. Cela signifie que c'est sous leur propre responsabilité que ces institutions traduisent les médecins chargés d'un service public devant les instances disciplinaires. Cela implique une instruction des faits indépendante qui permette une prise autonome de décision.
- ➤ En prenant les termes de l'article au pied de la lettre et sans discernement, l'instance d'appel feint d'ignorer que le conseil départemental du Vaucluse a complaisamment servi de portage à la plainte d'employeur, puisqu'il n'a pas déployé d'investigation autonome des faits allégués. En témoigne la reproduction quasi parfaite des termes de la plainte d'employeur dans celle du conseil départemental.
- Alors qu'il ne pouvait ignorer qu'une instruction de justice était en cours, le conseil départemental aurait pu attendre que celle-ci soit jugée et à l'issue entendre le patient avec son accord. Au contraire, en se contentant de reproduire la plainte de l'employeur, il commet un abus de droit dont, en l'absolvant, les instances disciplinaires deviennent complices.
- La décision n'est pas fondée sur la vérification de la réalité des faits dont le Dr Rodriguez atteste, mais sur l'opinion des membres de l'instance disciplinaire: selon l'instance, n'ayant à sa disposition ou diligenté aucune instruction ou investigation complémentaire autre que de pure procédure, il n'y aurait pas de processus délétère de l'organisation du travail dans l'entreprise dont le CDOM relaie la plainte de l'employeur, il n'y aurait pas de processus de harcèlement, il n'y aurait pas de faits générateur d'un accident du travail. Alors qu'il devrait être partie prenante puisque sa santé est en jeu, aucune de ces instances n'a pris la peine d'entendre le patient même si elles ne pourraient en faire état. La reprise des plaintes d'employeurs par l'Ordre fait très généralement suite à une affaire prud'homale en cours, ou une instruction AT-MP, origine directe de la

plainte d'employeur. La mise en cause de la réalité de faits éventuels référés de bonne foi par un médecin pour contextualiser son diagnostic, relève alors d'instances juridiques permettant de les instruire de façon contradictoire. Ces instances ont seule valeur probatoire car elles déploient une instruction ou des débats contradictoires pour prendre en compte ou non les éléments du travail énoncés par le médecin comme pouvant être en lien avec la pathologie médicalement constatée. Que vaudra alors la présente décision si elle était contredite par une juridiction de droit ? N'ayant pas instruit pareillement les faits et ne reposant que sur les opinions la décision est irrecevable.

- ➤ La décision argumente sur des écrits transmis par un tiers et relevant du secret médical : malgré le souci, visiblement inspiré par la crainte de se voir accusée de rupture de secret médical, de ne citer qu'un minimum des termes des écrits du Dr Rodriguez, l'instance les cite toutefois. Elle considère, dans sa décision, des éléments du dossier médical transmis par l'employeur. Or plusieurs arrêts de la Chambre sociale de la Cour de Cassation mettent en cause la production par un employeur de documents appartenant au dossier médical. Du fait de la violation systématique du secret médical liée à ce type de plainte, secret qui rend impossible pour le médecin de se défendre, la décision fondée sur de tels éléments est irrecevable.
- La décision minimise le procès d'opinion de l'instance régionale alors que constituant un délit, il devrait invalider sa décision : le reproche fait au D' Rodriguez d'être « personnellement engagé dans des actions menées aux côtés d'organisations syndicales ayant pour objectif de combattre la "souffrance psychique" au travail » en première instance est jugé « regrettable » et écarté au motif qu'il serait « sans incidence sur le bien-fondé de la décision » alors que ce préjugé est inadmissible, constitue un délit et a influencé la décision de la première instance. L'instance d'appel en ignorant ce motif essentiel de révision rend sa décision irrecevable.

Depuis plus de deux siècles, en France, la Justice, ne repose plus sur les préjugés ou les opinions mais sur la recherche de la vérité. Elle instruit des faits, à charge et à décharge, respecte les droits de la défense, n'accepte de prendre en compte que des éléments légaux, s'interdit de juger des opinions. C'est sur l'envers de ces principes, ce qui caractérisait la « justice d'ancien régime », que la décision, condamnant en appel le Dr Rodriguez, est fondée.

# LE FONCTIONNEMENT D'EXCEPTION DES INSTANCES DISCIPLINAIRES DE L'ORDRE DES MÉDECINS RÉVÉLÉ PAR UNE NOUVELLE AFFAIRE DE PLAINTE D'EMPLOYEUR

Alain CARRÉ, coordinateur de la pétition de soutien aux médecins du travail faisant l'objet de plaintes d'employeurs irrecevables devant l'Ordre des médecins

Pour l'association Santé et Médecine du travail, http://www.a-smt.org/

Pour les années 2013, 2014, 2015, trente affaires nous sont connues. Ce chiffre devrait être multiplié au minimum par dix pour refléter la réalité.

Deux plaintes d'employeurs ont été examinées par l'instance disciplinaire régionale Île-de-France, concernant le Dr Djemil, pour avoir remis, à des salariées de deux entreprises, copie de leur dossier médical (conformément à l'article L.1111-7 du Code de la santé publique) qui contenait l'étude du poste préalable à l'inaptitude médicale (article R.4624-31 du Code du travail). Les salariées ont produit ces études de leur poste à l'appui de procédures prud'homales pour « harcèlement sexuel ».

Les circonstances de réception et de transmission des plaintes ainsi que la décision de l'instance disciplinaire régionale qui condamne notre collègue à six mois d'interdiction d'exercice, en date du 18 janvier 2016, sont particulièrement révélatrices de l'incohérence juridique du traitement des plaintes d'employeur par ces instances et de leur caractère d'instances d'exception s'affranchissant des principes du droit. Cette condamnation à une peine aussi lourde est une première à notre connaissance et est scandaleuse. Qu'elle touche un médecin femme intervenant en prévention de harcèlement sexuel de salariées est révélateur du peu de cas que fait de cette maltraitance l'Ordre des médecins.

Les faits particulièrement graves, notamment dans un cadre de subordination, auxquels auraient été confron-

tées ces salariées, ont contraint notre collègue à agir pour les mettre en sécurité et ses études du poste se devaient de relater, de façon précise, les faits à l'appui de sa décision. C'est cette rigueur et son dévouement à ses patientes qui lui sont reprochés et qui sont condamnés si durement. La Chambre disciplinaire n'a pas même attendu l'instruction prud'homale d'une plainte pour harcèlement sexuel. L'intérêt du médecin pour la santé de ses patientes est stigmatisé. Sans aucune preuve ni instruction, ses interventions de « sauvegarde » sont qualifiées d'actions de complaisance sans fondements. Le possible harcèlement sexuel relèverait de la chose privée, le rapport de subordination des salariées étant nié, et le médecin du travail est enjoint de ne pas intervenir dans les « affaires de la famille » auxquelles sont assimilées encore une fois les rapports de travail et la condition de salariée.

Plus grave le CDOM de Seine Saint-Denis s'est joint à l'une des plaintes en des termes qui ont valeur de réquisitoire et enfreignent des principes de droit :

- ➤ Il relate des faits qu'il n'a pas vérifié lui-même se contentant de citer des faits rapportés par un tiers en conflit avec un patient.
- ➤ Il cite des éléments couverts par le secret médical (étude du poste d'un salarié préalable à la décision d'inaptitude), ce faisant il contrevient aux dispositions de l'article L.1110-4 du CSP : les seuls pouvant en faire état étant les patients eux-mêmes.

➤ Il disqualifie l'étude du poste comme élément du dossier médical alors qu'elle n'est pas une prise de note personnelle mais constitue le raisonnement clinique (et a de ce fait le même statut qu'un compte rendu d'examen) qui qualifie la décision médico-administrative d'inaptitude.

L'instance disciplinaire régionale Île-de France se distingue par les mêmes travers :

- ➤ Aucun des faits allégués à charge n'ont fait l'objet d'une véritable instruction. Alors qu'il est reproché au Dr Djemil de ne pas avoir pris de distance avec les dires de ses patients, les dires et allégations des employeurs n'ont pas été vérifiés par le CDOM ou l'instance. Que se passerait-t-il, si, comme dans la plainte concernant le Dr Huez, les salariés ont gain de cause devant une juridiction véritable, c'est-àdire qui ne serait pas d'exception ?
- ➤ L'instance cite dans sa décision des éléments couverts par le secret médical qui lui ont été transmis par des tiers et non par les patients eux-mêmes. Peu importe qu'ils proviennent d'une instruction juridique, puisque, comme le rappelle, par ailleurs, elle-même la décision : il n'y a aucune exception pour des médecins au respect du secret médical. Cela résonne avec les doutes de la ministre de la Santé à ce sujet, lors d'une réponse à une question d'un sénateur.

Rappelons également, une jurisprudence de la Cour de cassation (cass. soc. 10 juillet 2002, n° <u>00-40209</u>, BC V n° 251) qui interdit à un employeur de produire en justice un document appartenant au dossier médical d'un salarié. C'est sans doute pourquoi l'instance persiste à considérer que l'étude du poste ne ferait pas partie du dossier médical. Cette assertion est parfaitement erronée en droit et en fait.

C'est d'une étude du poste du salarié, c'est-à-dire non seulement une étude des caractéristiques du poste, mais bien de la capacité du salarié à occuper ce poste, dont il est ici question. Cela implique que cette étude du poste est un élément clinique (une observation médicale comme celle d'un dossier médical de soin) qui permet la prise de décision du médecin du travail et est la trace de la compétence et des moyens déployés pour parvenir à un diagnostic (ici la répercussion sur la santé du poste occupé et de ses conditions réelles).

Notamment l'article R.4127-45 du CSP, est cité à la charge du D<sup>r</sup> Djemil, par l'instance qui considère que les « fiches d'observation » qui sont « personnelles » ne seraient pas communicables. Rien ne permet d'affirmer, à la lecture de l'article cité, que ces notes ne seraient pas transmissibles. Tout au contraire, cette

assertion est contredite par le troisième alinéa de cet article qui dispose que : « Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, ou à ceux qu'il entend consulter, <u>les informations et documents utiles à la continuité des soins.</u> » (souligné par nous). C'est l'intérêt de la santé du patient qui commande ici leur transmission.

Nous ne souhaitons pas alourdir le propos en évoquant la curieuse conception de l'Ordre des médecins sur ce qui serait ou ne serait pas « transmissible » d'un dossier médical alors que l'article L.1111-7 du CSP se suffit à lui-même. On constate en effet que :

- le secret n'est pas opposable au patient ;
- ➤ l'intérêt de sa santé est la seule valeur recevable pour un médecin et conditionne ce qu'il transmet au patient ;
- ➤ la tenue du dossier et les éléments cliniques tracent la responsabilité de moyen du praticien dont il doit répondre vis-à-vis de son patient.

Cela rend dérisoires les tentatives de l'institution de protéger les employeurs.

La pitoyable volonté de différencier les notes personnelles des notes cliniques trouve ses limites dans cette affaire. Tout élément présent dans le dossier médical est transmissible au patient ou à ses ayant droits, dans l'intérêt de sa santé. Faudra-t-il aller en Cour Européenne des Droits de l'Homme pour que soit reconnue cette évidence ?

De plus, dans le cas précis, l'étude de poste est un élément clinique qui établit la pertinence de la prise de décision d'inaptitude et qui sera un des éléments pris en compte par le médecin inspecteur du travail pour confirmer ou infirmer la décision en cas de contestation.

Par ailleurs, les termes mêmes employés dans la décision et leur emphase démontrent l'absence d'objectivité du jugement et l'ignorance de l'importance des éléments subjectifs et de leur compréhension mutuelle, par le médecin et le salarié, en matière de prise en charge des effets des risques psychosociaux par le médecin du travail. Les constats du Dr Djemil sont ainsi qualifiés d'« insinuations et extrapolations extravagantes ».

Alors qu'aucune plainte des patientes ne lui est parvenue, les écrits du D<sup>r</sup> Djemil sont qualifiés par l'instance « d'atteinte à la vie privée » de celles-ci, comme motif à sa condamnation.

On notera également la méconnaissance du droit du travail par l'instance. Ainsi la transmission de l'alerte

prévue à l'article L.4624-3 est ici disqualifiée du fait de sa « large diffusion » alors que la diffusion au CHSCT et à l'inspection du travail mais aussi aux organismes de prévention est prévue par l'article et, depuis 2015, devenue obligatoire.

Parmi les points de droit contestables citons la confusion (au sens juridique et trivial) entre les deux plaintes alors que le traitement des deux plaintes auraient dû être disjoint :

- ➤ Seule une affaire a donné lieu à la décision du CDOM 93 de se joindre à la plainte.
- Dans une des deux affaires la décision d'inaptitude, attaquée par l'employeur, a été confirmée par le médecin inspecteur régional qui a examiné la sa-

lariée et pris connaissance du dossier médical. Cela signifie que la nature des constatations du D<sup>r</sup> Djemil et sa décision ont été confirmée par un deuxième médecin. Cela aurait dû relativiser la plainte de l'employeur.

Le probable conflit d'intérêt des instances de l'Ordre des médecins et des nombreux dysfonctionnements de ces instances d'exception devraient impliquer une réforme profonde, dans la mesure où l'intérêt même de la santé des patients qui devraient pourtant les guider et les principes fondamentaux du droit de la défense n'y sont pas respectés.

Cette affaire confirme, s'il en était besoin, l'urgence pour les pouvoirs publics de notifier l'irrecevabilité des plaintes d'employeurs.

# Lettre ouverte à la ministre de la santé

Depuis plusieurs années, une centaine de plaintes d'employeurs par an aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins, concernent les médecins de tout mode d'exercice dont les écrits visent à porter assistance à leurs patients, qui demandent réparation pour des préjudices qu'ils auraient subis.

Ces plaintes révèlent les dysfonctionnements majeurs en matière de droit des instances disciplinaires de l'ordre des médecins. La définition même de la déontologie médicale fondée sur l'intérêt exclusif de la santé du patient est ici détournée et inversée pour servir l'intérêt de l'employeur contre celui du patient.

Un nouvel exemple, particulièrement scandaleux, de ces dérives concerne aujourd'hui un médecin du travail, le D' Karine Djemil, qui est intervenue pour protéger par des inaptitudes deux salariées en grande souffrance ayant poursuivi leurs employeurs respectifs pour harcèlement sexuel et moral.

Cette femme médecin est condamnée à six mois d'interdiction d'exercer pour avoir fait le rapport entre une souffrance psychologique et un harcèlement sexuel au travail et, en plus, cerise sur le gâteau de l'humiliation, elle se voit imposer une expertise psychiatrique sous prétexte que son interprétation de ce qu'est le harcèlement sexuel serait délirante.

Ce n'est que dans un pays totalitaire qu'on utilise la psychiatrie comme moyen de répression des opposants. Faut-il croire que toutes les femmes qui se disent victimes de harcèlement sexuel ou de viol sont des hystériques affabulatrices et celles et ceux qui leur portent assistance médicale de dangereux déments ?

Cette condamnation montre avec fracas la remise en cause du principe de protection inhérent à l'acte médical.

Qu'un médecin n'ait plus le droit, devant l'expression manifeste et documentée d'une souffrance au travail, de faire le lien avec les conditions de travail, sous prétexte qu'il ne peut en être témoin direct, signifie tout simplement que cette protection n'existe plus. Le nombre de suicides en rapport avec les conditions de travail délétères ne cesse d'augmenter, les tribunaux reconnaissent le lien entre souffrance au travail et conditions de travail en prononçant la condamnation des employeurs, mais l'Ordre des médecins continue de pratiquer sa justice d'exception d'un autre âge, habitée par une ignorance, une volonté de puissance et une partialité insupportables au 21ème siècle. C'est pourquoi, nous demandons la suppression du pouvoir juridictionnel d'exception de l'ordre des médecins.

Interrogée par un sénateur pour mettre un terme à ces dénis de justice, vous avez dû concéder, **Madame la Ministre**, que vous étiez **inquiète de la divulgation** d'éléments liés au secret médical. Qu'attendez-vous pour agir ?

Dans l'attente, il est particulièrement urgent de retirer la possibilité pour les employeurs de porter plainte auprès du Conseil de l'Ordre des médecins. Ils auront la possibilité de saisir la justice ordinaire.

Nous vous demandons par conséquent, en premier lieu, de modifier immédiatement, par décret, l'article R.4126-1 du Code de la santé publique en supprimant l'adverbe « notamment » ce qui revient à rétablir la

version initiale de sa promulgation et mettra fin à ces affaires scandaleuses.

#### **ORGANISATIONS SIGNATAIRES**

UGICT-CGT, Solidaires, SNPST, SMTIEG-CGT, SMG, Réseaux Agir pour la Dignité au Travail et Stop Précarité, l'Appel des appels Midi-Pyrénées, Collectif UGICT CGT des MDT, Ass-SMT, Ass-LaSantéUnDroitPourTous, ASD-Pro

# À L'OPPOSÉ DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE LES INSTANCES DISCIPLINAIRES DE L'ORDRE DES MÉDECINS CHOISISSENT DE SOUTENIR LES EMPLOYEURS AU MÉPRIS DES DROITS DES PATIENTS

## Alain CARRÉ

L'instance disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins a confirmé, en appel, les sanctions imposées au D' Berneron et au D' Huez. L'analyse des décisions permet d'identifier des conceptions de nature juridique, médicale et déontologique totalement opposées à la déontologie médicale. On peut s'interroger sur les conséquences pour le CNOM de l'obstination à nier l'évidence. Toutefois il est clair que l'inexistence de réaction des autorités de tutelle les place en première ligne de responsabilité.

## UNE CONCEPTION ILLÉGALE DU SECRET MÉDICAL

Ces plaintes n'auraient jamais du être reçues, en référence à la nature du secret médical et à l'interdiction de le transgresser ou de tenter d'obtenir des éléments qu'il protège. En effet, pour que des éléments relevant du secret médical soient évoqués il faut qu'ils le soient par le patient lui-même. Cela limite une éventuelle conciliation à un conflit entre un médecin et son patient.

Pour le médecin, le secret est absolu vis-à-vis d'un tiers, notamment sur ce qu'il a compris de la situation. Ce secret existe vis-à-vis d'un autre médecin, sauf dans l'intérêt du patient dans le cadre de la continuité des soins et avec son accord, d'où la transmission des courriers de médecin à médecin par le patient en connaissance de leur contenu.

On peut remarquer, au passage, que la définition déontologique du secret(1) implique la « compréhension » de la situation qui par conséquent relève de la clinique

#### 1- Article R4127-4 du CSP (déontologie)

« Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou **compris**.» (Souligné par nous).

médicale. Il est donc parfaitement licite que figure dans un écrit destiné au patient ou dans le dossier médical ce que le médecin aurait compris de la situation.

En matière de secret médical, Il faut rappeler ici la curieuse conception dont a fait preuve la même instance devant la transmission publique par un médecin psychiatre d'une « autopsie psychique » d'un salarié. Ce médecin avait été relaxé par l'instance nationale.

En résumé, les plaintes d'employeurs sont irrecevables puisqu'elles émanent d'un tiers non impliqué dans la relation médecin-patient. Elles constituent une violation du secret médical puisque l'employeur produit un document concernant la vie privée d'une personne sans avoir recueilli son accord explicite. Le patient est, en droit, le seul dépositaire du secret des informations le concernant.

De fait, ces plaintes constituent une tentative d'obtenir du médecin d'autres éléments relevant du secret en contravention avec l'article L.1110-4 du Code de la santé publique(2), tentative dont les conseils départementaux se rendent complices en organisant une « conciliation ».

#### 2- Article L.1110-4 du CSP (extraits)

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé (...).

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (...) ».

Lié par ses obligations de secret, le médecin mis en cause ne peut se défendre, ce qui contrevient au principe du droit à l'équité des moyens de défense. C'est pourquoi, les plaintes d'employeurs ne relèvent pas des instances disciplinaires de l'Ordre et elles doivent être rendues impossibles dans ce cadre. Les attendus se contentent de nier ces implications sans apporter le moindre argument convainquant pour soutenir les dénégations.

Un récent commentaire juridique des attendus souligne, en outre, le caractère très douteux du raisonnement juridique soutenu par l'instance pour justifier le dépôt de plainte par un employeur. Il relève ainsi la confusion entre « intérêt » et « intérêt à agir », et « intérêt à agir » avec « qualité à agir ».

La substitution des plaintes d'employeurs par celles des CDOM n'est qu'un artifice grossier pour contourner l'irrecevabilité de celles-ci. On remarquera ainsi qu'alors qu'un des médecins mis en cause relève d'un exercice hospitalier, le CDOM se substitue au plaignant sans développer d'analyse qui lui soit propre, se contentant de transmettre *in extenso* la plainte de l'employeur. Ce portage est pourtant explicitement avalisé par l'instance disciplinaire nationale.

# UNE INTERDICTION D'EXPRIMER LE DIAGNOSTIC DU LIEN SANTÉ/TRAVAIL

L'analyse des « certificats » que les attendus des présentes décisions comportent est particulièrement inappropriée. Elle l'est tout d'abord comme commentaire sur les pratiques médicales qui ne relèvent pas des compétences de l'Ordre mais de recommandations d'organismes habilités tels la HAS. Elle révèle surtout soit une mauvaise foi flagrante, soit une ignorance de la clinique médicale, inquiétante pour des médecins.

Rappelons ici, que les écrits mis en cause ne sont pas des documents destinés à être produits en justice mais des énoncés diagnostiques destinés aux patients. Il s'agit de leur permettre de reprendre pied et leur donner les moyens de cette dynamique de cheminement personnel et original vers un état de bien être physique, mental et social qui constitue la santé. Il a été amplement démontré que cette pratique d'écriture reposait sur une clinique médicale spécialisée, la clinique médicale du travail. Toutefois vu le degré de mauvaise foi ou d'ignorance de cette instance, composée pourtant majoritairement de médecins, il est nécessaire de rappeler quelques fondamentaux de l'exercice médical.

Le diagnostic médical a pour objet d'identifier l'origine des pathologies. Lorsqu'il implique la parole du patient ce diagnostic n'a pas vocation à rechercher et à énoncer la vérité, à démêler le vrai du faux de ce que dit le patient mais bien d'analyser ce que ses paroles ont à voir avec sa santé, afin de lui permettre de comprendre ce qui se joue pour lui et que conformément à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique, il puisse faire un choix éclairé la concernant.

Sauf quand il signale explicitement les avoir constatés par lui-même, les faits relatés dans ce cadre ou objets de prise de notes dans le dossier, par un médecin sont ceux qui font sens pour le patient.

Ainsi, aucun psychiatre ne va vérifier et *a fortiori* constater que les traumatismes infantiles relatés par le patient sont véridiques. Ce qu'il doit prendre en compte c'est le caractère traumatique que leur confère le patient ce qui participe ainsi au diagnostic.

En matière de santé mentale au travail, la formation du médecin notamment sa qualité de spécialiste en santé au travail, son expérience clinique, sa connaissance des postes de travail, de l'organisation et l'ambiance de travail dans l'entreprise ou dans d'autres entreprises, ses observations concernant d'autres salariés, participent à la compétence du médecin. Ce faisceau d'éléments pertinents converge vers le diagnostic du lien santé travail et lui permet de se représenter (de « voir ») la sid'affirmer tuation de travail et l'étiologie professionnelle. Ainsi l'affabulation ou le délire s'opposent à ce que le praticien « voit » le travail et permettent de différentier le diagnostic. L'expression écrite de ce diagnostic quelle qu'en soit la forme, même s'il n'est pas destiné à un usage médico-légal, peut alors être produite comme il le souhaite par le travailleur, sa pertinence peut alors être examinée dans ce cadre exclusif.

Ce qui est visé ici par les attendus de l'instance disciplinaire nationale n'est donc pas le prétendu affranchissement des écrits de ce qui serait la « réalité » des faits, la démarche diagnostique n'étant pas une enquête policière, et le caractère établi du diagnostic ne faisant pas de doute. Ce qui est ici stigmatisé c'est la possibilité que ce diagnostic qui porte sur le lien santé travail soit rendu public par le patient. Il faut donc déconsidérer la qualité du diagnostic et dissuader les médecins non pas de faire le lien entre la santé et le travail mais de formaliser le diagnostic pour le patient.

# FAIRE OUBLIER QUE LE FONDEMENT DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE EST L'INTÉRÊT DE LA SANTÉ DU PATIENT DONT IL EST SEUL JUGE

Les interdits du rapport sur les certificats médicaux de 2006 adopté par le Conseil de l'Ordre sont une illustration particulièrement explicite de cette position puisque, notamment, la nature de la relation de travail interdirait au médecin, notamment au médecin du travail (dont c'est précisément le devoir), d'exprimer tout

constat du lien santé/travail : « Lorsque le médecin se voit demander expressément par le patient de mentionner l'affection dont il souffre, il doit être particulièrement prudent. À la lettre, rien ne le lui interdit puisqu'il n'y a pas de secret entre le patient et le médecin. Le plus souvent, ces certificats sont destinés à être versés dans des procédures en cours : divorce, contestation devant le conseil des prud'hommes, pour démontrer que la situation vécue en couple, en famille, en milieu professionnel, était si intolérable qu'elle a affecté l'état de santé de la personne et doit être réparée. Le médecin doit convaincre le demandeur qu'il n'est pas de son intérêt à terme de livrer une telle information(3) qui circulera tout au long de la procédure et dont rien ne permet d'affirmer qu'elle ne lui sera pas opposée plus tard ». Tout se passe comme si, pour l'Ordre, les travailleurs n'étaient pas des patients mais au mieux des mineurs irresponsables ou au pire des objets de production ou de services ce qui exempterait de respecter, vis-à-vis d'eux, la déontologie médicale.

La conclusion va de soi : si le travailleur persiste dans sa demande il est précisé et souligné dans le texte : « 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 ».

# UNE SITUATION PARTICULIÈREMENT PRÉJUDICIABLE AUX TRAVAILLEURS

Même si on ne peut nier un tropisme naturel entre l'Ordre et les employeurs, pourquoi l'Ordre des médecins dont la justification réglementaire est fondée sur le respect de la déontologie médicale adopte-t-il des positions qui sont diamétralement opposées ?

Certes l'Ordre des médecins, qui vit sur la prébende d'une cotisation obligatoire de tous les médecins, est une institution dont le caractère progressiste n'est pas évident. Comment oublier que l'Ordre des médecins est originellement lié à l'institution de 1942 mise en place par le régime de Vichy qui avait interdit d'exercice des médecins d'origine juive ? Plus récemment comment ne pas se souvenir de ses positions défavorables aux droits des femmes, notamment en matière de contraception ou d'interruption volontaire de grossesse ? Faut-il s'étonner que l'incitation officielle faite à l'Ordre de respecter les principes de parité entre les médecins-hommes et médecins-femmes dans les conseils et les instances disciplinaires soit restée lettre morte ?

Nous souhaitons rappeler, comme révélateur de l'état moral de l'institution, que c'est à la demande du président d'une chambre disciplinaire régionale, qui transgresse au passage le secret des délibérations, que le D<sup>r</sup> Djemil par ailleurs très lourdement condamnée par cette instance pour des extraits de dossiers médicaux relatant des faits de harcèlement sexuel, a du subir une expertise psychiatrique. Médecin-femme constatant des faits de harcèlement sexuel de salariées cela ne pouvait être qu'un délire pour ce président dont, comme par hasard, les écrits avaient été cités à l'Assemblée Nationale en appui d'une opposition au « mariage pour tous ».

Que l'Ordre des médecins puisse être qualifié de réactionnaire n'est pas un fait nouveau mais pourquoi l'État n'agit il pas pour empêcher que cette attitude empiète sur les droits légitimes des patients ? Car, ces dérives sont rendues possibles par le caractère d'exception des instances disciplinaires. Ainsi, tout au long de la procédure, aucune instruction vérifiant la recevabilité de la plainte ou les allégations de l'employeur n'est réellement menée. Tout au contraire les faits qui contredisent la version des employeurs sont ignorés. Ici, par exemple, le fait que le tribunal des prud'hommes ait reconnu le harcèlement relaté dans un des écrits est balayé sans démonstration.

Fonctionnement non conforme aux principes du droit, conception contestable du secret médical, abus d'intervention sur les pratiques médicales au prétexte de conformité des écrits, non respect au droit à une défense équitable, si la Cour européenne des droits de l'homme était saisie c'est l'existence même des instances disciplinaires de l'Ordre qui serait en cause. Croyant jouir de l'impunité l'Ordre s'obstine (jusqu'à sa chute ?).

Les véritables victimes de cette attitude de l'Ordre sont les travailleurs, c'est-à-dire les patients, ce qui est contraire aux principes mêmes de la déontologie médicale fondée sur l'intérêt exclusif de leur santé et de leur droit à sa protection. Non seulement, l'avalanche de plaintes rend de plus en plus difficile pour un salarié d'obtenir un constat médical du lien santé/travail, l'empêchant ainsi d'exercer ses droits légitimes dans le domaine de la santé au travail mais elle devient un élément essentiel dans l'éviction des faibles et des victimes du travail qu'a instituée la « Loi Travail ». On comprend mieux l'inactivité de l'État.

En effet, dorénavant, l'inaptitude à tout poste devient une possibilité de sélection médicale de la main-d'œuvre. Le recours contre l'avis d'inaptitude est devenu inaccessible ou hasardeux. Le texte législatif précise que l'employeur est exempté de recherche de poste et

<sup>3-</sup> Souligné par nous et contraire à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique

que sa responsabilité est dégagée dans la survenue de l'inaptitude. Le licenciement est qualifié pour raison personnelle liée au salarié. L'ultime recours, lorsque l'inaptitude est liée aux effets des conditions ou de l'organisation du travail sur la santé du salarié, reposait sur un extrait du dossier médical ou un écrit du médecin du travail permettant d'instruire un éventuel lien de la

pathologie avec le travail. Les plaintes d'employeurs et l'action de leurs complices de l'Ordre ont pour objectif d'annihiler ce dernier droit de recours.

Les médecins qui résistent ne sont donc pas les seuls concernés par l'issue de ces instances, les travailleurs et leurs organisations ont intérêt à agir pour mettre un terme à cette manipulation.

# LES CAHIERS S.M.T.

L'accès à chaque article de quasiment l'accessibles Carriers S.M. T. est en ligne.

L'accessibles Carriers article de quasiment le site internet de l'association

L'accès à chaque article de quasiment le site internet de l'association

L'accès à chaque article de quasiment le site internet de l'association

L'accès à chaque article de quasiment le site internet le site internet l'accessible de l'association l'accessible de l'association l'accessible de l'association l'accessible de l'acces

- 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)
- N°29 Quels métiers et pratiques en médecine du travail (octobre 2015)
- N°30 La coopération médecin et infirmier en santé au travail, et le DPC en santé au travail (octobre 2015)



#### **RÉUNIONS TENUES**

- Journées de Printemps le 19 mars 2016
  - La Sécurité des tiers et les pratiques des médecins du travail
- > 36<sup>ème</sup> Congrès annuel les 12 et 13 décembre 2015 (Paris)
  - La coopération en médecine du travail avec les autres praticiens médecins, du point de vue de la santé au travail d'un patient.
  - Traçabilité des expositions professionnelles et droit du salarié
    à l'information sur les risques d'altération de la santé,
    en médecine du travail.

Vous en trouverez les comptes rendus dans ce Cahier.

#### **ACTIONS**

- Audition par la Commission « Aptitude et médecine du travail » (Issindou) et envoi d'un dossier documentaire. Envoi de la tribune dans *Mediapart* aux parlementaires (députés et sénateurs).
- Face au projet gouvernemental visant le Code du travail et la médecine du travail, nous avons multiplié nos interventions :
  - ◆ Tribunes dans *Mediapart*, articles dans la revue *Santé et Travail*, *Bastamag*, *Newsletter expoprotection*.
  - Articles pour l'association Santé et Médecine du Travail dans diverses revues :
    - 器 « Vers une médecine de sélection médicale de la maind'œuvre ?» , Semaine Sociale Lamy
    - 器 « Instruire et attester du lien santé travail », et « La clinique médicale du travail, une approche pour accompagner les patients et attester du lien santé-travail », Revue Pratiques 器 « Plaintes d'employeurs devant le Conseil de l'ordre des médecins : quand l'incompétence se fait juge de la compétence », Revue Travailler
    - # « La médecine du travail et la protection de la santé des travailleurs en péril : Plaidoyer pour la suppression de l'aptitude et le maintien de la périodicité systématique des visites médicales », Revue Après-demain
    - 策 « Faut-il supprimer l'avis d'inaptitude ? », Revue de droit du travail
- Actions conjointes avec le « Collectif pour la santé des travailleurs et travailleuses », http://neplusperdresavieala-gagner.org/, participation aux États généraux du 16 et 17 mai 2016
- En coopération avec E-PAIRS, réalisation le 20 juin 2016 d'un colloque sur « Les coopérations du médecin du travail avec quatre spécialistes médicaux (généraliste, psychiatre, rhumatologue, consultant de pathologie professionnelle) du point de vue de la santé au travail d'un patient ».

# PROCÈS DES MÉDECINS AUX CONSEILS DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Soutien lors des audiences des D<sup>rs</sup> Berneron, Huez, Rodriguez, Djemil, Zylberberg. Tribunes dans la presse, anima-

tion d'une coordination de pétition et publication de communiqués, lettres collectives aux ministères de la Santé, de la Justice et du Travail (26 janvier 2016)

- ➤ Soutien au MIOP 2016 : Mouvement Médical d'Insoumission Ordinale Partielle.
- ➤ Initialisation d'une action collective de six organisations (ass SMT, SMTIEG-CGT, SMG, ASD-Pro, UGICT-CGT, Solidaires), en appel devant le Conseil d'État, après réclamation préalable au premier ministre non aboutie, pour empêcher la possibilité de plaintes d'employeurs à l'encontre d'un médecin, devant l'Ordre des médecins.

## **PUBLICATIONS**

- ➤ Édition du *Cahier SMT N°29*, octobre 2015 (1 300 exemplaires dont 800 lors du Congrès National de Santé au Travail de juin 2016), « Quels métiers et pratiques en médecine du travail »
- ➤ Édition du *Cahier SMT N°30*, octobre 2015, Actes du colloque de *E-Pairs* avec l'ass-SMT et le SNPST sur « La coopération médecin et infirmier en santé au travail, et le DPC en santé au travail »
- ➤ Édition du *Cahier SMT N°31*, octobre 2016, « Agir pour la seule santé des salariés »
- ➤ Édition du *Cahier SMT N°32*, octobre 2016, Actes du colloque de *E-Pairs* avec l'ass-SMT sur « Les coopérations du médecin du travail avec quatre spécialistes médicaux (généraliste, psychiatre, rhumatologue, consultant de pathologie professionnelle) du point de vue de la santé au travail d'un patient »
- ➤ Mise en ligne régulière de nos textes de réflexions et de nos actions. L'ensemble des *Cahiers SMT*. y sont accessibles : www.a-smt.org

## **DÉCISIONS D'ORGANISATION**

Le 13 décembre 2015, nous avons procédé au renouvellement de nos instances.

Président : Jean-Louis Zylberberg (75)

*Vice-présidents délégués :* Alain Carré (75) – Dominique

Huez (37)

Vice-président(e)s: Josiane Crémon (38) – Annie Loubet-Deveaux (42) – Odile Riquet (69) – 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) — Bernadette Berneron (37) — Martine Besnard (38) — Marie-Andrée Cadiot (69) — Mireille Cellier (01) — Karyne Chabert-Devantay (69) — Jean-Marie Eber (67) — Claude Garcia (94) — Catherine Gondran (92) — Alain Grossetête (69) — Michel Guillaumot (52) — Florence Jegou (49) — Nadine Khayi (82) — Claire Lallemand (37) — Hervé Lescao (92) — Gérard Lucas (44) — Jocelyne Machefer — (49) Brigitte Pangaud (75) — Nathalie Pennequin (75) — Claire Thomassin (94)

#### **ORIENTATIONS 2016-2017**

- Poursuite de nos actions
  - Garder notre éthique face à la nouvelle réglementation de la santé au travail
  - Poursuite de notre participation au « Collectif pour la santé des travailleuses et des travailleurs »
- > Soutien aux médecins poursuivis par l'Ordre des médecins suite à une plainte d'employeur
  - ◆ Agir pour l'abrogation partielle de l'article R.4126-1 du Code de santé publique « en ce qu'il comporte l'adverbe "notamment" afin de contrer les plaintes de toutes les personnes non visées expressément par cet article devant le Conseil de l'Ordre »
- La Journée d'élaboration prévue au printemps 2017



Partage Accueil Solidarité (PSA)
Enclos Rey, 57 rue violet 75015 Paris
M° Emile Zola ou Commerce
Tél. 01 44 37 34 00

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.

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

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

courriel: secretaire@a-smt.org

ou sur le site internet : htpp://www.a-smt.org

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir pages 72 et ci-dessous

# BULLETIN D'ADHÉSION

#### Coupon à renvoyer à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

Tél. 06 79 72 44 30 / courriel : secretaire@a-smt.org / internet : htpp://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 2016

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