

DÉONTOLOGIE MALGRÉ L'ORDRE

LES CAHIERS

S.M.T. N°35

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

SEPTEMBRE 2018

ISSN 1624-6799

HARCÈLEMENT SEXUEL DU FAIT DU TRAVAIL

CLINIQUE DU HARCÈLEMENT SEXUEL
PROFESSIONNEL

UNE PRATIQUE CLINIQUE BOUSCULÉE
DES COOPÉRATIONS À RÉINVENTER

DÉONTOLOGIE MÉDICALE
MALGRÉ L'ORDRE DES MÉDECINS

Éditorial

3

Clinique du harcèlement sexuel professionnel

Harcèlement sexuel : Salariées et médecins du travail accusent employeurs et Conseil de l'Ordre	<i>Karine DIÉMIL</i>	5
De la monographie d'un cas de harcèlement sexuel au travail à son analyse	<i>Benoît DE LABRUSSE</i>	8
Violence managériale et harcèlement sexuel	<i>Karyne CHABERT</i>	14
Double peine	<i>Babara PIC</i>	16
Pourquoi est-il légitime pour un médecin d'instruire le lien entre souffrance et travail ?	<i>Dominique HUEZ</i>	19
Harcèlement sexuel et travail	<i>Karyne CHABERT</i>	22
<i>Compte rendu de la Journée de Printemps de l'Association Santé et Médecine du travail, 19 mars 2018</i>		
Harcèlement sexuel du fait du travail	<i>Karyne CHABERT</i>	26

Une pratique clinique bousculée – Des coopérations à réinventer

Activité clinique et protocoles de l'équipe médicale	<i>Chantal COLLIOT</i> <i>Alain GROSSETETE</i>	29
L'importance d'une clinique médicale individuelle pour la prévention	<i>Dominique HUEZ</i>	32
Expérience d'un réseau <i>Souffrance et travail</i>	<i>Karyne CHABERT</i>	38
L'entretien pluridisciplinaire pour répondre à la demande d'un collectif de salariées		
Les contestations des avis d'aptitude ou d'inaptitude des médecins du travail	<i>Nathalie PENNEQUIN</i>	42
Évolution récente de la réglementation et implications sur les pratiques médicales		
Les protocoles sont-ils l'alpha et l'oméga des nouvelles pratiques des médecins du travail ?	<i>Jean-Louis ZYLBERBERG</i>	44
Contribution au débat sur la traçabilité médicale et collective		
des expositions professionnelles à la lumière du débat sur la pénibilité amputée	<i>Benoît DE LABRUSSE</i>	46
<i>Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail 25 et 26 novembre 2017</i>		
Contribution destinée à la Commission d'enquête de l'Assemblée nationale	<i>Alain CARRÉ</i>	53
La fin de la médecine du travail pour tous ?	<i>Dominique HUEZ</i>	57

Déontologie malgré l'Ordre des médecins

Une décision lapidaire qui démontre l'embarras du Conseil d'État confronté aux instances d'exception des ordres professionnels	<i>Ass-SMT</i>	59
Requête collective devant la CEDH pour faire reconnaître irrecevables les plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins	<i>M^e J.-L. MACOULLARD</i>	60
Traçabilité médicale des diagnostics étiologiques professionnels et Ordre des médecins	<i>Karyne CHABERT</i> <i>Alain GROSSETETE</i>	66
<i>Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail 25 et 26 novembre 2017</i>		
Faciliter une plainte pour « tentative de violation de la vie privée » en alternative à la conciliation ordinale	<i>Dominique HUEZ</i>	68
Harcèlement sexuel au travail, l'Ordre des médecins condamne les lanceurs d'alerte	<i>Ass-SMT</i>	71
Communiqué SMT – SMG (affaire Karine Djémil)	<i>Ass-SMT et SMG</i>	73
La décision de l'instance disciplinaire condamnant le D ^r Djémil incompétence médicale ou parti-pris idéologique ?	<i>Alain CARRÉ</i>	75
L'enjeu véritable de l'acharnement que subit D. Huez	<i>Ass-SMT</i>	78
Le Conseil d'État place l'Ordre des médecins en arbitre social	<i>Dominique HUEZ</i>	79
Après le Conseil de l'Ordre des médecins, le Conseil d'État rend impossible l'exercice professionnel des médecins du travail !	<i>Ass-SMT</i>	86
Les aventures d'un retraité, une matinée à la Cour de cassation	<i>Alain CARRÉ</i>	88
Analyse de décisions des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins		
De graves dysfonctionnements liés à leur statut de juridictions d'exception	<i>Alain CARRÉ</i>	91

Bilan 2017-2018 *Alain RANDON*

É D I T O R I A L

**COMMENT POURSUIVRE LA CONSTRUCTION
DE L'INVISIBILITÉ DES EFFETS DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ ?
NIER LA PAROLE DES TRAVAILLEURS ET SURTOUT DES TRAVAILLEUSES
DANS L'ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC MÉDICAL
DU LIEN SANTÉ/TRAVAIL**

Depuis août 2012, l'article L.1153-1 du Code du travail définit le harcèlement sexuel comme « des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui, soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ». Il assimile également à du harcèlement sexuel « toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers ».

L'article L.1153-5 du Code du travail mentionne que « L'employeur prend toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les faits de harcèlement sexuel, d'y mettre un terme et de les sanctionner ».

L'article 222-33 du Code pénal sanctionne toute personne qui commet des faits de harcèlement sexuel de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. Ces peines sont portées à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende si la personne responsable des faits abuse de l'autorité que lui confèrent ces fonctions.

Parmi les missions des services de santé au travail, l'article L.4622-2 du Code du travail, prévoit qu'ils « conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants, [...] afin de prévenir le harcèlement sexuel et moral ».

Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du travailleur à son poste que « s'il a réalisé ou fait réaliser une étude de ce poste » (article R.4624-42 du Code du travail).

C'est dans ce cadre législatif que notre consœur, le docteur Djemil, effectue les études de poste d'une assistante de direction dans son entreprise en présence d'un représentant de l'employeur et d'une employée administrative d'une autre entreprise dans les mêmes conditions, en vue d'établir les éléments médicaux pour fonder l'avis d'inaptitude médicale à leurs postes.

En mai 2018, la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, qualifie ces études de poste de « rapport tendancieux » car notre consœur n'a pas « constaté des faits précis permettant de déduire l'existence d'harcèlement sexuel avec suffisamment de vraisemblance ». Lors de l'audience, cette chambre refuse d'entendre l'une des salariées, présente et prête à témoigner des faits de harcèlement sexuel subis sur son lieu de travail. Elle condamne notre consœur à six mois d'interdiction d'exercice de la médecine dont trois mois assortis du sursis.

Cette juridiction d'exception, par cette décision, nie la clinique médicale qui prend assise sur l'anamnèse, c'est-à-dire l'interrogatoire médical, en d'autres termes la parole du patient-salarié : en effet, le recueil du motif de la consultation, des antécédents médico-chirurgicaux, du mode de vie et de l'histoire de la maladie sont indispensables pour conclure à un diagnostic médical et en médecine du travail pour établir les liens santé/travail, sans systématiquement avoir recours à des constats dits objectifs de l'examen physique.

Notre consœur le docteur Djemil conclue à une inaptitude médicale « de sauvegarde de la santé » des salariées, en passant par les étapes incontournables de la parole de ses travailleuses et de leurs collègues, en particulier de

leur engagement subjectif avec leur environnement de travail (l'organisation du travail permet-elle encore des régulations par le collectif de travail des tentatives d'atteintes à la dignité des salariées ?). Ces étapes sont constitutives de l'étape ultérieure qu'est l'étude de poste.

Les médecins siégeant dans cette Chambre disciplinaire nationale, garant du respect du Code de déontologie médicale auraient-ils oublié l'article R.4127-11 du Code de santé publique : « Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel. » ?

En effet, en juillet 2007, une enquête en Seine-Saint-Denis sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail⁽¹⁾ auprès de 1 545 femmes est effectuée dans le service de santé au travail interentreprises où exerce déjà notre confrère le docteur Djemil. Cette enquête est publiée en juin 2009 par la Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. 45 % des femmes interrogées au cours de leur consultation de médecine du travail déclarent avoir entendu des blagues sexistes ou sexuelles au travail, dont la moitié d'entre elles de façon répétée. 14 % des femmes interrogées déclarent avoir été l'objet d'avances sexuelles verbales au cours de l'année écoulée (20 % des femmes âgées de moins de 26 ans). 2,4 % des femmes interrogées déclarent que « quelqu'un, contre leur gré, a touché leurs seins, leurs fesses ou leurs cuisses ou « pelotée », soit sur 150 000 femmes travaillant à l'époque en Seine-Saint-Denis, entre 2 500 et 4 500 femmes par an.

Ces connaissances seraient-elles aussi « tendancieuses » pour la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins ?

En juin 2018, le Conseil d'État rejette le pourvoi de notre confrère, le docteur Huez, à la suite de la décision de la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins confirmant la sanction d'un avertissement, suite à l'établissement d'un certificat médical attestant du lien entre la décompensation de la santé d'un salarié d'une entreprise sous-traitante d'EDF et ses conditions de travail.

Le Conseil d'État argumente sa décision avec un premier élément : dès lors qu'un employeur est « lésé de manière suffisamment directe et certaine par un certificat ou une attestation établie par un médecin du travail », une plainte d'un employeur devant le Conseil de l'Ordre des médecins contre un médecin est recevable.

Fort de cette décision, un employeur, quelques semaines plus tard, porte plainte contre un médecin du travail ayant remis un courrier au salarié pour son médecin traitant où il mentionne « une dépression réactionnelle à ses conditions de travail » en vue de poursuivre des soins hors de son lieu de travail. Les conséquences de cette décision aboutissent ici à un obstacle aux soins d'un salarié.

Le Conseil d'État considère-t-il qu'établir un lien direct entre l'aggravation de la santé d'un travailleur et ses conditions de travail est un obstacle à la liberté d'entreprendre ? Le préambule de la Constitution qui garantit à tout citoyen la protection de sa santé serait-elle une « insécurité juridique » pour les employeurs ?

Le second élément du Conseil d'État est de juger du « bon exercice médical » : un médecin établit un certificat « qu'en considération de constats **personnellement opérés par lui** tant sur la personne du salarié que sur son milieu de travail ». La haute juridiction administrative reprend ici les arguments des chambres disciplinaires de l'Ordre des médecins et se fait donc complice de la mise en invisibilité des effets sur la santé d'un travailleur d'une organisation du travail maltraitante.

Finalement, des pratiques médicales prenant en compte des faisceaux d'indices cliniques, une anamnèse du travail et de la santé ne devraient-elles pas être remplacées par des « moyens technologiques innovants », déjà en œuvre dans certains services de santé au travail : LA TÉLÉMÉDECINE ?

Eh bien, NON ! Professionnels de santé, restez à l'écoute des éléments cliniques des patientes et patients-salariés pour poursuivre leur accompagnement, afin de leur permettre une compréhension de ce qui est souvent, au départ une énigme, les liens entre ce qui s'est joué dans leur travail et leur santé, pour qu'ils puissent reconstruire leur « pouvoir d'agir ».

Jean-Louis Zylberberg
Président Association Santé et Médecine du Travail

1— THOMASSIN C. et coll., « Enquête en Seine-Saint-Denis sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail (Enquête vsft-93 » *Travailler* 2009/2 ; (22) : 59-77.

HARCÈLEMENT SEXUEL

SALARIÉES ET MÉDECINS DU TRAVAIL

ACCUSENT EMPLOYEURS ET CONSEIL DE L'ORDRE

Mémoire pour ma défense médicale professionnelle devant la Chambre nationale disciplinaire de l'Ordre des médecins, audience du 11 avril 2018

Karine DJÉMIL

Madame la Présidente,
Mesdames et Messieurs les Membres
de la Chambre disciplinaire nationale
de l'Ordre des médecins

Aujourd'hui, je suis mise en cause par le Conseil de l'Ordre, et je souhaite m'exprimer sur la façon que j'ai eue de travailler, et répondre aux reproches qui me sont faits.

Dans les deux entreprises où je suis attaquée par les employeurs, j'ai été amenée à retirer les salariées de leur travail par une inaptitude médicale afin de préserver leur santé. Le Code du travail (article L.4622-3) assigne au médecin du travail le rôle « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

La situation était la suivante : j'ai été confrontée dans chacune de ces entreprises à la grande souffrance de quatre femmes salariées (deux tentatives de suicide, syndromes dépressifs sévères dont une femme enceinte pour laquelle il y avait risque d'avortement conformément à la littérature) qui toutes m'ont évoquées des situations de harcèlement moral et sexuel. J'estime qu'il n'en a pas été tenu compte par la juridiction de première instance. Les inaptitudes ont été faites en respectant la règle, avec les études de postes faites dans ce cadre là, ce qui m'est aujourd'hui reproché.

Ces deux entreprises que je suis depuis 2007 et 2012 n'avaient adhéré à aucun service avant et l'inspection du travail les y a obligées pour des salariés en souffrance.

Je tiens à dire que mes décisions médicales et mes écrits ont reposé sur l'écoute attentive de tous les salariés depuis 2007 à 2012 et ce sont les études des conditions de travail qui m'ont fait agir et écrire comme je l'ai fait.

Ainsi sur plusieurs années, j'ai été amenée à suivre tous les salariés de l'entreprise « RM » en même temps et successivement. Il en est ressorti des récits concordants de maltraitements psychologiques et sexuelles sous forme de tentatives d'embrasser, de toucher régulièrement les fesses, les seins, de propos sur les anatomies au téléphone avec des collègues, des images de fond d'écran semi cryptées de femmes nues ou en maillot de bain, etc. mais aussi de dénigrement, de reproches, de dévaluation du travail et enfin de menaces sur la pérennité du contrat lui-même que toutes m'ont rapportées.

De la même façon, j'ai été amené à suivre la totalité des salariés de l'entreprise « 1M », et j'ai été amenée à lire des SMS où il était écrit des propos comme « *Je rêve de tes seins, je n'attends que de te coucher dans mon lit, j'ai caressé tes fesses dans mon rêve la nuit dernière, je n'attends que notre première nuit à l'hôtel* », etc., et propos plus crus encore, qui se transformaient ensuite après refus de la salariée en reproches par SMS en tout genre sur son travail (incompétence, fautes au travail sur des rapports anciennement faits correctement, dénigrement, propos rabaisants, humiliants, etc.).

Outre l'extrême gravité des souffrances que j'ai pu constater durant les différentes consultations des salariés de ces entreprises, j'ai pu ainsi vérifier la concordance de leurs témoignages avec un scénario décrit de

façon récurrente : le refus des avances faites accentuait la maltraitance psychologique et l'hostilité.

C'est ainsi que j'ai pu faire mes constats et certitudes sur l'origine professionnelle de la souffrance à partir de tous ces faisceaux d'arguments basés sur les consultations de suivi, dûment inscrits dans les dossiers médicaux du travail de chaque salariée, pour arriver à la conclusion de l'existence d'une organisation du travail délétère dans ces deux entreprises.

J'ai tenu, même en mesurant le danger qui pesait sur la santé des salariés, à faire les trois procédures d'inaptitude définitives en deux temps afin de rencontrer les employeurs, entendre leurs analyses, les problèmes qu'ils avaient pu rencontrer, visiter le lieu de travail, les différents postes, etc. Le directeur de l'entreprise « RM » a beaucoup parlé de l'ambiance et des gestes de séduction qu'il y avait dans l'entreprise en inversant, argumentant que c'est lui qu'on cherchait à séduire, et j'ai été frappée à chaque fois de l'immixtion dans la vie privée des salariés, sans pratiquement aucun commentaire sur le qualité de leur travail, l'assiduité, l'atteinte d'éventuels objectifs fixés, les difficultés rencontrées, etc.

J'ai donc tenu à rencontrer aussi le gérant de l'entreprise « 1M » au cours de la procédure d'inaptitude définitive et là j'ai été surprise de découvrir beaucoup de bouteilles d'alcool en accès libre dans son bureau, une configuration particulière où le bureau de la secrétaire avait été mis dans son bureau à lui sur son ordre. Le gérant s'est énervé pendant l'entretien à l'évocation de la salariée qui avait déposé plainte au commissariat où il avait été interrogé par un OPJ... À son avis, elle était ingrate avec tout ce qu'il lui avait payé y compris un voyage à l'étranger et/ou sa robe de mariée, qu'elle pouvait bien lui être reconnaissante, que ce n'était pas très grave, etc.

C'est la totalité de tout ce que j'ai pu recueillir comme le *turn-over* sur le poste, la notion de plainte au commissariat, la banalisation des faits par l'employeur, un déni complet de la souffrance des salariées et tous les éléments objectifs que j'ai eus en ma possession, les véritables investigations cliniques, écoutes de tous les salariées pendant plusieurs années qui m'ont permis d'y voir clair, de prendre mes décisions et de faire un diagnostic collectif d'organisation du travail délétère. C'est sur tous ces éléments que j'ai appuyé mes écrits. Au passage contrairement à ce qu'affirme l'employeur, je suis restée dans chaque entreprise deux heures.

Comme pour tout diagnostic porté, de sa justesse et de son étiologie dépendent le choix du traitement (l'accompagnement du salarié, la déconstruction et recons-

truction de sa relation au travail, la déculpabilisation et le recentrage des responsabilités, etc.) et son efficacité, le but étant qu'il puisse reprendre le cours de sa vie du mieux possible.

La particularité du diagnostic en santé au travail repose sur le fait qu'ici, non seulement il est basé sur l'analyse clinique individuelle réalisée en consultation mais aussi sur l'analyse de la clinique collective. L'intérêt est également de pouvoir lancer une alerte collective, ce que j'ai fait : j'ai alerté pendant plusieurs mois les deux employeurs sans obtenir la moindre suite à mes alertes d'où les inaptitudes définitives. Vous admettez qu'en tant que médecin et femme, je ne pouvais pas rester indifférente devant la gravité des faits et de la souffrance d'autant que j'ai des éléments objectifs et accumulés qui m'ont permis d'étayer mes diagnostics (courriers de dénonciation de salariés, SMS, témoignages de salariés, plaintes au commissariat de police, avec convocation de l'employeur, présence de bouteilles d'alcool dans le bureau, bureau de la secrétaire déplacé à côté de celui du gérant, etc.).

Oui, j'ai transmis les dossiers médicaux en santé au travail car mettez-vous à la place de chaque salariée : elle est déjà victime d'une dégradation de sa santé, elle perd son emploi, et en plus elle est stigmatisée par l'inaptitude qui semble faire porter l'état de santé dégradé à la personne alors que celui-ci découle de ses conditions de travail ! Il ne s'agit pas d'un problème individuel mais d'un problème collectif ! La transmission du dossier et de l'ensemble des pièces dont l'étude de poste a un effet thérapeutique et contribue à lui restituer sa dignité et sa santé, en l'aidant à comprendre le pourquoi de l'inaptitude et ainsi de ne pas la stigmatiser. Les études de postes n'apportent rien de ce que les employeurs ne savaient déjà.

Je vous remercie de votre écoute.

CONTRIBUTION DU D^R STERDYNIAK DÉFENSE DEVANT LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Je ne vous cacherai pas que quand j'ai pris connaissance des écrits du docteur Djemil, je me suis posé des questions tant c'était énorme. Oui mais l'étude de l'ensemble du dossier, de toutes les pièces m'a fait ensuite apprécier la situation différemment. En effet ma consœur, comme elle vous l'a expliqué, a effectué une véritable investigation diagnostique (investigation clinique, étude des conditions de travail) avec écoute itérative de l'ensemble des protagonistes.

On reproche à ses études de poste d'être « extravagantes ». Le fait est que si on trouve que la rédaction

est maladroite voire excessive, ces études n'en sont pas moins en réalité à l'image des faits qui lui ont été relatés par toutes les salariées. Faut-il rappeler les atteintes à la santé, les états dépressifs sévères, les deux tentatives de suicide ? Ce qui apparaît « extravagant », ce sont les conditions de travail, c'est le vécu des salariées, la souffrance qu'elles ont rapportée et non la relation de ces faits.

D'ailleurs l'actualité récente (affaire Weinstein et suivantes) montre bien que toutes ces affaires ne sont pas extravagantes. Aujourd'hui, le CNOM se préoccupe de ces questions et appelle à la vigilance. Toutes les études, faites sur cette question des violences sexuelles au travail mettent en évidence la fréquence et la gravité des faits et notamment *l'Enquête sur les Violences Sexuelles faites aux Femmes au Travail en Seine-Saint-Denis* (étude faite en 2007) qui au demeurant a fait l'objet d'une publication dans le journal du CDOM en 2007. Les résultats en ont été corroborés par une enquête identique faite dans l'Essonne en 2011.

Avant de juger les écrits de ma consœur, il faut prendre en compte les circonstances qui étaient exceptionnelles (plaintes aux prud'hommes des salariées contre leur employeur, puis plaintes au conseil de l'Ordre de ces employeurs contre le médecin du travail) et elle-même admet que de tels écrits, s'ils sont et restent exceptionnels, s'attachent à décrire des conditions de travail quotidien de salariées dans des entreprises. Vous admettez qu'il était difficile pour elle, médecin, femme, de rester de marbre devant la gravité des faits, la gravité de la souffrance d'autant qu'elle dit avoir des éléments objectifs et accumulés (courriers de dénonciation de salariés, SMS, témoignages de salariés, plaintes au commissariat de police, avec convocation de l'employeur, présence de bouteilles d'alcool dans le bureau, bureau de la secrétaire déplacé à côté de celui du gérant, etc.).

Certes, le D^r Djemil a employé certaines expressions qui peuvent avoir choqué mais compte tenu des situations décrites et des résultats des investigations diagnostiques, ne sont-ce pas les termes qui viennent spontanément à l'esprit ?

Par ailleurs, quoique les employeurs puissent en dire, les écrits de ma consœur n'ont rien dévoilé que tous

ne savaient déjà, notamment du fait des alertes faites par elle et par les salariées, alertes qui n'ont reçu aucune réponse de la part des employeurs, qui ont donc contribué à la pérennisation des situations, aux atteintes à la santé et aux pertes d'emploi.

Il est donc paradoxal qu'aujourd'hui soit sur la sellette un médecin du travail qui a essayé de remplir sa mission de protection de la santé des salariés et de prévention des atteintes à la santé, du fait de plaintes d'employeurs qui n'ont montré aucun souci de la santé de leurs salariées, qui n'ont pas respecté leurs obligations légales de résultats en matière de santé et sécurité au travail, qui ne respectent pas le Code du travail (adhésion non spontanée à un service de santé au travail interentreprise, absence de Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels, de plan de prévention, pas de réponse aux alertes...). Malheur à celui par qui le scandale arrive serait-on tenté de dire !

Il est reproché au D^r Djemil une certaine « complaisance » vis-à-vis des salariées. L'étude approfondie du dossier montre qu'il n'en est rien. D'ailleurs, comment le D^r Djemil pouvait-elle savoir en faisant « ses inaptitudes médicales » que certaines de ces affaires seraient portées aux prud'hommes un an après ! En retour, puisqu'on prête souvent aux autres ses propres comportements et façons d'agir, nous pouvons nous interroger sur la motivation des employeurs, et leur intérêt à agir.

Ce n'est certainement pas un souci de conditions de travail et encore moins de déontologie médicale ! Non, leur seule motivation est d'obtenir de la part des instances disciplinaires ordinaires une sanction du D^r Djemil qu'ils pourront instrumentaliser dans leur conflit avec leurs ex-salariées. Je remercie donc les instances ordinaires de ne pas montrer de complaisance avec de tels employeurs.

En conclusion, malgré son ton emphatique et empathique, le D^r Djemil n'a eu pour seul objectif dans toutes ses actions et ses écrits que de remplir sa mission essentielle qui était de protéger les salariés et de les aider à s'en sortir ! On ne peut pas le lui reprocher.

Enfin la grande absente de ces procès est la parole des salariées.

DE LA MONOGRAPHIE D'UN CAS DE HARCÈLEMENT SEXUEL AU TRAVAIL À SON ANALYSE

Benoît DE LABRUSSE, médecin du travail sénior

Quand une salariée, dévoile au médecin du travail, son harcèlement sexuel, que faire ? La monographie ci-après décrit le cheminement des consultations, et les actions du médecin du travail, et en seconde partie, les événements vécus par la salariée et les actions du médecin du travail sont analysés.

MONOGRAPHIE

Madame DJAMILA : 41 ans, séparée, trois enfants à charge dont un handicapé. Agent de propreté dans l'entreprise NETtoyage, affectée sur le site de l'entreprise GARDEUX, depuis quelques années. Horaires 16 h 30-20 h : 84 h/mois.

15 OCTOBRE 2010 / CONSULTATION PÉRIODIQUE

Notes manuscrites, sur feuille séparée, séparable du dossier médical papier.

Se plaint de harcèlement sexuel de la part de M. DAUVIN, chef de production depuis plusieurs années.

- (Pleurs)
- J'ai peur de perdre mon emploi
- Je n'ai que cela pour vivre.
- J'ai trois enfants à charge dont un handicapé.
- Je viens déjà de perdre un chantier
- Il fait bien attention d'être seul avec moi.
- Il me tire le col pour regarder mon soutien-gorge.
- Il me demande la couleur de mes sous-vêtements.
- Il me propose de l'argent.
- Que des propositions grivoises.
- Tout le monde est au courant chez GARDEUX. Il y a déjà eu des histoires, il y a quelques années.
- J'en ai parlé à Jérôme (un employé) qui a du intervenir car il me laisse tranquille

depuis 2-3 mois.

– J'avais enregistré ses paroles avec mon téléphone portable, mais quelqu'un m'a dit que cela n'avait aucune valeur et je l'ai effacé.

Je lui propose mon intervention. Elle me demande de ne pas intervenir de peur de perdre ce chantier. Je respecte sa décision, mais l'informe qu'elle a la possibilité de venir me revoir à tout moment.

2 MAI 2011 / CONSULTATION À LA DEMANDE DE M^{ME} DJAMILA

Notes manuscrites, sur feuille séparée, séparable du dossier médical papier.

– Ma direction est en appel d'offre avec l'entreprise GARDEUX. Qui doit reprendre le nettoyage des vestiaires et bureaux et donc doit me reprendre.

– Monsieur NARDIN, mon directeur, ne veut pas me laisser à GARDEUX « car ils vont vous faire des misères ».

– Ma direction est raciste, je les ai entendus dire de mon collègue Monsieur BEN-AHMED :

« Il a une tête trop typée ».

La direction ne prend pas d'arabes.

Ils diminuent ses heures de travail.

– Une fois j'ai vu Monsieur DAUVIN, chef de production, le soir à 17 h, enfermé dans son bureau avec sa maîtresse, une secrétaire de l'entreprise. Il était très gêné de constater ma présence inattendue ce jour là.

6 MAI 2011 / CERTIFICAT MÉDICAL

M^{me} DJAMILA me demande d'intervenir, je lui remets le certificat médical suivant :

En tête du médecin dans le Service de santé au travail

Concernant M^{me} Djamil, employée de l'entreprise NEToyage (Adresse), affectée au nettoyage des bureaux et salle de repos dans l'entreprise GARDEUX (Adresse), dont le responsable hiérarchique est M. DAUVIN chef de production.

Je soussigné, Docteur L... certifie avoir reçu en visite médicale périodique M^{me} Djamil le 15 octobre 2010. À cette date, elle présentait un état anxiodépressif caractérisé avec symptômes anxieux et note dépressive évidente (pleurs). Elle se plaignait de « harcèlement sexuel » de la part de M. DAUVIN, chef de production, depuis plusieurs années et décrivait les faits suivants :

- « Il fait bien attention d'être seul avec moi le soir quand il n'y a plus personne dans les bureaux.
- Il me tire le col pour regarder mon soutien-gorge.
- Il me demande la couleur de mes sous vêtements.
- Il me propose de l'argent contre des faveurs sexuelles.
- Il me fait des propositions grivoises.
- Tout le monde est au courant dans l'entreprise GARDEUX, j'en ai parlé à M. NARDIN, mon responsable hiérarchique à NEToyage sans résultat.
- J'ai peur de perdre mon emploi car je n'ai que ça pour vivre, j'ai trois enfants à charge dont un handicapé.

À ma proposition d'intervention elle m'a demandé de ne pas agir et de garder le secret, par crainte de perdre son emploi.

J'ai à nouveau reçu M^{me} Djamil le 2 mai 2011, à son initiative. Elle m'a fait part : « de la demande de l'entreprise GARDEUX à mon employeur NEToyage de ne plus m'affecter sur ce chantier à l'occasion du renouvellement du contrat, sans qu'aucune raison objective ne soit évoquée. Par ailleurs, j'ai vu dans l'entreprise un document me concernant où il était écrit "elle est trop curieuse" ».

Certificat médical remis en mains propres le 6 mai 2011

Je demande au docteur L... d'informer mon employeur et celui de monsieur le chef de production.

Signature

Le 6 mai je rencontre M. PUICHAR que je connais depuis de nombreuses années directeur régional de l'entreprise GARDEUX, supérieur hiérarchique de M. DAUVIN, chef de production. Je lui lis le courrier qui partira le lendemain.

Monsieur PUICHAR
Directeur régional
Entreprise GARDEUX

Le 6 mai 2011

Monsieur,

Par ce courrier, je vous confirme la teneur de notre conversation.

M^{me} DJAMILA, employée de l'entreprise NEToyage, affectée sur le site de l'entreprise GARDEUX, m'a relaté des faits qui pourraient être qualifiés de « harcèlement sexuel » au cours de son travail dans l'entreprise GARDEUX, pendant plusieurs années, de la part du responsable hiérarchique M. DAUVIN chef de production.

À l'exposé de ces faits j'ai constaté un important retentissement sur l'état de santé de M^{me} DJAMILA.

Je ne doute pas que vous prendrez les mesures nécessaires afin que ces faits cessent et ne puissent plus se reproduire à l'encontre d'autres salariés de l'entreprise ou d'entreprise sous-traitante.

Soyez assuré, Monsieur, de mes sentiments dévoués.

Docteur L...

Monsieur NARDIN
Directeur entreprise NEToyage

Le 6 mai 2011

Monsieur,

Par ce courrier, je vous informe que M^{me} DJAMILA m'a relaté qu'elle avait subi pendant plusieurs années des faits qui pourraient être qualifiés de « harcèlement sexuel » au cours de son travail dans l'entreprise GARDEUX de la part du responsable hiérarchique M. DAUVIN chef de production.

À l'exposé de ces faits j'ai constaté un important retentissement sur l'état de santé de M^{me} DJAMILA.

Permettez moi de vous rappeler qu'en tant qu'employeur, vous êtes garant du bon état de santé de vos salariés pendant leur temps de travail, aussi je ne doute pas que vous prendrez les mesures nécessaires.

Soyez assuré, Monsieur, de mes sentiments dévoués

Docteur L...

11 MAI 2011

Réponse courriel de M. NARDIN directeur entreprise NEToyage au médecin du travail.

Bonjour Docteur,

Je fais suite à votre correspondance reçue hier et vous remercie de m'avoir fait part de la situation de M^{me} DJAMILA. M. PUICHAR, directeur régional entreprise que vous connaissez m'a fait part de votre appel téléphonique le 5 mai dernier date à laquelle j'ai rencontré M^{me} DJAMILA. Je rencontre M. PUICHAR demain matin et j'ai alerté les membres de mon CHSCT. Je reviendrai vers vous afin de vous faire part des suites que nous donnerons.

Cordialement

19 MAI 2011

LR /AR DE M. PUICHAR

DIRECTEUR RÉGIONAL ENTREPRISE GARDEUX

Docteur,

Afin de donner suite à notre rencontre et à votre correspondance du 6 mai 2011, je souhaite par la présente vous tenir informé des suites que j'ai personnellement données à ce dossier.

Dans un premier temps, j'ai immédiatement informé le directeur de la Société NEToyage, M. NARDIN des termes de notre entretien et des accusations de M^{me} DJAMILA à l'encontre de notre collaborateur M. DAUVIN, que je rencontrais le jour même afin de lui relater en détail les éléments de notre entretien.

Le jeudi 12 mai, je rencontrais M^{me} DJAMILA en présence de Monsieur NARDIN, dans les bureaux de la Société NEToyage afin de l'entendre sur les faits reprochés à M. DAUVIN.

En l'état des éléments en notre possession, je ne peux dans l'immédiat, que mettre en garde notre collaborateur M. DAUVIN des accusations graves de M^{me} DJAMILA, à son encontre et des conséquences dramatiques qu'une poursuite pour « harcèlement sexuel », pourrait avoir pour lui, personnellement, mais aussi pour l'entreprise NEToyage et par ricochet, pour notre société et notre établissement de Z.

Ne connaissant pas à ce jour la suite que M^{me} DJAMILA décidera de donner à ce dossier, vous comprendrez j'en suis sûr, que je puisse conserver un droit de réserve quant à la suite que notre société serait, dans un tel cas, amenée à donner à cette grave accusation.

Néanmoins, un élément important de ce dossier, sera à prendre en compte, car il fût l'objet déclenchant de la réaction de M^{me} DJAMILA

En effet, cette dernière nous a clairement indiqué le 12 mai, que depuis plus d'un an, elle n'était plus en contact avec M. DAUVIN, ses horaires de travail ayant été décalés des périodes de production de notre établissement.

Une seule fois cette année, au mois de mars, elle avait rencontré M. DAUVIN sur le site, mais sans qu'il n'y ait eu de problème de ce type à son encontre.

Cet élément déclenchant fût son inquiétude quant à une éventuelle perte de son emploi, car elle avait eu vent, que la Société GARDEUX, remettait en cause la qualité de son travail et de surcroît, que le contrat de prestation avec NEToyage allait être rompu très prochainement.

En réalité, nos deux sociétés étaient effectivement en discussion depuis fin 2010, mais non pas dans le cadre de la qualité de prestation de M^{me} DJAMILA mais de manière plus globale, étant entendu que nous devons renouveler nos contrats et que les propositions tarifaires de la Société NEToyage ne nous convenaient pas.

La peur de perdre son emploi — je cite M^{me} DJAMILA — la fit entrer dans une période d'incertitude et de dépression, ainsi que de plus en plus forte inquiétude pour son avenir professionnel dans l'entreprise NEToyage. Situation que nous sommes à même de parfaitement comprendre, M^{me} DJAMILA, élevant seule ses quatre enfants.

C'est à cette occasion d'ailleurs qu'elle prit à nouveau contact avec vous — je cite toujours M^{me} DJAMILA — pour vous consulter sur son état de santé et que de fait ses anciens ressentis refirent surface.

Elle vous en fit part, ce qui fut l'objet de votre appel et de notre rencontre qui suivit.

Je vous confirme par la présente, que comme vous l'avez souhaité, les mesures d'avertissements verbaux dans un premier temps ont été prises, et que nous vous tiendrons informé des suites qui seront données à ce dossier par M^{me} DJAMILA et bien évidemment par notre société.

Vous souhaitant bonne réception et restant à votre entière disposition pour tous renseignements complémentaires.

Veillez agréer, Docteur, mes respectueuses salutations.

M. PUICHAR

Directeur régional entreprise GARDEUX

30 MAI 2011 CONSULTATION DE M^{me} DJAMILA À MA DEMANDE

Notes manuscrites, sur feuille séparée, séparable du dossier médical papier.

Médecin L...

Est en arrêt maladie depuis le 7 mai 2011.

Est très angoissée, flot de paroles désordonnées.

Mélange les noms et les faits, récit très décousu.

Perte de confiance dans la direction de NEToyage et de GARDEUX.

Vient car l'avocate demande au médecin du travail de la déclarer en accident du travail.

M^{me} DJAMILA :

— Le 12 mai j'ai eu une réunion avec M. NARDIN (mon chef) et M. PUICHAR directeur régional de l'entreprise GARDEUX. Ils ont refusé que je sois accompagnée d'un ami qui devait me servir de témoin.

— Leurs propos « DAUVIN chef de production est un empaffé de première. » Ils confirment l'attitude de M. DAUVIN chef de production. Ils m'ont pris par les sentiments pour que je ne parle pas.

— En l'espace de deux semaines, ils n'avaient pas de travail pour moi, puis me proposent des chantiers à W X, Y Z.

— Je n'ai pas confiance dans l'entreprise NEToyage. Mon collègue Laurent a appelé Sylvie NOIVI qui a été harcelée en 2004 par M. DAUVIN chef de production et qu'il lui a fait une lettre d'excuse pour en rester là, à la demande de M. PUICHAR directeur régional de GARDEUX.

ÉTÉ 2011 / PLAINTÉ AVEC CONSTITUTION DE PARTIE CIVILE

À Monsieur le Procureur de la République
près le Tribunal de Grande Instance de Z.

Présentée dans l'intérêt de :

Madame A... épouse DJAMILA, née le 17 août 1970 à Sidi Bel Abbes Algérie, de nationalité française, de profession agent de propreté, demeurant et domiciliée Y.

Pour laquelle domicile est élu au cabinet de Maître BJ avocat associé de la SCP BJ demeurant dans ladite ville qui se constitue sur la présente et ses suites.

Madame DJAMILA travaille depuis l'année 2006, en qualité d'agent de propreté pour La SA NEToyage, dont le siège social est sis à Z.

Elle a été détachée au sein de l'entreprise GARDEUX entreprise utilisatrice, en qualité d'agent de propreté, dont le siège est sis Entreprise GARDEUX Adresse à Z.

Pendant des années (2006 à 2011), elle va subir des pressions et des agressions de la part de Monsieur

DAUVIN, directeur au sein de la société GARDEUX. De 2006 à 2010 Monsieur DAUVIN lui propose régulièrement d'avoir des rapports sexuels avec elle et Madame DJAMILA a toujours repoussé ses avances.

Il lui propose également d'utiliser un appartement dont il est propriétaire pour arriver à ses fins Il se permettait également de parler de façon extrêmement crue et imagée

Monsieur DAUVIN s'est même permis, alors qu'elle était baissée (elle essorait une serpillère) de l'attraper par son slip, pendant ses heures de travail, et lorsque Madame DJAMILA s'est plainte d'un comportement aussi brutal et si indigne d'un directeur, il lui a dit « qu'ils n'étaient plus des enfants ».

Madame DJAMILA en a parlé dans un premier temps à ses collègues de travail et notamment Monsieur LAURENT, salarié de la société NEToyage, ainsi qu'un autre collègue de travail dénommé MOHAMED qui travaillaient également dans l'entreprise GARDEUX.

Ceux-ci l'ont soutenu et lui ont précisé qu'elle remplaçait une personne Madame NOIVI qui avait subi le même harcèlement sexuel de la part du même directeur des années auparavant. Elle était en dépression nerveuse en 2004.

Madame DJAMILA en a également parlé à ses supérieurs hiérarchiques, des actes que lui faisait subir Monsieur DAUVIN et notamment à Monsieur L..., Monsieur NARDIN, Madame B... N.

Ses collègues de travail ainsi que ses supérieurs hiérarchiques lui ont déconseillé de divulguer l'affaire estimant « qu'elle avait tout à perdre et qu'elle élevait seule plusieurs enfants qu'elle ne pouvait donc pas se permettre de perdre sa seule source de revenu ».

Il s'avère que même des cadres, au sein de l'entreprise utilisatrice sont également informés du comportement de ce directeur.

Le samedi 19 mars 2011, Madame DJAMILA a surpris Monsieur DAUVIN sur son lieu de travail enfermé avec une salariée de l'entreprise, dans son bureau alors qu'elle devait procéder au ménage des locaux. Elle a totalement paniquée ; elle a averti, immédiatement son collègue de travail et son supérieur hiérarchique ; personne n'a réagi.

Or depuis cet incident, les conditions de travail de Madame DJAMILA ont radicalement changé ; elle a appris par son employeur, la société NEToyage que « l'entreprise utilisatrice ne la voulait plus sur le site GARDEUX de Z. ». Son employeur lui a proposé une nouvelle répartition du temps de travail et une diminution de son

salaire au mieux, indiquant qu'elle allait être licenciée en cas de refus de sa part.

Le 2 mai 2011, Madame DJAMILA s'est rendue auprès de la médecine du travail et a exposé sa situation. Dans le certificat du médecin du travail, celui-ci précise que Madame DJAMILA ayant peur de perdre son emploi, avait déjà dénoncé les faits en octobre 2010 mais avait refusé toute intervention sur le site par le médecin.

Il semble par ailleurs que le médecin du travail n'était pas surpris des révélations faites par Madame DJAMILA. Il a soutenu Madame DJAMILA et détecté la dépression de celle-ci

Alors qu'elle est en arrêt maladie, son employeur et un membre de la direction de la Société GARDEUX ont insisté pour la rencontrer, le jeudi 12 mai 2011 à 8 h du matin ; ils ont affirmé que Monsieur DAUVIN avait effectivement avoué les faits, mais qu'elle ne tirerait rien de plus de cette situation sur le plan financier...

Il semble que son employeur et un membre de la société GARDEUX aient fait des pressions afin d'obtenir son silence sur le plan pénal.

Madame DJAMILA a trouvé ce comportement humiliant. Elle entend déposer plainte avec constitution de partie civile à l'encontre de Monsieur DAUVIN directeur au sein de la société GARDEUX

Elle verse aux débats, les pièces suivantes pour étayer sa plainte :

- ♦ La lettre recommandée adressée à son employeur en date du 3 mai 2011.
- ♦ Les témoignages de salariés de la société.
- ♦ Le certificat médical du Docteur L... en date du 6 mai 2011.
- ♦ L'arrêt de Madame DJAMILA pour dépression en date du 16 mai 2011.

Je vous prie de bien vouloir me tenir informée de la suite qui sera réservée à ma plainte.

Je vous prie de croire, Monsieur le Procureur de la République, à l'expression de ma considération.

20 NOVEMBRE 2011

Notes manuscrites, sur feuille séparée, séparable du dossier médical papier.

M^{me} DJAMILA m'a téléphoné à domicile le dimanche après midi. (Comment a-t-elle trouvé mon numéro de téléphone ? mais je suis dans l'annuaire !).

Sort de l'audition à la gendarmerie. Relate le comportement d'intimidation et même de menace de la part des gendarmes (hommes) :

- ♦ « Vous faites cela pour gagner de l'argent ? »
- ♦ « Vous risquez une amende et même de la prison ! »
- ♦ « Que deviendront vos enfants sans vous ? »

Relate des témoignages écrits de nombreux salariés de l'entreprise GARDEUX.

Relate le témoignage écrit de M. le directeur régional de l'entreprise GARDEUX faisant allusion à mon parti pris.

Elle était en pleurs désorientée, angoissée, se sentait devenir coupable et non plaignante.

Je lui conseille, une nouvelle fois, de faire appel à son avocate, de ne pas prendre de décision sans l'avoir consultée.

ÉPILOGUE

La plainte au pénal sera classée sans suites pour insuffisance de preuve.

M^{me} DJAMILA a quitté l'entreprise NEToyage pour un poste d'aide à la vie en EPADH.

Monsieur DAUVIN, le « harceleur », quittera six mois plus tard l'entreprise à 57 ans en « préretraite ».

ANALYSE

LE POSTE DE TRAVAIL DE M^{me} DJAMILA

- ♦ En situation précaire de sous-traitance avec des contrats renégociés tous les 2-3 ans.
- ♦ En situation de précarité familiale : seule avec enfants à charge.
- ♦ En situation de double subordination envers son employeur, envers de la hiérarchie de l'entreprise utilisatrice.
- ♦ En situation vulnérable du fait d'horaires de fin de journée en travail isolé dans l'entreprise.

LE « HARCELEUR »

- ♦ C'est le coq du village.
- ♦ Un abord fruste dans le physique et le langage.
- ♦ Méprisé par la jeune génération plus instruite.
- ♦ Un comportement de paysan roué, qui se vante de sa réussite sociale.
- ♦ Un ancien bon professionnel monté en grade mais aux capacités managériales primaires.
- ♦ Mais qui est maintenu à son poste par la hiérarchie régionale

L'ENTREPRISE ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL

- ♦ Entreprise agro-alimentaire en horaires matinaux : fabriquer le matin, livrer l'après-midi.
- ♦ Sous traitance du nettoyage tant des locaux alimentaires que des bureaux.

- ◆ Ambiance « virile » : un atelier pour les hommes qui font le travail physique, un autre atelier pour les femmes qui conditionnent.
- ◆ Ambiance « familiale », les épouses, les enfants, les copains, sont embauchés.
- ◆ Un CHSCT mou où les salariés sont peu revendicatifs.

LE COLLECTIF DE TRAVAIL DE L'ENTREPRISE GARDEUX

- ◆ A priori fort collectif mais traversé par des rivalités et conflits internes.
- ◆ Le CHSCT, poussé par la hiérarchie, fera son enquête, et niera le harcèlement. Comment aurait-il pu faire autrement quand le harceleur, chef de production, est en position hiérarchique.
- ◆ Un ou deux salariés aideront la victime sans se mettre en danger.

LE COLLECTIF DE TRAVAIL DE L'ENTREPRISE NETOYAGE

- ◆ Que je connais moins bien car les postes de travail sont plus précaires.
- ◆ Plusieurs salariés sont venus en aide à la harcelée et ont même témoigné par écrit.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL

- ◆ Suit l'entreprise depuis vingt ans, a eu de nombreux colloques singuliers avec les salariés.
- ◆ Connaît leur parcours professionnel et extraprofessionnel.
- ◆ A partiellement connaissance des relations extraprofessionnelles des salariés.
- ◆ A exigé de suivre les salariés sous-traitants.
- ◆ A connaissance des dérives internes à l'entreprise : on se sert dans l'entreprise, la hiérarchie ne contrôle pas ou ferme les yeux ou se sert aussi.
- ◆ Mais j'ai ignoré au moins un autre cas de harcèlement sexuel dans cette entreprise.

LES DIFFÉRENTES CONSULTATIONS DE LA VICTIME

AUPRÈS DU MÉDECIN DU TRAVAIL

- ◆ Nécessité d'une disponibilité pour renouveler les consultations. Possible avec un effectif « raisonnable » d'environ 2 700 salariés à l'époque.

- ◆ Consultations longues : une heure.
- ◆ Difficulté à savoir écouter.
- ◆ Conseiller la victime pour l'orienter vers l'action, retrouver son « pouvoir d'agir ».
- ◆ La voie judiciaire n'était-elle pas « casse gueule » ? Était-elle un bon recours devant l'échec de la voie sociale dans l'entreprise ?

CERTIFICAT MÉDICAL REMIS À LA HARCELÉE

- ◆ Constat de l'état psychique dégradé.
- ◆ Relation de ses « dires » sans les faire siennes (les plaintes au CDM !).
- ◆ Relation de la dépendance par la sous-traitance.
- ◆ Relation de l'information des employeurs restés passifs.

Utilisation par le **médecin du travail de l'alerte** au sens de l'art. L.4624-9.

Auprès de l'employeur et de l'entreprise utilisatrice employeur du « harceleur ».

- ◆ Nécessité de l'écrit = laisser une trace.
- ◆ Le harceleur est nommé.
- ◆ Peu de détails sur les faits de harcèlement.
- ◆ Rappel de la responsabilité de santé au travail de l'employeur.
- ◆ Précédé d'une rencontre avec l'employeur du « harceleur » = jouer franc jeu.

LA HIÉRARCHIE DES DEUX ENTREPRISES

- ◆ A pour but premier de protéger l'entreprise contre des conséquences juridiques.
- ◆ Était manifestement au courant du comportement du harceleur sans avoir sanctionné.
- ◆ N'a pas pris conscience, ou voulu agir, sur les carences de management.
- ◆ A finalement poussé vers la sortie, le harceleur.

VIOLENCE MANAGÉRIALE ET HARCÈLEMENT SEXUEL

Karyne CHABERT

M^{me} A..., 54 ans, est chargée d'audit interne dans une société dont l'activité a pour but de garantir les stocks des entreprises pour le compte des banques. Elle est reçue à la consultation Souffrance et travail sur les conseils de son entourage. Elle n'exprime pas, dans un premier temps, de plainte relative à sa santé. Elle parle de harcèlement moral et sexuel au sein de son agence, une des quinze agences de son entreprise, qui serait gérée, selon elle par un « couple infernal ».

Dans cette structure où elle travaille depuis plus de quinze ans, elle est chargée de faire l'intermédiaire entre les entreprises et les banques, aide les chefs d'entreprises à monter leurs dossiers de demande de prêt. Elle se sent utile pour ses clients, s'efforce de créer une confiance réciproque. Dans les premières années, ce travail est possible grâce à la confiance de son P-DG qu'elle décrit comme un homme exigeant mais juste. Il s'informe régulièrement des dossiers difficiles, intervient seulement si nécessaire. En 2003 l'entreprise rencontre quelques difficultés dans les « résultats ». Il est décidé de la création d'une procédure dite de réduction des « risques » prévoyant des audits et évaluations internes. M^{me} A... est chargée de piloter ce projet, convaincue par son P-DG qui dit vouloir valoriser son expérience et lui renouvelle sa confiance et son soutien. Des audits sont alors déployés dans toute la France et des plans d'action sont définis (formations, mise en place de procédures sur la traçabilité de traitement des dossiers...). M^{me} A... décrit cette mission comme idyllique. Elle reconnaît rencontrer des périodes difficiles, comme des conflits avec les collègues dans certaines agences puisqu'elle doit pointer les dysfonctionnements mais elle prend le temps d'expliquer l'intérêt de la démarche et finit par se faire accepter et faire accepter les nouvelles procédures.

En 2004, le P-DG décède et c'est le directeur général qui reprend les rênes de l'entreprise. M^{me} A... redoute son caractère distant, peu communicant, et peu scrupuleux avec la législation. Il met en place un hiérarchique intermédiaire que M^{me} A... qualifie de dur et ambitieux. M^{me} A... explique qu'il s'approprie « son » projet et elle vit cet événement comme un retour en arrière, une trahison, une dévalorisation insupportable. C'est comme si on lui prenait « son bébé ». « *Il prenait les décisions et je faisais l'administratif.* » Elle a voulu partir, puis a appris à travailler avec, même si ça a été très coûteux pour elle. Elle exprime peu d'émotion au sujet de sa propre souffrance mais s'effondre en parlant du mal fait aux collaborateurs « *il les massacrait* », « *n'était jamais dans le dialogue, dans l'explication* ». Il pratiquait le management par la peur et l'humiliation. Si M^{me} A... a tenu, c'est parce qu'il n'a jamais remis en question ses compétences et qu'elle avait la possibilité de garder contact avec les équipes pour expliquer les décisions et atténuer la violence des rapports entre les agences et son service. Elle reconnaît finalement avoir souffert de manque de pouvoir décisionnel, de manque d'autonomie, et du comportement qualifié de « macho » de son directeur. Elle n'arrivait plus à exister. Elle dit avoir pleuré beaucoup sans pouvoir agir. Cette période a fait ressurgir des blessures de l'enfance liées aux conflits avec sa mère et exprime avec douleur qu'elle a passé « sa vie à s'écraser ». Elle a suivi une psychothérapie à cette période ce qui l'a aidé à comprendre et à tenir.

En 2015, la direction générale réorganise une nouvelle fois la structure et décide de nommer des directeurs d'agence. M^{me} A... est toujours basée à l'agence sud-est. L'état d'esprit de l'entreprise change fondamentalement. L'objectif est alors de « faire de l'argent » (ce nouveau directeur a une formation de commercial et ne connaît pas le métier). Alors que les exigences du métier portent sur les aspects juridiques qui nécessitent précision et rigueur, le nouveau directeur valorise alors le contact client, l'apparence, la convivialité et le chiffre d'affaires. La responsable administrative de l'agence est licenciée après une période de maltraitance managériale.

En 2015, la direction générale réorganise une nouvelle fois la structure et décide de nommer des directeurs d'agence. M^{me} A... est toujours basée à l'agence sud-est. L'état d'esprit de l'entreprise change fondamentalement. L'objectif est alors de « faire de l'argent » (ce nouveau directeur a une formation de commercial et ne connaît pas le métier). Alors que les exigences du métier portent sur les aspects juridiques qui nécessitent précision et rigueur, le nouveau directeur valorise alors le contact client, l'apparence, la convivialité et le chiffre d'affaires. La responsable administrative de l'agence est licenciée après une période de maltraitance managériale.

riale et le directeur d'agence embauche « son » assistante. S'installe alors ce que M^{me} A... décrit comme « le couple infernal » qui va modifier profondément l'ambiance et les conditions de travail. D'abord « conviviale », l'ambiance devient rapidement lourde puis destructrice. Le travail de l'équipe est dénigré, M^{me} A... est témoin de reproches à répétition sur le travail de l'équipe administrative puis de réflexions sur l'apparence physique, en particulier le style vestimentaire, la religion.... La violence verbale s'installe, les menaces deviennent monnaie courante : « *elle ne passera pas l'année celle-ci* ». Les manœuvres visant à décourager et à rabaisser sont menées ouvertement par l'assistante de direction avec la complicité du directeur.

M^{me} A... décrit alors, non sans gêne (elle s'excuse d'avoir à raconter ça !), comment ce directeur qu'elle qualifie là de pervers sexuel met en place un climat de harcèlement sexuel dans un contexte de harcèlement managérial. Ce directeur raconte publiquement ses ébats sexuels de la veille (réels ou fictifs) à la pause-café du matin, fait des jeux de mots à connotation sexuelle, des blagues, des discours détaillés sur les pratiques homosexuelles, il pose des questions intrusives à ses collaboratrices sur leurs pratiques sexuelles, jeux, cadeaux puis gestes déplacés, des faits acceptés et encouragés par son assistante. Des mots sont chuchotés derrière les portes. M^{me} A... est témoin de contacts physiques ambigus entre le directeur et son assistante ce qui la perturbe beaucoup.

En parallèle, le harcèlement managérial persiste, l'assistante de direction poursuit sa stratégie visant à dévaloriser et décrédibiliser le travail de l'équipe administrative et de M^{me} A... auprès de la direction de Paris. L'étau se resserre, chacun s'enferme dans son bureau, les assistantes administratives craquent les unes après les autres (arrêts maladie, démission...). M^{me} A... reconnaît s'être tenue à distance de ce couple de direction mais aussi de ses collègues administratives ; sa mission spécifique a toujours imposé cette distance, peut être aussi par peur d'être « salie » par les accusations mensongères du « couple infernal », ne se sentant pas directement visée au départ. Elle dit avoir intégré la violence dans son fonctionnement, en incapacité à analyser et à agir. « *Ça me révoltait mais je me suis isolée pour mieux résister.* » « *Je m'enfermais dans mon bureau pour ne plus voir et ne plus entendre.* » Elle s'est posée beaucoup de questions sur cette perte de repères : est-ce une question d'âge ? de génération ? de mode de vie ?

Elle doutait de tout. « *Je voyais mais j'étais comme anesthésiée.* »

M^{me} A... comprend plus tard que le directeur veut se débarrasser d'elle. Ses méthodes de travail sont déniées, elle apprend être surnommée « le KGB ». Son rôle est minimisé et dénigré. Des instructions sont données pour qu'elle soit mise à l'écart. Elle apprend que pendant un déplacement professionnel, le directeur et son assistante plaisaient au sujet d'un risque électrique, regrettant que M^{me} A... ne soit pas là pour en faire les frais. Elle réalise alors la violence des intentions à son égard. Une photo de vache est affichée dans les locaux de l'agence avec son nom écrit en dessous. Mais c'est quand on lui dit « *tu fais du sale boulot* » qu'elle craque, elle insulte son directeur, claque la porte, sans pouvoir expliquer.

M^{me} A... dit qu'elle a pleuré ce jour puis retourne au travail. L'évènement remonte à la direction de Paris. On lui reproche son « comportement violent » alors qu'elle a tenté à plusieurs reprises d'alerter sur la dégradation des conditions de travail de l'agence sans succès. Elle n'obtient aucun soutien de la direction générale. M^{me} A... exprime son sentiment d'avoir été abandonnée, un vécu de honte et d'humiliation.

Après le départ de ce directeur d'agence, deux plaintes sont déposées par les administratives. D'autres collègues ont décidé de quitter l'agence. Une enquête déclenchée par le CHSCT permet alors à l'ensemble de l'équipe de témoigner et d'identifier quatre victimes principales dont M^{me} A... Elle n'a eu que quatre jours d'arrêts après s'être effondrée en fin d'année à l'occasion d'un repas de famille. Elle n'a pas pu porter plainte, reste dans une certaine sidération par rapport aux évènements et reconnaît son incapacité à agir. M^{me} A... est toujours au travail. Notre entretien laisse présager une prise de conscience de la violence des évènements et du coût de ce qu'elle a mis en place au fil du temps pour y faire face. Un arrêt de travail et des soins sont peut-être envisageables avant une prise de décision concernant son avenir professionnel.

RÉFLEXION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

- ♦ Le changement profond des valeurs de l'entreprise a déstabilisé les salariés et brouillé les repères de métier construits au fil du temps.
- ♦ La succession de réorganisations entraîne un épuisement des capacités d'adaptation et d'action pour défendre ses conditions de travail et ses droits.
- ♦ Ce contexte de harcèlement sexuel survient dans un contexte de maltraitance organisationnelle et managériale qui a détruit le collectif de travail et poussé les salariés à l'isolement.
- ♦ La parole des victimes ne se libère qu'après le départ du harceleur.

DOUBLE PEINE

Barbara Pic

Monographie pour la Journée de Printemps de l'association SMT - 24 mars 2018

Thème : Harcèlement sexuel au travail

Il s'agit d'une salariée embauchée en 2010 dans l'entreprise, que je vois pour la première fois en 2013 suite à un changement de secteur. Je ne l'aurai vue que deux fois en tant que médecin du travail mais son cas m'a profondément marquée.

Madame X... née en 1971 à l'étranger, divorcée, deux enfants

Cursus laboris : Arrivée en France en 2005. De 2005 à 2010 : restauration.

Protagonistes :

- ◆ Madame X... : salariée se disant harcelée.
- ◆ Monsieur Z... : harceleur présumé.
- ◆ Docteur Y... : premier médecin du travail.
- ◆ Moi : second médecin du travail.

À partir de 2010 dans une entreprise de transport de voyageurs, embauchée en octobre 2010 au poste de chauffeur de bus.

**VISITE DE PRÉ REPRISE INITIATIVE SALARIÉE
JUILLET 2011/DOCTEUR Y...**

M^{me} X... est en arrêt depuis juin 2011 pour syndrome dépressif et a donc travaillé dans l'entreprise huit mois dont six mois sans problème. Elle dit subir depuis quatre mois un harcèlement sexuel (fait d'appels téléphoniques, d'avances au travail, de la venue du harceleur à son domicile) par un supérieur hiérarchique M. Z... dont l'activité consiste à la planification des horaires de travail pour les chauffeurs ; elle est suivie par un psychiatre, prend un traitement psychotrope : anti-dépresseur, anxiolytique et hypnotique.

Le harcèlement sexuel aurait débuté dès lors que M^{me} X... était venue dire à M. Z... vouloir travailler en soirée pour convenance personnelle (instance de divorce) ; comme elle a constamment repoussé ses

avances, M. Z... aurait, en représailles, commencé à changer ses horaires de travail la veille pour le lendemain, l'empêchant de pouvoir s'organiser.

M^{me} X... a déposé plainte contre M. Z... et contre le Directeur des Ressources Humaines qui « a cautionné ».

Le DRH local voulait lui imposer une mutation dans un autre secteur (qu'elle a refusée) et lui aurait dit qu'elle pourrait rester si elle retire sa plainte (M^{me} X... refuse de retirer sa plainte).

Aidée par un délégué du personnel, elle souhaite que M. Z... soit sanctionné et signale que le Harcèlement Sexuel a cessé depuis le dépôt de plainte. Lors d'une réunion entre la salariée, le DRH local et le responsable de M^{me} X..., une note est rédigée, dans laquelle il est stipulé que M^{me} X... « doit éviter tout contact avec M. Z... dans le centre ». Le DRH lui aurait dit qu'il « préférerait garder M... Z. dont le poste est sensible pour le centre ». M^{me} X... demande à revoir le médecin du travail semaine suivante.

**VISITE DE PRÉ REPRISE INITIATIVE SALARIÉE
UNE SEMAINE PLUS TARD**

M^{me} X... rapporte un courrier du psychiatre traitant qui demande au médecin du travail « de faire le point sur les conditions d'un "harcèlement de cette patiente" » par M... Z. ; prolongation de l'arrêt de travail.

Le docteur Y... conseille d'accepter la mutation afin de mettre fin à la situation conflictuelle, ce qui renforce le vécu d'injustice par la salariée qui estime que « M. Z... doit être muté et pas elle ».

Lorsque le docteur Y... explique qu'il n'a pas de pouvoir disciplinaire sur les collègues des salariés, M^{me} X... se met en colère, traite le médecin « d'incompétent » et

souhaite voir un autre médecin (l'impossibilité lui est signifiée) ; elle quitte le cabinet et poursuit ses invectives dans le couloir de la salle d'attente ; elle reproche au docteur Y... de l'avoir traitée de folle et d'avoir rigolé (ce qui est faux). Les autres médecins du service sont témoins de la scène d'esclandre dans la salle d'attente.

M^{me} X... adresse un courrier de trois pages pour « dénonciation de faits de harcèlement sexuel et moral et abus d'autorité » au directeur de l'entreprise en juillet 2011. Elle signale que la communauté de travail lui tourne le dos depuis son dépôt de plainte.

REPRISE MALADIE APRÈS NEUF MOIS D'ARRÊT DE TRAVAIL (2012) / DOCTEUR Y...

Suivi psychiatrique régulier tous les deux mois : M^{me} X... va mieux et ne prend plus de psychotrope ; elle souhaite reprendre le travail car le DRH a changé et M. Z... a quitté le centre mais pas l'entreprise.

Fiche d'aptitude remise à la salariée et adressée à l'employeur : « *Apte à revoir dans 1 mois* »

Le docteur Y... reçoit par courrier copie d'une lettre d'une l'Association de défense contre les violences sexistes au travail, adressée à la direction de l'entreprise développant une argumentation de harcèlement sexuel tout à fait convaincante :

Le DRH de l'entreprise a écrit après une enquête interne « *que l'enquêteur n'avait pas trouvé de preuves formelles caractérisant le harcèlement sexuel mais reconnaît que des propos de M. Z... ont été déplacés : une attitude inadaptée, des propos tenus, des compliments ou allusions de nature à créer un trouble et un malaise pour une personne subordonnée aux décisions prises par M. Z...* » cela fait partie de la définition du harcèlement sexuel tel que défini par l'article L.1153-1 du Code du travail d'après l'association !

L'entreprise n'a pas appliqué l'article L.1153-6 du Code du travail - « *tout salarié ayant procédé à des faits de harcèlement sexuel est passible d'une sanction disciplinaire* » - d'après l'association.

On apprend dans ce courrier que l'accident du travail n'a pas été reconnu.

VISITE À LA DEMANDE DE LA SALARIÉE UN MOIS PLUS TARD (2012) / DOCTEUR Y...

Le DRH de l'entreprise a imposé un stage de deux jours suite à cinq accidents matériels bus dont trois survenus pendant la période de harcèlement sexuel. M^{me} X... est sanctionnée pour « *conduite dangereuse* » alors qu'elle estime que le stage s'est bien passé (les ac-

cidents matériels sont fréquents en zone urbaine). Elle a le soutien de collègues et d'un syndicat. M^{me} X... dit qu'elle va consulter un avocat.

VISITE À LA DEMANDE DE L'EMPLOYEUR DEUX MOIS PLUS TARD / DOCTEUR Y...

Mise à pieds de deux mois (deux mois sans salaire). Le licenciement demandé par l'employeur a été refusé par l'inspection du travail (salariée protégée par son mandat syndical).

Peu de temps après la reprise du travail, elle est mise en arrêt maladie puis prend ses vacances annuelles ; la reprise effective du travail se fera après l'été mais la direction ne la laisse pas reprendre son activité de chauffeur de bus ; la salariée parle de « *harcèlement moral à son égard* », dit que le rapport de stage était falsifié car le formateur « *lui aurait fait beaucoup de compliments sur sa conduite...* ».

M^{me} X... est affectée à une activité commerciale mais serait la seule femme à travailler en extérieur ; elle est à nouveau convoquée pour un entretien préalable au licenciement ; elle souhaite faire évaluer ses compétences professionnelles par un expert hors de l'entreprise. Elle a refusé à nouveau la proposition de mutation. M^{me} X... est accompagnée par : syndicat, avocat, association de défense.

Fiche d'aptitude remise à la salariée et adressée à l'employeur : « *Apte à revoir dans 2 mois* »

VISITE À LA DEMANDE DU MÉDECIN DEUX MOIS PLUS TARD (2012) / DOCTEUR Y...

Courrier du psychiatre qui la suit tous les deux mois : « *Pas de contre indication à la conduite* » ; le psychiatre s'étonne du fait que le DRH ne la laisse pas conduire alors qu'elle est déclarée apte par le médecin du travail et parle de « *harcèlement* ».

M^{me} X... est toujours en équipe commerciale, ne conduit pas : « *On me harcèle pour me faire craquer* » ; elle ne souhaite pas être mutée ailleurs. Profond sentiment d'injustice. Son avocat et l'inspection du travail se renseignent sur la possibilité d'expertise des compétences professionnelles.

Le refus de licenciement a été contesté par l'employeur (réponse du ministère en attente) ; nouvel entretien avec le DRH : l'entreprise s'est rétractée pour une deuxième tentative de licenciement.

Fiche d'aptitude remise à la salariée et adressée à l'employeur : « *Apte à revoir dans 3 mois* »

**VISITE À LA DEMANDE DU MÉDECIN
TROIS MOIS PLUS TARD (2013)
JE LA VOIS POUR LA PREMIÈRE FOIS**

M^{me} X... n'a pas eu d'arrêt de travail, la tentative de licenciement a échoué mais M^{me} X... craint une nouvelle tentative lorsqu'elle aura dépassé la période de protection de six mois suite à l'arrêt du mandat syndical. Procédure prud'homale en cours.

Est toujours en équipe commerciale donc ne conduit pas le bus : « *L'entreprise ne veut plus de moi.* »

Elle me reparle du stage (vécu douloureux) qui a conclu à « conduite dangereuse » et qui est utilisé comme prétexte à son exclusion de la conduite de bus.

Elle se sentait un peu mieux depuis la réunion avec le DRH de l'entreprise : on lui a proposé « un reclassement comme agent commerciale » mais précise qu'il ne s'agit pas d'un reclassement puis qu'elle n'est pas inapte : je suis d'accord avec elle sur ce point et le lui dis.

Elle a fait une demande de vœu pour « agent de régulation » même si elle estime toujours être en capacité de conduire le bus.

En fait depuis cette réunion, on lui a proposé un poste d'agent commerciale en nuit, ce qui n'est pas gérable pour ses enfants : « *Je n'ai plus confiance.* » Elle est aidée par un délégué syndical dans ses démarches.

M^{me} X... dit être en train de rédiger un courrier à l'employeur qui sera validé par son avocat pour acter ce qu'on lui a dit lors de la réunion avec le DRH.

Je lui dis mon sentiment : elle a vécu indéniablement une situation d'injustice grave mais la direction de l'entreprise ne lui fera pas reprendre à la conduite, d'après la connaissance que j'ai de l'entreprise. Par ailleurs, M^{me} X... souhaite un dédommagement financier pour ce qu'elle a subi et une sanction pour l'auteur du harcèlement sexuel.

Fiche d'aptitude remise à la salariée et adressée à l'employeur : « *Apte à revoir dans 2 mois* »

La salariée fait une demande écrite d'obtenir une copie de son dossier médical : la copie lui est donnée en main propre dans les jours qui suivent.

**VISITE À LA DEMANDE DU MÉDECIN DU TRAVAIL
DEUX MOIS PLUS TARD (2013)**

M^{me} X... est angoissée car l'employeur envisage de l'affecter sur un secteur géographique à l'opposé de son domicile ; je propose de cadrer sur la fiche d'aptitude

le trajet domicile-travail ; elle sera finalement affectée sur un secteur proche de chez elle grâce à la fiche d'aptitude.

Je n'ai pas fait d'alerte car le harcèlement sexuel avait cessé depuis 2012 ; la salariée ne m'a pas demandé d'alerter sur la façon dont elle était managée et je ne lui ai pas proposé d'alerter l'employeur car elle me semblait suffisamment secondée dans son combat avec le soutien du syndicat, de son avocat, de l'inspection du travail et de l'association de défense.

La seule chose que les médecins du travail ont fait pour l'aider est de la déclarer apte à son poste et de cadrer la distance de sa future affectation.

MON SENTIMENT DE MÉDECIN DU TRAVAIL

M^{me} X... a été victime d'un harcèlement sexuel caractérisé : le rapport de l'association est exemplaire, la souffrance de la salariée est intense et sa guérison nécessiterait une reconnaissance par l'entreprise et la justice (procédure longue) de la réalité du harcèlement sexuel.

Comment analyser les conditions d'émergence de ce harcèlement sexuel dans cette entreprise à majorité masculine ayant des pratiques managériales parfois très harcelantes à l'égard des salariés hommes et femmes ? Il est possible que le harcèlement sexuel au travail émerge d'autant plus facilement que le management habituel est maltraitant.

M^{me} X... a subi par la suite et en représailles de la médiatisation du harcèlement sexuel dont elle a été victime, un harcèlement moral de la part de son encadrement et d'une partie du collectif de travail par ce qu'elle a osé mettre en visibilité de viles pratiques de domination masculine dans l'organisation du travail.

La place stratégique du planificateur des horaires dans l'organisation du travail du centre peut expliquer la gravité des représailles : la direction préfère sacrifier l'opératrice de base remplaçable plutôt que l'agent de maîtrise masculin dont les compétences professionnelles sont incontournables, au risque d'enfreindre le Code du travail et l'éthique.

Je redoute les conséquences majeures de plusieurs années de harcèlement (sexuel puis moral) sur la santé physique et psychique de la salariée qui ne veut abandonner la partie.

POURQUOI EST-IL LÉGITIME POUR UN MÉDECIN D'INSTRUIRE LE LIEN ENTRE SOUFFRANCE ET TRAVAIL ?

Dominique HUEZ

INSTRUIRE LES DÉTERMINANTS POTENTIELS DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Les risques psychosociaux au travail (RPS) sont 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. Les pathologies induites par les organisations du travail sont générées par des facteurs de risques professionnels au nombre de six familles de risques. Ainsi, la charge de travail telle que la quantité de travail, la pression temporelle, la complexité du travail ou la difficulté de conciliation entre vies professionnelles et personnelles. Ainsi les exigences émotionnelles tels que l'épuisement émotionnel, la difficulté à être disponible émotionnellement pour ses proches après le travail, la facticité des émotions, le contact direct et les tensions avec le public, l'empathie et le contact avec la souffrance et la peur au travail. Ainsi l'autonomie et les marges de manœuvre telles que l'autonomie procédurale, la prévisibilité du travail, l'utilisation et le développement des compétences et la participation ou la représentation lors des changements organisationnels. Ainsi les rapports sociaux et les relations de travail tels que le soutien social au travail, la violence au travail, la non reconnaissance des efforts consentis ou l'absence de clarté de ce qu'on a à faire dans son travail. Ainsi les conflits de valeur tels que travailler d'une façon qui heurte sa conscience professionnelle, avoir le sentiment de faire ce qu'on désapprouve ou ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité. Et enfin aussi l'insécurité de l'emploi comprise comme l'impuissance ressentie à préserver la continuité souhaitée dans une situation de menace sur l'emploi.

SYMPTOMATOLOGIES PROFESSIONNELLES GÉNÉRANT UN PROCESSUS DÉLÉTÈRE

Quand le médecin clinicien « prend le travail comme grille de lecture », son attention peut-être attirée par une symptomatologie qui évoque une causalité professionnelle. C'est le cas pour les contraintes des organisations du travail empêchant de travailler, comme les contradictions majeures entre le cadre prescrit du travail et l'organisation réelle, une sous charge de travail punitive, une organisation du travail sans marge de manœuvre, des contraintes de travail intenable, des injonctions paradoxales, ou des situations où il faut tricher ou frauder. C'est le cas si la reconnaissance du travail est en péril avec un déni de la contribution ou de la reconnaissance professionnelle. Cela est aggravé si le travail collectif est lui aussi en péril du fait de la fragilité ou de l'absence de coopération professionnelle ou de collectif de travail, ce qui provoque un effondrement du « *travailler ensemble* ». Repérer aussi la fragilisation du sens du travail est un élément essentiel. Cela permet en effet l'irruption de la *honte* de son entreprise, de ce que le patient y fait au regard des usagers et de sa conception de la *Belle ouvrage*. On peut repérer alors des pratiques professionnelles contraires aux valeurs du sujet, une perte de sens du travail, jusqu'au sentiment d'aliénation sociale. Les discriminations organisationnelles sont particulièrement délétères comme une organisation du travail gravement irrespectueuse, un vécu de maltraitance stratégique, un vécu de bouc-émissaire, ou un vécu d'injustice majeure. Dans ce cadre le harcèlement sexuel professionnel est très sous-estimé ; de ce fait, on peut parfois voir le surgissement d'un harcèlement sexuel ancien, maintenu à l'écart un temps par un « *travailler* » constructeur de santé.

PROCESSUS DÉLÉTÈRE À L'ŒUVRE

Le travail n'est ainsi jamais neutre pour la santé mentale. Il peut devenir un médiateur dans la construction de la santé, mais il peut générer le pire. Alors il peut broyer et fonctionne grâce au zèle du salarié. Les stratégies psychiques de défense occultent les sources de souffrances et permettent d'endurer. Mais elles permettent alors le concours à une organisation du travail intolérable. Ce clivage défensif dont le sujet n'a pas conscience, le fait agir dans le sens inverse de ce qu'il pense juste ou bien. Le risque de l'aliénation professionnelle est présent.

De cela émergent des **pathologies de surcharge** qui résultent de l'intensification d'un travail générant un excès ingérable de sollicitations gestuelles, cognitives ou émotionnelles et effondrant le soutien social. Pour tenir il ne faut plus penser son travail. Ou des **pathologies post-traumatiques** qui résultent des conséquences psychopathologiques des violences symboliques ou physiques subies par des personnes dans l'exercice de leur activité. Ou enfin des **pathologies de la solitude** qui résultent de la maltraitance d'un management individualisant coupé de la réalité du travail collectif, possiblement par harcèlement par un groupe.

PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES

Sur le plan de la santé on peut repérer des manifestations pathologiques qui précèdent le passage à la pathologie, comme une **souffrance professionnelle pathologique** repérée par une verbalisation au cours de l'entretien clinique d'une douleur morale en relation avec le travail englobant parfois des éléments de somatisation. Un critère de gravité en est une **souffrance éthique** qui provoque un engourdissement de la conscience morale, et la formation d'un déni de ce qui fait souffrir, le sujet étant acteur actif ou passif d'actes qu'il réprouve. Des symptomatologies spécifiques attirent aussi l'attention comme des **troubles cognitifs en secteur**, soit l'amputation de la capacité de raisonner,

ou bien la variété des symptômes de l'**épuisement professionnel**. En définitive, l'élément déterminant est l'effondrement du pouvoir d'agir du sujet et la perte de sa capacité de prendre soin de sa santé.

De ces souffrances discrètes ou majeures peuvent se constituer selon les spécificités des histoires singulières et professionnelles, une dépression réactionnelle professionnelle, une anxiété généralisée, un état de stress post-traumatique aigu ou chronicisé, voire de façon plus inhabituelle un délire paranoïaque, un effondrement mélancolique ou un accès maniaque. Le corps n'est pas à l'abri avec les TMS, rachialgies hyperalgiques ou une pathologie cardiovasculaire comme HTA, infarctus ou AVC.

NOMMER MÉDICALEMENT L'ÉTILOGIE POUR PERMETTRE LA GUÉRISON

La prise en charge médicale s'appuyant sur « la clinique médicale du travail » est importante pour la prévention et le soin. Après une anamnèse professionnelle étayée et une approche clinique inter-compréhensive de l'activité de travail, de l'engagement subjectif du sujet dans celui-ci, et de ses impasses et conflits, le médecin a pour objectif de soutenir la réflexion du salarié et de l'aider à élaborer une parole propre sur les enjeux de son travail. Si la souffrance est un vécu individuel, c'est la compréhension de ses déterminants collectifs qui permet au sujet de sortir du vécu délétère en arbitrant entre des contradictions qui lui paraissaient insolubles.

Suite à cela, en nommant l'étiologie professionnelle, le praticien peut contribuer à la restauration de la santé du patient en lui permettant de sortir d'un mécanisme culpabilisant. Le passage par un écrit médical attestant du lien santé/travail pour une pathologie peut alors être nécessaire. Il ne s'agit pas ici d'un écrit de **constat médical** comme l'est un certificat de coup et blessures, mais d'un **écrit diagnostic** où quand cela est possible l'étiologie est indiquée car elle conditionne la prévention et les soins à venir.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ◆ BILLIARD I., *Santé mentale et travail : l'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La Dispute, 2001
- ◆ CASTEL R., *Métamorphoses de la question sociale*, Paris, Folio, Gallimard, 1995
- ◆ CLOT Y., *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF, 2008
- ◆ DEJOURS Chr., *Conjurer la violence : travail, violence et santé*, sous la direction de, Paris, Payot, 2007
- ◆ DEJOURS Chr., *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Point Seuil, 2006
- ◆ DEJOURS Chr., *Travail usure mentale*, Paris, Bayard, 2000

- ◆ DEJOURS Chr., *Travail, usure mentale, essai de psychopathologie du travail*, ed Bayard, 2008
- ◆ DEJOURS Chr, BÈGUE F., *Suicide et travail que faire ?*, Paris, PUF, 2009
- ◆ HUEZ D., *Souffrir au travail, comprendre pour agir*, Paris, Privé, 2008
- ◆ MOLINIER P., *Les enjeux psychiques du travail*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2006

Articles

- ◆ ASSOCIATION SMT, coll, *Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat*, coord. D. HUEZ, F. BARDOT, A. CARRÉ, O. RIQUET, N. SANDRET, ed. Syros, 400 p., 1998
- ◆ BARDOT F., HUEZ D., « Clinique médicale du travail et souffrance au travail, les dépressions réactionnelles professionnelles », *Travail et Emploi* n° 96, 2003
- ◆ CARRÉ C., HUEZ D., « Les écrits du médecin du travail », *Cahier SMT N° 27*, p 65-70, octobre 2013
- ◆ DAVEZIES Ph., DEVEAUX A., TORRES. Chr., « Repères pour une clinique médicale du travail », *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, vol 67, p 119-125, 2006
- ◆ HUEZ D., « *Éthique, Clinique du travail et témoignage, Construire nos règles professionnelles en médecine du travail* », Communication à la Société de Médecine du Travail et d'Ergonomie de Franche-Comté, Besançon, 2003
- ◆ HUEZ D., RIQUET O., « Savoir-faire clinique et action en médecine du travail », *Archives des Maladies Professionnelles*, 30^e Journées de Santé et Médecine du Travail de Tours, p 373-379, juin 2008
- ◆ LOUBET-DEVEAUX A., BARDOT F., « Une nouvelle pratique : la clinique médicale du travail », *Travailler*, 2003/2, ed. Martin-média
- ◆ VALEYRE A., « Les conditions de travail des salariés dans l'Union européenne à quinze selon les formes d'organisation », *Travail et Emploi* n°112, 2007

Ressources en ligne

Site des *Cahiers SMT* : <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

- ◆ *Cahier SMT N°15/2000, Rendre visible les expositions, témoigner des risques*, P. ABÉCASSIS, BARDOT, A. CARRÉ, D. HUEZ, F. LEROUX, C. SCHUCHT, G. SEITZ
- ◆ *Cahier SMT n°18/2003, Clinique Médicale du Travail : Éthique et Pluridisciplinarité*, G. LUCAS, A. DEVEAUX, F. THÉBAUD, D. HUEZ, A. CARRÉ
- ◆ *Cahier SMT n°19/2004, La clinique médicale au cœur de la consultation de médecine du travail*, J. MACHEFER, D. PARENT, A. DEVEAUX, V. ARNAUDO, D. HUEZ, F. BARDOT, Ph. DAVEZIES, I. LAGNY, D. TEYSSEYRE, O. RIQUET, Ch. BERTIN
- ◆ *Cahier SMT n°20/2005, Somatisation, les Mots du travail*, F. BARDOT, Ch. BERTIN, A.CARRÉ, J. Crémon, J. MACHEFER, I. LAGNY, A. LOUBET-DEVEAUX, D. PARENT, D. RAMAUT, N. SANDRET, F. THÉBAUD,
- ◆ *Cahier SMT n°21/2006, Clinique médicale du travail*, V. ARNAUDO, B. BERNERON, G. LUCAS, F. BARDOT, J. MACHEFER, A. DEVEAUX,
- ◆ *Cahier SMT n°22/2007, Pratiques professionnelles cliniques pour agir*, V. ARNAUDO, F. BARDOT, D. HUEZ, Ch. BERTIN, O. RIQUET, D. PARENT, O. RIQUET, N. SANDRET, A. DEVEAUX, F. JÉGOU, J. CRÉMON, J.-M. EBER
- ◆ *Cahier SMT n°23/2009, Les consultations cliniques en médecine du travail*, N. SANDRET, D. HUEZ, F. THÉBAUD, B. BERNERON, A. DEVEAUX, A. GROSSETÊTE, B. DE LABRUSSE, V. ARNAUDO, O. RIQUET
- ◆ *Cahier SMT n°26/2012, Clinique médicale du travail*, A. DEVEAUX, D. HUEZ, K. DJÉMIL, M. BESNARD, N. SANDRET
- ◆ *Cahier SMT n°27/2013, Clinique médicale du travail, Écrits du médecins du travail*, Actes du colloque avec *E-Pairs* du 14 juin 2013, A. CARRÉ, N. SANDRET, H. MARTINEZ, A. DEVEAUX, A. GROSSETÊTE, O. RIQUET, D. HUEZ, F. JÉGOU, G. LUCAS, Th. BURET

<http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Rapport-College-SRPST.pdf>

Rapport final du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psycho-sociaux au travail : 11 avril 2011

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

« *La clinique médicale du travail, contribution de la médecine du travail* », Actes du Colloque E-Pairs – ass.SMT du 14 juin 2013

<http://www.e-pairs.org/colloque2014/0-ecrits-medecins-travail.html>

« *Les écrits des médecins du travail et les liens santé/travail* », Actes du Colloque E-Pairs – ass.SMT du 20 juin 2014

HARCÈLEMENT SEXUEL ET TRAVAIL

Compte rendu Journée de Printemps de l'association SMT – 24 mars 2018

Karyne CHABERT, rapporteur

Présence de Nicolas CHAIGNOT – Chercheur en sciences humaines du travail

Auteur de Clinique du travail et évolutions du droit, Editions PUF, N. CHAIGNOT-DELAGE, Chr. DEJOURS (sous la direction de) (2017)

Auteur de l'article paru dans la Revue de droit du travail 2018

« Le harcèlement sexuel dans les relations de travail, quels moyens pour quelles spécificités ? »

LECTURE D'EXTRAITS DE SON TEXTE

PAR NICOLAS CHAIGNOT-DELAGE

« **U**ne pratique interdisciplinaire reste à construire sur un sujet qui reste très mal documenté, peu étudié, surtout en France.

Jusqu'à présent le harcèlement sexuel est socialement banalisé et cette banalisation est le reflet d'une naturalisation de la domination masculine. La parole des victimes fait systématiquement l'objet de discrédits multiples y compris de la part de leurs proches, leur plainte ridiculisée y compris par les magistrats. Il y a une juxtaposition de violences.

Dans le champ de la psychologie sociale, les travaux d'Ariane Bilheran (2009) montrent notamment la proximité du harcèlement (sexuel ou moral) avec le phénomène de torture. Il existe un "semblable processus de déshumanisation et de destruction psychique" de l'identité. Torturer et harceler sont deux manières distinctes de transformer le sujet humain en un objet de jouissance perverse par la mise sous terreur. Dans le cas de harcèlement sexuel, il est bien question de "tourmenter" l'autre [...] Il s'agit de l'attaquer par la dimension sexuelle, de le-la faire céder, d'obtenir sa reddition en vue notamment de lui voler son intimité, son identité, de l'exploiter...

[...] utile aux juristes de pouvoir identifier les conséquences cliniques observables. Quelques travaux remarquables dans le domaine de la psychopathologie nous donnent à voir les ressorts du "harcèlement sexuel traumatique". Selon Khadija Chahraoui (2015), ce

concept permet notamment d'éclairer les raisons pour lesquelles il existe un aussi faible nombre de plaintes. À l'expérience d'une violence sexuelle subie succède très fréquemment un sentiment de honte et de culpabilité qui provoque le repli sur soi, le mutisme et la dépression. Le harcèlement sexuel peut être assimilé à un "viol psychique". Les agressions verbales, les scènes de mépris, d'humiliation, les brimades, le chantage sexuel à l'emploi constituent des "effractions psychiques" qui reviennent en boucle et qui peuvent occasionner un syndrome de répétition. Les sphères cognitives et oniriques peuvent être alors constamment sous attaque, provoquant de l'angoisse, des cauchemars, des phobies. La personnalité peut alors être altérée, désorganisée, avec une perte de confiance en soi et d'amour de soi. Il faudrait que l'on nous explique comment, dans de telles conditions, les victimes qui se retrouvent au bord de "l'effondrement psychique" peuvent aller porter plainte, témoigner, défendre leurs droits ; etc. ? [...]

Enfin, dans cette analyse interdisciplinaire, il n'est pas envisageable de faire l'économie du rapport au travail en tant que tel, car il est un opérateur central dans la construction de la santé et dans la distribution de la domination.[...]. Il s'inscrit dans un ensemble de rapports sociaux au centre desquels se trouve la division sexuelle du travail. Il doit également être compris au prisme du rapport subjectif au travail, à l'organisation du travail avec laquelle et pour laquelle les sujets travaillent. La puissance d'analyse de la psychodynamique du travail, associée à celle de la sociologie des rapports sociaux de sexe permettraient de comprendre, dans quelle mesure certaines organisations du travail, qui ont déstructuré

les solidarités collectives de travail, peuvent également favoriser le harcèlement sexuel en particulier. »

CONSTATS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU TRAVAIL

Sont présentées les observations de quatre médecins du travail et un point d'étape sur la situation d'une consœur dont la pratique (inaptitude médicale et remise de leur dossier médical à leur demande), face aux atteintes à la santé (état dépressif, tentative de suicide) conséquences de harcèlement sexuel en entreprise, a été très sévèrement jugée par l'Ordre des médecins (six mois d'interdiction d'exercice) suite à la plainte des employeurs concernés.

D'autres médecins du travail témoignent de leurs pratiques et de leurs constats. Ils relatent finalement très peu de cas documentés de harcèlement sexuel. Cependant, une enquête réalisée en 2007 en service interentreprises de Seine-Saint Denis, enquête initiée par l'AVFT a montré que dans 50 % des situations dites de « harcèlements moral » environ, il était possible d'identifier des actes de harcèlement sexuel.

Un vécu de harcèlement moral peut faire suite à une période de harcèlement sexuel.

Il est constaté que dans la plupart des situations de harcèlement sexuel, le maintien dans l'entreprise n'est pas possible du fait des conséquences majeures sur la santé psychique et le médecin du travail est souvent amené à prononcer une inaptitude médicale.

Dans certaines situations, le *turn-over* des salariées peut être un indice pertinent. Il est relaté un cas d'entreprise de la restauration où les apprenties ne restaient pas sans donner de raison. Elles ont accepté de témoigner auprès du médecin du travail de ce qu'elles avaient vécu a posteriori pour laisser une trace de ce vécu dans leur dossier médical. Elles n'ont pas porté plainte.

L'association SMT a travaillé sur la question des « femmes au travail » en 2000 (voir l'ouvrage collectif *Femmes au travail, violences vécues*) – mais la question du harcèlement sexuel n'avait pas été instruite.

L'enquête SUMER de 2010 prend en considération les faits de harcèlement sexuel dans l'évaluation des conditions de travail ; on peut retrouver deux questions dans la rubrique « conditions dégradantes » :

- ♦ « On vous dit des choses obscènes ou dégradantes » 1,9 %
- ♦ « On vous fait des propositions à caractère sexuel de manière insistante » 0,3 %

Les constats communs sont qu'en grande majorité, les pratiques de médecins du travail ne permettent pas de détecter les signaux pouvant conduire à évoquer une situation de harcèlement sexuel. Comment peut-on développer une écoute spécifique de ces signaux ? Par quels moyens déclencher une action préventive et comment ?

Si certaines pratiques ont amené parfois les médecins du travail à interpeller directement le « harceleur » sur les conséquences de ses actes, il apparaît que ce n'est probablement pas toujours possible, suffisant et/ou satisfaisant.

DISCUSSION

Plusieurs questions se posent alors sur les pratiques professionnelles des médecins du travail :

- ♦ Comment faire en sorte que le harcèlement sexuel puisse être considéré comme un problème de santé au travail ?
- ♦ Comment aborder le harcèlement sexuel en entretien ?
- ♦ Comment libérer la parole des victimes ?
- ♦ Comment passer de la plainte individuelle à l'analyse collective des conditions de travail ?
- ♦ Comment mettre en place l'action préventive individuelle et collective ?

La définition du harcèlement sexuel étant basée sur un constat de faits à portée juridique, il peut être difficile pour une victime, de penser à interpeller un professionnel du médical sur ce sujet.

De la même façon que la souffrance éthique ou la honte ne sont pas exprimées ouvertement, les faits de harcèlement sexuel et les conséquences sur la santé des victimes ne seraient pas accessibles, visibles en consultation si le praticien ne cherche pas à les mettre en évidence. Il s'agirait donc de détecter un faisceau d'indices, un ensemble de signes faibles et ténus qui permettraient de dépister les situations de harcèlement sexuel.

Au-delà de la recherche des éléments d'analyse du rapport au travail, le positionnement du praticien devrait être alors davantage du côté du « care »⁽¹⁾, d'autant que le harcèlement sexuel fait souvent écho au vécu individuel et intime de la personne.

Nous savons que l'un des freins à la libération de la parole peut être le fait que la victime considère que ce qu'elle a subi serait plus de l'ordre d'une affaire privée

.....

1- « Prendre soin » au sens de porter attention et accompagner, action en lien avec un état affectif qui se situe dans la sphère intime (WINNICOTT)

entre individus et non une affaire de travail (ce positionnement n'est-il pas l'expression d'une stratégie de défense ?).

Nous devons amener le sujet à considérer que le harcèlement sexuel au travail n'est pas seulement un problème d'intimité, ni seulement de santé au travail, mais de santé du fait du travail.

La culpabilité est un frein puissant à la libération de la parole : « *Quel que soit ce que vous avez vécu et le contexte dans lequel ça s'est passé, vous êtes victimes quand même* ».

Une question se pose alors : le fait que le consultant soit un homme ou une femme peut-il influencer la libération de la parole ? C'est probablement vrai dans certains cas, certainement moins vrai lorsque le climat de confiance entre le médecin du travail et le (la) salarié(e) est établi.

Parmi les formes cliniques, le praticien doit rester attentif aux tableaux cliniques de décompensation psychique comme les dépressions graves avec mutisme, les tentatives de suicide mais aussi certaines atteintes psychiques ou somatiques chronicisées qui pourraient être l'expression d'un traumatisme à caractère sexuel ancien. Pour exemple, les médecins du travail sont témoins de tableaux cliniques de douleurs ostéoarticulaires diffuses chroniques, tendinites des membres supérieurs avec d'abord une atteinte du poignet, du coude, de l'épaule puis des cervicalgies associées à une névralgie cervico-brachiale avec une diffusion secondaire des douleurs à l'ensemble du rachis. Des tableaux cliniques de douleurs chroniques abdominales « énigmatiques » ont été constatés...

Les victimes peuvent décompenser sur le mode psychiatrique. Ce peut être un piège pour le praticien qui ne va pas forcément chercher à faire le lien avec les événements du travail et chercher des issues du côté de la prise en charge de la maladie psychiatrique.

La victime peut se présenter avec une demande de sanction pour son harceleur, accompagnée ou non de manifestation clinique.

La salariée peut demander à laisser une trace dans son dossier médical mais n'est demandeuse ni de prise en charge ni d'action.

Dans le cadre de l'approche individuelle en consultation de santé au travail, l'approche doit permettre à la salariée de s'exprimer sur son vécu traumatique. Cela nécessite de la disponibilité et une posture d'écoute compréhensive. Cette approche peut être favorisée par une information par tous les moyens comme par exemple un affichage en salle d'attente qui confirmerait que

le médecin du travail peut être un interlocuteur à l'écoute dans les situations de harcèlement sexuel au travail, événements à considérer comme des situations de maltraitance au travail. Il sera nécessaire, dans tous les cas, de rechercher le lien avec l'organisation de travail pour prescrire les mesures de prévention adaptées sur le plan individuel et collectif.

SUR LE PLAN DE LA COMPRÉHENSION DU TRAVAIL

De nombreux travaux mettent en évidence que les collectifs d'hommes ou de femmes se comportent différemment dans leurs rapports au travail. Pour exemple, l'intégration d'une femme dans un collectif d'hommes permet parfois une régulation des expressions de violence au travail. Certains collectifs de métier masculin peuvent paradoxalement protéger par exemple les homosexuels.

Dans une entreprise où il y a maltraitance, les comportements peuvent se différencier selon le sexe : les hommes vont s'affronter physiquement et exprimer la violence subie, les femmes vont s'isoler et vivre cette maltraitance dans la résignation. Les hommes vont quitter l'entreprise, les femmes vont se soumettre un temps puis « craquer » sur le plan individuel.

Le harcèlement sexuel est toujours l'expression de la domination. Certains ont pu faire un parallèle mettant en évidence des mécanismes proches entre domination raciale et domination sexuelle. Il s'agit fréquemment de l'expression de la « théorie du mâle dominant », ou « du premier de cordée ».

Desmond Morris – ethnologue, *Le singe nu*, a décrit avec précision cette similitude de comportements entre individus de notre société et individus de la société simiesque.

Dans certains milieux de travail comme les blocs opératoires, les allusions et « jeux » à connotation sexuelle sont fréquents et traditionnellement acceptés (question des limites ?)

Le harcèlement sexuel s'exprime parfois suite à des changements d'organisation qui déstabilisent le collectif de travail et les rapports au travail. Il peut être aussi toléré dans un contexte de management agressif ou maltraitant. En effet, certains modes de management peuvent utiliser une personnalité de type « pervers sexuel » pour instaurer un climat de peur et de domination et imposer des mesures de changement d'organisation de travail. Dans ce cas, les actes pourraient être « couverts » par la direction, au moins un certain temps.

Dans les cas où les collectifs de travail sont très affaiblis, l'expression de la domination masculine peut émerger et s'exprimer sans « régulation ». Dans les organisations du travail qui ne traitent pas ce genre de stratégie de domination, il y a un risque certain de récurrence.

Le harcèlement sexuel peut être utilisé comme un mécanisme classique de domination dans les rapports hiérarchiques (subordination obligée) mais il existe aussi un HS de type « horizontal » exercé entre collègues de travail. Dans ce cas, c'est la domination homme/femme qui s'exerce sans notion de hiérarchie. On peut faire l'hypothèse qu'il existe dans ce cas une insuffisance hiérarchique et une absence de régulation collective des rapports humains.

SUR LE PLAN DE LA PRÉVENTION COLLECTIVE

Réglementairement, le harcèlement sexuel est interdit par le Code du travail et par le Code pénal (articles L.1153-1 et suivants du Code du travail, 222-33 du Code pénal).

« *Aucun salarié ne doit subir des faits :*

- ♦ *Soit de harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.*
- ♦ *Soit assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers. »*

L'employeur a une obligation d'information

Les travailleurs doivent être informés, par tout moyen, du texte des articles 222-33-2 (sanction du harcèlement moral) et 222-33 (sanction du harcèlement sexuel) du Code pénal. Dans les entreprises employant habituellement au moins 20 salariés, où il est obligatoire, le règlement intérieur doit notamment rappeler les dispositions relatives aux harcèlements moral et sexuel prévues par le Code du travail.

Depuis 2012, l'interdiction de harcèlement sexuel doit donc être inscrite dans le règlement intérieur.

Il est possible d'aborder la question de la prévention du harcèlement sexuel en CHSCT, de manière collective, en rappelant que les conséquences traumatiques pour la santé des victimes sont gravissimes et qu'il est nécessaire de prévenir ces agissements, au même titre que les autres formes de maltraitance au travail. Le médecin du travail peut rappeler, dans ces instances, qu'il est un interlocuteur privilégié à l'écoute de ces questions. Tous les outils à disposition du médecin du travail pour transmettre à l'employeur les recommandations en matière de prévention de la santé au travail sont mobilisables ; la fiche d'entreprise est considérée comme un de ces moyens.

La prévention des effets sur la santé des travailleurs du fait d'actes de harcèlement sexuel rejoint celle du harcèlement moral et celle de l'ensemble des psychopathologies liées aux organisations de travail délétères.

HARCÈLEMENT SEXUEL DU FAIT DU TRAVAIL

Karyne CHABERT

Les médecins du travail font le constat que si le harcèlement sexuel et autres actes sexistes émergent dans les médias depuis quelques mois, grâce à une certaine libération de la parole des victimes, il ne s'exprime que très peu dans les consultations de santé au travail.

Pourtant, une enquête de 2007 réalisée en Service interentreprises de santé au travail de Seine-Saint-Denis avait montré l'ampleur et la gravité des violences sexistes et sexuelles sur le lieu de travail (1,2,3).

LES VICTIMES QUI PORTENT PLAINTE SONT RARES

Les cas documentés sont des situations souvent très traumatisantes, avec des conséquences sur la santé, parfois irréversibles, conduisant à l'inaptitude médicale (et de ce fait à la perte d'emploi) dans la majorité des cas. Si les victimes acceptent de se confier aux professionnels de santé au travail, c'est pour être écoutées, « laisser trace » dans le dossier médical et trouver une issue (souvent l'inaptitude médicale à tout poste de l'entreprise) pour ne pas être confrontées à nouveau à leur agresseur. Les victimes qui portent plainte sont rares.

La symptomatologie s'exprime sous forme d'atteintes psychiques, dépressions sévères, tentatives de suicide,

.....

1— Article issu des réflexions et contributions écrites de la Journée de Printemps de l'association Santé et Médecine du Travail (SMT) 24 mars 2018, <http://a-smt.org>

2— Enquête en Seine-Saint-Denis sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail (Enquête vsft-93). THOMASSIN Chr. et coll. *Travailler* 2009/2 ; (22) : 59-77, www.martinmedia.fr

3— HUEZ D., *Invisibilité du harcèlement sexuel au travail*, Association SMT 2018, <http://a-smt.org>

ou de pathologies somatiques chroniques résistantes à la prise en charge habituelle (troubles musculosquelettiques (TMS) diffus, douleurs abdominales chroniques...). Quand le clinicien ne comprend pas bien des symptomatologies qui s'enkystent ou prennent de l'ampleur, il faut penser au harcèlement sexuel.

QUELS LIENS AVEC LE TRAVAIL ?

Plusieurs questions se posent aux professionnels de santé :

- ◆ Pourquoi les plaintes ne s'expriment-elles pas auprès des professionnels de santé au travail au même titre que le harcèlement moral ?

Le travail est un facteur majeur de construction de sa santé et de son identité. L'appartenance à un collectif de travail est un critère essentiel pour maintenir cet équilibre, il permet le partage de règles de métier pour faire face à la variabilité des situations de travail et permet aussi la régulation des rapports au travail dont la domination peut être une forme d'expression.

Les nouvelles organisations de travail fragilisent cet équilibre (intérim, sous-traitance, individualisation des performances...) et favorisent l'expression de rapports violents au travail. Plus l'organisation de travail va maltraiter le collectif, plus les rapports humains vont s'en trouver affectés. On comprend donc que certaines organisations de travail seraient « protectrices » vis-à-vis du harcèlement sexuel et que d'autres favoriseraient les actes d'agression sexuelle comme toute autre forme de maltraitance au travail. Comme dans les situations de harcèlement moral, une des conséquences est l'isolement de la victime, qui va aggraver la souffrance et le risque de décompensation grave.

LE HARCÈLEMENT SEXUEL EST TOUJOURS L'EXPRESSION DE LA DOMINATION

Les actes d'agression sexuelle sont des actes destinés à porter atteinte à l'intimité, à la dignité et à l'identité de la personne. Les mécanismes de honte et de culpabilité vont entraîner un repli sur soi et un isolement majeur qui empêchent la victime de demander de l'aide. Nous faisons l'hypothèse que deux facteurs aggraveraient ces mécanismes d'isolement : d'une part le sentiment de honte, de culpabilité et d'atteinte à l'intimité probablement encore plus marqué que dans le cadre du harcèlement moral ce qui empêcherait la victime d'analyser les faits comme un évènement du travail et d'autre part l'insuffisance de reconnaissance du statut de victime de harcèlement sexuel dans nos sociétés. Le harcèlement sexuel est toujours l'expression de la domination, en particulier masculine. Certains ont pu faire un parallèle mettant en évidence des mécanismes proches entre domination raciale et domination sexuelle. D'autres éléments de comparaison sont tirés de l'analyse de la société simiesque selon Desmond Morris, ethnologue notamment dans l'ouvrage *Le singe nu*(4).

Si les collectifs d'hommes et de femmes se comportent différemment dans leurs rapports au travail (les collectifs masculins vont plutôt exprimer la violence par l'affrontement physique alors que les femmes vont plutôt s'isoler et vivre la maltraitance organisationnelle dans la résignation, au moins dans une première phase), il est constaté que la présence du sexe opposé est souvent un facteur d'apaisement et de régulation.

HARCÈLEMENT MORAL ET HARCÈLEMENT SEXUEL SONT TRÈS SOUVENT INTRICQUÉS

Les faits de harcèlement sexuel vont souvent s'exprimer à l'occasion d'un changement organisationnel ou managérial, d'une augmentation des exigences du travail accompagnée d'une insuffisance de moyens à la hauteur pour atteindre les objectifs requis. Cette période de fragilisation du collectif va permettre à la maltraitance de s'exprimer sans possibilité de régulation.

Malheureusement les changements de repères permanents dans les organisations de travail actuelles saturant les capacités d'adaptation des individus, brouillent les repères et empêchent la construction de règles de travail partagées et de régulation collective. C'est dans ce contexte que toutes les formes de comportements hostiles et maltraitants s'expriment. Harcèlement moral et harcèlement sexuel sont très souvent intriqués, l'un faisant suite à l'autre.

Plus grave encore, il arrive que les faits de harcèlement sexuel soient couverts par la hiérarchie ou passés sous silence, dans un contexte de management agressif et maltraitant, comme une forme de domination managériale visant à faire accepter la contrainte. Il s'agit d'instaurer un climat de peur et de domination, par tous les moyens, ou de maintenir un climat de tension propice à la subordination. Le harcèlement sexuel peut être utilisé comme un mécanisme classique de domination dans les rapports hiérarchiques (subordination obligée) mais il existe aussi un harcèlement sexuel de type « horizontal » exercé entre collègues de travail. Dans ce cas, c'est la domination homme/femme ou dominant/dominé qui s'exerce sans notion de hiérarchie. On peut faire l'hypothèse qu'il existe dans ce cas une insuffisance hiérarchique et/ou une absence de régulation collective des rapports humains, le collectif de travail étant effondré.

L'organisation du travail qui passerait sous silence et ne traiterai pas ces comportements hostiles et ces stratégies de domination présenterait un risque élevé de récurrence d'actes violents quelle qu'en soit la forme. Par expérience, les faits de harcèlements sexuels non dénoncés et non sanctionnés se répètent à l'attention de la même victime ou d'une autre victime.

Les professionnels de santé doivent donc rester à l'écoute et attentifs aux éléments cliniques évoquant un traumatisme en lien avec des faits de harcèlement sexuel au travail. Accompagner la victime à faire des liens avec l'organisation de travail lui permettra d'avoir une compréhension globale et déculpabilisante des évènements aidant à la guérison. La prévention de ces formes de maltraitance passe par la transformation des organisations de travail délétères.

.....

4- DESMOND Morris *Le singe nu*, Grasset, Paris, 1967 : 320 pages.

LES CAHIERS S.M.T.

- N°1 Spécificité et médecine du travail (89) – (épuisé) –
- N°2 Éthique et pratique en médecine du travail ; introduction aux débats (90) – (épuisé) –
- N°3 Évaluation en médecine du travail (nov. 90) – (épuisé) –
- N°4 Éthique en médecine du travail (mars 91) – (épuisé) –
- N°5 Précarité et sous-traitance en médecine du travail (mai 92) – (épuisé) –
- N°6 Médecine du travail et santé publique (mai 93) – (épuisé) –
- N°7 **Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail (mai 94)**
Éditions Syros – (épuisé) –
- N°8 Parler des règles de métier : nos pratiques en médecine du travail (mai 95) – (épuisé) –
- N°9 Les dérives de l'organisation du travail. Quelles pratiques pour les médecins du travail ? (mai 96)
- N°10 Pluralité, éthique commune, un métier en quête de sens (mai 97)
- N°11 Médecine du travail, un débat nécessaire (avril 98)
- N°12 **Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat (juin 98), Éditions Syros**
- N°13 Poursuivre la Refondation de la médecine du travail (juin 99)
- N°14 **Femmes au travail, violences vécues (mai 2000), Éditions Syros**
- N°15 Rendre visible les expositions. Témoigner des risques (juin 2000)
- N°16 Articuler accompagnement clinique et identification exhaustive des expositions (juin 2001)
- N°17 Organisation du travail. Santé mentale (mai 2002)
- N°18 Clinique médicale du travail. Éthique et pluridisciplinarité (juin 2003)
- N°19 La Clinique au cœur de nos pratiques. Construire du sens (juin 2004)
- N°20 Somatisation, les mots du travail (juin 2005)
- N°21 Évaluation des Pratiques Professionnelles (juin 2006)
- N°22 Maltraitements organisationnels, quelles pratiques cliniques ? (novembre 2007)
- N°23 Quelle évolution pour la médecine du travail ? (juin 2009)
- N°24 Préserver la médecine du travail ? (juin 2010)
- N°25 Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle (juin 2011)
- N°26 Quelle médecine du travail demain ? (mai 2012)
- N°27 Clinique médicale du travail. Écrits du médecin du travail (octobre 2013)
- N°28 Les Écrits des médecins du travail. Liens santé/travail (octobre 2014)
- N°29 Quels métiers et Pratiques en médecine du travail (octobre 2015)
- N°30 La coopération médecin et infirmier en santé au travail (7^e Colloque *E-Pairs*) (octobre 2015)
- N°31 Agir pour la seule santé des salariés (octobre 2016)
- N°32 Les Coopérations du médecin du travail avec quatre spécialistes médicaux, du point de vue de la santé du patient (8^e Colloque *E-Pairs*) (novembre 2016)
- N°33 Le soin médical préventif (septembre 2017)
- N°34 La question du travail au cœur de la coopération entre les équipes médicales et la médecine générale (9^e Colloque *E-Pairs*) (septembre 2017)

L'accès à chaque article de quasiment tous les *CAHIERS SMT* est en ligne.

Accessible sur le site internet de l'association

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

ACTIVITÉ CLINIQUE ET PROTOCOLES DE L'ÉQUIPE MÉDICALE

Chantal COLLIOT infirmière en santé travail
Alain GROSSETÊTE médecin du travail

Médecins et infirmiers-désignés par le vocable « équipe médicale » concourent ensemble au « suivi individuel de l'état de santé des salariés ». Du fait de la loi, la surveillance individuelle de l'état de santé des salariés relève à présent des deux métiers. Encadrés par le Code de santé publique, ils doivent concourir exclusivement à soutenir la santé au travail des salariés en aidant à la construire ou à la restaurer. L'infirmière peut recevoir en « visite »(1) des salariés dans différentes circonstances. Lors des entretiens, l'infirmière émet un diagnostic sur l'état de santé du salarié. Tout comme le médecin elle intervient dans le soin préventif ; enfin elle oriente vers le médecin les salariés dont elle estime que leur état relève d'un diagnostic médical, et d'une prise en charge médicale. Elle accède donc à une responsabilité qui relève d'une activité clinique, au cours de laquelle les salariés peuvent exposer ce qui fait obstacle à la compréhension de leurs difficultés, recevoir une aide dans leur élaboration, et apporter leur propre contribution à leur santé au travail.

DES RÈGLES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES À DISCUTER ET À INVENTER POUR INSTALLER LA CONFIANCE ENTRE LES DEUX MÉTIERS CLINIQUES

Pour introduire les questions touchant aux coopérations dans l'équipe médicale, il est un obstacle à éviter :

.....
1- Terme désignant le suivi individuel, employé dans le décret du 27 décembre 2016 ; par exemple : visite d'information et de prévention (VIP) ; visite d'information et de prévention initiale (VIPI).

celui de conférer au terme de coopération(2) une définition trop rigide. Nous proposons, pour commencer, d'entendre qu'il s'agit du « travailler ensemble » entre IST et médecin. Quel en serait le socle commun ?

Une définition issue du travail en groupes de pairs(3) de la coopération médecin/infirmier(e) du travail est mise en discussion : la coopération repose sur une conception commune de la médecine du travail avec une approche par la clinique du travail en santé au travail, en vue d'un diagnostic commun santé/travail. À cette fin, comment la confiance nécessaire peut-elle s'établir ? Les règles et pratiques professionnelles de ces deux métiers étant très diverses, chaque métier a à réfléchir et faire montre de ses règles professionnelles. Des pratiques professionnelles sont encore à construire pour travailler ensemble, principalement en ateliers de groupes de pairs dans le cadre du DPC.

Ceci étant, la coopération clinique entre infirmière et médecin ne se décrète pas, ni ne se prescrit.

Pour des médecins et infirmiers formés à la clinique médicale du travail(4) la coopération paraît plus facile

.....
2- La coopération examinée ici est la contribution apportée par l'IST et le médecin du travail à la construction de la santé des consultants vus en visite. Contribution apportée à une œuvre commune, selon la définition du dictionnaire Robert (Alain Rey).

3- Séance du 23 mars du groupe Projet de *E-Pairs* (organisme réfléchissant sur les pratiques professionnelles des médecins et infirmier[e]s du travail).

4- La clinique médicale du travail caractérise une clinique en médecine du travail dans la mesure où elle se campe à l'intersection de l'individuel et du collectif. Elle est utilisée par des médecins du travail, des infirmières et des psychologues. En santé au travail, seuls deux métiers cliniques sont soumis au Code de la santé publique : médecins et infirmières du travail. Ils forment l'équipe médicale.

à mettre en place. Ils disposent déjà de cette approche commune. Ils s'accordent dans l'équipe médicale sur le fait que la surveillance individuelle de l'état de santé des salariés (qu'elle soit médicale ou qu'elle soit infirmière) est un temps de clinique médicale du travail, donnant à l'entretien une même finalité. Le salarié est à considérer comme consultant potentiel. Durant ce temps clinique le salarié peut tout à la fois être renseigné et renseigner le clinicien sur son poste et ses expositions ; mais aussi, il doit pouvoir exposer au travers de son activité du « travailler », ce qui peut l'empêcher de travailler ou de bien travailler, le rendre malade lui tout seul ou sa collectivité (le « travailler » de ses collègues et de sa hiérarchie apparaissant parfois, en filigrane), et pouvoir obtenir de l'aide pour conforter son autonomie.

Prenons l'exemple de la visite dite d'information et de prévention. Pour le médecin ou l'infirmière, il s'agit de donner à cette visite un contenu informatif et préventif, à partir d'une approche qui est clinique. Celle de l'équipe pluridisciplinaire est une approche d'un collectif, par les risques(5).

L'approche par la clinique est différente. C'est la raison pour laquelle elle n'est pas redondante avec l'approche par les risques. Elle privilégie l'approche par le « travailler. » Cette approche a le gros intérêt pour le salarié de le placer rapidement en situation de se voir travailler. L'entretien clinique peut comporter des silences et il faut parfois composer avec le mutisme du salarié. Le médecin ou l'infirmière au travers de l'entretien doit pouvoir « voir » le salarié travailler. Le salarié raconte et s'entend raconter son histoire de travail ; le médecin ou l'infirmière peuvent relancer le salarié sur des situations qui n'auraient pas été comprises : il y a échange et co-construction possible d'une élaboration pour étayer la santé.

Le salarié, s'il se sent en confiance et écouté, confère alors à cet entretien une dimension de récit actif, coloré d'anecdotes, au fil duquel apparaissent des informations multiples sur son travailler, traversées par les émotions, en lien avec le corps et ce qui fait trace ou non dans le langage et la subjectivité. Sa mémoire de travail restitue les événements et risques passés. Les risques actuels et passés ne sont donc pas considérés indépendamment du récit portant sur son travailler, ni des stratégies déployées pour s'en protéger. La vraie difficulté pour l'infirmier(e) est alors d'estimer à quel moment l'entretien peut être achevé !

.....

5— L'équipe pluridisciplinaire peut avoir déjà procédé dans son approche par les risques, à collecter de l'information sur les produits et procédés mis en œuvre, avant que soit programmée la visite de suivi individuel ; ou parfois avec l'équipe médicale.

L'entretien dont le contenu est ici décrit, qu'il soit initié par le médecin ou l'infirmier(e) clinicien(ne) est un entretien de clinique médicale du travail. Dans le récit de son travailler, le travail est présenté comme rugueux. Les enjeux pour la santé apparaissent très fréquemment sous la forme de conflits de travail entraînant des symptômes. Le salarié se mue en un salarié-patient. Il peut exposer à cette occasion en quoi son activité peut présenter un caractère conflictuel vis-à-vis d'un collègue, de sa hiérarchie. Ces conflits ont-ils été instruits ? Ont-ils une dimension possiblement collective ? Ils questionnent alors l'organisation ou le management. Non explorés, ils laissent le salarié dans l'isolement et une rumination ; ils peuvent se révéler dangereux pour sa santé. Exposés, ils ouvrent à un possible soin médical préventif.

Parmi l'obligation de moyen, il peut être mentionné un temps initial de compagnonnage avec une infirmière et un médecin, réservé à sa formation de terrain sur les questions de l'activité de travail et du travailler.

LES PROTOCOLES

OBSTACLE OU AU CONTRAIRE APPUI DE LA COOPÉRATION

L'équipe médicale doit attentivement considérer la portée des protocoles dans la coopération. Du protocole dépend beaucoup l'existence et la qualité de la coopération. À ce sujet il paraît utile de mettre en perspective le contenu d'un protocole et les textes réglementaires dans lesquels apparaît le métier infirmier.

D'après ces textes, dans l'équipe médicale, le médecin du travail est responsable personnellement de la « mission réglementaire ». Il doit donc en même temps pouvoir se montrer garant de l'activité de l'IST avec laquelle il coopère, et se placer lui-même dans une posture clinique qui place l'activité clinique de l'infirmier(e) comme expression singulière, indépendante, autonome. La rédaction des textes réglementaires rend possible cette lecture, tout en tenant compte des deux éléments suivants : le Code du travail désigne le médecin du travail comme seul interlocuteur du chef d'entreprise. Et les dispositions prévues par le législateur confèrent au médecin un rôle « d'animation et de coordination » de toute l'équipe pluridisciplinaire. Celle-ci déploie ainsi son activité dans une certaine mise en tutelle réglementaire de la part des médecins, laquelle ouvre potentiellement la voie à toutes sortes de dérives : traduire du point de vue organisationnel l'autorité technique du médecin en position de hiérarchie ; soumettre le métier d'infirmier(e) dans ses orientations à la direction du service médical.

Dans l'équipe médicale est-il possible de déployer une pratique coopérative avec une quelconque mise en tutelle du métier infirmier, qui serait déclinée par le service de santé, par exemple un service RH, ou même le médecin ?

Examinons donc ce que serait un protocole dit de coopération, qui pourrait être opérant dans toutes les activités de l'équipe médicale.

Le Code du travail indique que le médecin « peut confier certaines activités, sous sa responsabilité » notamment à un infirmier(e). Le protocole indique donc à quelle condition « il peut » le faire. L'importance de la rédaction du protocole qui engage le médecin du travail apparaît ici. Le protocole fixe le contenu de l'obligation de moyens sur lequel l'infirmier(e) s'appuie pour pouvoir déployer son exercice. Cependant les dispositions organisationnelles et de fonctionnement d'un service de santé en autonome ou dans un service interentreprises peuvent constituer un obstacle à la coopération à l'intérieur de l'équipe médicale.

Le protocole doit protéger l'exercice infirmier, d'un risque de se voir imposer un « prescrit » de la direction du service de santé, tendant à le cantonner dans des objectifs quantitatifs et des interventions à distance du travail réel.

Concernant l'activité clinique infirmière le protocole doit pouvoir assurer que l'entretien clinique de l'IST n'a pas à être « supervisé » ni mis en tutelle médicale. Le statut de chaque entretien qu'il soit mené par l'un ou l'autre des deux métiers cliniques se conçoit dans un dialogue entre deux métiers, discutant et parfois disputant à égalité entre deux métiers. Seul l'échange est de mise ! De son expression autonome, dépend l'expression des capacités délibératives de l'équipe médicale.

Le protocole peut indiquer que les suivis individuels de l'état de santé se font avec la clinique médicale du travail. Que l'infirmier(e) à laquelle il confie des activités doit disposer d'une formation initiale et continue de qualité. Beaucoup d'infirmières et infirmiers du travail viennent du milieu du soin et manquent de connaissance sur les milieux de travail sans avoir bénéficié

d'une formation de qualité basée sur la connaissance des environnements de travail, sur l'ergonomie de l'activité et la psychodynamique du travail. Aussi la rédaction du protocole doit être commune de la part de l'équipe médicale.

Parmi l'obligation de moyens il peut être mentionné un temps initial de compagnonnage avec un infirmier(e) et un médecin, réservé à sa formation de terrain sur les questions de l'activité de travail et du « travailler ».

La mission première confiée par la loi à un SST est le dépistage le plus précoce possible des atteintes à la santé dans le travail. Ces atteintes ont ceci de particulier qu'elles sont toutes évitables. L'alerte est possible dès qu'apparaissent les premiers signes d'une altération. Le médecin doit aussi recevoir les salariés dont l'état relève d'un diagnostic médical et d'une prise en charge médicale. Un enjeu fort de la coopération est que l'équipe médicale conserve une vision globale de l'état de santé de la collectivité au travail que le médecin ne peut détenir à lui tout seul, et qui se trouve menacée du fait de la ressource médicale insuffisante.

À partir du recueil individuel en consultation des altérations et atteintes il est possible à l'équipe médicale de faire une analyse collective en veille clinique. Elle est adressée par le médecin du travail à l'équipe pluridisciplinaire, qui en délibère avant d'orienter du point de vue de la santé les actions à entreprendre.

Au nom de la primauté du collectif sur l'individuel, l'approche individuelle a été dénigrée. Au lieu d'opposer les deux approches, il est possible de les articuler. Infirmier(e)s et médecins sont placés ensemble en première ligne du dispositif de la prévention. Pour toute cette activité clinique, l'équipe médicale, de notre expérience et avis, doit être stabilisée en binôme à raison d'une IST temps plein pour un médecin temps plein.

Il est permis d'envisager que ce pôle clinique incluant infirmier(e) et médecin en coopération contribue très utilement au pilotage en prévention primaire des altérations et atteintes à la santé, sans lequel il n'y aurait plus de service de santé au travail mais un service géant des prestations en aide aux employeurs.

L'IMPORTANCE D'UNE CLINIQUE MÉDICALE INDIVIDUELLE POUR LA PRÉVENTION

Dominique HUEZ

PRÉVENTION PAR LES RISQUES OU NOURRIE DU SUIVI MÉDICAL INDIVIDUEL

Les récentes réformes de la médecine du travail tendent à éloigner les praticiens du terrain et surtout des salariés en espaçant de plus en plus les visites médicales. Elles orientent les professionnels de santé vers une pratique plus gestionnaire, fondée sur un suivi quantitatif de l'état de santé des populations, *via* des indicateurs et outils standardisés. Le soubassement clinique de la médecine du travail risque d'être perdu pour des médecins du travail qui privilégient l'approche préventive par les risques, pratique commune avec les préventeurs et hygiénistes. Les SST ne peuvent être des services HSE de prévention, « gérant les risques » pour les employeurs, sinon ils n'ont plus d'objet propre ni d'indépendance professionnelle.

Avec la dernière réforme de la médecine du travail, pour la plupart des salariés, sauf pathologie constituée ou travail dans un secteur reconnu à sur-risque, – qui exclut les risques chimiques, de TMS ou de RPS des organisations du travail par exemple –, c'est la fin de l'accompagnement médical périodique pour tous en santé au travail. La dernière réforme oriente ainsi la médecine du travail vers la sélection de la main d'œuvre sur des postes à risque. Le « piège de l'aptitude » pour les pratiques des médecins du travail persiste. Il est conservé une aptitude médicale à pouvoir être exposé à cer-

tains risques, malgré un consensus social pour la supprimer. Ce choix ignore l'état des connaissances scientifiques et l'expérience clinique des praticiens. Persiste ainsi l'obligation de délivrer une aptitude médicale pour les rayonnements ionisants, l'amiante, et encore plus caricatural, pour se prémunir du risque que présenterait tel travailleur pour les tiers de son environnement immédiat de travail. Ceci est une absurdité scientifique et éthique. La médecine prédictive individuelle n'existe pas. La médecine du travail n'a de sens que si elle sert les intérêts de la santé individuelle et collective des travailleurs.

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL PASSAGE OBLIGÉ VERS LA PRÉVENTION PRIMAIRE

Seule une pratique clinique, s'appuyant sur des échanges individuels avec les salariés concernant leur activité réelle et ce qui s'y joue, peut permettre d'établir un diagnostic argumenté par un faisceau d'indices sur le lien entre leur santé et leur travail et de construire la prévention collective des risques professionnels sur des bases solides. La négation du socle de la prévention médicalisée des SST prive les acteurs qui relèvent du code de la santé publique d'efficacité et de légitimité. Or pour déployer la prévention, il faut que le médecin puisse appréhender les mécanismes délétères à travers sa connaissance de l'ensemble du collectif

par un suivi médical individuel. Le « plus » d'une équipe médicale, est d'avoir accès aux altérations de santé de chacune des personnes, parce qu'elles ont confiance dans le cadre médical que permet et oblige leur exercice professionnel. La médecine du travail est le seul outil qui dans l'énonciation de ses constats, peut s'affranchir du poids des considérations économiques et accéder de façon indépendante aux altérations de santé. Son rôle est de contribuer pour chacun à construire ou préserver sa santé au travail et d'y adosser une prévention primaire des conditions de travail « en situation ». On parle de soin médical préventif. Seuls des professionnels relevant du code de la santé publique peuvent réglementairement avoir accès aux altérations individuelles de la santé. Cette posture est irremplaçable pour accompagner et conseiller les salariés pour reconstruire leur pouvoir d'agir. Le soin médical préventif est l'opposé de toute pratique sélective et discriminatrice par la santé. La consultation médicale périodique pour tous – lorsqu'elle est débarrassée de l'aptitude – permet de repérer les facteurs de risques organisationnels, mais aussi les risques environnementaux, sans doute davantage que des visites « de terrain ».

La clinique médicale du travail prend le travail comme grille de lecture pour comprendre individuellement les causes des maux du corps et de l'esprit, avec un fort retour collectif préventif. Elle est un outil commun à l'équipe de médecine du travail, médecins et infirmiers-es du travail. Après une anamnèse professionnelle étayée et une approche clinique inter-compréhensive de l'activité de travail, de l'engagement subjectif du sujet dans celui-ci, de ses impasses et conflits, le médecin ou l'infirmière du travail a pour objectif de soutenir la réflexion du salarié et de l'aider à élaborer une parole propre sur les enjeux de son travail. C'est la compréhension des déterminants collectifs des souffrances, douleurs, impotences, handicaps de situation, qui permet au sujet de sortir d'un vécu délétère en arbitrant entre des contradictions qui lui paraissent insolubles.

FACILITER LE RÉCIT

PORTER ATTENTION AUX MAUX DU CORPS

Cette clinique n'est accessible que par la parole. La mise en récit du travail permet d'appréhender l'engagement subjectif du sujet dans son travail,

son « travailler », et ainsi de mieux comprendre le travail du salarié, ses enjeux, ce dont il le charge, ce qu'il en attend, et ce pourquoi il le rend malade. L'objectif du médecin est de soutenir la réflexion du patient et de l'aider à élaborer une parole propre sur son travail en lui permettant de comprendre le processus délétère qui annihile sa capacité d'agir. Ces récits de l'activité de travail peuvent permettre d'approcher ce qui peut faire souffrir les salariés. Le fait de parler de son travail permet un niveau d'élaboration plus complexe, où sa problématique prend une nouvelle dimension, ce qui peut lui permettre de prendre conscience des enjeux de son activité et de ses dimensions conflictuelles. Quand le salarié peut mettre en récit et rendre compte des impasses de son activité, il ramène dans l'espace de la consultation des contradictions et des dilemmes qu'il affrontait seul dans l'isolement comme s'il s'agissait de questions personnelles sans lien avec le travail et les collègues.

Il y a une connaissance corporelle de l'activité de travail, de la matière de travailler ; il y a une intelligence du corps. Le sujet perçoit l'environnement non pas comme des objets étrangers extérieurs, mais comme un prolongement de lui-même. Il n'y a pas d'engagement dans le travail sans engagement du corps. Le corps engagé dans le travail souffre ; le symptôme s'éprouve par le sujet comme une résistance à son pouvoir d'agir. L'émotion reconnue comme tension entre ses mobiles et l'organisation du travail offre au salarié la possibilité d'ajuster ses choix à la réalité de son travail, ce qui ouvre d'autres issues possibles que la pathologie aux conflits qui le traversent.

LES ALTÉRATIONS DE LA SANTÉ AVANT LA PATHOLOGIE

Le diagnostic du lien santé/travail relève de l'obligation de moyens du médecin : respect du secret médical, construction de la confiance, consentement éclairé du patient, travail entre pairs, acquisition de compétences, prévention des maladies évitables en identifiant les causes pour en permettre la prévention et les soins, prise en compte des inégalités sociales de santé et des avancées scientifiques.

Au plan de la santé on peut repérer des manifestations qui précèdent le passage à la pathologie,

comme une **souffrance professionnelle pathologique** ou une **souffrance éthique** qui provoque un engourdissement de la conscience morale, le sujet étant acteur actif ou passif d'actes qu'il réprovoque. De ces souffrances discrètes ou majeures peuvent se constituer selon les histoires singulières et professionnelles, une dépression réactionnelle professionnelle, une anxiété généralisée, un état de stress post-traumatique aigu ou chronicisé. L'usure professionnelle quant à elle s'inscrit dans le corps, avec les TMS, Rachialgies hyperalgiques ou une pathologie cardiovasculaire comme HTA, infarctus ou AVC et maintenant des pathologies auto-immunes comme les thyroïdites, maladie de Crohn ou diabète.

En nommant l'étiologie professionnelle, le praticien contribue à la restauration de la santé du patient en lui permettant de sortir d'un mécanisme culpabilisant. Cela montre l'importance d'une prévention médicalisée qui identifie leur causalité étiologique pour les prévenir, permettre les soins appropriés, et leur réparation sociale et juridique. Le passage par un écrit médical attestant du lien santé-travail pour une pathologie peut alors être nécessaire. Il ne s'agit pas ici d'un écrit de **constat médical** comme l'est un certificat de coup et blessures, mais d'un **écrit diagnostic** révélé par un faisceau d'indices, où quand cela est possible l'étiologie est indiquée car elle conditionne la prévention et les soins à venir.

TENIR LE CADRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN SANTÉ AU TRAVAIL

L'équipe médicale exerçant en SST, médecins et infirmiers du travail relève du code de la santé publique aujourd'hui comme hier. Par-là elle peut accéder aux effets du travail sur la santé individuelle et accéder à leur causalité pour prévenir les risques du travail à la source. En SST c'est un système de veille médicale de terrain qui doit être privilégié pour un accompagnement médical du plus

grand nombre par une équipe médicale du travail. Cela engage la responsabilité personnelle des acteurs du SST à la hauteur de leur mission réglementaire et de leurs devoirs découlant du Code de la santé publique. Ils sont comptables de leur place, d'un devoir d'alerte collective médicalisée et de préconisations individuelles de sauvegarde de la santé. Le respect de ces règles permet de disposer d'acteurs de santé inscrits dans les réseaux de soins, qui contribuent en sus à des études scientifiques en santé au travail, indépendantes de la gestion des risques des employeurs.

Les psychologues du travail exerçant en SST ne relèvent du Code de la santé publique comme leurs homologues hospitaliers. La prescription d'un avis qui leur serait demandé par le médecin du travail concernant une étiologie professionnelle, leur donne un cadre *a minima*. Pour la prévention collective ils peuvent déployer des enquêtes collectives de psychodynamique du travail ou l'investigation collective des dilemmes de l'activité de travail. Les IPRP, ergonomes ou hygiénistes ne disposent pas d'un statut s'inscrivant dans une mission de santé publique. La réglementation leur permet une aide à la gestion des risques des employeurs ; cela est alors incompatible avec une pluridisciplinarité en confiance avec l'équipe médicale du travail qui peut être fort utile.

Ces pratiques « éthiques » des acteurs de SST dans l'intérêt exclusif de la santé des personnes, au-delà de permettre la préservation et la construction de la santé, sont aussi favorables à la construction d'espaces de délibération sur le travail entre salariés, sur ce qui fait difficulté, dispute, conflit sur le travail, pour en trouver une issue compatible avec la construction de la santé de chacun. Y a-t-il une causalité commune ? Pour pouvoir transformer les organisations du travail délétères, il faut permettre d'élaborer une parole entre salariés sur les dysfonctionnements des organisations du travail et leurs dérives inhumaines.

EXPÉRIENCE D'UN RÉSEAU SOUFFRANCE ET TRAVAIL L'ENTRETIEN PLURIDISCIPLINAIRE POUR RÉPONDRE À LA DEMANDE D'UN COLLECTIF DE SALARIÉES

Karyne CHABERT

Un réseau d'accueil et de prévention *Souffrance et travail* a reçu trois sages-femmes salariées d'une même clinique. La demande initiale était d'être reçues ensemble pour deux d'entre elles mais nous avons préféré leur proposer un entretien individuel dans un premier temps.

M^{me} L... a été reçue par un médecin du travail puis par un juriste lors d'un deuxième entretien. M^{me} O... a été reçue par un autre médecin du travail puis par un autre juriste dans un deuxième entretien. Enfin M^{me} C... a été reçue à sa demande uniquement par un juriste.

Elles ont confirmé ensuite vouloir un rendez-vous commun. Nous nous sommes donc concertés entre professionnels pour nous assurer que cet entretien collectif ne mettrait pas en difficulté les personnes et serait adapté à leur demande.

PRÉALABLE

Cette rencontre a été possible car :

- ♦ Leur état émotionnel semblait stabilisé. L'expression de la souffrance ne semblait plus être au premier plan, des liens avaient pu être faits entre les événements douloureux du travail et la dégradation de l'état de santé. Une compréhension des mécanismes à l'œuvre a pu être amorcée.

Les particularités inhérentes à chaque parcours et le vécu individuel ont été abordés en entretien individuel clinique. Pour l'une d'entre elles, c'est un lumbago qui lui a fait prendre conscience qu'elle « n'y arrivait plus » et « avait atteint les limites de ce qu'elle pouvait supporter ». Le récit de son parcours individuel lui a permis de voir qu'elle avait mis en place un système de compensation très élaboré pour éviter la faute professionnelle ou l'abandon de poste. Elle a pris conscience que sa situation professionnelle avait un impact majeur sur son état de santé : douleurs chroniques, changements d'humeur et modification de son comportement, sensation d'être toujours épuisée, pleurs fréquents, désinvestissement complet du hors travail et incapacité à s'occuper de ses enfants.

- ♦ Elles étaient en recherche de moyens d'actions en interne pour garder leur emploi, la condition étant maintenant de pouvoir préserver leur santé.

DÉROULÉ

Le rendez-vous s'est déroulé donc en présence des trois salariées, d'un juriste, et de deux médecins du travail. Les salariées ont pu exprimer les éléments qui semblaient convergents dans les difficultés rencontrées. La seule présence des médecins, sans aborder le contenu des entretiens individuels, permettait d'attester

ter qu'il existait bien des éléments communs au travail qui pouvaient expliquer des symptômes propres à chacune. La présence d'un juriste permettait, entre autre, d'apporter des repères réglementaires dans un contexte organisationnel qui semblait très déstructuré et d'ouvrir un champ de possibilités d'actions.

ANALYSE COLLECTIVE DE CE QUI FAIT DIFFICULTÉ DANS LE TRAVAIL

Le contexte est celui d'une fusion de deux structures (clinique A sur un site et clinique B répartie sur deux sites géographiques) et donc de la création d'un pôle médical. La fusion se prépare depuis dix-huit mois.

Depuis environ un an et suite à l'arrivée d'une nouvelle cadre de santé, les conditions de travail des sages-femmes se sont nettement dégradées et elles se disent ciblées par des mesures autoritaires, un contrôle permanent, des reproches systématiques visant à les déstabiliser et les pousser à la faute dans un contexte de rigidification de l'organisation de travail.

Jusque-là, la cadre de santé prenait en compte les spécificités du métier et des situations individuelles. « *Avec la nouvelle, il n'y a plus aucune souplesse.* » Elles disent être particulièrement ciblées par un management « agressif » du fait de leur statut particulier au sein de la clinique B puisque toutes les trois travaillent en journées, en poste de dix heures alors que leurs collègues sont en roulement 2x12 heures. Elles ont une activité de consultation alors que les autres collègues ont une activité classique en salle de naissance.

M^{me} C... est à mi-temps sur une activité de préparation à la naissance (elle a aussi une activité libérale). Elle semble d'ailleurs moins affectée physiquement et psychologiquement.

M^{me} L... est à 80 %, et s'occupe des consultations post-natales et contraception, deux jours par semaine, et travaille deux jours par semaine en salle d'accouchement.

M^{me} O... est à temps plein en consultation prénatale et un jour par semaine en salle d'accouchement.

M^{me} L... et M^{me} O... sont déléguées du personnel et expriment leurs difficultés spécifiques dans cette fonction.

Elles expriment toutes leur impossibilité à parler du travail avec leur nouvelle responsable. Pour exemple, les consultations nécessitent beaucoup de temps car il s'agit d'une population de femmes pour la plupart issues de milieux défavorisés, ne parlant pas ou mal la langue, de culture très diversifiée ; il faut donc adapter sa pratique à chaque cas particulier. Il faut gagner la

confiance de ses patientes, quand il y a une demande urgente, on la rajoute sur son planning pour éviter qu'elle soit prise en charge par une collègue qui ne la connaît pas. La cadre de santé acceptait la souplesse de l'organisation et comprenait qu'il puisse y avoir des heures supplémentaires. « *Elle avait son caractère mais nous faisait confiance sur le travail.* », « *Ça ne m'arrange pas les heures supplémentaires, je préférerais rentrer chez moi, m'occuper de mes enfants alors quand la cadre dit que j'en profite pour me faire payer des heures sur le dos de la clinique et que je suis malhonnête, c'est violent !* »

Autre exemple, en salle de naissance, les postes en douze heures sont relevés par la sage-femme de nuit. Les postes en dix heures ne sont pas relevés ce qui pose problème en fin de poste, « *On ne peut pas toujours laisser sa patiente en cours d'accouchement à la collègue qui a déjà sa charge de travail.* »

Cet entretien a permis d'aborder ce qui fait difficulté dans le travail et qui pourrait être commun aux trois salariées : la singularité de l'activité et de leurs postes de jour, les reproches permanents, les accusations « *Vous êtes mal organisées* », la rigidité de l'application des consignes, les tentatives de déstabilisation, le déni du réel du travail, l'impossibilité de parler de ce qui pose problème dans le travail...

Des clefs de compréhension de l'attitude de cette cadre de santé ont été évoquées : le déni du réel du travail est-il un élément de stratégie défensive pour pouvoir atteindre les objectifs que la direction lui aurait fixés ? L'engagement dans une fonction de déléguée du personnel pour deux d'entre elles pourrait-il être un facteur de surexposition ?

Cette rencontre a permis d'élaborer des hypothèses sur les raisons de ce changement radical de mode de management dans ce contexte de fusion de structures : recherche de l'adaptation au changement ? De la polyvalence ? Leurs postes seraient-ils menacés au terme de cette réorganisation ?

Les risques individuels et collectifs sont évoqués (décompensation aigüe psychique ou physique, faute professionnelle, éclatement du collectif de travail jusque-là relativement préservé, démission, licenciement...).

PISTES D'ACTION POUR RÉSISTER SANS METTRE EN JEU SA SANTÉ

Les moyens d'action possibles sont discutés entre elles en présence des professionnels de santé au travail du réseau *Souffrance et travail* :

- ♦ Comment mettre en place des espaces de parole pour pouvoir verbaliser ce qui fait difficulté dans le

travail et élaborer des stratégies collectives : organiser la gestion des consultations en urgence, du relai en fin de poste... Comment faire face aux sollicitations récurrentes de la cadre de santé (comment justifier les heures supplémentaires, comment répondre aux courriels autoritaires qui soulignent systématiquement un oubli *a priori* sans conséquence...).

- ◆ Les réunions actuelles se feraient systématiquement avec la direction générale qui monopolise la parole et impose une communication descendante sans possibilité d'expression sur le travail. Plusieurs pistes sont explorées pour pouvoir aborder le travail, émerge aussi la nécessité de réinstaurer des groupes d'analyse de la pratique professionnelle.

- ◆ Un premier courrier collectif d'alerte sur les dysfonctionnements organisationnels a été envoyé dans le décours de leurs premiers rendez-vous au réseau. Il est resté sans réponse. Il est donc question de renouveler cette alerte, cette fois de manière plus collective. Après discussion, il apparaît que les médecins obstétriciens de l'équipe pourraient s'associer à cette démarche.

- ◆ Il est évoqué la nécessité de se coordonner avec les instances représentatives du personnel des autres sites pour obtenir des informations sur la réorganisation future et les modifications actuelles et à venir des conditions de travail et pour avoir une visibilité sur l'avenir professionnel.

- ◆ En parallèle, l'intervention de l'inspection du travail a été sollicitée sur la question de la falsification du système de gestion des heures.

À noter que le débat entre les trois salariées s'est prolongé après notre rendez-vous sur la voie publique, ce qui présage de leur engagement à poursuivre la réflexion.

CE QUE L'EXPÉRIENCE D'UN ENTRETIEN COLLECTIF PLURIDISCIPLINAIRE A APPORTÉ

Pour les professionnels, l'entretien collectif a permis d'échanger autour de ce qu'ils comprenaient de la situation individuelle, collective, et de la demande.

Pour les salariées, l'entretien a permis un échange riche autour de ce qui fait difficulté commune et dans l'élaboration de moyens d'action collectifs pour réduire le coût individuel sur la santé

LES CAHIERS S.M.T.

Publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN 1624-6799

Responsable de rédaction : Dominique HUEZ

Responsable de publication : Jean-Louis ZYLBERBERG

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

Ont participé à ce numéro : Alain CARRÉ, Karyne CHABERT, Chantal COLLIOT, Benoît DE LABRUSSE, Karine DJEMIL, Alain GROSSETÊTE, Dominique HUEZ, Nathalie PENNEQUIN, Barbara PIC, Alain RANDON, Jean-Louis ZYLBERBERG

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil

LES CONTESTATIONS DES AVIS D'APTITUDE OU D'INAPTITUDE DES MÉDECINS DU TRAVAIL ÉVOLUTION RÉCENTE DE LA RÉGLEMENTATION ET IMPLICATIONS SUR LES PRATIQUES MÉDICALES

Nathalie PENNEQUIN

ÉVOLUTION DE LA RÉGLEMENTATION

TEXTE EN VIGUEUR JUSQU'AU 8 AOÛT 2016

L'avis d'aptitude ou d'inaptitude est contestable par les deux parties : salarié et employeur. La contestation se fait auprès de l'inspection du travail qui rend un avis après consultation du médecin inspecteur du travail ; cet avis se substitue à celui du médecin.

- ♦ Jusqu'au 30 août 2015 (Loi Rebsamen) le texte ne prévoit pas que celui qui conteste en informe l'autre partie.
- ♦ Jusqu'au 22 septembre 2016, le texte ne prévoit pas que le médecin du travail soit prévenu par celui qui conteste mais le médecin du travail découvrirait très souvent la contestation lors de sa sollicitation par le médecin inspecteur lorsque le poste n'était pas vacant ! (L.4624-8 article du Code du travail prévoyant le transfert du dossier médical au MIRT).

Comme les textes ne précisait pas la nature de la contestation portée devant l'inspecteur du travail, l'employeur pouvait contester un avis pour des motifs d'ordre non médicaux :

- ♦ incompatibilité entre les restrictions libellées par le médecin du travail et l'activité professionnelle du salarié (motif de contestation de l'employeur très fréquent pour obtenir un avis d'aptitude sans aménagement) ;
- ♦ un avis d'inaptitude en arguant du non-respect de la procédure pour éviter un licenciement.

Le salarié pouvait contester un avis plus facilement sans envisager la question des frais encourus par une pro-

cédure judiciaire avec parfois nécessité de recourir à un avocat.

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

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

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

- ♦ Après la loi Rebsamen de 2015 du 30 août 2015 « En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. **Il en informe l'autre partie.** L'inspecteur du travail prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail. »

MODIFICATION DE LA PROCÉDURE PAR LA LOI TRAVAIL DITE EL KHOMRI (8 AOÛT 2016) : changement de paradigme, la procédure devient judiciaire !

- ♦ Renvoi de la procédure au conseil des prud'hommes.
- ♦ Éviction de l'inspection du travail et de l'inspection médicale du travail pour la demande d'avis : le médecin inspecteur peut être simplement consulté en cas de saisine au fond et non en référé.

- ♦ Modification de la nature de la contestation : introduction des « éléments de nature médicale » et donc du recours à un médecin expert par la partie qui conteste ; les honoraires sont à la charge de celui qui conteste ou non.
- ♦ Élargissement plus net de la portée de la contestation : celle-ci ne concerne plus seulement les avis et propositions de mesures individuelles par les médecins du travail mais également, les « conclusions, propositions écrites ou indications émises par le médecin du travail ». Cela anticipe l'arrêté du 16 octobre 2017 portant sur les avis d'aptitude et attestations de suivi pour les salariés classés en catégorie de suivi VIP, visite d'information et de prévention : « ...Enfin, en application de l'article L.4624-3, à l'issue de toute visite réalisée par le médecin du travail (à l'exception de la visite de pré-reprise), celui-ci peut remettre au travailleur un document conforme au modèle figurant à l'annexe 4 préconisant des mesures d'aménagement de poste, qui accompagnera selon les cas soit l'attestation de suivi, soit l'avis d'aptitude remis à l'issue de la même visite. Il peut enfin être délivré par le médecin du travail après une première visite, dans l'attente de l'émission d'un avis d'inaptitude... »
- ♦ L'objet de la saisine du conseil de prud'hommes est de lui demander de désigner un médecin expert (sur une liste d'expert établie près la cour d'appel) afin que ce dernier statue sur les éléments de nature médicale justifiant l'avis du médecin du travail.
- ♦ Par défaut, les frais d'expertise sont à la charge de la partie perdante sauf décision contraire du conseil des prud'hommes.
- ♦ La décision du conseil de prud'hommes, prise sur la base du rapport du médecin expert, se substitue à la décision (et non plus l'avis car plus large) du médecin du travail.

En raison de la quasi inexistence de médecins experts en santé au travail (aucun en Île-de-France par exemple) et le peu d'effet de l'appel aux médecins du travail à candidater comme expert en mai 2017 par le Conseil de l'Ordre, la loi sera rectifiée par les ordonnances Macron qui remplacent la désignation d'un médecin-expert par celle d'un médecin-inspecteur du travail chargé de réaliser des mesures d'instruction.

Il semble difficile de concilier respect du secret de la vie privée du salarié et recours à un médecin expert dans cette nouvelle procédure : « la principale disposition transgressive des dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique par la loi travail est liée au nouveau mode de contestation des préconisations du

médecin en matière d'aménagement de poste, de changement de poste ou d'inaptitude.

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

MODIFICATION DE LA PROCÉDURE PAR LES ORDONNANCES MACRON ET LEURS DÉCRETS D'APPLICATION EN 2017

« Dans sa nouvelle version l'article L.4624-7 du Code du travail, issue de l'ordonnance n°2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail dispose :

I.- Le salarié ou l'employeur peut saisir le conseil de prud'hommes en la forme des référés d'une contestation portant sur les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail reposant sur des éléments de nature médicale en application des articles L.4624-2, L.4624-3 et L.4624-4. Le médecin du travail, informé de la contestation par l'employeur, n'est pas partie au litige.

II.- Le conseil de prud'hommes peut confier toute mesure d'instruction au médecin inspecteur du travail territorialement compétent pour l'éclairer sur les questions de fait relevant de sa compétence. Celui-ci, peut, le cas échéant, s'adjoindre le concours de tiers. À la demande de l'employeur, les éléments médicaux ayant fondé les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail peuvent être notifiés au médecin que l'employeur mandate à cet effet. Le salarié est informé de cette notification ».

Tout d'abord, sont contestables les avis, les propositions écrites, les indications ou conclusions émis par le médecin du travail, reposant sur des éléments de nature médicale. Ainsi, *a contrario* de la rédaction antérieure de l'article L.4624-7 du Code du travail, ce ne sont plus les éléments de nature médicale qui sont contestables mais bien les documents remis par le médecin du travail reposant sur des éléments de nature médicale. Ces documents concernent les avis (d'aptitude, d'inaptitude) mais également les écrits constituant des propositions, indications ou conclusions écrites émises par le médecin du travail. Cela permet, *a priori*, d'exclure de la contestation les attestations de suivi émises par le médecin du travail ne reposant sur aucun élément de nature médicale :

COMPARAISON DES LIBELLÉS

LOI TRAVAIL 8 AOÛT 2016

« Si le salarié ou l'employeur conteste les éléments de nature médicale justifiant les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail... »

ORDONNANCE MACRON DU 22 SEPTEMBRE 2017

« Le salarié ou l'employeur peut saisir le conseil de prud'hommes en la forme des référés d'une contestation portant sur les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail reposant sur des éléments de nature médicale... »

TEXTE MODIFIÉ LE 15 DÉCEMBRE 2017

« En cas de contestation portant sur les avis, propositions, conclusions écrites ou indications reposant sur des éléments de nature médicale émis par le médecin du travail... »

Réintroduction du recours possible au médecin inspecteur du travail pour la demande d'avis et suppression du recours systématique au médecin expert :

- ♦ Le conseil de prud'hommes pourra toujours recourir à un médecin expert mais de manière facultative. À la place, l'autorité judiciaire pourra décider (ou non) de recourir aux compétences du médecin inspecteur du travail en lui confiant « toute mesure d'instruction lui permettant de l'éclairer sur les questions de fait relevant de sa compétence ». Il devra s'agir du médecin inspecteur « territorialement compétent » sauf à ce que ce dernier ne soit pas disponible ou ait été récusé, auquel cas le conseil de prud'hommes pourra désigner un autre médecin inspecteur du travail.
- ♦ Précision de la place du médecin du travail qui « ne fait pas partie du litige » dans la procédure.
- ♦ Il n'est plus question de saisine sur le fond (comme cela avait été évoqué dans la loi travail) mais uniquement de référé.

LES MÉANDRES JURIDIQUES DES MODIFICATIONS DE LA PROCÉDURE

À partir de 2010, il y a vacance de postes de médecin inspecteur dans plusieurs régions, les médecins inspecteurs ne peuvent pas instruire tous les dossiers de contestation (plusieurs centaines par an en Île-de-France), de ce fait, les inspecteurs du travail sont dans l'incapacité d'émettre un avis.

Le remplacement de l'inspection du travail par le conseil de prud'homme, la judiciarisation de la procé-

sure de contestation des avis et écrits des médecins du travail ont induit une situation très inégalitaire pour le salarié moins armé pour se défendre en justice que l'employeur et ont sorti les contestations du champ de la mission d'ordre public social.

Dès la présentation du texte à l'Assemblée nationale, la nouvelle procédure a fait l'objet de vifs débats parlementaires. D'emblée, l'efficacité de la réforme fut largement décriée tant au regard de ses principes fondateurs (transfert de la compétence au conseil de prud'hommes et caractère onéreux de la procédure) que des difficultés pratiques liées à sa mise en œuvre.

Avant 2016, l'inspecteur du travail en charge de ce contentieux ne disposait d'aucune compétence médicale lui permettant d'apprécier seul l'aptitude ou l'inaptitude d'un salarié à occuper son poste de travail : il ne pouvait donc que suivre les préconisations du médecin inspecteur du travail qu'il devait consulter.

Le conseil de prud'hommes, intervenant désormais à la place de l'inspecteur du travail, ne dispose pas non plus de compétence en matière médicale ; il doit donc également recourir à l'avis d'un tiers spécialiste en désignant un médecin-expert inscrit sur les listes d'experts près la cour d'appel (correction par les ordonnances Macron du fait de l'absence d'experts en santé au travail).

La nécessité de recourir à un médecin expert a vite été confrontée au principe de réalité de la quasi inexistence de médecins experts en santé au travail près les tribunaux d'où l'idée de revenir au recours du médecin inspecteur du travail mais en tant que médecin expert dans le cadre d'une activité rémunérée.

« Le président du conseil de prud'hommes statuant en la forme des référés fixe la rémunération du médecin inspecteur du travail conformément au IV de l'article L.4624-7. »

La loi permet néanmoins à l'employeur d'avoir recours à un médecin expert pour obtenir des informations médicales : « les éléments médicaux ayant fondé les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail peuvent être notifiés au médecin que l'employeur mandate à cet effet ». Dans quel but si ce n'est d'avoir accès directement aux éléments médicaux par ce médecin mandaté par lui, même si il est en théorie interdit au médecin mandaté de « communiquer les pièces médicales ».

D'autant plus que l'employeur ne peut pas contester des éléments de nature médicale dont il n'a en théorie pas connaissance sans l'intervention d'un expert (le chien se mord la queue), si ce n'est en invoquant l'exis-

tence d'un **doute légitime** sur les éléments médicaux ayant justifié certains avis ou préconisations.

CONSÉQUENCES DE LA NOUVELLE PROCÉDURE DE CONTESTATION SUR LES DEUX PARTIES AU LITIGE

Depuis janvier 2017, le nombre de contestations a diminué (but probablement recherché par le législateur), la grande majorité des contestations émane des employeurs qui ont les moyens de se faire aider par des juristes et qui n'ont pas peur de devoir payer les frais d'expertise. Le délai de quinze jours au lieu des deux mois et les frais d'expertise peuvent dissuader les salariés de contester.

La question posée par l'assertion « éléments de nature médicale » seuls contestables n'est pas résolu par les ordonnances de 2017 : comment l'employeur peut-il avoir légalement accès à ces éléments sans lesquels il ne peut contester les écrits ou avis du médecin du travail ?

L'employeur peut faire pression sur le salarié en s'entourant de juristes et en lui faisant craindre de devoir payer les frais d'une expertise qu'il n'a pas demandée ; le salarié n'aura d'autre choix que de retourner voir le médecin du travail afin de déconstruire l'aménagement de poste, objet du litige.

De même, les contestations de l'employeur sur les aménagements de poste seront possiblement dissuasifs pour les autres salariés sur la construction à venir des aménagements de poste avec le médecin du travail.

IMPLICATIONS SUR LES PRATIQUES DES MÉDECINS DU TRAVAIL

Le problème posé par la transmission des données médicales confidentielles reste entier.

AVIS DU CNOM DU 26 JUILLET 2018

Sur la communication d'informations du médecin du travail au médecin expert

Seule la loi peut délier un médecin du secret professionnel auquel il est tenu par les articles L.1110-4 et R.4127-4 du Code de la santé publique et sous les peines prévues à l'article 226-13 du Code pénal. Or, l'article L.4624-7 du Code du travail n'a pas prévu de dérogation au respect du secret médical.

Le médecin inspecteur du travail intervient dans cette procédure **comme expert** et non dans ses missions de médecin inspecteur. Dans ces conditions les règles de communication du dossier médical prévues entre mé-

decins du travail et médecins inspecteurs du travail à l'article L.4624-8 du Code du travail ne s'appliquent pas ici.

Le médecin du travail devra donc :

- ♦ informer le salarié de la demande de l'expert,
- ♦ lui adresser les documents en rapport avec la contestation qu'il est susceptible de communiquer et,
- ♦ obtenir son autorisation écrite pour les envoyer à l'expert.

Sur la communication d'éléments médicaux du médecin expert au médecin mandaté par l'employeur

Les éléments médicaux ayant fondé les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail ne peuvent être communiqués que par le médecin expert au médecin mandaté par l'employeur.

Au-delà de la simple information prévue par la loi, le médecin expert devra obtenir le consentement à cet envoi.

Sur la communication de pièces ou d'informations par le médecin mandaté par l'employeur

Le médecin mandaté par l'employeur, s'il a accès en vertu de la loi et de son mandat à des informations médicales, ne peut en aucun cas communiquer à l'employeur ni à quiconque les pièces médicales ou les informations dont il a eu connaissance... »

Réponse d'Alain Carré : « ...*Nous vous informons que nous déplorons cette nouvelle procédure, initiée par la mandature précédente, quelles que soient ses modalités. En effet elle se substitue à une procédure éprouvée qui impliquait l'expertise du médecin inspecteur du travail, seul habilité à avoir accès au dossier médical, avec l'accord du salarié (article L.4624-8 du Code du travail), et la décision administrative de l'Inspection du Travail, sans référence aux éléments médicaux...*

Nous prenons bonne note de vos conseils en matière de secret professionnel, toutefois, nous estimons que ce que vous recommandez, avant transmission des éléments médicaux au médecin expert, c'est-à-dire le recueil de l'autorisation du patient, n'est pas complètement pertinent, non seulement au regard du caractère absolu de ce secret pour un médecin, mais aussi de la situation particulière en médecine du travail dans laquelle le patient n'a pas le choix du praticien. Par conséquent, nous contestons que le juge prud'homme ait compétence pour délier un médecin de cette obligation. Tout au plus le juge pourrait-il proposer au patient de fournir les éléments médicaux le concernant. [...] »

La réponse du CNOM sur la possibilité de délier le médecin du travail de son obligation de secret est surprenante et ne répond pas à toutes les interrogations déontologiques posées par le texte de loi dans ses divers remaniements.

La réponse du CNOM n'est pas de nature à sécuriser les médecins du travail qui seront confrontés à des demandes pressantes de transmission de données médicales.

On peut craindre une incitation des médecins du travail à l'autocensure en termes d'aménagement de poste pour éviter la judiciarisation des conflits entre salarié et employeur.

EN CONCLUSION

La nouvelle procédure de contestation des écrits du médecin du travail n'est pas satisfaisante car :

- ◆ constitue un abandon de la fonction régaliennne de protection de la santé au travail au profit du ca-

ractère privé contractuel de la gestion de la santé et de la sécurité, c'est-à-dire la substitution de la prévention de toute altération par celle de toute atteinte à la santé et ceci dans un contexte jurisprudentiel de transformation de « l'obligation de sécurité de résultat » de l'employeur en « obligation de sécurité » formelle ;

- ◆ laisse le médecin du travail dans l'insécurité juridique sur la question de la transmission de données médicales au médecin expert ;

- ◆ laisse planer un doute sur l'accès par l'employeur aux données médicales du salarié par le biais du médecin mandaté ;

- ◆ en donnant toute latitude au conseil des prud'hommes de recourir ou non au médecin inspecteur du travail et/ou à un médecin expert autre, risque d'aboutir à des conclusions très variables selon la juridiction, sources d'inégalités de traitement ;

- ◆ place le salarié dans une situation inégalitaire par rapport à l'employeur sur la question des moyens.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET LÉGISLATIVES

- ◆ CARRÉ Alain, *Les travailleurs ont-ils droit au respect du secret des informations concernant leur vie privée ? Le secret médical s'applique-t-il à la santé au travail ?*, juin 2017
- ◆ CARRÉ Alain, *Avis du SMTIEG-CGT du 7 août 2018*
- ◆ DESAINT Benjamin, *Reste-t-il un recours à l'employeur contre les avis des médecins du travail ?*, 19 septembre 2017
- ◆ GILLARD Audrey, *Procédure de contestation des avis d'aptitude applicable à partir du 1^{er} janvier 2018*, ed. Tissot
- ◆ Avis du CNOM du 6 juillet 2018

Loi travail du 8 août 2016 – Art. L.4624-7.-I. – « Si le salarié ou l'employeur conteste les éléments de nature médicale justifiant les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail en application des articles L.4624-2, L.4624-3 et L.4624-4, il peut saisir le conseil de prud'hommes d'une demande de désignation d'un médecin-expert inscrit sur la liste des experts près la cour d'appel. L'affaire est directement portée devant la formation de référé. Le demandeur en informe le médecin du travail.

II.-Le médecin-expert peut demander au médecin du travail la communication du dossier médical en santé au travail du salarié prévu à l'article L.4624-8, sans que puisse lui être opposé l'article 226-13 du Code pénal.

III.-La formation de référé ou, le cas échéant, le conseil de prud'hommes saisi au fond peut en outre charger le médecin inspecteur du travail d'une consultation relative à la contestation, dans les conditions prévues aux articles 256 à 258 du Code de procédure civile.

IV.-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 est pas dilatoire ou abusive. »

Article 226-13 Code pénal, Modifié par ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002 – « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000€ d'amende. »

Code de procédure civil

- ◆ **Article 256** – « Lorsqu'une question purement technique ne requiert pas d'investigations complexes, le juge peut charger la personne qu'il commet de lui fournir une simple consultation. »

- ◆ **Article R.1455-12, Décret n° 2016-660 du 20 mai 2016 -art 22 relatif à la justice prud'homale et au traitement judiciaire du contentieux du travail** – « À moins qu'il en soit disposé autrement, lorsqu'il est prévu que le conseil de prud'hommes statue en la forme des référés, la demande est portée à une audience tenue à cet effet aux jour et heures habituels des référés, dans les conditions prévues à l'article R.1455-9.

Elle est formée, instruite et jugée dans les conditions suivantes :

1° Il est fait application des articles 486 et 490 du Code de procédure civile ;

2° Le conseil de prud'hommes exerce les pouvoirs dont dispose la juridiction au fond et statue par ordonnance ayant l'autorité de la chose jugée relativement aux contestations qu'elle tranche ;

3° L'ordonnance est exécutoire à titre provisoire, à moins que le conseil de prud'hommes en décide autrement, sous réserve des dispositions de l'article R.1454-28.

Lorsque le conseil de prud'hommes statuant en la forme des référés est saisi à tort, l'affaire peut être renvoyée devant le bureau de jugement dans les conditions prévues à l'article R.1455-8. »

Arrêté du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste :

« [...] Enfin, en application de l'article L.4624-3, à l'issue de toute visite réalisée par le médecin du travail (à l'exception de la visite de pré-reprise), celui-ci peut remettre au travailleur un document conforme au modèle figurant à l'annexe 4 préconisant des mesures d'aménagement de poste, qui accompagnera selon les cas soit l'attestation de suivi, soit l'avis d'aptitude remis à l'issue de la même visite. Il peut enfin être délivré par le médecin du travail après une première visite, dans l'attente de l'émission d'un avis d'inaptitude [...] »

Code du travail au 29 juillet 2018

Partie réglementaire/Quatrième partie : Santé et sécurité au travail/Livre VI : Institutions et organismes de prévention/Titre II : Services de santé au travail/Chapitre IV : Actions et moyens des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail/Section 2 : Suivi individuel de l'état de santé du travailleur/Sous-section 8 : **Contestation des avis médicaux d'aptitude ou d'inaptitude.**

♦ **Article R.4624-45, Modifié par Décret n°2017-1698 du 15 décembre 2017 - art. 2 —**

« **En cas de contestation portant sur les avis, propositions, conclusions écrites ou indications reposant sur des éléments de nature médicale émis par le médecin du travail mentionnés à l'article L.4624-7, le conseil de prud'hommes statuant en la forme des référés est saisi dans un délai de quinze jours à compter de leur notification. Les modalités de recours ainsi que ce délai sont mentionnés sur les avis et mesures émis par le médecin du travail.**

Le conseil de prud'hommes statue en la forme des référés dans les conditions prévues à l'article R.1455-12.

Le médecin du travail informé de la contestation peut être entendu par le médecin-inspecteur du travail

NOTA : Conformément à l'article 4 du décret n°2017-1698 du 15 décembre 2017, les présentes dispositions s'appliquent aux instances introduites en application de l'article L.4624-7 du Code du travail à compter du 1er janvier 2018. »

♦ **Article R4624-45-1, Modifié par Décret n°2017-1698 du 15 décembre 2017 - art. 2 —**

« La provision des sommes dues au médecin inspecteur du travail désigné en application de l'article L.4624-7 est consignée à la Caisse des dépôts et consignations.

Le greffe est avisé de la consignation par la Caisse des dépôts et consignations.

Le président du conseil de prud'hommes statuant en la forme des référés fixe la rémunération du médecin-inspecteur du travail conformément au IV de l'article L. 4624-7.

La libération des sommes consignées est faite par la Caisse des dépôts et consignations sur présentation de l'autorisation du président de la formation de référé.

NOTA : Conformément à l'article 4 du décret n°2017-1698 du 15 décembre 2017, les présentes dispositions s'appliquent aux instances introduites en application de l'article L.4624-7 du Code du travail à compter du 1er janvier 2018 »

♦ **Article R.4624-45-2, Modifié par Décret n°2017-1698 du 15 décembre 2017 - art. 2 —**

« En cas d'indisponibilité du médecin-inspecteur du travail ou en cas de récusation de celui-ci, notamment lorsque ce dernier est intervenu dans les conditions visées à l'article R.4624-43, le conseil de prud'hommes statuant en la forme des référés peut désigner un autre médecin inspecteur du travail que celui qui est territorialement compétent.

NOTA : Conformément à l'article 4 du décret n°2017-1698 du 15 décembre 2017, les présentes dispositions s'appliquent aux instances introduites en application de l'article L.4624-7 du Code du travail à compter du 1er janvier 2018 »

Article L.1110-4 du Code de santé publique, Modifié par ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2

« I.-Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles 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 tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.-Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.-Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L.1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. [...]

IV.-La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

V.-Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende....

VI.-Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé, non-professionnels de santé du champ social et médico-social et personnes ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

LES PROTOCOLES SONT-ILS L'ALFA ET L'OMÉGA DES NOUVELLES PRATIQUES DES MÉDECINS DU TRAVAIL ?

Jean-Louis ZYLBERBERG

Depuis le 1er janvier 2017, « [...] le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de **protocoles écrits**, aux collaborateurs médecins, aux internes, aux candidats à l'autorisation d'exercice, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, **aux membres de l'équipe pluridisciplinaire**. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du Code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions de ce code. » (article R.4623-14 du Code du travail).

Depuis juillet 2009, « [...] les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des **transferts d'activités** ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que **dans le cadre des protocoles** définis aux articles L.4011-2 et L.4011-3. **Le patient est informé**, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des **transferts d'activités** ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui. [...] » (article L.4011-1 du Code de santé publique)(1).

.....

1– Dans le cadre des protocoles rédigés par le médecin du travail il ne s'agit pas de transferts d'activités mais bien de réorganisation des modes d'intervention qui repose sur une coopération active entre des professionnels de santé mais aussi, ce qui est l'objet de cette contribution, entre le médecin du travail et des professionnels ne dépendant pas explicitement des dispositions du Code de la santé publique.

Le Code de santé publique mentionne des protocoles de coopération (article L.4011-2 du Code de santé publique), document décrivant les activités ou les actes de soins transférés d'un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différents et la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge. Les professionnels de santé peuvent les soumettre à l'agence régionale de santé. Celle-ci vérifie la cohérence du protocole avec les besoins de santé avant de le soumettre pour validation à la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette dernière indique que la participation des professionnels de santé à des protocoles de coopération permet de valider l'obligation de Développement Professionnel Continu car ces protocoles répondent à des besoins identifiés par les professionnels de santé au cours de l'analyse de leur pratique.

Depuis juin 2014, « j'anime et coordonne une équipe pluridisciplinaire » composée de professionnels non mentionnés dans le Code de santé publique : une secrétaire administrative planifiant mon activité clinique, deux ASST m'assistant lors de mes consultations et l'une en plus étant en appui administratif de l'ensemble de l'équipe, une « intervenante en prévention » (IPRP de formation technique hygiène sécurité). Ces professionnels travaillent avec d'autres médecins (un au minimum et quatre autres au maximum) et sont donc confrontés à chaque fois à d'autres pratiques professionnelles.

Lors de la première réunion d'équipe, six mois après le début de la mise en place de la dernière réforme, le

premier point à l'ordre du jour était : *Avantages et obstacles de la dernière réforme dans le quotidien de l'équipe*. Les deux ASST exprimèrent le souhait d'un « cadre » leur permettant de « mieux » recueillir des données dans le dossier médical informatisé et très vite le mot protocole apparut dans la discussion. Or, nous ne sommes pas dans le cadre du Code de santé publique comme pour les infirmiers.

Je vais donc pendant quatre mois tâtonner dans la rédaction d'un premier « protocole » pour l'ASST en appui administratif de l'équipe pluridisciplinaire.

Première difficulté, cette ASST a suivi une formation financée par la direction intitulée *Transmettre le réflexe santé et prévention aux entreprises adhérentes* dont je n'ai pas eu le contenu. Quand je remets la première ébauche du « protocole » où, en préambule j'ai noté les articles du Code du travail et du Code de santé publique (conditions d'indépendance professionnelle du médecin, secret médical, consentement libre et éclairé, etc.), l'ASST m'exprime son embarras face à tout ce « cadre » réglementaire... D'autre part, je fais aussi référence aux recommandations de la HAS de mars 2009 concernant le dossier médical en santé au travail, lui indiquant que la direction du service n'appliquait pas ces recommandations, en particulier concernant la sécurité des accès informatiques. Éluë depuis quelques mois à la commission médico-technique, et formée par l'organisme des directions de services interentreprises sur ces missions, elle découvre un « hiatus » entre les recommandations HAS et les textes défendus par la commission informatique de la CMT.

Seconde difficulté, la direction du service a diffusé en 2011 aux ASST, un document *Auxiliaires de santé au travail : protocole d'interrogatoire des salariés à l'occasion des visites médicales*. Le prescrit y est très précis « *Antécédents médicaux et chirurgicaux personnels : intérêt de noter les traumatismes car si répétés cela a une signification* ». Jusqu'où vais-je aller dans le prescrit du recueil des données dans le dossier médical informatisé ? Une non professionnelle de santé doit-elle rédiger ce qu'elle a compris du lien santé/travail, lorsqu'un salarié s'écroule en pleurs dans son bureau ? Dois-je prescrire que tout recueil de santé se doit d'être uniquement administratif au risque de « passer à côté » d'éléments médico-professionnels, car les salariés n'expriment pas la même chose avec cette ASST ? Ou au contraire, ne pas assez cadrer l'exercice professionnel de cette ASST et lire dans le dossier médical en santé au travail des jugements à l'emporte pièce, « *ne porte pas ses équipements individuels de protection malgré les risques pour sa santé* » ?

La rédaction du « protocole » est un exercice difficile mais indispensable pour éviter aux ASST un prescrit de la direction du service de santé au travail ne leur laissant aucune marge de manœuvre.

L'élaboration du « protocole » avec l'IPRP a été un exercice plus complexe que celui avec l'ASST mais les discussions ont permis de construire un travail d'approche certes toujours par les risques mais en y intégrant le vécu des travailleurs.

Le prescrit de la direction de service est de « faire de la fiche d'entreprise » pour avoir un excellent indicateur quantitatif dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). L'IPRP a pour mission de rencontrer le chef d'entreprise avec une trame d'interrogatoire et une fois remplie, d'adresser la fiche d'entreprise pour validation par le médecin.

Dans le cadre de l'élaboration du « protocole », en prenant un exemple concret d'intervention auprès d'une très petite entreprise de maçonnerie, nous avons pu rédiger une feuille de route commune. Mon prescrit de départ était de ne pas débiter une fiche d'entreprise si je n'avais pas vu en consultation des salariés, afin de compléter l'approche par les risques de l'IPRP par mon approche clinique. Pour cette entreprise, l'IPRP avait souhaité, non pas rencontrer initialement le chef d'entreprise mais d'étudier le poste sur un chantier. Ma demande était de m'adresser un écrit de cette étude de poste pour pouvoir en débattre ensemble. Nous avons discuté à la fois des modalités pratiques de l'étude de poste (l'écrit remis à la fois au chef d'entreprise et au salarié, par exemple, la validation par le salarié de ce que l'IPRP avait compris du travail, etc.) et de la proposition souhaitée par l'IPRP de proposer à l'entreprise une sensibilisation sur la prévention des TMS. Le support écrit de cette sensibilisation a été débattu entre nous : au départ, l'IPRP avait rédigé un support généraliste, trop éloigné du travail observé, puis nous avons tenté avec des allers-retours de s'approcher d'un support en lien avec ce qu'elle avait compris du travail observé. À l'issue de ces deux premières approches collectives, nous avons rédigé la fiche d'entreprise.

La prise en compte dans le protocole, de cette chronologie pour la rédaction de la fiche d'entreprise a redonné du sens au travail de l'IPRP et m'a permis d'approcher le travail des salariés vus en consultation sous un autre angle.

Sans subversion des « quotas de fiche d'entreprise », par un protocole issu d'une coopération concrète entre deux métiers, point de salut.

CONTRIBUTION AU DÉBAT SUR LA TRAÇABILITÉ MÉDICALE ET COLLECTIVE DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES À LA LUMIÈRE DU DÉBAT SUR LA PÉNIBILITÉ AMPUTÉE

**Compte-rendu des débats du Congrès de l'association SMT
25 et 26 novembre 2017**

Benoît DE LABRUSSE, rapporteur

L'OBLIGATION DE TRAÇABILITÉ PAR LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL (SST)

Le Code du travail dans son article L.4622-2 (*les articles cités dans le texte sont consultables en fin de texte*) donne pour mission aux SST (Services de Santé au Travail) de participer et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles. Cela se traduit en général par la simple prise en compte dans les systèmes informatiques des déclarations des employeurs.

On notera que cet article du Code du travail,

- ♦ Ne précise pas d'obligation de mise à jour régulière.
- ♦ Précise que le médecin du travail doit donner son avis (D.4622-22) ce qui est rarement réalisé. Combien de médecins du travail revendiquent ce droit ? Combien de médecins du travail l'obtiennent ?

Comment interpréter cet article ?

- ♦ Soit cette obligation est différente de celle des médecins du travail.
- ♦ Soit cette obligation est reportée sur les médecins du travail.

L'OBLIGATION DE TRAÇABILITÉ PAR LES MÉDECINS DU TRAVAIL

Plusieurs articles du Code du travail concernent ces obligations :

- ♦ L.4624-8 : obligation de traçabilité des expositions professionnelles dans le dossier médical.
- ♦ R.4412-54 : obligation de constituer un dossier individuel Agents Chimiques Dangereux (ACD).
- ♦ R.4623-1 alinéa 4 : « Contribution » à la traçabilité, sans que ce dernier mot soit accompagné de l'expression « expositions professionnelles » comme dans l'obligation des SST.

Dans la fiche d'entreprise (FE).

Les recommandations de la HAS (Haute Autorité en Santé) dans un document sur le DSMT (Dossier Médical en Santé au Travail) évoquent cette tâche. Ce texte n'ayant pas de portée réglementaire.

UNE CONSTATATION INQUIÉTANTE

Dans mon entourage beaucoup de médecins du travail ne veulent considérer comme expositions SMR/SIR (Surveillance Médicale Renforcée/Surveillance Indivi-

duelle Renforcée) sur les fiches d'aptitude, que celles déclarées par l'employeur. Ils renoncent à leur devoir d'identifier des expositions révélées lors du dialogue avec les salariés en consultation et suite à leurs propres investigations en entreprise. Quel sens donner à ce renoncement ?

L'OBLIGATION DE TRAÇABILITÉ PAR L'EMPLOYEUR

L'employeur a une obligation de traçabilité des expositions professionnelle, tant collective qu'individuelle.

COLLECTIVE : c'est

- ♦ le DU.EvRP (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels).
- ♦ La liste des travailleurs exposés aux Agents Chimiques Dangereux (ACD) dont les CMR (Cancérogènes Mutagènes Reprotoxiques) à ce jour supprimée.
- ♦ La notice de poste des salariés exposés à des ACD (art. R.4412-39).

INDIVIDUELLE :

- ♦ 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, remplacée par la déclaration aux CARSAT, elle est remise au salarié à son départ de l'entreprise.
- ♦ L'attestation d'exposition aux ACD et CMR, obligatoire depuis 2001, reste obligatoire pour les expositions d'avant le 1^{er} février 2012 et doit être remise au salarié.

NB : Beaucoup d'employeur refusent de rédiger ces attestations et les médecins du travail, devant ce refus, n'osent pas remplir leur obligation d'attester. Or il existe une circulaire DRT n°12 du 24 mai 2006 paragraphe 8.3.4 qui précise qu'« *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...* »

- ♦ La fiche individuelle d'exposition à l'amiante reste obligatoire (art. R.4412-120).

NB : Une ordonnance de la cour d'appel de Paris du 4 décembre 2008, fait obligation à l'entreprise EDF de délivrer une attestation d'exposition à un ancien salarié suite aux attestations délivrées par le médecin du travail.

POURQUOI FAIRE UNE TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS ?

- ♦ **P**our constituer une information globale pouvant servir à la prévention.
- ♦ Pour répondre à une législation ?
- ♦ Pour collationner des informations à visée statistique ou épidémiologique ?
 - ⌘ Pour quelle utilisation ? Exemple d'EVREST ?
 - ⌘ Avec toutes les dérives possibles d'utilisation de données non fiables où les chiffres ne servent pas au diagnostic mais à justifier des actions préalablement décidées.
- ♦ Pour permettre aux salariés de bénéficier d'une surveillance post-exposition.
- ♦ Pour permettre aux salariés de bénéficier d'éléments de preuves d'exposition dans le cadre de déclaration de maladies professionnelles.

La traçabilité des expositions est la prévention primaire d'aujourd'hui et le support de la réparation des expositions d'hier.

La traçabilité des expositions n'est pas un objectif mais un moyen pour l'objectif de prévention et réparation.

TRAÇABILITÉ COLLECTIVE OU INDIVIDUELLE

LA TRAÇABILITÉ COLLECTIVE est réalisée

- ♦ par l'employeur au travers du **document unique** d'évaluation des risques professionnels (DU.EvRP).
- ♦ par le médecin du travail au sein de la fiche d'entreprise, dont le modèle largement obsolète, détermine quelques bribes de traçabilité des risques professionnels en entreprise.

Ces deux documents résultent d'une évaluation préalable par des opérateurs aux méthodes et motivations différentes.

LA TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE doit être réalisée actuellement par l'employeur, pour la déclaration individuelle du **compte de pénibilité**.

Il reste à l'employeur **et au médecin du travail** l'obligation **d'attestation aux CMR** (Cancérogènes Mutagènes Reprotoxiques) pour les expositions antérieures à 1^{er} février 2012.

Les obligations de traçabilité individuelle par le médecin du travail sont à transcrire dans le dossier médical du salarié.

La législation ne prévoit pas formellement de **traçabilité rétroactive**, mais le médecin du travail est le gardien du dossier médical qui est supposé contenir

les fiches individuelles et attestations d'exposition résultant des législations passées sur les CMR (2001), les agents chimiques (2003) et la pénibilité (2012-2016).

Rappelons que pour attester d'une exposition professionnelle il n'est pas nécessaire de procéder à un examen médical.

LA TRAÇABILITÉ PAR LA GESTION DES RISQUES OU PAR LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL ?

Dans le système actuel la traçabilité peut être vue comme un système à trois étages.

- ◆ Premier étage l'employeur (ou son cadre subordonné).
- ◆ Deuxième étage : les « techniciens » de l'équipe pluridisciplinaire.
- ◆ Troisième étage : l'équipe médicale du travail (médecin et infirmière du travail).

PREMIER ÉTAGE, l'employeur procède à l'évaluation et la transcrit dans le DU.EvRP.

Le Code du travail (R.4121-1) prévoit une évaluation des risques par « **unité de travail** » dans le DU.EvRP. Reprenons les termes de l'ANACT « *Définir les unités de travail revient à découper virtuellement l'entreprise en plusieurs ensembles. Chaque ensemble regroupe des salariés qui sont exposés à des **risques similaires** ou qui rencontrent des conditions homogènes d'expositions aux risques. Les ensembles ainsi identifiés sont alors appelés "unités de travail" ».*

L'unité de travail, ce n'est pas nécessairement un poste de travail, une fonction, une activité, un processus mais bien une situation de travail dans laquelle un ou des salariés, avec une ou des fonctions différentes et en charge d'activités différentes, est (sont) exposé(s) à un **même danger**. Elle diffère donc d'une approche analytique type « poste de travail » plus minutieuse en termes de connaissance des conditions de travail.

On est là dans un abord par le « danger », qui n'évoque pas les autres termes utilisés dans l'annexe de ce document (R.4121-1-1) où sont cités les termes de « expositions individuelles », « identification de postes, métiers ou situations de travail »

Pour l'employeur le risque n'est pas accroché à un individu à son poste de travail, mais à une « situation ».

C'est un peu un système « hors sol » dans la mesure où n'est généralement pris en compte que le travail prescrit et les expositions théoriques « quand tout va bien ».

L'employeur a une vue d'un risque « représenté » qui est construite à partir de sa culture qui peut différer de l'expérience de l'opérateur.

DEUXIÈME ÉTAGE : les « techniciens » ou IPRP de l'équipe pluridisciplinaire qui recueillent les informations d'exposition *in situ* dans les entreprises.

Ils utilisent beaucoup les mesures, se réfèrent à des normes telle VLEP. **Les IPRP ont une vue « argumentée » des risques**. Même s'ils procèdent à des observations des salariés en situation de travail, ces observations sont limitées dans le temps et ne peuvent appréhender toutes les phases discordantes, tous les incidents exposants.

L'observation visuelle externe n'est pas une garantie d'abord du travail réel, dans la mesure ou l'observateur à un présumé des modalités de travail à accomplir, il ne dispose pas de la parole du salarié, pour comprendre les enjeux de tel ou tel geste/action.

TROISIÈME ÉTAGE : **l'équipe médicale du travail** (médecin et infirmière du travail) bénéficie des renseignements d'exposition fournis par le premier et deuxième étage, mais pas seulement.

En effet c'est par le **colloque singulier** que le salarié apportera son vécu du travail, sa subjectivité. La mise en récit de ce qui se passe au travail nécessite un lien de confiance qui ne peut guère s'établir lors de la VIP (Visite d'Information et de Prévention) à l'embauche. Il faut du temps pour établir le lien de confiance. Exemple : la révélation à un membre de l'équipe médicale de faits de harcèlement n'intervient généralement pas lors du premier examen mais lors des suivants et notamment lors des « visites à la demande ». D'où l'importance de privilégier ce type de demandes.

Ainsi seul le « colloque singulier » permet d'appréhender le travail réel (travail intériorisé avec engagement du corps et des affects pour le réaliser) qui diffère du travail prescrit.

Les membres de l'équipe médicale ont une vue des risques comprise, instruite, vécue.

LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL IST ET LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

Si l'entretien clinique avec le salarié se fait séparément pour le médecin du travail et l'IST, l'activité est identique du point de vue de la clinique médicale du travail.

Nous constatons que les infirmières sont en difficulté avec cette pratique car il leur est demandé de faire une

approche par les risques en l'absence de formation sur la clinique médicale du travail.

La VIP, (Visite d'Information et de Prévention) qui théoriquement ne concerne que les salariés « sans risque » ne permet guère d'appréhender le travail réel puisque ce sera le plus souvent la première rencontre entre le salarié et l'IST : le lien de confiance commencera seulement à s'établir.

Cette VIP ne peut être opératoire sur la compréhension du « travailler », des difficultés du travail, mais elle devrait permettre d'informer le salarié sur les risques professionnels qu'il pourrait ne pas avoir encore appréhendés.

Il s'agit d'une posture passive car la question des risques professionnels n'est pas indépendante des effets sur la santé et de leurs conséquences subjectives. Non seulement le salarié est exposé aux risques, mais il utilise des ruses et construit des stratégies de défense.

Aussi il y a le risque d'une consultation « à blanc » en l'absence d'antécédent sur la connaissance approfondie de ces situations de travail. La transmission de listes de dangers par les IPRP, le médecin du travail, par des documents, ne peut que partiellement jouer ce rôle. La connaissance par l'observation visuelle des situations de travail et l'expérience, nous paraissent nécessaires à cette approche. Or les données démographiques, le nombre de salariés, d'entreprises, l'ancienneté dans la fonction ne facilitent pas l'acquisition d'un tel savoir.

Lors de l'entretien infirmier, l'utilisation de liste de risques « pense bête » fournies par l'employeur, l'IPRP, le médecin, peut aboutir à une impasse.

Seule la mise en discussion sur le contenu de l'activité, des tâches, peut permettre le surgissement de risques jusque là non exprimés ou inconnus. C'est l'échange des connaissances du salarié sur son travail et celle du médecin/IST parfois théorique, qui peut permettre la relance du questionnement sur les risques réels et sortir des listes préétablies. D'où la nécessité d'avoir accumulé de l'expérience qui permet de secréter des postures interrogatives.

La transmission des informations recueillies par l'IST, lors de l'entretien infirmier, nécessite un temps d'échange (*staff*) au risque, pour le médecin, de l'impossibilité de se figurer le travail des salariés.

Le *staff* est un élément clé de la coopération entre IST et médecin du travail, mais pas seulement. Il permet la transmission du récit clinique de l'IST et ouvre la discussion avec le médecin du travail. Parfois il en résulte une nécessité d'action pour la situation du salarié (il y

a alors souvent nécessité de colloque singulier entre le médecin du travail et le salarié). Médecin du travail et IST mettent en commun ce que chacun a cru comprendre de la situation, les deux métiers expriment leur sensibilité propre. Il y a délibération mais s'il y a débat, le médecin reste décisionnaire de l'action à mener du fait de la subordination technique de l'IST.

Nous relevons une autre difficulté pour l'infirmière lors de la VIP :

- ♦ Faire un diagnostic d'une pathologie qui nécessitera d'adresser le salarié au médecin.
- ♦ Avoir le ou un médecin disponible sur l'instant pour recevoir ce salarié (ex « menace de suicide »).
- ♦ L'absence de possibilité pour l'IST de faire un écrit d'alerte, (au sens de l'art L.4624-9) sauf à se mettre en danger. En effet l'IST ne dispose pas de la protection du Code du travail comme le médecin, c'est ce qui justifie son absence d'autonomie par rapport au médecin.

QUEL RÔLE PEUT JOUER LES INFIRMIÈRES EN SANTÉ AU TRAVAIL (IST) DANS LA TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES ?

Par délégation du médecin du travail, les IST, ont les mêmes devoirs de traçabilité que les médecins du travail. Or la loi réserve les examens cliniques par les IST aux salariés qui ne seraient pas exposés à des risques particuliers.

Quelle justification à cette restriction ? Une IST ne serait-elle pas capable de bien suivre les effets du bruit professionnel sur la santé d'un salarié en SIR (Surveillance Individuelle Renforcée) ? Est-elle moins compétente que les secrétaires qui pratiquent habituellement les audiogrammes dans les SSTIE (Services de Santé au Travail Interentreprises) ? Donc l'infirmière ne serait pas censée voir des salariés soumis à des risques de pénibilité ?

PROTOCOLES

Combien de protocoles, élaborés par les médecins du travail prévoient ils des tâches de traçabilité par les IST ? Les médecins du travail peuvent ils « protocoller » pour les IST d'effectuer une traçabilité des expositions alors que la plupart ne le font pas eux-mêmes ? La traçabilité des risques par l'IST peut aussi s'exercer sur les risques professionnels du passé du salarié, en établissant un *curriculum laboris*. Est-ce possible ? Cela suppose une fine connaissance des métiers, de leurs risques et dangers, des conditions de travail. D'avoir un

historique des expositions : ex : des CMR étaient largement utilisés il y a vingt ans ont été interdits. Quelle mémoire de ces produits en ont les salariés, quelle connaissance de ces utilisations en ont les IST formées depuis quelques années seulement ?

L'IST peut recueillir le cursus professionnel des activités antérieures d'un salarié. Le médecin peut faciliter cela par des listes de tâches possiblement exposantes par activités qu'il se proposerait de faire investiguer. Cela peut éventuellement faciliter les discussions sur l'activité réelle déployée qui révéleraient des expositions connues par la littérature ou des expositions qui seraient révélées par le contenu concret même de l'activité de travail mise en évidence et qui pourraient ne pas être connues même d'un médecin expérimenté, comme par exemple la soudure à chaud de films en PVC pour assurer l'étanchéité de terrasses libérant par décomposition thermique du monochlorure de vinyl.

LA TRAÇABILITÉ AMPUTÉE PAR LES NOUVELLES LOIS SUR LA PÉNIBILITÉ

Rappelez-vous les espoirs mis dans la loi sur la pénibilité, le dispositif prévoyait :

- ♦ une évaluation des facteurs de pénibilité : ceux laissant des traces durables sur la santé des salariés ;
- ♦ des mesures de prévention de ces facteurs de pénibilité ;
- ♦ des cotisations spécifiques des employeurs ;
- ♦ une traçabilité des expositions à ces facteurs de pénibilité : les salariés disposaient d'un document relatant leurs expositions ;
- ♦ une compensation de leurs expositions réduisant leur espérance de vie, par des mesures de fin de carrière dont un départ plus précoce à la retraite.

Certes le dispositif péchait par certains côtés, il supprimait les fiches et attestations d'expositions aux agents chimiques et CMR (Cancérogènes Mutagènes Reprotoxiques). Mais il avait quelques avantages :

- ♦ Il provoquait un débat sur l'évaluation des risques professionnels au sein des entreprises, notamment dans les CHSCT.
- ♦ Il élargissait la traçabilité à d'autres facteurs que les risques chimiques et CMR.
- ♦ Pour le médecin du travail, c'était un outil précieux d'information sur les expositions individuelles de chacun des salariés. Ces fiches individuelles pouvaient servir de support à un dialogue sur les conditions de travail lors des examens médicaux.

LÉGISLATION

CODE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article D.461-23

« La personne qui cesse d'être exposée à un risque professionnel susceptible d'entraîner une affection mentionnée aux tableaux de maladies professionnelles n^{os} 25, 44, 91 et 94 bénéficie, sur sa demande, d'une **surveillance médicale post-professionnelle** tous les cinq ans. Cet intervalle de cinq ans peut être réduit après avis favorable du médecin conseil.

La caisse primaire d'assurance maladie ou l'organisation spéciale de sécurité sociale peut proposer aux travailleurs qui ont été exposés au risque précité de les soumettre à cette surveillance.

Le médecin-conseil fixe les modalités de la surveillance post-professionnelle des intéressés compte tenu de la nature des risques. Les dépenses correspondantes sont imputées sur le fonds national des accidents du travail. »

Article D.461-25

« La personne qui au cours de son activité salariée a été exposée à des agents cancérigènes figurant dans les tableaux visés à l'article L.461-2 du Code de la sécurité sociale ou au sens de l'article R.4412-60 du Code du travail ou à des rayonnements ionisants dans les conditions prévues à l'article R.4451-1 du même code 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 NOR : ETSS1133342A

Tableau des cancérigènes et des examens correspondants

CODE DU TRAVAIL

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. »

Article L.4624-8

« Un **dossier médical** en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, **aux expositions auxquelles il a été soumis** ainsi que les avis et propositions du médecin du travail... »

Article L.4711-4

« Les documents mentionnés aux articles L.4711-1 [Attestations, vérifications, etc.] et L.4711-2 [observation de l'inspecteur du travail] sont communiqués, dans des conditions déterminées par voie réglementaire, aux membres des comités sociaux et économiques, **au médecin du travail** et, le cas échéant, aux représentants des organismes professionnels d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail prévues à l'article L.4643-2. »

Article D.4622-22

« (...) L'employeur adresse au service de santé au travail un document précisant le nombre et la catégorie des travailleurs à suivre et les risques professionnels auxquels ils sont exposés, notamment les risques mentionnés à l'article R.4624-23 (...) Ce document est établi en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L.4121-3 et le recensement des postes exposés à des facteurs de risques prévu à l'article R.4624-46 **après avis du ou des médecins du travail concernés.** »

Article R.4121-1

« L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L.4121-3.

Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque **unité de travail** de l'entreprise ou de l'établissement, y compris ceux liés aux ambiances thermiques. »

Article R.4121-1-1

« L'employeur consigne, en annexe du document unique :

1° Les données collectives utiles à l'évaluation des **expositions individuelles** aux facteurs de risques mentionnés à l'article L.4161-1 de nature à faciliter la déclaration mentionnée à cet article, le cas échéant à partir de **l'identification de postes, métiers ou situations de travail** figurant dans un accord collectif étendu ou un référentiel professionnel de branche homologué mentionnés à l'article L.4161-2 ;

2° La proportion de salariés exposés aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L.4161-1, au-delà des seuils prévus au même article. Cette proportion est actualisée en tant que de besoin lors de la mise à jour du document unique. »

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. »

Article R.4412-54

« Le médecin du travail constitue et tient, pour chaque travailleur exposé aux **agents chimiques dangereux** pour la santé, un dossier individuel contenant :

1° Le cas échéant, les informations communiquées par l'employeur au médecin du travail en application du troisième alinéa de l'article D.4161-1 ; [les 10 facteurs de pénibilité dont agents chimiques]

2° Les dates et les résultats des examens médicaux complémentaires pratiqués. »

Article R.4412-120

« L'employeur établit, pour chaque travailleur exposé, une **fiche d'exposition à l'amiante** indiquant :

1° La nature du travail réalisé, les caractéristiques des matériaux et appareils en cause, les périodes de travail au cours desquelles il a été exposé et les autres risques ou nuisances d'origine chimique, physique ou biologique du poste de travail ;

2° Les dates et les résultats des contrôles de l'exposition au poste de travail ainsi que la durée et l'importance des expositions accidentelles ;

3° Les procédés de travail utilisés ;

4° Les moyens de protection collective et les équipements de protection individuelle utilisés. »

Article R.4623-1

« Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux. Dans le champ de ses missions : (...)

4° Il contribue à la veille épidémiologique et à la **tracabilité.** »

Fiche d'entreprise : Arrêté du 29 mai 1988

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&d ateJO=19890608&numTexte=&pageDebut=07112&pageFin=

HAS

Le dossier médical en santé au travail DMST

Recommandation de bonnes pratiques

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_757826/fr/le-dossier-medical-en-sante-au-travail

SUIVI POST-PROFESSIONNEL**APRÈS EXPOSITION À L'AMIANTE**

Rapport d'orientation de la commission d'audition avril 2010

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_935546/fr/suivi-post-professionnel-apres-exposition-a-l-amiante

BIBLIOGRAPHIE

♦ CARRÉ Alain, « L'obligation de traçabilité en médecine du travail : Un devoir ancien, une responsabilité réglementaire nouvelle », *SMTIEG*, janv. 2014

♦ DE LABRUSSE Benoit, JÉGOU Florence, HUEZ Dominique, CARRÉ Alain rapporteurs, « La contribution du médecin du travail à l'identification des expositions professionnelles, quelle traçabilité liée à la responsabilité du médecin du travail ? », 32^e Congrès de l'association SMT des 10 et 11 décembre 2011, *Cahier SMT N°26*, <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-26/26-37-contribution-expositions.pdf>

♦ JÉGOU Florence, « Les impasses de la traçabilité des expositions par le médecin (...) l'identification des expositions professionnelles. Quelle traçabilité liée à la responsabilité du médecin », *Cahier SMT N°26*, www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-26/Cahier-26.pdf

B U L L E T I N D ' A D H É S I O N

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

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

- Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et je vous joins mon adhésion
- Je suis adhérent(e) à l'association et je règle ma cotisation 2018

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

Nom : Adresse :

Prénom : Courriel :

Ce CAHIER N°35 m'a intéressé(e) : Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je réserve le CAHIER N°36 (à paraître courant 2019)

Adresser à Ass. Santé et Médecine du Travail

25 rue Edmond Nocard 94410 SAINT MAURICE

CONTRIBUTION DESTINÉE À LA COMMISSION D'ENQUÊTE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Notre association a été sollicitée pour être entendue, le 15 mars 2018, dans le cadre d'une commission de l'Assemblée nationale : « Commission d'Enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination ». Le présent texte a constitué la base de notre contribution orale et de la réponse aux questions des membres de la commission.

PRÉAMBULE

PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION

- ◆ Existe depuis le milieu des années 1980.
- ◆ Association professionnelle de médecins du travail.

Objets

- ◆ Le métier de médecin du travail : pratiques en médecine du travail.
- ◆ Exercice autour d'une clinique médicale spécifique : la clinique médicale du travail.
- ◆ Identification des freins à l'objectif réglementaire « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Accès aux travaux

- ◆ Les Cahiers SMT
- ◆ Le site : <http://www.a-smt.org/>

NOTRE INTÉRÊT POUR LA DÉMARCHE

- ◆ Elle place au cœur de ses réflexions la contradiction entre la santé au travail et l'intérêt économique et financier.
- ◆ Postule le caractère évitable des atteintes professionnelles à la santé.
- ◆ Objet de la commission que nous partageons professionnellement : « propositions tant pour la prévention des risques et les normes à édicter que pour le déclenchement des alertes, les acteurs à mobiliser et renforcer, les dispositifs de contrôle et de détection, ou pour la prise en charge et l'indemnisation des victimes ».

Remarque : le document de l'INVS cité par la commission ne tient pas compte du document *Sumer* « source » car comme il le précise aux plus de deux millions de salarié(e)s exposé(e)s à au moins un cancérogène il faut ajouter comme le précise *Sumer* un demi-million exposé aux fumées métalliques de soudage et un tiers de million aux rayonnements ionisants on est donc proche de trois millions et ceci sans intégrer le travail de nuit

LES BASES D'UNE PRÉVENTION EFFICACE EN MATIÈRE DE SANTÉ AU TRAVAIL

- ◆ La visibilité des risques et de leurs effets.
- ◆ La connaissance du travail réel effectué par les opérateurs.
- ◆ Le vécu du travailleur concernant son travail.

LA VISIBILITÉ DES RISQUES

Elle repose notamment sur des obligations de traçabilité des risques.

En matière de risque chimique (Agents chimiques dangereux : ACD dont les cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques : CMR) la traçabilité individuelle et collective par les employeurs a été affaiblie par les deux mandatures précédentes :

- ◆ Suppression des fiches d'exposition aux ACD et CMR (2012).
- ◆ Suppression des attestations d'expositions aux ACD et CMR (2012).
- ◆ Suppression de la fiche de pénibilité (fiche de prévention des expositions) (2014).

- ◆ Suppression de certaines expositions et/ou mise en place de seuils trop élevés pour bénéficier du processus de pénibilité (2015).
- ◆ L'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale qui impose qu'au départ de l'établissement l'employeur et ou le médecin du travail rédige une attestation d'exposition aux cancérogènes professionnels est inappliqué.
- ◆ La liste des conditions de travail induisant une surveillance médicale renforcée a été révisée à la baisse par les réglementations successives ce qui ne permet plus d'identifier que certains travailleurs sont soumis à certains risques.
- ◆ Les obligations de signalement individuel et collectif des risques par les médecins du travail ne sont pas observées dans un fort pourcentage des services interentreprises.

Les documents réglementaires qui assurent la visibilité manquent souvent de pertinence ou ne sont pas rédigés dans une part importante des entreprises :

- ◆ Le Document unique d'évaluation des risques (DUE) est devenu formel et peu précis au regard des postes et les risques psychosociaux ne sont pas systématiquement identifiés.
- ◆ La notice de poste (R.4412-39 du CDT) seul vestige d'une traçabilité par poste aux ACD et CMR n'est que très rarement rédigée.
- ◆ L'existence de valeurs limites d'exposition pour des cancérogènes introduit une confusion en matière de prévention.
- ◆ Les signalements de risques quelle qu'en soit la nature par les médecins du travail est entravée par l'inflation des tâches à accomplir et les menaces à leur indépendance parfois par des plaintes d'employeurs au Conseil de l'Ordre des médecins.
- ◆ La rédaction de la fiche d'entreprise pour les TPE et PME (confiée le plus souvent à des assistantes qui sont l'objet d'une pression de rendement de la part des directions des services interentreprises) ne permet pas d'en faire un outil pertinent.

Les institutions qui sont les garants techniques et ou réglementaires de cette visibilité et de cette traçabilité ont subi des réformes structurelles et budgétaires (inspection du travail, INRS, ARACT, ANACT) comme au niveau européen en ce qui concerne l'agence européenne *Santé et sécurité au travail* de Bilbao et de la *Fondation de Dublin* qui ne leur permettent plus d'effectuer un réel contrôle.

En matière de risques psychosociaux (risques organisationnels et relationnels) l'identification des mécanismes qui en sont à l'origine ignore leur caractère consubstantiel aux organisations du travail actuelles :

- ◆ Alors que le travail est avant tout et plus encore en milieu industriel une construction collective, la mise en concurrence des travailleurs par l'individualisation détruit le caractère collectif et les tentatives extérieures d'y pallier (*lean management*) aggravent la situation.
- ◆ Alors que pour construire le métier il faut avoir des marges de manœuvres pour réfléchir, pour soi et avec les autres, la suppression des temps morts liée à l'intensification empêche de construire les référentiels du métier.
- ◆ Alors que la distance critique au process et au résultat demandé constitue la richesse créative du travail par l'échange permanent entre travail prescrit et travail réel, l'intériorisation obligatoire de l'idéologie managériale ne permet plus cette distance et renvoie à chaque travailleur la responsabilité des difficultés qu'il rencontre.

Le médecin du travail est porteur d'une obligation réglementaire d'alerte sur les risques et leurs effets dans un contexte d'affaiblissement de ses moyens. Or, la pertinence des alertes et la capacité de les porter repose à la fois sur les moyens techniques dont dispose le médecin du travail et sur ses marges d'indépendance. Faute de quoi cette obligation devient un piège en responsabilité et le médecin un nouveau fusible en responsabilité pour l'employeur.

NOS PROPOSITIONS

- 1- Rétablir les obligations de traçabilité collective et individuelle du risque chimique pour les travailleurs de l'industrie.**
- 2- Donner aux médecins du travail les moyens de leurs obligations de signalement individuel et collectif des risques.**
- 3- Renforcer les sanctions en cas de défaut de traçabilité.**
- 4- À cet effet, renforcer les moyens des institutions de contrôle technique et réglementaire.**
- 5- Imposer dans la rédaction du document unique d'évaluation des risques une évaluation des facteurs de risques psychosociaux autour des six axes du rapport des experts du ministère du travail (rapport Gollac).**
- 6- Pour les cancérogènes la limite contraventionnelle (VLEP) doit être accompagnée d'une information indiquant qu'elle n'est pas une limite d'absence de risque. L'employeur doit préciser ce qu'il a mis en œuvre pour éliminer le risque par substitution et les éventuelles raisons de l'impossibilité de cette dernière. Toute transgression de cette limite doit donner lieu à une sanction de nature dissuasive.**

LA VISIBILITÉ DES EFFETS DES RISQUES PROFESSIONNELS SUR LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS

Cette visibilité est entravée par l'inefficacité du repérage des causes professionnelles par les médecins notamment généralistes qui par leur formation n'ont pas eu les moyens du diagnostic étiologique des causes professionnelles et privilégient les causes personnelles (addictions par exemple).

Le système de réparation des effets des risques professionnels (maladies professionnelles) ne permet pas de les reconnaître et pour les travailleurs la complexité des procédures est dissuasive.

- ♦ Les échecs du maintien dans l'emploi en cas de déclaration de MP dissuadent les victimes de déclarer une MP.
- ♦ La notion de présomption d'imputabilité est mise à mal dans certains tableaux les plus récents.
- ♦ Pour les CMR, le système repose sur la monocausalité et ne permet pas de tenir compte des poly-expositions (effet cocktail) qui majorent les risques.
- ♦ En matière de TMS : les tableaux de maladies professionnelles ont été complexifiés depuis dix ans environ. Le meilleur exemple est la révision du tableau 57 paragraphe A (TMS de l'épaule) survenue en 2010 qui, sans justification scientifique, a complexifié à l'extrême les possibilités de reconnaissance (chute de 37 % des reconnaissances entre 2010 et 2013).
- ♦ Il n'existe pas de tableau de MP concernant les risques psychosociaux alors que des pistes sérieuses le permettraient. Une limite d'incapacité supposée (égale ou supérieure à 25 %) constitue un blocage à la possibilité de déclaration.
- ♦ Le système alternatif à la présomption d'imputabilité via les CRRMP (régime de la preuve juridique) est marqué par l'opacité des motifs de ses décisions et des inégalités de traitement régionales majeures.
- ♦ La commission du COCT chargée d'éclairer la puissance publique sur les pathologies professionnelles (Commission N°4) a été réformée par la suppression des groupes de travail qui permettaient un débat critique des représentants des acteurs sociaux avec les experts. La commission est ainsi entravée d'une partie de ses moyens essentiels.

En matière de risques environnementaux et de risques psychosociaux, les certificats médicaux à l'appui de déclaration font l'objet de plaintes d'employeurs « tactiques » (car visant à les exonérer de leur

responsabilité) au Conseil de l'Ordre des médecins et instruites presque systématiquement par les instances disciplinaires (poursuites d'une centaine de médecins du travail par an selon une thèse de médecine).

Une sous-estimation massive des effets des risques est le résultat de cette invisibilité :

- ♦ Alors que les spécialistes évaluent entre 5 % et 15 % la part des 300.000 cancers annuels induits par les cancérigènes professionnels (entre 15 000 et 45 000) seuls 2 000 sont reconnus annuellement.
- ♦ La CNAM a publié pour l'année 2016 les atteintes psychiques professionnelles. Sont survenus plus de 10 000 accidents du travail et 596 maladies professionnelles reconnues. Le nombre d'AT et de MP est considéré comme sous-évalué par la CNAM qui exhorte les médecins généralistes à la rédaction des CMI nécessaires pour les victimes. Là encore les plaintes des employeurs auprès du Conseil de l'Ordre des médecins sont particulièrement dissuasives.

NOS PROPOSITIONS

7-Renforcer la formation des médecins généralistes en matière de repérage des effets des risques professionnels sur la santé.

8-Privilégier le maintien dans l'entreprise des victimes des risques professionnels.

9-Mettre en place un suivi systématique post exposition et post-professionnel approprié aux expositions de chaque travailleur exposés aux cancérigènes professionnels.

10-Réformer le système de reconnaissance des MP, mettre au centre du système de prévention la présomption d'imputabilité :

- ♦ en tenant compte des poly-expositions d'organes ;
- ♦ en réformant le fonctionnement des CRRMP vers une plus rigoureuse motivation des avis et un traitement équitable indépendant des lieux de décisions ;
- ♦ en supprimant la limite de 25% pour l'instruction des déclarations de MP liées aux RPS.

11-Rétablir le fonctionnement des groupes de travail de la commission N°4 du COCT

12-Réserver les plaintes d'employeurs contre les médecins aux tribunaux de droit commun et non aux instances disciplinaires professionnelles.

LA CONNAISSANCE DU TRAVAIL RÉEL EFFECTUÉ PAR LES OPÉRATEURS

La prévention ne peut faire l'impasse sur la connaissance du travail réel des opérateurs sans cette connais-

sance elle serait bâtie sur du sable. Or par tradition et actuellement par crainte les travailleurs ne révèlent que difficilement ce qui constitue le cœur de leur métier.

Une approche du travail réel ne peut être menée sans la participation active des travailleurs et de leurs représentants comme les ergonomes nous l'apprennent.

- ◆ Cette participation reposait jusqu'alors sur les CHSCT et leur possibilité d'expertise.
- ◆ Or la mandature actuelle en gommant la spécificité et les possibilités d'expertise des CHSCT complexifie voire annihile cet apport indispensable.
- ◆ La diminution des effectifs de médecins du travail et les nouvelles obligations qui leur incombent entravent leur capacité à effectuer leur tiers temps notamment concernant l'étude du travail réel sur les lieux du travail.

NOS PROPOSITIONS

13-Rétablir l'existence des CHSCT et leurs moyens d'expertise pour permettre un accès au travail réel.

14-Rendre plus attractive la profession de médecins du travail en protégeant leur indépendance professionnelle d'éventuelles pressions sans éluder leur responsabilité. Réformer la formation, notamment en la rendant plus concrète.

LE VÉCU DU TRAVAILLEUR CONCERNANT SON TRAVAIL

Ce vécu subjectif conditionne pour une part importante la compréhension du travailleur de ce qui se joue pour lui au travail à travers son engagement personnel et dans un cadre collectif.

Son degré d'engagement et son implication personnelle dans la prévention sont en partie conditionnés par cette compréhension. Ce vécu est accessible aux médecins du travail qui dans le cadre du colloque singulier mettent en œuvre une clinique d'intercompréhension qui permet au praticien de comprendre des déterminants de ce qui se joue pour le travailleur au travail et de faire accéder le salarié à sa propre compréhension de sa situation.

◆ La loi travail et celles qui ont précédé entravent la possibilité d'échange entre le médecin et le travailleur en espaçant les visites médicales ce qui dans un contexte particulier de précarité de l'emploi rend la continuité clinique impossible. Les moyens de la médecine du travail deviennent particulièrement insuffisants et le médecin du travail est coupé du travail.

◆ Alors que la complémentarité des visites médicales avec celles de personnels infirmiers pourrait être une solution elle repose uniquement sur la rédaction de protocoles par les médecins du travail. L'absence de formation clinique spécifique pour les infirmier.es de santé au travail rend cette organisation particulièrement peu efficace en matière de suivi clinique.

◆ La loi travail a renforcé, sans discernement, les possibilités pour le médecin du travail de se prononcer sur l'inaptitude du salarié non seulement à un poste mais à un emploi. Parallèlement elle a rendu plus difficile la contestation des avis du médecin. Une institution tournée vers la prévention du point de vue de la santé des travailleurs risquerait de devenir un moyen de sélection médicale de la main d'œuvre. Les effets de cette « réforme » seront désastreux en matière de visibilité : perte de repères et de moyens du côté des médecins, perte de confiance du côté des salariés.

NOS PROPOSITIONS

15-Rétablir une périodicité raisonnable des visites de surveillance médicale individuelle des travailleurs.

16-Intégrer les infirmier(e)s en santé au travail à cette surveillance en leur conférant après formation appropriée le statut d'infirmier(e) clinicien(ne).

17-Réformer la réglementation concernant la médecine du travail en supprimant toute allusion à une aptitude à un emploi.

18-Rétablir la responsabilité de l'État en matière de protection de la santé au travail en revenant aux dispositions de contestation des avis du médecin du travail par l'administration du travail.

LA FIN DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

POUR TOUS ?

Dominique HUEZ

Pour y redonner du sens, constituer une équipe médicale de médecins et infirmiers du travail avec mission et statut pour chacun, des psychologues relevant du Code de la santé publique, des IPRP disposant d'une mission de santé publique. Et aussi supprimer la majorité de gestion d'employeurs des Services de Santé au Travail, supprimer « l'aptitude », interdire les plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins, créer une responsabilité pénale des médecins du travail.

***EN UN QUART DE SIÈCLE, IL EST DIFFICILE DE COMPTER LE NOMBRE DE RÉFORMES QU'IL Y A EU DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL DEVENUE AUJOURD'HUI DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL
QUEL EST LE SENS DE CES ÉVOLUTIONS ?***

Porteuse de relents eugénistes de sélection de la main d'œuvre, la médecine du travail est longtemps restée très ambiguë. Les transformations des environnements et des organisations du travail aidant, les débats sur son indépendance, sa spécificité, et l'aptitude ont avancé socialement. La nécessité de son évolution s'est imposée.

Accompagner les salariés, constater les atteintes à leur santé, permettre la prévention, contribuer pour chacun à construire ou préserver sa santé au travail, (...) la médecine du travail est le seul outil qui dans l'énonciation de ses constats, peut s'affranchir du poids des considérations économiques et accéder de façon indépendante aux altérations de santé. C'est un outil de prévention médicale primaire ; on parle de soin médical préventif, ancré sur le suivi de chacun pour contribuer à transformer le travail en en repérant les éléments délétères.

Au risque d'étonner peut-être certains, la consultation médicale périodique pour tous – lorsqu'elle est débar-

rassée de l'aptitude - permet de repérer les facteurs de risques organisationnels (à l'origine des TMS et des risques psychosociaux), mais aussi les risques environnementaux, sans doute davantage que des visites « de terrain ». La clinique médicale du travail prend le travail comme grille de lecture pour comprendre individuellement, avec un fort retour collectif préventif, les maux du corps et de l'esprit à partir des altérations de la santé en devenir. Seuls des professionnels relevant du Code de la santé publique peuvent réglementairement y avoir accès. Cette posture est irremplaçable pour accompagner et conseiller individuellement les salariés dans la préservation de leur santé au travail, pour reconstruire leur pouvoir d'agir.

Oui le soin médical préventif existe, il est l'opposé de toute pratique sélective et discriminatrice par la santé, il s'adosse au suivi médical individuel de l'ensemble des travailleurs !

Aujourd'hui l'irruption des psychopathologies du travail, des inscriptions dans le corps de l'usure professionnelle comme les TMS, rachialgies de surcharge, pathologies cardiovasculaires et maintenant des pathologies auto-immunes comme les thyroïdites, maladie de Crohn, diabète... montrent l'importance d'une prévention médicalisée qui identifierait leur causalité étiologique pour les prévenir, permettre les soins appropriés, et leur réparation sociale et juridique.

C'est le moment où on choisit de casser le thermomètre d'une prévention professionnelle médicalisée. Ce n'est évidemment pas un hasard !

POURTANT, AUJOURD'HUI, LA DERNIÈRE RÉFORME SE VEUT PLUS AXÉE SUR LA PRÉVENTION PRIMAIRE NOTAMMENT VIS-À-VIS DES SALARIÉS QUI EN ONT LE PLUS BESOIN EN QUOI CELA NE FONCTIONNERAIT-IL PAS ? EN QUOI LE SUIVI MÉDICAL INDIVIDUEL EST-IL PLUS QUE JAMAIS NÉCESSAIRE ?

La dernière réforme oriente la médecine du travail vers la sélection de la main d'œuvre sur des postes à risque. Pour la plupart des salariés, sauf pathologie constituée ou travail dans un secteur reconnu à sur-risque, qui exclut les risques de TMS ou de RPS des organisations du travail, c'est la fin de tout accompagnement médical périodique pour tous en santé au travail.

Préserver l'aptitude médicale à pouvoir être exposé à des risques à définition politico-médiatique (!), comme les rayonnements ionisants, l'amiante, et encore plus caricatural, le risque que présenterait tel travailleur pour les tiers de son environnement immédiat de travail, est une absurdité scientifique et éthique.

La médecine prédictive individuelle n'existe pas. La médecine du travail n'a de sens que si elle sert les intérêts de la santé individuelle et collective des travailleurs.

Les SST ne peuvent être des services HSE de prévention, « gérant les risques » pour les employeurs, sinon ils n'ont plus d'objet propre ni d'indépendance professionnelle. Les IPRP, ergonomes ou hygiénistes, contribuent à analyser en profondeur les activités de travail pour prévenir et dépister les altérations de la santé du fait du travail. Le défaut d'un statut relevant du Code de la santé publique en SST pour ce qui les concerne, les empêche de s'engager dans un devoir « d'alerte médicale collective ».

La négation du socle de la prévention médicalisée des SST prive les acteurs qui relèvent du code de la santé publique d'efficacité et de légitimité. Or pour déployer la prévention, il faut que le médecin puisse appréhender les mécanismes délétères à travers sa connaissance de l'ensemble du collectif à travers leur suivi périodique. Le « plus » d'une équipe médicale, est d'avoir accès aux altérations de santé de chacune des personnes, parce qu'elles ont confiance dans le cadre médical que permet et oblige leur exercice professionnel.

EN MÊME TEMPS, IL Y A UNE PÉNURIE DE MÉDECINS DU TRAVAIL ET MÊME SI L'ON DÉCIDAIT D'Y REMÉDIER CELA NE SE FERAIT PAS D'UN CLAQUEMENT DE DOIGTS QUE FAIRE EN ATTENDANT POUR AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL ?

Ce serait différent si l'équipe médicale relevant du Code de la santé publique exerçant en SST, médecins et aussi infirmiers du travail au minimum, était dénommée dans ses membres et leurs missions personnelles précisées. Ainsi des infirmiers ayant un vrai statut d'indépendance et une formation supérieure autorisant des diagnostics robustes.

- ♦ **Ce serait différent si** les psychologues du travail y exerçant relevaient du Code de la santé publique comme leurs homologues hospitaliers.
- ♦ **Ce serait différent si** les IPRP disposaient d'un statut s'inscrivant dans une mission de santé publique, alors incompatible avec l'aide à la gestion des risques des employeurs ce que permet la réglementation actuelle.
- ♦ **Ce serait différent si** les SST n'étaient pas dirigés par une majorité d'employeurs, si les directeurs de SST avaient une obligation de formation en santé publique au travail pour eux-mêmes.
- ♦ **Ce serait différent si** « l'aptitude » était supprimée.
- ♦ **Ce serait différent si** les plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins, contre des médecins ayant attesté d'un lien entre la santé et le travail, étaient légalement irrecevables du fait du statut de tiers absolu à la santé de chaque travailleur d'un employeur.
- ♦ **Ce serait différent si** la responsabilité pénale des médecins du travail qui ont failli à leur mission par défaut d'alerte collective ou de diagnostic étiologique individuel, pouvait être recherchée, quand cela est direct et certain !

Au sein d'un SST c'est un système de veille médicale de terrain qui doit être privilégié, engageant la responsabilité personnelle des acteurs relevant du Code de la santé publique, comptables d'un devoir d'alerte collective médicalisée et de préconisations individuelles de sauvegarde de la santé.

On disposerait alors d'acteurs de santé inscrits dans les réseaux de soins, qui contribueraient en sus à des études scientifiques en santé au travail, indépendantes de la gestion des risques des employeurs.

Alors, tout cela n'est pas une question de coût, mais de volonté politique !

UNE DÉCISION LAPIDAIRE QUI DÉMONTRE L'EMBARRAS DU CONSEIL D'ÉTAT CONFRONTÉ AUX INSTANCES D'EXCEPTION DES ORDRES PROFESSIONNELS

Communiqué de l'association SMT, après le rejet de la requête de six organisations par le Conseil d'État, pour empêcher la recevabilité des plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins – octobre 2017

Cette décision, du 11 octobre 2017, rejette la requête de plusieurs organisations, qui avait pour but d'empêcher que la rédaction de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique permette le dépôt de plaintes d'employeurs contre un médecin ayant rédigé un certificat médical concernant un salarié. Elle ne va pas grever le bilan carbone. Elle tient en deux pages y compris les fioritures habituelles.

Ce qui est particulièrement étonnant ici c'est la pauvreté du raisonnement juridique de cette décision qui se contente d'affirmer sans démontrer. Le rapporteur public avait ouvert la voie dans cette direction. Ainsi : « (...) l'adverbe "notamment", dont les requérants demandent l'abrogation, n'a ni pour objet ni pour effet d'imposer au médecin poursuivi de méconnaître le secret médical pour assurer sa défense ou de limiter son droit à se défendre (...) » constitue le motif principal de rejet de la requête. Pourquoi ? Qu'est-ce qui motive en droit cette affirmation ? Rien sur le caractère juridiquement limitatif de l'adverbe « notamment ». Nous restons sur notre faim. Car, précisément, l'un des objets des plaintes d'employeur est de placer le médecin poursuivi devant une injonction paradoxale entre secret médical et volonté de justifier son certificat pour se défendre, ceci afin de l'inciter à modifier son écrit.

Enfin, pour ne pas désespérer le lecteur il convient, après avoir indiqué le cheval de ce pâtre, d'en repérer les alouettes. Tout d'abord, il faudra dorénavant que l'employeur qui porte plainte motive explicitement qu'il est « lésé de manière suffisamment directe et certaine par un certificat ou une attestation ».

sera difficile en particulier lors de la rédaction de certificat pour accident du travail ou maladie professionnelle qui relèvent d'une obligation explicite du médecin par le Code de la sécurité sociale. Enfin pour les médecins du travail la mention à l'obligation pour l'instance disciplinaire « (de tenir compte) des conditions dans lesquelles le médecin exerce son art et, en particulier, s'agissant des médecins du travail, des missions et prérogatives qui sont les leurs » éclaire le contexte. Cette formule est confortée dans les commentaires accompagnant l'arrêt sur le site du Conseil : « (la décision) indique toutefois que le juge disciplinaire devra tenir compte des spécificités des conditions d'exercice du médecin du travail qui, de par ses fonctions, a accès à un grand nombre d'informations sur le fonctionnement de l'entreprise et les conditions de travail des salariés. ». Cela, laisse donc la possibilité pour les médecins du travail, mais aussi pour les autres médecins formés à la clinique médicale du travail, de fonder leur diagnostic des causes en produisant un faisceau d'indices.

L'intérêt principal de cette décision décevante, sans fondement exprimé, est surtout qu'elle pourrait ouvrir la porte à un recours devant une juridiction moins conformiste, celle de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, puisque précisément le secret médical et le droit à une défense équitable sont garantis par la Constitution européenne. Cela permettrait en outre de mettre en cause l'abus de pouvoir de l'Ordre des médecins que constitue l'instruction des plaintes d'employeurs et le caractère d'exception des instances disciplinaires ordinaires.

REQUÊTE COLLECTIVE DEVANT LA CEDH POUR FAIRE RECONNAITRE IRRECEVABLES LES PLAINTES D'EMPLOYEURS DEVANT L'ORDRE DES MÉDECINS

Extraits de la Requête devant la CEDH déposée le 11 avril 2018, pour le Syndicat national des médecins du travail des mines et des industries gazières (SMTIEG-CGT), l'association Santé et médecine du travail (ass.SMT) et le Syndicat de la médecine générale (SMG), contre la France, ayant pour avocat Maître J.-L. Macouillard du cabinet TTLA.

Le droit disciplinaire français relatif aux médecins, aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes porte une atteinte à deux garanties fondamentales protégées par la Convention Européenne des Droits de l'Homme en ses articles 6§1 et 8, le droit à la vie privée des patients et celui à un procès équitable du soignant envers lequel une plainte est déposée.

C'est dans un contexte de multiplication des plaintes d'employeurs à l'encontre, notamment, de médecins du travail, de médecins généralistes ou de psychiatres, devant les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, dès lors que l'un d'entre eux établit un lien entre la santé d'un patient et son travail, que le SMTIEG, l'association SMT et le SMG, animés par la défense de l'intérêt collectif de leurs membres, ont dénoncé une véritable instrumentalisation des juridictions ordinaires.

Ces deux syndicats et cette association, accompagnés du Syndicat *Solidaires*, de l'association *ASD-PRO* et de l'*UGICT-CGT*, ont saisi le Premier ministre d'une requête préalable le 13 mai 2016 pour solliciter l'abrogation partielle de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique qui dispose : « *L'action disciplinaire contre un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ne*

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

Le but de cette requête était l'abrogation du mot « notamment » de cet article car la liste des plaignants ne peut être que limitative pour respecter les articles 6 et 8 de la CEDH. En effet, le droit français ne prévoit qu'une seule possibilité en cas d'échec de la conciliation prévue au deuxième alinéa de l'article L 4123-2 du Code de la santé publique : le Conseil de l'Ordre doit transmettre la plainte devant la chambre disciplinaire de première instance en s'associant - ou non - à celle-

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

Ainsi, l'adverbe « notamment » est la pierre angulaire du présent recours et de celui qui a été exercé en droit interne en ce qu'il aboutit à la violation des articles 6§1 et 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme en ne limitant pas les plaignants potentiels, en l'état actuel des dispositions régissant la procédure ordinaire, laquelle inclut les « tiers absolus » susceptibles de prendre connaissance de l'entier dossier médical des patients dans le cadre du contradictoire, dès la phase de conciliation.

Le Premier ministre a accusé réception de la réclamation préalable le 17 juin 2016. N'y ayant pas répondu favorablement, une décision de rejet implicite est née et les requérants l'ont attaquée par un recours en excès de pouvoir enregistré au greffe du Conseil d'État le 16 septembre 2016, juridiction compétente en premier et dernier ressort.

Par un arrêt définitif en droit interne du 11 octobre 2017, notifié aux requérants le 16 octobre 2017, le Conseil d'État a rejeté la requête des associations et syndicats requérants jugeant que : « *Considérant, toutefois, que, s'il permet ainsi à un employeur, lésé de manière suffisamment directe et certaine par un certificat ou une attestation, d'introduire une plainte disciplinaire à l'encontre du médecin qui en est l'auteur, l'adverbe "notamment", dont les requérants demandent l'abrogation, n'a ni pour objet ni pour effet d'imposer au médecin poursuivi de méconnaître le secret médical pour assurer sa défense ou de limiter son droit à se défendre; que les requérants ne sauraient, par suite, utilement soutenir que la décision de refus d'abrogation qu'ils attaquent porte atteinte à la protection du secret médical ou au droit des médecins à un procès équitable* ».

Les requérants persistent à soutenir le contraire et saisissent votre Cour dans la mesure où l'absence de limitation des plaignants devant les instances ordinaires, en l'état actuel des textes, aboutit inévitablement à la violation du droit au respect de la vie privée des patients et à celle du droit à un procès équitable des médecins poursuivis, dès la phase de conciliation.

En droit interne il y a schématiquement deux possibilités pour porter plainte contre un médecin: la combi-

naison des articles R.4126-1 et L.4123-2 qui permet la présence d'un tiers absolu à la relation médecin patient, dès la phase de conciliation, en face du médecin incriminé et celle des articles L.4122-1 et L.4123-1 du Code de la santé publique qui confère aux conseils départementaux de l'Ordre un pouvoir autonome d'ester devant les instances disciplinaires contre les médecins, lequel **n'est**, bien entendu, pas contesté.

En revanche, ce qui heurte les articles 6§1 et 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, ce sont les dispositions combinées des articles L.4123-2 et R.4126-1 du Code de la santé publique, lesquels plaquent les médecins incriminés dans une situation inextricable entre l'obligation de ne pas dévoiler le secret médical du patient devant un plaignant, tiers absolu à la relation médecin-patient, et la nécessité, pour leur défense, de pouvoir exposer, dans la plus grande sérénité, les éléments cliniques qui ont conduit à leur diagnostic.

S'il doit être permis à toute personne physique ou morale qui n'est pas le patient du médecin incriminé d'alerter les instances ordinaires de certains faits qu'il estime contraire aux règles de déontologie, ceci doit se faire dans des conditions qui ne portent atteinte ni au respect de la vie privée des patients ni à la possibilité des médecins de se défendre en présence de « tiers absolus » à la relation qu'ils entretiennent avec leur patient, ce que ne permet pas les dispositions législatives et réglementaires françaises en la matière.

À titre d'exemple, cinq décisions récentes de juridictions ordinaires ont condamné des médecins à des peines disciplinaires allant jusqu'à six mois d'interdiction d'exercice parce qu'ils avaient établi un lien entre la santé de leur patient et le travail de ce dernier. La stratégie est habile : les employeurs qui prennent connaissance, parfois au cours d'un procès qui leur est intenté aux prud'hommes, de certificats, de courriers, d'études de poste, etc., mettant en lumière une pathologie d'origine professionnelle, portent plainte devant le conseil départemental de l'Ordre compétent, contre le médecin qui les a rédigés.

Au-delà de la sévérité des sanctions infligées par les chambres disciplinaires, on remarque que les magistrats ordinaires n'ont jamais relevé les vices que contenaient la procédure française issue des articles L.4123-2 et R.4126-1 du Code de la santé publique, à l'égard du secret médical auquel sont tenus les médecins et de leur droit fondamental de se défendre efficacement contre le plaignant, dans une stricte égalité des armes, alors qu'ils encourent des sanctions pouvant aller jusqu'à la radiation du tableau de l'Ordre.

On fera également remarquer qu'un employeur - ou tout autre tiers absolu qui ne serait pas le patient - ne serait pas privé d'un libre accès à la justice si le mot « notamment » ne figurait pas à l'article R.4126-1 du Code de la santé publique : il n'y figurait pas dans la première mouture du texte qui a été en vigueur du 25 mars 2007 au 14 avril 2007. Au reste, tout employeur a la possibilité de se défendre contre un salarié qui verserait un certificat qui établirait un lien entre santé et travail devant les instances prud'homales.

Par ailleurs, l'établissement d'un lien entre santé et travail a toujours été un acte ordinaire pour tout médecin aux prises avec une pathologie d'origine professionnelle : l'existence d'un tableau de maladies professionnelles annexé au Code de la sécurité sociale en est la preuve. Tout médecin a le devoir d'établir un certificat médical initial en référence à un tableau de maladies professionnelles dès lors qu'il estime que la pathologie en cause relève dudit tableau.

D'ailleurs, l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale a été modifié par la loi n°2015-994 du 17 août 2015 pour y ajouter : que « *les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle, dans les conditions prévues aux quatrième et avant-dernier alinéa du présent article. Les modalités spécifiques de traitement de ces dossiers sont fixées par voie réglementaire* ». Or, seuls les médecins peuvent diagnostiquer de telles pathologies.

De plus, l'article L.1111-2 prévoit que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* ». L'établissement d'un certificat remis à l'intéressé n'est que la traduction de cet article lorsque le médecin estime que la pathologie a pour cause le travail de son patient.

Enfin, la présente requête ne vise pas à faire échapper les médecins à leurs obligations disciplinaires, bien au contraire. Ce ne sont ni les règles de déontologie, ni les sanctions fixées par le Code de la santé publique qui sont en cause, mais la procédure actuelle qui met le médecin incriminé en face d'un tiers absolu qui n'est pas le patient et qui a donc vocation à prendre connaissance, dans le cadre du contradictoire, de tous les éléments du dossier médical de ce dernier.

Dans le cadre d'une action disciplinaire autonome du Conseil de l'Ordre permise par les articles L.4122-1 et L.4123-1 du Code de la santé publique, la procédure n'implique que le médecin et ses juges, lesquels, à la différence d'un employeur lambda, ont prêté serment en tant que médecins et en tant que juges ordinaires. Dans ce cadre seulement, le secret médical du patient est préservé. En tout état de cause, le serment des magistrats le protège.

L'existence du mot « notamment » dans l'article R.4126-1 du Code de la santé publique ne permet pas une telle sérénité de la justice ordinaire puisque le mécanisme est redoutable : le tiers absolu à la relation médecin/patient peut porter plainte contre n'importe quel médecin et si la conciliation n'aboutit pas, l'article L.4123-2 impose au conseil départemental de l'Ordre saisi de transmettre la plainte - le cas échéant en s'y associant - devant la chambre disciplinaire de première instance, avec tous les risques susvisés de violation des droits au secret médical du patient et à un procès équitable du médecin, et ce dès la phase de conciliation.

Certes, le Conseil d'État, dans son arrêt du 11 octobre 2017 a ajouté une condition qui ne figurait pas dans les textes : le tiers absolu à la relation médecin patient doit être « *lésé de manière suffisamment directe et certaine* » pour que sa plainte soit recevable devant un conseil départemental de l'Ordre des médecins. Cependant cette condition ne résout pas le problème évacué sans la moindre motivation par la Haute juridiction : dès lors qu'une lésion « *suffisamment directe et certaine* » sera constatée, la procédure, telle qu'elle existe, continuera de placer les médecins, dès la phase de conciliation, en face de personnes physiques ou morales qui n'ont pas à connaître les ressorts de la clinique médicale envers un patient dont le secret doit être protégé.

On précisera enfin, sur la qualité de victime des requérants, que par une décision « *Gorraiz Lizaraga et autres contre Espagne* », n°62543/00, vous avez jugé, le 27 avril 2004 : « *pour autant que l'association requérante allègue une atteinte à l'article 6§1de la Convention, le Cour note qu'elle a été partie à la procédure qu'elle avait engagée devant les juridictions internes pour défendre les intérêts de ses membres. Dès lors, la Cour estime que l'association peut être considérée comme victime, au sens de l'article 34, des manquements allégués sur le terrain de la disposition invoquée* ».

Cette décision fait écho à un arrêt du 10 juillet 2001, n°34746/97, « *L'association et la ligue pour la protection des acheteurs d'automobiles* » : « *En l'espèce, la Cour note, dans la mesure où les associations allèguent une atteinte à l'article 6§ 1de la Convention, que celles-ci ont été parties à la procédure qu'elles avaient engagée devant les juridictions internes pour défendre les intérêts de leurs membres. Elle estime, dès lors, qu'elles peuvent être considérées victimes, au sens de l'article 34 de la Convention, des prétendus manquements au droit à un procès équitable, sur le terrain de l'article 6§1de la Convention* ». Il s'agit là d'une interprétation évolutive de la notion de « victime » au sens de l'article 34 de la Convention EDH, en rappelant de surcroît le

caractère autonome de ladite notion qui ne pourra qu'être transposée au cas d'espèce dans la mesure où les statuts de l'association requérante sont compatibles avec la défense des médecins qui se voient traduire devant les juridictions ordinaires sans avoir la possibilité de se défendre efficacement.

ARTICLE INVOQUÉ :

ARTICLES 6§1 ET 8 DE LA CEDH

Lorsqu'une plainte est déposée contre eux par un « tiers absolu » qui n'est pas le patient et qui n'a pas prêté serment, les médecins doivent s'expliquer devant une commission de conciliation présidée par un magistrat ordinal, en présence du plaignant, sur un écrit (certificat médical, courrier remis en main propre, etc.) relatif à l'état de santé de leur patient. Pour ne pas violer leur obligation professionnelle de respecter le secret médical et la vie privée de leur patient (article 8 de la CEDH), ils sont contraints au silence et ne sont donc pas dans une stricte égalité des armes avec le plaignant (art. 6§1 de la CEDH).

Dès l'abord, il faut rappeler qu'en matière disciplinaire les médecins encourent une sanction qui peut aller jusqu'à la radiation du tableau de l'Ordre. D'aucuns, dans de telles circonstances, se sont vus condamner à des peines fermes d'interdiction d'exercer, sans pouvoir se défendre de façon efficace, en présence d'un employeur ou d'un tiers absolu. (cf. supra).

Ensuite, on rappellera que l'article R.4127-4 du Code de la santé publique dispose que 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* ».

Enfin, on soulignera que la relation médecin/patient donne lieu à l'établissement d'un dossier médical qui contient nécessairement toutes les informations sur un patient : articles R.1112-2 du Code de la santé publique pour le milieu hospitalier et article R.4127-45 s'agissant de la déontologie.

Tout ceci démontre que la relation médecin/patient est bien plus complexe que la simple rédaction d'un certificat médical remis en main propre de l'intéressée. Derrière le diagnostic de lien santé/travail établi par un médecin, il y a ce qu'il a vu, entendu et compris de son patient, consigné - a minima - dans une fiche d'observation.

Ce sont ces éléments-là, cette « partie immergée d'un iceberg » dont les médecins ne peuvent discuter devant

les magistrats ordinaires en présence d'un employeur, par exemple, dès la phase de conciliation, sans risquer de violer la vie privée de leur patient. C'est tout ce qu'ils ont vu, entendu, compris, qui n'est pas inscrit dans le certificat qu'ils ne peuvent utiliser pour les besoins de leur défense, parce que précisément, l'employeur de leur patient est présent à la procédure.

La contrainte terrible pour le médecin est qu'il doit se taire : il ne peut en aucun cas évoquer l'anamnèse, les antécédents, les examens pratiqués, l'état général du patient, devant un tiers, afin de le protéger, alors qu'il encourt un risque de sanction grave pouvant aller jusqu'à la radiation. En d'autres mots, il ne peut dévoiler à un employeur (par exemple) les raisons qui l'ont conduit à rédiger un écrit établissant un lien entre santé et travail. Or, ces raisons peuvent être multiples et complexes, elles peuvent être le fruit d'hésitations, après une minutieuse analyse, qui aura conduit le médecin à prescrire des examens complémentaires pour écarter une maladie intercurrente...

Ainsi, par exemple, en présence d'un syndrome anxio-dépressif majeur d'un salarié qui fait l'objet, selon ce dernier d'un harcèlement moral, son médecin généraliste, son médecin du travail, son psychiatre, etc. peuvent prescrire un scanner cérébral pour des maux de tête persistants et rebelles aux analgésiques qui s'inscriraient dans le cadre du syndrome précité... Ce scanner peut révéler l'existence d'une maladie telle une sclérose en plaques, une épilepsie, ou une tumeur cérébrale, par exemple, et le médecin va alors se poser la question de l'incidence de cette pathologie sur le syndrome anxio-dépressif précité... Est-il lié au travail ou à la pathologie découverte sur le scanner ? En conscience, après réflexion et éventuelle concertation avec ses confrères généralistes, neurologues, psychiatres, etc., le médecin pourra décider que la pathologie intercurrente doit être écartée et que la dépression est liée essentiellement à la dégradation des conditions de travail, d'ailleurs décrites par d'autres salariés de la même entreprise ...

Imaginons maintenant que le médecin en question qui a établi un écrit médical relatif au lien santé-travail se retrouve attaqué devant la chambre disciplinaire de première instance à la suite d'une plainte - seconde alternative de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique - de l'employeur mécontent de ce qu'un médecin ait pu rédiger l'écrit précité. L'employeur, prêt à tout pour faire sanctionner un prétendu certificat de complaisance au visa de l'article 4127-28 du Code de la santé publique, a-t-il à savoir que son salarié est atteint d'une tumeur cérébrale qui n'entraîne aucune inaptitude à son poste ? A-t-il à connaître tout le chemine-

ment médical, les scanners passés, les examens complémentaires, les avis de spécialistes, les notes du médecin du travail, les courriers échangés avec les confrères qui auront conduit au lien santé/travail établi par le médecin du travail ? A-t-il à être informé de toutes ces investigations, de tous ces questionnements, que le médecin - s'il veut se défendre de la façon la plus efficace possible - est forcé de dévoiler à ses juges, puisque pour échapper à la sanction, il devra user de tous ses moyens de défense disponibles et donc d'expliquer à la chambre disciplinaire, dans un cadre contradictoire, tous les éléments qui l'ont conduit à son diagnostic, en présence d'un employeur, d'un « tiers absolu » qui n'a pas prêté serment ? À l'évidence non : le tiers à la relation entre le médecin et son patient n'a pas à avoir connaissance de tous les ressorts qui ont conduit au lien santé/travail.

Ainsi, l'adverbe « notamment » de l'article 4126-1 pose un problème insurmontable à l'égard de l'article 8 de la CEDH qui protège le droit au respect de la vie privée. La violation est d'autant plus inévitable que l'article L.4123-2 du Code de la santé publique impose au président du conseil départemental de l'Ordre de convoquer le plaignant et le médecin incriminé, pour une conciliation, dans le délai d'un mois. Elle l'oblige également de transmettre la plainte à la chambre disciplinaire en s'y associant ou non, si la conciliation n'aboutit pas. L'alternative est insoluble : soit le médecin incriminé se défend point par point, dès la phase de conciliation contre le plaignant, que le conseil départemental se soit ou non associé à la plainte, et viole le secret médical en divulguant des informations du dossier médical de son patient, soit il respecte son obligation déontologique vis-à-vis du secret et se prive, paradoxalement, d'un procès équitable à l'égard du plaignant susvisé.

Il y a là une rupture flagrante de l'égalité des armes (art. 6) voir par exemple votre arrêt (Dombo Beheer B.V. c. Pays-Bas- n°14448/88 du 27 octobre 1993) que l'État Français ne peut réparer qu'en amendant les dispositions des articles R.4126-1 et L.4123-2 afin de les rendre compatibles avec les articles 6§1 et 8 de la CEDH, en spécifiant par exemple que les doléances ou les plaintes des tiers - hormis les patients - doivent être traitées de manière à ce que le médecin ne soit pas contraint de dévoiler des éléments du dossier médical en présence desdits tiers pour se défendre efficacement contre la sanction qu'il encourt. Ainsi la responsabilité de la France est-elle indéniablement engagée.

GRIEF : ARTICLE 8 DE LA CEDH

Dans un arrêt du 10 octobre 2006, Affaire L. L. c. France (Requête n°7508/02), votre Cour a jugé, sur l'invocation en droit interne de l'article 8 de la CEDH, que « *le respect du caractère confidentiel des informations sur la santé [était] capital pour protéger la vie privée des malades* » (voir sur ce point Z c. Finlande, arrêt du 25 février 1997, Recueil des arrêts et décisions 1997-1, § 95). Le Gouvernement considérait dans cette affaire que le requérant n'[avait] pas exposé expressément ou en substance ses doléances devant les juridictions nationales. Ne contestant pas que le grief rejoint la protection de la vie privée et familiale au sens de l'article 8 de la Convention, le Gouvernement observ[ait] que le requérant s'[était] borné à invoquer dans ses conclusions d'appel, de manière évasive et succincte, la production frauduleuse d'une pièce médicale et une atteinte au secret médical pour justifier d'écarter la pièce litigieuse... Cependant votre Cour a jugé que « *dans ces conditions, il appara[issait] que le grief soulevé par le requérant devant la Cour sous l'angle de l'article 8 de la Convention [était] inhérent aux moyens développés par lui devant la cour d'appel* ».

Dès lors, votre Cour estimait que le requérant [avait] invoqué devant cette juridiction, « au moins en substance », le grief qu'il tir[ait] de l'article 8 de la Convention, pour rejeter cette exception préliminaire.

En l'espèce, les requérants ont invoqué « au moins en substance » la violation de l'article 8 de la CEDH puisque devant le Conseil d'État, elle a fait valoir que le mot « notamment » de l'article R.4126-1, en ne limitant pas le nombre des plaignants, portait atteinte au secret médical des patients, auquel les médecins sont tenus.

ARTICLE 6 DE LA CEDH

Aussi, s'agissant du grief tiré de la violation de l'article 8 de la CEDH, la requérante a-t-elle exercé les recours effectifs disponibles en France. Sa requête doit donc être déclarée recevable sur ce point. Cet article a été soulevé, comme le précédent, « en substance », devant le Conseil d'État. La requérante a bien indiqué que la position procédurale des médecins en face d'employeurs - qui ne sont pas leur patient - et qui n'ont pas prêté serment, les contraignaient au silence sur les éléments médicaux ne figurant pas dans leurs écrits.

Dès lors qu'elle défend les intérêts des médecins et que ces derniers se trouvent du fait même de l'existence de

la procédure, telle qu'elle existe en droit français, dans une position d'inégalité des armes en face de plaignants qui peuvent faire état de tout moyen de preuve alors qu'ils doivent se taire sur ce qu'ils ont vu, entendu, ressenti chez leur patient, eu égard à leur impossibilité absolue de violer le secret médical, elle invoqué « en substance » la violation de l'article 6 de la CEDH.

Enfin, la décision définitive en droit interne du Conseil d'État a été rendue le 11 octobre 2017 et a été notifiée aux requérants le 16 octobre 2017 (CE 11 octobre 2017, n°403576). Aussi, la présente requête n'est-elle pas tardive.

En conclusion, et sur la qualité de victimes des requérants, au sens de la Convention, on rappellera qu'il s'agit d'associations et de syndicats de médecins tous susceptibles, dans leur pratique quotidienne d'établir des diagnostics de pathologies professionnelles, de sorte qu'ils apportent la preuve plausible et convaincante de la probabilité d'être menacés d'une violation des articles susvisés.

REJET DE LA REQUÊTE

***P**ar une courte décision, la Cour Européenne des Droits de l'Homme siégeant le 28 juin 2018 a débouté les organisations plaignantes de leur recours n°17038/18 pour irrecevabilité **rationae personae**.*

Le juge unique Carlo Ranzoni a considéré que les organisations requérantes n'étaient pas suffisamment touchées par les violations alléguées à l'encontre des articles 6 et 8 de la Convention.

Il faut comprendre qu'elles sont déboutées parce que ce sont des syndicats et association – qui représentent les intérêts des médecins et de la médecine – et non pas un médecin directement touché par les atteintes invoquées.

On peut voir cette décision comme une porte ouverte à une action personnelle. Celle du docteur D. Huez sera déposée au dernier trimestre 2018, en l'occurrence pourrait avoir plus de chances de succès. En tout état de cause, juridiquement, cette décision n'est pas un obstacle à l'introduction d'une telle action, bien au contraire.

TRAÇABILITÉ MÉDICALE DES DIAGNOSTICS ÉTIOLOGIQUES PROFESSIONNELS ET ORDRE DES MÉDECINS

Compte rendu du Congrès l'association Santé et Médecine du Travail de novembre 2017 à la lumière des multiples plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins et des arrêts récents du Conseil d'État

Karyne CHABERT, Alain GROSSETÊTE, rapporteurs

Un point est fait sur les affaires de plaintes d'employeurs contre les médecins du travail au Conseil de l'Ordre. Deux affaires ont été jugées en 2016, les médecins ont été condamnés à un avertissement dans un cas, avertissement et pénalités financières dans l'autre cas au motif qu'ils auraient établi des certificats de complaisance. Dans les deux cas les médecins ont décidé de faire appel en Conseil d'État sur plusieurs arguments étayés par leurs avocats :

- ♦ Le risque de violation du secret médical si le médecin est contraint de se justifier auprès du Conseil de l'Ordre devant l'employeur.

Le Conseil de l'Ordre lui-même pourrait-il avoir accès au dossier médical sans l'accord du patient ? Cela constituerait un second fait de violation du secret médical

- ♦ Considérant que les médecins du travail peuvent être assimilés à un service public (même si l'organisation des services relève du privé), les médecins ne peuvent-ils pas bénéficier d'une disposition qui rendrait leurs diagnostics inattaquables par les employeurs du privé ?

Une faille permet cependant à l'Ordre de reprendre à son compte la plainte d'un employeur (de « s'approprier » la plainte).

- ♦ Le médecin du travail est un professionnel de santé chargé d'une mission d'ordre public social ; faire un diagnostic médical et étiologique relève pleinement de ses attributions donc instruire et attester du lien santé/travail rentre dans le champ de ses obligations.

L'appel en Conseil d'État a été porté par six organisations associatives, professionnelles et/ou syndicales

dont des représentants de victimes et salariés ce qui confirme que l'enjeu est certes du côté de la pratique professionnelle des médecins du travail (et des autres médecins qui se risqueraient à faire un diagnostic étiologique des pathologies qu'ils constatent) mais ce jugement conditionne aussi la possibilité pour le patient/victime/salarié d'obtenir un écrit de son médecin qui lui permettrait de faire valoir ses droits. Il est admis que cette démarche de reconnaissance d'un préjudice subi par le patient participe à sa guérison dans un grand nombre de cas.

Un premier dossier présenté en appel a donc été considéré comme recevable par le Conseil d'État.

Il n'a pas été possible de faire spécifiquement appel de la sanction financière car elle est « accrochée » à un avertissement qui n'a pas d'effectivité de préjudice, ce que ne recevra donc pas le Conseil d'État.

Mais ce jugement est une avancée significative puisqu'il est commenté. Il précise que le Conseil de l'Ordre doit vérifier un certain nombre d'éléments pour pouvoir instruire une plainte et donc :

- ♦ exiger des précisions sur le cadre dans lequel l'employeur dépose plainte, c'est-à-dire que pour qu'une plainte d'employeur soit recevable, il faudrait qu'il expose le préjudice subi et que les conséquences soient « directes et certaines » ;
- ♦ prendre en considération la pratique médicale spécifique du médecin (généraliste, médecin du travail, psychiatre...).

Notons qu'actuellement, les conduites des conseils de l'Ordre à l'égard des plaintes d'employeurs sont très diverses d'un département ou d'une région à l'autre.

Considérons donc que c'est une avancée puisque ce jugement obligera l'Ordre à prendre en compte la réalité directe et certaine de l'intérêt à agir du plaignant et sur la spécificité liée à la pratique du professionnel médecin.

Sur tout cela aucune jurisprudence n'existe ni dans les jugements depuis des chambres disciplinaires, ni dans des éventuels recours devant le Conseil d'État.

Pour mémoire, une thèse de médecine générale montre que sur cinq cent dossiers de contestations d'employeurs au Conseil de l'Ordre, la moitié sont sans suite du fait de la conciliation et donc du fait que le médecin accepte, dans la plupart des cas, de modifier son écrit après cette conciliation. *Quid* du patient qui voit l'écrit le concernant modifié sans son accord ?

Quels éléments les conseils de l'Ordre doivent-ils prendre en considération du côté de la pratique médicale ?

Pour les médecins du travail, l'argumentaire devrait être plutôt aisé puisque la mission essentielle et spécifique est bien de faire le lien entre l'état de santé et les conditions de travail.

À noter que le vocabulaire est important, le médecin n'a pas à définir la dénomination potentiellement fautive en droit qui relève du juge (comme harcèlement moral, mise en danger d'autrui), mais bien le lien (issu du vocabulaire épidémiologique). Il s'agit de faire un diagnostic étiologique (recherche des facteurs de causes qui ont conduit à la pathologie comme pour toute pathologie) ; ce diagnostic repose sur un faisceau d'indices cliniques qui englobent des éléments issus de la consultation santé/travail, des éléments de l'histoire professionnelle du patient (exemple d'un patient qui a vécu plusieurs plans sociaux ce qui va impacter sa santé psychologique) mais aussi de la connaissance que peut avoir le médecin des conditions de travail liées au métier, à l'environnement de travail passé ou présent, ou de son diagnostic sur le collectif de travail. Ce diagnostic peut être enrichi au fil du temps en fonction des événements venus à la connaissance du médecin et de l'évolution de l'état de santé du salarié.

Réflexion : Est-ce que l'écrit du médecin du travail n'aurait pas une valeur de témoignage en soi (testimonial), à partir d'éléments qu'il estime devoir retenir ; le témoin porte là une parole qui a valeur d'« expert » ?

Dans le processus d'étayage du diagnostic, le fait d'avoir connaissance d'autres « cas » dans une même entreprise et d'avoir alerté collectivement à partir d'un ou plusieurs « cas » va considérablement « sécuriser » le diagnostic médicoprofessionnel de pathologie liée au travail (cf. l'affaire Elisabeth Delpuech jugée en 2014).

Le second dossier présenté en Conseil d'État a été considéré comme irrecevable dans les suites du premier jugement avant même constitution d'une jurisprudence.

En effet il faut noter :

- ♦ Que l'Ordre s'est approprié la plainte, il ne s'agirait donc plus d'une plainte d'employeur, et l'argumentation sur la violation possible du secret médical devant l'employeur qui ne serait plus présent, n'aurait plus lieu d'être ! ?
- ♦ Que la pratique professionnelle du médecin en cause n'a pas été explorée.

Sur les suites données à ces jugements, plusieurs arguments incitent à un recours en CEDH (Cour Européenne des Droits de l'Homme). Les objectifs seraient d'empêcher les plaintes d'employeurs pour tout médecin qui exerce sa mission. Et de voir disparaître les tribunaux d'exception ordinaires. Parmi l'argumentaire, deux articles pourraient être utilisés :

- ♦ L'article 6 qui porte sur l'inégalité des chances si le médecin ne peut se défendre du fait qu'il respecte le secret médical.
- ♦ L'article 8 qui porte sur le respect dû à la vie privée (peut-on argumenter en utilisant des éléments privés appartenant au patient).

EN CONCLUSION

Pour ce qui concerne la pratique des médecins dans les écrits nous pouvons donc retenir :

- ♦ Que les arguments qui conduisent les professionnels à faire le lien santé/travail reposent sur des éléments d'anamnèse livrés par le patient, non constatés mais rassemblés du fait de la spécificité du métier (bases de la clinique médicale du travail). Le médecin est donc dépositaire d'éléments permettant un diagnostic étiologique.
- ♦ Que tout élément de l'instruction clinique qui est utile aux soins du patient doit être notifié dans le dossier médical puisqu'il participe à construire le faisceau d'indices cliniques. Il faut donc étayer le dossier par le contexte médicoprofessionnel individuel et par le contexte médicoprofessionnel collectif dans la mesure du possible.

Dans les écrits remis au patient/salarié, le faisceau d'indices cliniques ayant conduit au diagnostic par une approche de type clinique médicale du travail peut faire apparaître ces éléments individuels en interaction avec les éléments d'ordre collectif amenés à la connaissance du médecin.

FACILITER UNE PLAINTE POUR « TENTATIVE DE VIOLATION DE LA VIE PRIVÉE » EN ALTERNATIVE À LA CONCILIATION ORDINALE

Dominique HUEZ

LA CONCILIATION ORDINALE FACE À UN EMPLOYEUR POUR EMPÊCHER LE LIEN SANTÉ/TRAVAIL

L'exercice de la médecine impose au médecin d'informer son patient selon ses compétences, notamment des risques de sa situation professionnelle et de leurs liens avec sa santé altérée. Le médecin « *doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose...* » (R.4127-35 du CSP). Le droit à l'information du patient sur son état de santé porté par l'article L.1111-2(1) est un des éléments fondateurs de la révision du Code de la santé publique de 2002.

L'irruption de la souffrance au travail nécessite d'instruire la relation entre la santé altérée et les conditions organisationnelles de travail. C'est une nécessité vitale pour la reconstruction du patient, mais aussi pour la reconnaissance du traumatisme subi. Une prise en charge

.....

1— « *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. [...] 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...* »

médicale s'appuyant sur « *la clinique médicale du travail* » est alors importante pour la prévention et le soin des risques professionnels. Après une anamnèse professionnelle étayée et une approche clinique inter-compréhensive de l'activité de travail, le médecin a pour objectif de permettre au sujet de sortir d'un vécu délétère en arbitrant entre des contradictions qui lui paraissent insolubles.

Le diagnostic du lien entre sa santé et son travail du patient est consigné par écrit dans le dossier médical pour assurer l'effectivité du droit à l'information, à des soins appropriés et à des droits à réparation. Il ne s'agit pas ici d'un **constat médical** comme l'est un certificat de coup et blessures, mais d'un **écrit de diagnostic étiologique** ; il conditionne la prévention et les soins à venir. Cet **écrit médical**(2) à des formes multiples, de l'extrait de dossier médical, information d'un médecin-conseil de la cause d'un arrêt maladie à un certificat médical de maladie professionnelle dont la forme n'est pas contrainte. Ce diagnostic étiologique écrit est tenu à la disposition du patient. L'article R.4127-50 du CSP impose en effet à tout médecin de « *faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit...* ». De cela l'Ordre des médecins n'a ja-

.....

2— *Les écrits en médecine du travail : écrire comme médecin du travail.* Alain CARRE, Dominique HUEZ, Odile RIQUET, Alain GROSSETÊTE, Annie DEVEAUX, Alain RANDON, Benoît DE LABRUSSE, Mireille CHEVALIER, Huguette MARTINEZ, Bernadette BERNERON, Gérard LUCAS ; 6^e colloque de *E-Pairs* et ass. SMT du 20 juin 2014, in *Les Cahiers SMT* N°28 octobre 2014, p 31-71

mais instruit de son fait de faute déontologique en cas de carence médicale.

Dans les suites de la mise en œuvre de la loi Kouchner sur les droits des malades, et à la faveur d'un « *notamment* » introduit en toute discrétion en 2007 (article R4126-1(3) du Code de la santé publique) qui selon l'ordre des médecins permettrait à toute personne qui « a un intérêt à agir » de poursuivre un médecin devant l'Ordre des médecins, toute plainte d'employeur contre un médecin est généralement reçue par celui-ci(4). L'interdit arbitraire du Conseil national de l'Ordre qui empêche de faire le lien entre la santé et le travail via son rapport de 2006(5) sur les certificats médicaux, sert encore de justification à cette position.

La procédure de réception des plaintes par les conseils de l'ordre en instituant une **conciliation** avec l'employeur, empêche le médecin de se justifier pour respecter le secret médical. En effet l'employeur est un « tiers absolu » à la santé d'un patient et il ne peut donc avoir accès à aucune information concernant sa santé. Pourtant l'employeur en conciliation ordinale a pour projet de « faire rendre les armes » au médecin, c'est-à-dire de l'obliger à modifier son écrit-diagnostic étiologique entre la pathologie et le travail. L'ordre y somme le médecin objet de la plainte de s'y concilier, sans information ni présence du patient. Le silence gardé par le médecin pour ne pas transgresser le secret médical bafoue alors son droit fondamental à disposer de tous les moyens pour se défendre(6). Les médecins qui n'ont pas accepté de modifier leur diagnostic étiologique en conciliation sont envoyés mécaniquement devant une chambre disciplinaire, qui, malgré la possi-

.....

3- L'article R.4126-1 du CSP, jamais approuvé par le Conseil d'État, viole l'article L.1110-4 du Code de la santé publique qui dispose que : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé [...]* ».

4- « Médecins du travail : le temps du silence » Patrice ADAM, *Droit social* 2015.

5- Le CNOM se trouve en situation de responsabilité pour avoir approuvé le rapport de 2006 sur les certificats médicaux. Comment peut-il assumer qu'« *il est interdit (au médecin) d'attester d'une relation causale entre les difficultés familiales ou professionnelles [...] et l'état de santé présenté par le patient. Il n'a pas non plus à "authentifier" en les notant dans le certificat sous forme de "dires" du patient les accusations de celui-ci contre un tiers, conjoint ou employeur.* » ?

6- Alain CARRÉ, Dominique HUEZ, « Plaintes d'employeurs devant le Conseil de l'Ordre des médecins, quand l'incompétence se fait juge de la compétence », *Travailler* 2015, n°33, p 89-100

bilité de rejeter une plainte erronée, la reçoit et condamne quasi systématiquement les médecins. Démonstration s'il en est que ces plaintes sont irrecevables !

Parallèlement à cela, très souvent le patient a gagné ultérieurement aux prud'hommes ou en accident du travail ! Le patient n'est jamais averti de ces plaintes d'employeurs contre son médecin. Si tel était le cas, il pourrait, lui ou l'association le représentant, porter plainte au pénal pour non-assistance à personne en péril, plainte contre l'employeur et l'Ordre complice de cela, du fait de l'empêchement de soins généré par l'interdiction d'un diagnostic professionnel étiologique. Mais cette plainte viserait aussi possiblement le médecin de soin, qui pour se défendre devrait attaquer l'ordre des médecins pour abus de juridiction ! Injonction paradoxale ! Sur la base des sept à dix plaintes par an(7) que nous connaissons depuis 2013, on peut estimer leur fréquence annuelle à plus de cent. Elles sont majoritairement soldées par la modification par le médecin de son écrit médical étiologique sous la pression du « dispositif de menace » de la **conciliation ordinale**.

Des médecins refusent de participer à ces « conciliations » avec un employeur. En effet il n'y a pas d'autre alternative déontologiquement conforme pour eux. Ils préfèrent préserver leur devoir déontologique d'agir dans l'intérêt exclusif de la santé de leur patient.

Pour ne pas se retrouver en chambre disciplinaire automatiquement, il leur faudrait porter plainte en dénonciation calomnieuse dès réception de la plainte d'employeur, et œuvrer d'une façon ou d'une autre pour faire reconnaître une situation d'empêchement de soins à porter assistance à personne en péril s'ils cédaient sur la nécessité de tracer par écrit leur diagnostic étiologique permettant la prévention, les soins et les droits médico-sociaux, du fait de l'abus de juridiction de l'ordre.

Mais aussi avec le projet de remettre le patient au centre de la relation médicale, favoriser une plainte pour « *tentative de violation de la vie privée* » du fait de cette conciliation sans le patient (voir ci-dessous).

Après la décision du Conseil d'État qui autorise les plaintes d'employeurs devant l'ordre des médecins s'ils ont un intérêt direct et certain à agir, dès demain tout employeur, au-delà des écrits médicaux faisant le lien santé/travail qui lui feraient du tort, pourrait porter plainte devant l'Ordre des médecins contre tout méde-

.....

7- Le site de l'association SMT recense de nombreux éléments sur les plaintes ordinales d'employeurs : <http://www.a-smt.org/accueil.html>; et <https://blogs.mediapart.fr/dominique-huez/blog/090317/bilan-chiffre-des-plaintes-d-employeurs-devant-l-ordre-des-medecins-9-mars-2017>

cin du fait d'un traitement médical ou arrêt maladie avec lequel il serait en désaccord !

Si le secret médical n'est plus respecté, c'est le soubassement d'une médecine indépendante pour le seul intérêt de la santé des patients qui est effondré !

PRENDRE L'ORDRE DES MÉDECINS À CONTREPIED

Une contribution juridique très intéressante pour les médecins ayant attesté d'un lien santé/travail. Ces médecins sont dans l'impasse après l'abstention du Conseil d'État face aux plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins. En effet, si ces médecins respectent le secret médical en conciliation, ils se retrouveront en chambre disciplinaire automatiquement.

UN HUISSIER EN CONCILIATION ORDINALE CONSTATANT LA VIOLATION DE LA VIE PRIVÉE

Il serait intéressant de prendre l'Ordre des médecins à contrepied. Dans un premier temps, le médecin objet d'une plainte se rendrait à l'audience de conciliation convoquée par l'Ordre, mais accompagné d'un huissier. Avec par prudence l'autorisation d'un juge rendue sur simple ordonnance, l'Ordre n'étant pas tenu d'accepter la présence de l'huissier. Celui-ci constaterait le déroulement de la conciliation et noterait dans son constat les dires des parties, notamment l'opposition du médecin poursuivi à révéler, pour contester les critiques du plaignant, ce que lui a dit son patient, les constatations relevant de son examen clinique et/ou du dossier médical, à défaut d'accord express de l'intéressé. Le constat serait signifié par l'huissier au plaignant et à l'Ordre, à la requête du médecin qui demanderait dans l'acte de signification, l'arrêt des poursuites à son encontre.

À ce stade, l'Ordre pourrait arrêter là les frais... ou continuer.

PLAINTÉ CONTRE X AU PROCUREUR

Si l'Ordre ne met pas fin aux poursuites, une plainte contre X pour « tentative de violation de la vie privée » pourrait être adressée au Procureur de la République.

L'article 226-1 du Code pénal punit « le fait, au moyen d'un procédé quelconque, de volontairement porter atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui, en... transmettant, sans le consentement de leur auteur, des paroles prononcées à titre privé ou confidentiel ».

La tentative est punissable au même titre que la commission du délit, et le fait de ne pas tenir compte de l'absence d'accord du patient constituerait l'élément intentionnel de l'infraction.

Auraient juridiquement la faculté d'agir :

- ♦ Le patient lui-même, qui a droit au respect de sa vie privée avec le minimum d'ingérence de tiers.
- ♦ Des syndicats de médecins qui ont la capacité juridique d'agir en justice en tant que défenseurs de la profession qu'ils représentent lorsqu'au travers d'un cas particulier, l'intérêt collectif de celle-ci est atteint (en l'espèce par la tentative de violation du secret professionnel).

À ce stade, le Procureur de la République pourrait diligenter une enquête, ou classer sans suite. Si la plainte est classée sans suite, deux possibilités seraient encore offertes : soit une plainte avec constitution de partie civile déposée devant un juge d'instruction, soit une citation directe du plaignant et de l'Ordre devant le tribunal correctionnel, les deux voies offrant la possibilité de faire entendre des témoins, notamment le patient.

Cela ne changerait peut-être pas l'instrumentalisation de l'Ordre par certains syndicats d'employeurs. Mais qui sait ?

Contribution d'une juriste. Merci à elle.

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ *Le dossier médical en santé au travail (DMST)*, Rapport du CNOM 17 et 18 décembre 2015
- ♦ GOANEC Mathilde, « Médecine du travail : le Conseil de l'Ordre attentif aux... employeurs », *Mediapart*, 19 janvier 2016
- ♦ *Les écrits du médecin du travail et la déontologie médicale*, Rapport du CNOM de juin 2015

HARCÈLEMENT SEXUEL AU TRAVAIL

L'ORDRE DES MÉDECINS CONDAMNE

LES MÉDECINS LANCEURS D'ALERTE

Association Santé et Médecine du Travail, le 18 janvier 2018 et 12 mars 2018
<http://www.a-smt.org/>

**LE D^r KARINE DJEMIL
DEVAIT ÊTRE ENTENDUE EN APPEL
PAR L'INSTANCE DISCIPLINAIRE NATIONALE
DE L'ORDRE DES MÉDECINS
LE 17 JANVIER 2018**

Rappelons qu'il est reproché au D^r Djemil d'avoir remis à deux salariées une copie d'études de poste participant de leur dossier médical.

Cette situation est l'archétype caricatural des dysfonctionnements des instances disciplinaires de l'ordre, et de l'Ordre des médecins lui-même, qu'exacerbent les plaintes d'employeurs :

- ♦ La transmission d'éléments du dossier médical, qui est reprochée, constitue un double devoir d'un médecin du travail. Il y est astreint par le Code de la santé publique et le Code du travail.
- ♦ Le CDOM de la Seine-Saint-Denis, qui s'est joint à une des plaintes, rapporte sans les vérifier des reproches d'employeur, prétend que l'étude du poste d'un salarié n'appartient pas au dossier médical, cite dans la plainte des éléments couverts par le secret médical.
- ♦ L'instance disciplinaire régionale commet les mêmes atteintes au droit, et dans sa décision qualifie les constats du D^r Djemil « d'insinuations et extrapolations extravagantes » et « d'atteintes à la vie privée ».
- ♦ La condamnation à six mois d'interdiction d'exercice qu'elle prononce est exorbitante
- ♦ Joignant l'odieux à l'inacceptable, le magistrat présidant l'instance (dont les écrits sont, par ailleurs, officiellement cités par les sympathisants de La manif pour tous) diligente une expertise psychiatrique qui sera bien évidemment négative

Mais, pourquoi ce déchainement de l'Ordre des médecins à l'encontre du D^r Djemil ?

L'explication est tristement simple : ce sont des faits de harcèlement sexuel contre deux salariées dont le D^r Djemil a fait le constat ! Faut-il rappeler que l'Ordre des médecins a été rappelé à ses devoirs par les pouvoirs publics pour ne (toujours) pas respecter la parité homme-femme.

Ainsi, selon l'instance disciplinaire de cet ordre, le harcèlement sexuel au travail relève de « la vie privée ». Les médecins qui le constate sont d'« extravagants » agitateurs voire des affabulateurs compulsifs relevant de la psychiatrie.

UNE SÉANCE AJOURNÉE

Nous invitons à venir assister à l'audience publique de l'instance disciplinaire nationale non seulement celles et ceux qui défendent les médecins lanceurs d'alerte mais aussi celles et ceux qui protestent contre la misogynie institutionnelle et luttent pour les droits et la dignité des femmes.

Nous étions une trentaine de personnes ce mercredi matin 17 janvier 2018 pour assister à l'instance disciplinaire nationale d'appel de l'Ordre des médecins concernant le D^r Karine Djemil.

Rappelons que ce médecin du travail avait été condamnée à six mois d'interdiction d'exercice (!) pour avoir remis à deux salariées des études de leur poste rédigées en appui d'inaptitude médicale de sauvegarde participant du dossier médical et fondées sur une démarche de clinique médicale du travail. Ces études décrivaient en particulier des faits de harcèlement sexuel dont elles avaient été victimes ainsi que leur contexte

organisationnel professionnel. Ces écrits médicaux démontrent son professionnalisme et une haute conscience de ses devoirs déontologiques.

La présidente de l'instance a décidé d'ajourner sur le champ l'examen du dossier du D^r Djemil au prétexte (selon le greffier) que la salle ne comportait que huit sièges pour la publicité des débats.

Cette hâte à ajourner est particulièrement révélatrice de l'embarras de l'institution, l'exiguïté de la salle n'étant bien entendu qu'un prétexte. Il était prévisible, du fait du caractère politique de la session, que le D^r Djemil serait accompagnée d'une trentaine de personnes. On ne nous fera pas croire qu'il n'existe pas de salle plus vaste dans ce nouveau bâtiment.

Les raisons sont toutes autres :

- ◆ Les conditions de fonctionnement antérieures de l'instance disciplinaire régionale notamment des entorses à la confidentialité du délibéré, des remarques fantaisistes sur la personnalité du D^r Djemil et enfin une expertise psychiatrique imposée par abus de pouvoir, rendent très difficile l'examen de l'affaire par l'instance nationale qui se voit en situation de contredire l'instance régionale.
- ◆ L'énormité de la sanction est en elle-même particulièrement gênante si on la compare à celle qu'avait infligée l'Ordre à un psychiatre, finalement mis en examen pour viol sur plusieurs patientes. Il avait été l'objet de plusieurs signalements et plaintes au Conseil de l'Ordre considérés par celui-ci comme non recevables ou passibles de sanctions symboliques n'excédant pas trois mois d'interdiction d'exercice.
- ◆ La CNAM est confrontée à un déferlement d'accidents du travail (plus de 10 000) et de maladies professionnelles (près de 600) pour pathologies psychiques, liés à l'organisation du travail et reconnus par la CPAM. Elle demande aux médecins traitants de déclarer davantage les sinistres et d'informer leurs patients sur leurs droits potentiels.
- ◆ Ce qui met en évidence plus de 21 000 certificats médicaux initiaux d'AT/MP annuels attestant d'un lien entre une pathologie psychique et le travail, rédigés par des médecins que l'Ordre ne poursuit pas malgré son interdiction de rédaction (!). Alors que l'Ordre continue à recevoir des plaintes d'employeurs et à poursuivre les médecins, près de 400 par an, dont le seul objet est d'empêcher ces déclarations. Cherchez l'erreur de cette conception déontologie où les salariés-patients sont absents !
- ◆ Enfin, l'Ordre est toujours en délicatesse avec la parité de sa représentation, et il hérite d'un lourd passé, pour le moins, peu progressiste en matière

de droit des femmes. Le D^r Djemil va être jugée par quatre médecins hommes !

- ◆ Le contexte actuel de revendications, qui notamment impose un coup d'arrêt en matière de harcèlement sexuel et une sévérité, particulièrement en entreprise, envers les harceleurs, confère à l'instance concernant le D^r Djemil un fort potentiel médiatique.

Pour l'Ordre il faut donc faire peur aux médecins qui font leur devoir pour qu'ils n'attestent pas médicalement ! La complaisance de l'Ordre et de ses complices des pouvoirs publics envers les employeurs est un scandale de santé publique !

LA PAROLE DES FEMMES COMPTE-T-ELLE POUR LE CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS ?

Dans notre précédent communiqué nous explorions les raisons des difficultés du CNOM et de ses instances disciplinaires à se prononcer sur la situation du D^r Djemil.

À travers les décisions de l'instance régionale c'est la question essentielle de la valeur de la parole des femmes, qu'elles soient médecins ou patientes, qui se pose ici.

Cette affaire aurait pu rester confinée dans l'enfer du sexisme institutionnel ce qui est fréquent dans les institutions de l'Ordre des médecins (voir les poursuites contre les médecins violeurs par exemple).

Malheureusement pour cette institution, les plaintes concernant le D^r Djemil ont été rattrapées par le surgissement, dans le monde entier, des luttes contre le harcèlement sexuel et notamment celui des femmes au travail.

Le D^r Djemil a observé, nous ses pairs nous en témoignons ici, une conduite professionnelle irréprochable et, à bien des égards, exemplaire.

- ◆ Confrontée à la souffrance de salariées sexuellement harcelées elle a, avec leur accord, instruit leur inaptitude.
- ◆ Conformément à la réglementation elle a procédé à une étude de poste parfaitement conforme à la clinique médicale du travail.
- ◆ Ainsi, bien qu'elle connaisse parfaitement les entreprises concernées, elle s'est rendue sur leur lieu de travail et a notamment entendu les employeurs.
- ◆ Elle a déposé ces études de postes dans les dossiers médicaux dont elles sont constitutives.
- ◆ À la demande des salariés elle leur a laissé accès

à leur dossier comme le Code de la santé publique lui en fait obligation.

QUE PEUT-ON LUI REPROCHER ?

Devant leur fonctionnement particulièrement contraire au droit, la question de l'existence même des instances d'exception du CNOM se pose ici :

- ♦ Pourquoi le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Saint-Denis s'est-il joint à l'une des plaintes ?

- ♦ Pourquoi a-t-on reproché au D^r Djémil son exercice clinique compréhensif vis-à-vis des victimes ?
- ♦ Pourquoi le président de l'instance régionale a-t-il trahi le secret du délibéré ?
- ♦ Pourquoi le D^r Djémil a-t-elle subi, à la demande du président de l'instance régionale l'humiliation d'une expertise psychiatrique ?

Autant de questions que l'instance nationale va devoir examiner et les réponses que nous exigerons, nous nous en assurerons, seront exposées publiquement.

COMMUNIQUÉ DE L'ASSOCIATION SMT ET DU SMG, LE 11 MAI 2018

Karine Djémil condamnée à 6 mois d'interdiction pour soins médicaux à plusieurs femmes harcelées sexuellement du fait de leur travail

Par une décision en date du 4 mai 2018, le médecin du travail Karine Djémil vient d'être condamnée à six mois d'interdiction d'exercice dont trois fermes, en appel par la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, pour avoir donné des soins médicaux à plusieurs femmes harcelées sexuellement du fait de leur travail. Son exercice médical clinique compréhensif vis-à-vis des victimes, trop peu fréquent aujourd'hui, est très durement sanctionné, alors que ses pairs lui reconnaissent ici une pratique exemplaire dont elle a rendu compte précisément lors de l'audience d'appel.

Ainsi aucun médecin ne pourrait plus sur la base de son examen clinique, prendre en charge une victime de harcèlement sexuel ou moral dans une entreprise, sous peine d'interdiction d'exercice ! En effet la Chambre nationale disciplinaire de l'Ordre des médecins a considéré que ce médecin aurait délivré un rapport tendancieux puisqu'il n'aurait « *pas constaté des faits précis permettant d'en déduire l'existence (de harcèlement sexuel) avec suffisamment de vraisemblance* ». Et pourtant les deux employeurs en cause n'ont pas saisi le procureur de la République pour dénonciation calomnieuse de peur d'une enquête objective et contradictoire.

La Chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins a refusé d'entendre une victime présente pour cela à l'audience et n'a vérifié aucun fait. Malgré cela elle accuse le D^r Djémil d'avoir violé le secret médical, alors que celle-ci a déployé une « *alerte médicale collective* » réglementaire proportionnée à la gravité des faits et à l'inertie des employeurs.

C'est l'Ordre des médecins qui crée les conditions du non-respect du secret médical en recevant les plaintes d'employeurs ! Pour prendre en charge médicalement les victimes, le médecin doit investiguer les liens professionnels à l'origine de leurs pathologies. L'Ordre l'interdit ! Les victimes sont privées ainsi de leurs droits à réparation !

Une première dans cette décision : le premier jugement concernant le D^r Djémil a été annulé pour « *atteinte au principe général du secret des délibérations* » du fait de son président qui considérait que le médecin mis en cause « *a interprété des faits et attitudes anodins en leur prêtant une connotation sexuelle assez délirante* », et celle-ci avait dû subir l'humiliation d'une expertise psychiatrique pour vérifier son état mental ! Preuve de la misogynie de cette institution. Mais la Chambre disciplinaire n'a pas transmis ces éléments d'une extrême gravité au procureur de la République ! Et il a infligé la même peine que la chambre régionale !

Le Code de déontologie médicale prescrit dans son article 95 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* ». Les médecins agissent ainsi en apportant leurs soins aux victimes de harcèlement sexuels, en collectant dans leur dossier médical un faisceau d'indices cliniques. Ces éléments sont accessibles de droit aux salariés. **L'Ordre des médecins méconnaît ces fondements de la déontologie et protège les employeurs mis en cause par des salariées devant les prud'hommes pour harcèlement sexuel ou moral, en recevant leurs plaintes contre le médecin attestant d'un lien entre l'atteinte à la santé et le travail.**

Depuis des années, l'Ordre des médecins tente de se placer en arbitre juridique de la question sociale, dévoyant sa mission régaliennne, et commettant ainsi un délit de forfaiture.

L'Ordre des médecins est indifférent au surgissement, dans le monde entier, des luttes contre le harcèlement sexuel et notamment celles des femmes au travail.

C'est la question essentielle de la valeur de la parole des femmes qui se pose ici, particulièrement en cas de harcèlement sexuel du fait du travail, dont la réalité est recouverte par une chape de plomb favorisée par l'Ordre des médecins !

**CETTE SITUATION N'A QUE TROP DURÉ
NOUS DEMANDONS :**

- ♦ La mise en œuvre, d'une commission d'enquête parlementaire et une autre de l'IGAS, concernant les pratiques de l'Ordre des médecins après une plainte d'employeurs, particulièrement après des faits de harcèlement sexuel et moral.
- ♦ L'interdiction pour l'Ordre des médecins de se substituer à une plainte d'employeurs, et son obligation d'auditionner les victimes.
- ♦ L'interdiction de la recevabilité des plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins et leur transmission automatique au procureur de la République.
- ♦ La suppression de la juridiction « d'exception » des chambres disciplinaires ordinaires qui démontrent encore une fois leur nocivité !



Chère lectrice, cher lecteur
L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du CAHIER annuel — 10 000 € (impression et routage) — pour un tirage à 1 500 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.

Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle

Voir en page 52

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

LA DÉCISION DE L'INSTANCE DISCIPLINAIRE CONDAMNANT LE D^r DJEMIL INCOMPÉTENCE MÉDICALE OU PARTI-PRIS IDÉOLOGIQUE ?

Alain CARRÉ

La décision de la Chambre disciplinaire nationale concernant le D^r Karine Djemil soulève une légitime indignation et la demande de suppression des instances disciplinaires de l'Ordre et d'une enquête parlementaire sur leurs pratiques est particulièrement pertinente dans ce contexte.

Ainsi, la prise en compte des plaintes d'employeur, son caractère attentatoire au secret médical puisque donnant à un tiers l'accès à des éléments concernant un salarié, l'impossibilité pour le praticien mis en cause de se défendre devraient inciter à mettre fin à ces instances d'exception.

La présente décision par la reconnaissance de l'irrégularité de la décision de première instance pose la question du fonctionnement et de la compétence des juges autoproclamés.

Nous souhaitons toutefois ici explorer un autre versant de l'incohérence de ces instances, celui de leur ignorance de la clinique médicale et de l'exercice de la médecine pour des patients présentant des pathologies en lien avec l'activité professionnelle.

Il faut, en préambule, rappeler le contenu d'un rapport approuvé par le CNOM, toujours accessible, qui nie la possibilité d'un diagnostic étiologique en matière de lien de la santé à des éléments professionnels :

« S'il accepte néanmoins de délivrer ce certificat, le médecin devra être très prudent dans la rédaction. Il lui est interdit 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. » (Les éléments en italique le sont dans le texte).

Toutes les décisions condamnant un médecin qui aurait instruit le lien santé/travail ne sont que des déclinaisons obstinées de cette contre vérité, dont nous entendons ici démontrer l'inanité.

Les documents qui sont reprochés au D^r Djemil sont des « études de poste », ravalées au rang de prises de notes par l'instance et qualifiées de « rapports tendancieux ». Cette qualification ne doit rien au hasard. Même s'il est précisé que le D^r Djemil n'a commis aucune transgression en remettant ces documents aux salariées qu'ils concernent, le statut attribué à ces documents de « prises de notes », en référence à la conception du CNOM de transmission réduite du dossier médical de santé au travail, pourrait entraîner son interdiction de transmission.

Or une étude de poste est un **document constitutif du dossier médical de santé au travail** défini comme tel par le Code du travail notamment en référence à l'article L.4624-4 du Code du travail(1). Sa finalité est ici précisément de construire la pertinence de la prise de décision du médecin du travail en matière « d'aména-

.....

1- Art. L.4624-4 – : « Après avoir procédé ou fait procéder par un membre de l'équipe pluridisciplinaire à une étude de poste et après avoir échangé avec le salarié et l'employeur, le médecin du travail 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. L'avis d'inaptitude rendu par le médecin du travail est éclairé par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur. »

gement, d'adaptation, de transformation de poste ou d'inaptitude ».

Cette décision constitue un acte thérapeutique dans la mesure où il a pour objet de préserver la santé physique mentale ou sociale du travailleur, conformément à la mission du médecin du travail.

L'étude de poste constitue donc un acte de clinique médicale et participe à l'établissement du diagnostic préalable à l'acte que constitue la décision, ce qui lui confère le statut d'observation médicale, au sens que lui attribue la séméiologie médicale.

Le fait qu'elle se déroule dans un contexte particulier, celui de l'influence du travail sur la santé du salarié, impose le recours à une clinique médicale spécifique de la spécialité : « la clinique médicale du travail » existe, tout comme il existe des cliniques médicales spécifiques dans chaque spécialité médicale telles que la clinique médicale en psychiatrie, en rhumatologie, etc.

Cette clinique particulière repose sur « un modèle de l'homme qui rend compte du travail du point de vue de l'engagement actif du sujet et de ses enjeux de santé »(2).

Pratiquement, elle envisage la relation du travailleur avec son environnement de travail et sa dimension collective (le collectif de travail), intègre la dimension subjective et vécue de l'activité de travail et explore ses relations, identifie et prend en compte les défenses du sujet.

Elle repose sur un exercice inter-compréhensif. « Inter-compréhension » ne signifie pas que le médecin et le salarié comprennent la même chose du lien santé/travail. C'est « une disponibilité à comprendre avec », un cadre de compréhension à partir du point de vue du salarié et une opportunité pour le salarié d'agir pour sa santé, de retrouver des marges de manœuvre dans son travail.

Pour prendre en compte le rôle du travail dans l'atteinte à la santé, le travail devient le centre de la relation clinique (passer du *Comment va votre santé ?* au *Comment va votre travail ?*). Elle explore le faire et le faire ensemble et tente de faciliter le récit par l'intérêt manifesté pour « comprendre avec ». Il s'agit, par exemple, de faire raconter par le sujet comment il fait précisément pour arriver à travailler, comment il faisait antérieurement, ce qui a changé concrètement dans l'organisation du travail mais aussi d'explorer avec le sujet, son engagement subjectif dans son travail.

.....

2- Selon la définition du Dr Philippe Davezies

Cette démarche ne se substitue pas à l'action du salarié, elle vise à la reconstruction de sa capacité à penser, débattre et agir, à la reconquête de son « pouvoir d'agir » pour « construire sa santé au travail ».

L'étude de poste a réglementairement pour objet d'établir « les éléments médicaux ayant fondé les avis, propositions, conclusions écrites ou indications émises par le médecin du travail »(3). Ceci confirme son statut d'observation médicale.

Comme toute observation médicale elle a comme projet d'identifier la relation entre des altérations de la santé d'un patient et des éléments pathogènes de sa situation professionnelle. C'est-à-dire construire la relation clinique entre la santé du patient et son travail.

Outre un examen clinique du sujet, elle comporte également, comme toute observation médicale, l'anamnèse qui reste le temps essentiel de l'observation, dont on dit qu'elle assurerait 50 % du diagnostic. On la divise classiquement en quatre sous étapes : le motif de consultation, les antécédents, le mode de vie et l'histoire de la maladie. Le lien santé/travail est ici exploré, conformément à ce schéma clinique, notamment à partir de ce que sait le médecin de l'histoire de l'entreprise, de la trajectoire du salarié, des éléments de compréhension issus des entretiens cliniques avec d'autres salariés. Une étude de poste qui ignorerait ces éléments d'anamnèse serait imparfaite et pourrait être contestée comme telle.

L'instance disciplinaire qualifie ces observations médicales, établies par le Dr Djemil et remises aux salariées conformément aux dispositions du Code de la santé publique, de rapport tendancieux puisqu'il n'aurait « pas constaté des faits précis permettant d'en déduire l'existence (de harcèlement sexuel) avec suffisamment de vraisemblance ».

C'est ici en croisant les paroles des patientes, leur vécu douloureux et leur passé, avec ce qu'elle a entendu dans les consultations cliniques d'autres salariés de l'entreprise, avec ses visites sur les lieux de travail et sa connaissance des entreprises dont elle est le médecin du travail depuis plusieurs années que le Dr Djemil a établi son diagnostic clinique. Dans ce domaine la parole des victimes, « La concordance de leurs récits, de leurs analyses, des conséquences psycho-traumatiques qu'elles subissent, (...) sert généralement à densifier un "faisceau d'indices concordants" »⁴.

.....

3- En référence à l'article L.4624-7 du Code du travail

4- « Violences sexuelles commises par des professionnels de santé : Hippocrate phalocrate ? », Marilyn BALDECK, déléguée générale de l'Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail

Par conséquent, contrairement à ce qu'affirme l'instance disciplinaire (au mieux par ignorance), le D^r Djemil a procédé conformément aux principes de l'établissement d'un diagnostic qui en médecine repose toujours sur « *un faisceau d'indices permettant de retenir la réunion de présomptions graves, précises et concordantes en faveur (de l')origine* »(5) d'une pathologie. Elle a pratiqué l'art médical du faisceau d'indices cliniques qui permet, dans le cadre de l'observation médicale, de parvenir au diagnostic. Elle a recueilli des éléments obtenus par l'exercice même des missions et prérogatives particulières attachées à l'activité de médecin du travail(6). Sans avoir personnellement constaté intégralement les situations évoquées dans les

.....
5- CA Paris, 20 déc. 2013, n° 12/17101. Lire en ligne : <https://www.doctrine.fr/d/CA/Paris/2013/R6D03CDC1CB1105EE3FC7>

études de poste, un faisceau d'indices, construit à partir d'éléments pathologiques, quant à eux constatés directement, a conduit le D^r Djemil en sa qualité de médecin du travail à acter dans ses études de poste de leur vraisemblance lorsqu'elle a posé les diagnostics cliniques.

Ce que révèle cet arrêt n'est donc pas de supposées fautes qu'auraient commise le D^r Djemil mais bien l'incompétence (y compris en matière de clinique médicale) des membres de ces instances à juger des pratiques médicales de leurs consœurs et confrères, ce qui justifie pleinement la suppression de ces caricatures de juridiction.

.....
6- « *Qu'il appartient toutefois au juge disciplinaire d'apprécier le respect des obligations en tenant compte des conditions dans lesquelles le médecin exerce son art et, en particulier, s'agissant des médecins du travail, des missions et prérogatives qui sont les leurs.* »
Décision du Conseil d'État du 13 septembre 2017

L' Association **SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (a-SMT)** a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail.

Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail.

Elle organise annuellement une Réunion-Congrès ainsi que des Journées de réflexion sur des thèmes d'actualité en médecine du travail.

Elle assure la publication annuelle des CAHIERS S.M.T.

Le 39^e Congrès annuel se tiendra à Paris, les 25 et 26 novembre 2018

Partage Accueil Solidarité (PSA)
Enclos Rey, 57 rue violet 75015 Paris
M° Emile Zola ou Commerce
Tél. 01 44 37 34 00

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

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

courriel : secrtaire@a-smt.org

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

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir page 52

L'ENJEU VÉRITABLE

DE L'ACHARNEMENT QUE SUBIT D. HUEZ

Communiqué de l'association SMT suite au tribunal d'instance – août 2017

Il y a deux façons de rendre la justice. L'une, celle des fonctionnaires de la justice, consiste à appliquer la loi à la lettre. L'autre, celle que met en œuvre un juge véritable, a pour objet de rendre justice en s'intéressant au fond du conflit, en s'efforçant d'en comprendre les racines. D. Huez, demandait un simple sursis, jusqu'à la décision du Conseil d'État, au versement d'une somme, à laquelle l'a condamné le Conseil de l'Ordre des médecins. Il a été condamné à nouveau par une juridiction d'application du tribunal d'instance qui a considérablement aggravé les pénalités financières ! Elle n'a pas tenu compte du contexte, alors qu'elle a censuré la saisie des véhicules de la famille qui signalait l'acharnement abusif de la société plaignante.

Il faut rappeler ici que les institutions « disciplinaires » d'exception du Conseil de l'Ordre des médecins qui ont condamné D. Huez n'ont pas respecté les garanties élémentaires de tout justiciable tout au long des poursuites dont il a été l'objet.

- ♦ Il n'y a pas eu de la part du conseil départemental de véritable instruction de la plainte. Ainsi Les allégations de l'employeur plaignant n'ont jamais été vérifiées. S'étant joint à la plainte, ce conseil est par conséquent devenu juge et partie.
- ♦ Pire encore, il a organisé une « conciliation » dans laquelle le médecin se trouve confronté à un tiers absolu à la relation médicale, et ne peut par conséquent se défendre sans transgresser le secret médical.
- ♦ Outre le déni du droit à se défendre, ce conseil devient complice d'une tentative, celle de l'employeur, de se procurer des faits couverts par le secret médical.
- ♦ Lors des débats dans l'institution nationale d'appel, le président a proposé à D. Huez de s'expliquer sur le fond de sa décision médicale l'incitant ainsi à ne pas respecter le secret médical.

Clémenceau déclarait: « *La justice militaire est à la justice, ce que la musique militaire est à la musique* » que dirait-il de la « justice ordinale » ? Outre le caractère

particulier d'un organisme corporatiste, majoritairement masculin, et proche des employeurs, le simple fait d'autoriser les plaintes d'employeurs, dans ce cadre, alors que ces instances sont destinées aux litiges avec les patients, est une anomalie préjudiciable qui perturbe, encore, plus leur fonctionnement. Ce constat justifie, s'il en était besoin, les deux actions entreprises en Conseil d'État, l'une en appel pour les médecins condamnés, l'autre, collective, sur la modification du décret qui permettrait cette anomalie. L'évidence du désordre qu'entraînent les plaintes d'employeurs a été attestée par des juristes éminents. Ne pas réformer ces pratiques, alors que l'exécutif aurait pu le faire, démontre par conséquent que l'enjeu est de taille. La « loi travail » vise à transformer la médecine du travail de prévention primaire en une médecine d'entreprise d'accompagnement de l'exploitation de la force de travail et de sélection médicale de la main d'œuvre. Elle devrait permettre au projet libéral d'invisibilité des effets délétères du travail sur la santé d'aboutir. Pour cela, le silence des médecins est une condition *sine qua non*. Tout doit être fait pour l'obtenir.

L'attitude de l'entreprise qui poursuit D. Huez de sa vindicte est caractéristique de cette volonté d'anéantir toute résistance. Alors que l'entreprise était dans une telle situation vis-à-vis du patient de D. Huez qu'elle a préféré s'en libérer par une transaction, on peut se poser légitimement la question de l'instrumentalisation du conflit par certaines organisations d'employeurs. Il s'agit de faire un exemple en harcelant D. Huez, notamment en lui réclamant avec acharnement une somme dont il demandait légitimement sursis.

Dans une société où la santé des travailleurs devient plus que jamais une variable d'ajustement des résultats financiers, il faut, de toute urgence, faire taire les témoins et les lanceurs d'alerte, notamment les médecins, qui attestent du lien entre le travail et les atteintes à la santé. C'est là que se situe l'objectif des employeurs et de leurs complices. Par conséquent, soutenir les médecins poursuivis dans de telles conditions, pour de tels faits, n'a pas pour seul objet leur défense. C'est l'avenir de la santé des travailleurs au travail qui se joue ici.

LE CONSEIL D'ÉTAT PLACE

L'ORDRE DES MÉDECINS EN ARBITRE SOCIAL

Dominique Huez

Les employeurs avec la complicité du Conseil d'État placent l'Ordre des médecins en arbitre de la question sociale. Face à une atteinte à la santé au travail, les certificats médicaux étiologiques sont interdits. Les chambres disciplinaires ordinaires sont des juridictions d'exception qui structurent cet édifice pétainiste.

Rejet du recours de Dominique Huez médecin du travail devant le Conseil d'État, après sa condamnation à un « avertissement » par l'Ordre des médecins.

CONSÉQUENCES POUR LES PRATIQUES MÉDICALES

Selon la jurisprudence qui peut être tirée du rejet le 6 juin 2018 par le Conseil d'État du recours de Dominique Huez contre sa condamnation à un « avertissement » par la Chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins suite à un certificat médical attestant d'un lien entre l'atteinte à la santé d'un salarié de la société Orys et son travail.

Toute plainte d'employeur devant l'Ordre des médecins contre un médecin ayant fait un écrit attestant d'un lien santé/travail, peut donc être reçue par l'Ordre des médecins si l'employeur a un intérêt direct et certain à agir en tant qu'employeur.

Dans ce cadre **un écrit médical** (note au dossier médical, attestation ou certificat) **pour un patient-salarié - quelle qu'en soit la finalité - s'il est produit dans des affaires opposant un salarié à son employeur devant le TASS, le TA, les prud'hommes ou au pénal**, est une condition suffisante de la recevabilité de la plainte.

Il en est de même pour **tout acte médical collectif faisant l'objet d'un écrit par un médecin du travail**. Par exemple le signalement d'un risque collectif pour « maltraitance organisationnelle » concernant un groupe de salariés. **Ce qui rend le droit du travail inapplicable** en cas d'atteinte à la santé du fait du travail.

Suite à la réception ordinale de ces plaintes, obligatoirement une conciliation ordinale est organisée entre un employeur et le médecin en cause. Tout médecin qui refuse, lors ce dispositif de pression, de modifier son écrit médical selon la demande de l'employeur, est envoyé automatiquement en chambre disciplinaire. Des médecins refusent de se présenter en conciliation ordinale pour préserver le secret médical. Pour les quelques quatre cent plaintes reçues annuellement dans ce cadre par l'Ordre des médecins, après « conciliation », plus de 80 % des médecins renoncent à leur diagnostic étiologique ! **Ceux qui refusent de modifier leur écrit médical, seront condamnés en chambre disciplinaire s'ils ont attesté d'un lien santé/travail sans avoir constaté eux-mêmes sur les lieux de travail les éléments objectifs du processus pathogène.** Ce qui est quasi impossible ! Les médecins auteurs d'écrits médicaux qui seraient exempts de condamnation ordinale seraient seulement ceux qui ont pu effectuer des « constats objectifs de terrain », ce qui ne correspond pas à la réalité des pratiques médicales possibles.

Ainsi la rédaction de tout certificat médical initial d'accident de travail pour stress post traumatique - 20.000 en 2016, 10.000 reconnus par la Caisse AT-MP - pourrait entraîner une plainte d'un employeur devant l'Ordre des médecins et générer une demande de modification de leur écrit médical en supprimant l'origine profes-

sionnelle de cet écrit médical. Immanquablement une condamnation ordinaire sera prononcée si le médecin ne veut pas supprimer l'étiologie d'une pathologie. Ainsi une dépression professionnelle deviendra après une modification forcée sans la présence du patient, une dépression réactionnelle d'origine inconnue et ne pourra donc pas permettre un soin prenant en compte sa causalité, ni ouvrir à « réparation ».

C'est en effet à partir des constats issus de leur pratique médicale clinique par « l'art du faisceau d'indices » concernant l'anamnèse professionnelle, que les médecins attestent du lien santé/travail.

Pour un cancer de l'amiante, jamais un médecin n'a rencontré 15 ou 40 ans avant la fibre pathogène ! **Pour un harcèlement sexuel professionnel, jamais un médecin n'est présent au moment des faits !**

Il est donc maintenant impossible d'attester d'un lien santé/travail sans encourir le risque de l'interdiction d'exercice provisoire, risque qui est automatique lors d'une deuxième condamnation. Le Dr Karine Djemil vient d'être condamnée dans un cas semblable à six mois d'interdiction d'exercice.

L'Ordre des médecins interdit ainsi clairement la prévention médicale étiologique fondée sur une pratique clinique. Il prive ainsi les patients de soins efficaces et des réparations sociales ou juridiques possibles.

Le patient et les personnes morales le représentant, sont fondés alors à porter plainte contre l'ordre des médecins devant le procureur de la République pour non-assistance à personne en péril, ou mise en danger d'autrui.

LES DÉRAPAGES DU CONSEIL D'ÉTAT

Le Conseil d'État qui juge sur la forme et non sur le fond, a cru bon argumenter le bien fondé au fond du jugement en appel ordinaire, de la plainte Orys à l'encontre de D. Huez. Il a ainsi repris à son compte la position de l'Ordre des médecins selon laquelle « *la circonstance qu'un certificat établi par un médecin du travail **prenne parti (sic) sur un lien entre l'état de santé de ce salarié et ses conditions de vie et de travail dans l'entreprise, n'est pas, par elle-même, de nature à méconnaître les obligations déontologiques résultant des articles R.4127-28 et R.4127-76 du Code du travail cités au point 6 ; que le médecin ne saurait, toutefois, établir un tel certificat qu'en considération de constats personnellement opérés par lui, tant sur la personne du salarié que sur son milieu de travail*** ».

Un écrit médical étiologique pour une psychopathologie du travail devient maintenant une « prise de parti » pour le Conseil d'État !

Ce commentaire au fond du Conseil d'État, le fait profondément déraiper en caution de l'abus ordinal de juridiction, car l'Ordre des médecins dans toutes ces affaires, n'a jamais entendu les patients qui ont bénéficié de ces écrits médicaux attestant d'un lien santé/travail. **La position de l'Ordre est ainsi contraire aux fondements de la déontologie médicale où le patient est au centre de l'action médicale pour le bénéfice de sa santé.**

En s'aventurant dans un commentaire au fond du certificat de D. Huez, le Conseil d'État se prend les pieds dans sa démonstration de l'absence d'éléments objectifs qu'il reproche au certificat de D. Huez.

Ainsi concernant le fait de **légitimer le droit de retrait** de son patient, ce pour des raisons de volonté médicale d'enrayer le risque de décompensation vitale en donnant acte à des éléments objectifs des conditions de travail du patient, D. Huez en « dire d'expert » - puisqu'il n'était pas présent - de médecin du travail dans ce secteur nucléaire depuis trente ans, note la réalité de trois risques objectifs qui sont dénommés précisément comme on pourra le vérifier ci-dessous et d'ailleurs jamais démentis depuis.

Ainsi concernant la « **maltraitance organisationnelle délétère** », D. Huez à partir de sa pratique clinique note aussi trois éléments objectifs expliquant en partie le processus de décompensation psychique. Tout cela est vérifiable dans le certificat médical ci-dessous.

En sus, la « maltraitance organisationnelle » du salarié objet du certificat **est argumentée dans le dossier médical du salarié ; des processus précis maltraitants engageant des personnes en responsabilité de Orys y sont décrits. Ni Orys, ni l'ordre des médecins n'y ont eu accès.** Seul un juge, en saisissant le dossier médical, aurait accès à ces données. Ne pouvant l'utiliser, D. Huez se défend mal, et ce procès inéquitable est contraire à l'article 6 de la CEDH.

La Chambre disciplinaire ordinaire a eu pourtant communication du jugement prud'homal de Nîmes condamnant Orys pour harcèlement moral envers son salarié. Mais son contenu n'a jamais été pris en compte par l'Ordre des médecins.

Signalons que l'écrit médical attaqué par Orys n'a pas été utilisé par les prud'hommes de Nîmes pour son jugement. Que Orys en renonçant à son appel de sa condamnation prud'homale pour harcèlement moral, signe la fin de tout litige avec l'écrit de D. Huez. Mais

pourtant ultérieurement Orys fera procéder au blocage du compte bancaire de D. Huez et aux saisies immatriculation de ses deux véhicules du fait que D. Huez attendait le jugement du Conseil d'État avant de payer les 1 000 € prescrits par la Chambre disciplinaire pour « rétablir l'équité » (!) envers Orys. Le Conseil d'État n'a pas suivi Orys dans une nouvelle demande de cette sorte.

L'ORDRE DES MÉDECINS

NIE LE SUPPORT CLINIQUE DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Ainsi l'Ordre des médecins transgresse les fondements de la déontologie médicale qu'il doit promouvoir. L'Ordre des médecins est de ce fait à l'origine d'un empêchement de soins et de droits médicaux sociaux, toutes obligations du Code de déontologie.

Le Conseil d'État en reprenant la conception ordinale qui nie la pratique clinique au fondement d'un écrit médical, justifie son remplacement par une démarche d'expert judiciaire fondée exclusivement sur des éléments objectifs constatés par le médecin.

Cette démarche que l'Ordre veut imposer, nie le sujet, le subjectif et son inscription sociale.

Pourtant la décision du Conseil d'État qui juge sur la forme ne peut dire le droit concernant la justesse des pratiques médicales car quand bien même le médecin n'aurait pas été lui-même témoin des circonstances en cause, les éléments d'anamnèse du travail ou de la santé qui sont évoqués dans son écrit médical, sont ceux qui sont mis en évidence par **l'art médical du faisceau d'indices cliniques**, au regard d'éléments obtenus par l'exercice des missions et prérogatives particulières attachées à l'activité de médecin du travail pour ce qui concerne cette spécialité. C'est ainsi que, sans avoir personnellement constaté intégralement la situation évoquée dans le certificat médical, un faisceau d'indices - construit à partir d'éléments pathologiques quant à eux constatés directement - conduit un médecin du travail, à acter par écrit de sa vraisemblance lorsqu'il a posé le diagnostic clinique.

Signalons que les jugements ordinaires ne sont pas adossés à la lettre du Code de déontologie médicale, mais aux commentaires que le Conseil national en produit et qui fondent tous ses jugements disciplinaires, commentaires qui sont suivis mécaniquement par le Conseil d'État du fait de son incompétence juridique en ce domaine.

C'est la Haute Autorité de Santé qui est en charge des pratiques médicales et non l'Ordre des médecins.

La pratique médicale clinique est élaborée dans le dispositif de développement professionnel continu.

Ainsi tous ces éléments seront pris en compte par un juge si les recommandations de l'Ordre des médecins qui entravent les soins et la réparation, sont mis en cause pénalement par des patients. Les commentaires au fond du Conseil d'État ne sont donc pas opposables aux pratiques médicales d'instruction du lien santé/travail, qui doivent s'élaborer dans chaque spécialité médicale.

LES CLÉS DE LECTURE

L'acharnement de Orys est lié à sa place dans le dispositif FOH (Facteurs Organisationnels et Humains) de la sûreté nucléaire. Cette société a été présentée par EDF devant le HCTISN (Haut Comité pour la Transparence et l'Information sur la Sûreté Nucléaire) comme exemplaire concernant les organisations prenant en compte le facteur humain organisationnel. La plainte d'un salarié de cette société pour harcèlement moral effondrait cette démonstration. Le certificat médical du Dr D. Huez, établi dans un contexte d'assistance de personne en péril - et suffisamment précis du fait de son objet de soin médical visant à ancrer l'étiologie d'une décompensation psychique dans la réalité professionnelle - était alors gênant. Une plainte a donc été portée par Orys devant l'Ordre des médecins pour « certificat tendancieux et de complaisance ».

Le certificat médical éclaire le contexte du droit de retrait d'un salarié sous-traitant et la déclaration en accident de travail qui y a fait suite, pratique exceptionnelle dans ce contexte. La crédibilité de Orys concernant la prise en compte des Facteurs Organisationnels et Humains dans les organisations du travail prescrites par la sûreté nucléaire était en cause !

L'avocate de cette société avait un an auparavant, expérimenté en 2012 l'efficacité de ce dispositif de plainte ordinale pour protéger le MEDEF des Bouches-du-Rhône contre la plainte pour harcèlement moral d'une de ses salariées. L'Ordre national des médecins avait d'ailleurs alors fait appel d'un jugement insuffisamment punitif selon lui, pour obtenir une interdiction partielle d'exercice contre un généraliste en cause.

La Société EDF est clairement aussi complice de cela.

- ♦ Elle a refusé de réunir le Comité d'Entreprise chargé du contrôle social du Service de Médecine du Travail du CNPE de Chinon, suite à la plainte contre Dominique Huez, médecin du travail de ce site depuis trente ans.

- ♦ Et aussi une semaine après cette plainte de ORYS, EDF qui en a connaissance portait plainte devant l'Ordre des médecins contre un médecin hospitalier de la consultation *Souffrance et Travail* du CHU de Tours, pour un écrit de prise en charge médicale d'une salariée intérimaire mettant en évidence la maltraitance managériale d'EDF. De cela le généraliste qui en a attesté a renoncé à son diagnostic en « conciliation ordinale » ! Et deux ans après EDF a fait une transaction avec cette salariée et à son profit pour obtenir son silence !
- ♦ Devant les prud'hommes de Tours, affaire en cours, l'avocat d'EDF laisse entendre que jamais EDF n'assurerait la prise en charge des frais d'avocats générés par les conséquences de la plainte de Orys, devoir de cette société du fait de la protection fonctionnelle due à D.Huez comme salarié.

Dominique Huez va faire recours devant la CEDH en invoquant au moins les articles 6 et 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

**CERTIFICAT MÉDICAL
À L'ORIGINE DE LA PLAINTÉ DE LA SOCIÉTÉ ORYS**

Issu du dossier prud'homal de la plainte pour harcèlement moral par Orys de son salarié.

Plainte qui a entraîné la condamnation pour harcèlement moral de Orys par les prud'hommes de Nîmes.

Suite à quoi cette société a renoncé à son appel.

Et a payé 20.000 € de condamnation prud'homale et près de 80.000 € d'accord transactionnel, tout cela en faveur du salarié pour lequel est intervenu en sauvegarde médicale le Dr D. H. !

Docteur Dominique Huez

le 2 décembre 2011

Médecin du travail

Service de médecine du travail

EDF CNPE de Chinon

BP 78 37 420 Avoine

Certificat médical remis en main propre

Je soussigné Docteur Dominique Huez, médecin du travail du site nucléaire de Chinon, avoir reçu en urgence médicale Monsieur V. A... dans les suites d'une pathologie anxiodépressive reconnue en accident du travail.

Cette pathologie anxiodépressive est la conséquence d'une suite de syndromes de stress post-traumatique, après un premier effondrement psychopathologique

consécutif à un droit d'alerte du 13 avril 2011, suivi de plusieurs décompensations psychopathologiques aiguës en rapport à un vécu de maltraitance professionnelle.

Ayant trente ans d'expérience de médecin du travail en centrale nucléaire et étant aussi attaché à la consultation *Souffrance au travail* du CHU Bretonneau avec le Pr G. Lasfargues, je peux attester des éléments suivants :

- ♦ Il est évidemment légitime de rechercher la présence d'**amiante** dans les manchettes de jonction des gaines de ventilation.
- ♦ Il est majeur de prendre en compte « la vêtue cutanée » (tenue *Tyveck*®) pour apprécier un temps de travail répondant aux normes régissant le **travail en ambiance chaude** pour qu'il n'y ait pas de risque immédiat pour la santé des personnes sur un chantier à forte contrainte thermique. Je peux attester qu'au-delà de 35° C de température, un temps de travail doit être calculé pour respecter les normes en vigueur, ce qui n'a pas été fait ici.
- ♦ Un tel chantier est possiblement exposé aussi à un **risque de contamination surfacique**, qui lui-même nécessite une tenue particulière.

Aussi en tant que médecin du travail expérimenté, le droit de retrait de monsieur A... me paraît légitime.

Je suis étonné, sauf à en être informé, qu'un éventuel CHSCT n'ait pas été informé de ce droit de retrait pour instruire un éventuel danger grave.

Je suis étonné que le médecin du travail n'ait pas été questionné, de telle façon qu'il puisse apporter par écrit son expertise professionnelle pour ce chantier.

Il me paraît légitime, et je n'ai pas toutes les informations, de s'interroger sur une éventuelle « mise en danger d'autrui », si les préconisations des obligations des employeurs en termes d'obligation de santé de résultats n'ont pas été respectées.

Je constate que monsieur A... est maintenant confronté à des actes réitérés vécus comme symboliquement portant une atteinte identitaire profonde, car tous reviennent à dénier la légitimité de son action initiale qui visait à protéger sa santé et sa sécurité par un droit de retrait.

Comme spécialiste de psychopathologie du travail, je peux attester que l'enchaînement de pratiques « maltraitantes de son entreprise » :

- ♦ **en l'éloignant par rétorsion de son domicile ;**
- ♦ **en lui imposant une fonction pour laquelle il n'a pas de compétences professionnelles ;**
- ♦ **allié à une absence d'issue professionnelle et**

un non emploi de ses compétences de chargé de travaux ;

ne peux qu'aggraver de façon délétère, les conséquences de sa psychopathologie post-traumatique.

L'attente identitaire liée à un défaut d'engagement des obligations de sécurité de santé de résultat d'un employeur est particulièrement grave, et je constate ici un enchaînement délétère dont je ne perçois pas l'issue.

Conseil d'État

N°405453

ECLI:FR:CECHR:2018:405453.20180606

Mentionné aux tables du recueil Lebon

4^{ème} et 1^{ère} chambres réunies

M^{me} Françoise Tomé, rapporteur

M^{me} Sophie-Justine Lieber, rapporteur public

SCP THOUVENIN, COUDRAY, GREVY ; SCP WAQUET, FARGE, HAZAN ; SCP MATUCHANSKY, POUPOPOT, VALDELIEVRE, avocats

Lecture du mercredi 6 juin 2018

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Vu la procédure suivante :

La société Orys a porté plainte contre M. C...A...devant la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional du Centre de l'ordre des médecins. Le conseil départemental d'Indre-et-Loire de l'Ordre des médecins s'est associé à la plainte. Par une décision n° 228 du 16 janvier 2014, la chambre disciplinaire de première instance a infligé à M. A... la sanction de l'avertissement.

Par une décision n° 12218 du 26 septembre 2016, la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins a rejeté l'appel formé par M. A...contre cette décision.

Par un pourvoi sommaire, un mémoire complémentaire et un mémoire en réplique, enregistrés le 28 novembre 2016 et les 28 février et 9 novembre 2017 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, M. A...demande au Conseil d'Etat :

- 1°) d'annuler cette décision ;
- 2°) réglant l'affaire au fond, de faire droit à son appel ;
- 3°) de mettre à la charge du conseil départemental d'Indre-et-Loire de l'Ordre des médecins la somme de 3 500 euros au titre de l'article L. 761-1 du Code de justice administrative.

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu :

- la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- le Code de la santé publique ;
- le Code du travail ;
- le Code de justice administrative ;

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de M^{me} Françoise Tomé, conseiller d'Etat,
- les conclusions de M^{me} Sophie-Justine Lieber, rapporteur public ;

La parole ayant été donnée, avant et après les conclusions, à la SCP Thouvenin, Coudray, Grevy, avocat de M.A..., à la SCP Waquet, Farge, Hazan, avocat de la société Orys et à la SCP Matuchansky, Poupopot, Valdelievre, avocat du conseil départemental d'Indre-et-Loire de l'Ordre des médecins ;

1. Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que M.A..., médecin du travail d'Electricité de France en fonction sur le site de Chinon, a rédigé, le 2 décembre 2011, un certificat médical en faveur de M.B..., salarié de la société Orys travaillant sur le même site, relatif à des faits qui s'étaient déroulés en avril 2011, à l'époque où M. B...travaillait, en qualité de salarié de la même société, sur un site de la société Areva situé au Tricastin ; que, ce certificat ayant été produit par M. B...devant le juge prud'homal dans le cadre d'une instance l'opposant à son employeur, la société Orys a porté plainte contre M. A...devant les instances disciplinaires de l'Ordre des médecins, au motif qu'il avait, en établissant ce certificat, méconnu les obligations déontologiques fixées par les articles R.4127-28 et R.4127-76 du Code de la santé publique ; que M. A...se pourvoit en cassation contre la décision du 26 septembre 2016 par laquelle la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins a rejeté son appel formé contre la décision du 16 janvier 2014 par laquelle la chambre disciplinaire de première instance lui a infligé la sanction de l'avertissement ;

SUR LA RECEVABILITÉ

DE LA PLAINTÉ DE LA SOCIÉTÉ ORYS

2. Considérant, en premier lieu, qu'aux termes de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique : « *L'action disciplinaire contre un médecin (...) ne peut être introduite devant la chambre disciplinaire de première instance que par l'une des personnes ou autorités suivantes : / 1° Le Conseil national ou le conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction,*

agissant de leur propre initiative ou à la suite de plaintes, formées notamment par les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, qu'ils transmettent, le cas échéant en s'y associant, dans le cadre de la procédure prévue à l'article L.4123-2 ; (...) » ; **que ces dispositions confèrent à toute personne, lésée de manière suffisamment directe et certaine par le manquement d'un médecin à ses obligations déontologiques, la faculté d'introduire, par une plainte portée devant le conseil départemental de l'Ordre et transmise par celui-ci au juge disciplinaire, une action disciplinaire à l'encontre de ce médecin, en cas d'échec de la conciliation organisée conformément aux dispositions de l'article L.4123-2 du même code ;**

3. Considérant que si ces dispositions permettent ainsi à un employeur, dès lors qu'il est lésé de manière suffisamment directe et certaine par un certificat ou une attestation établie par un médecin du travail, **d'introduire une plainte disciplinaire à l'encontre de ce médecin, cette faculté n'a pas pour effet d'imposer au médecin poursuivi de méconnaître le secret médical pour assurer sa défense ou de limiter son droit à se défendre** ; que, par suite, la Chambre disciplinaire nationale n'a pas commis d'erreur de droit en jugeant, pour statuer sur la recevabilité de la plainte de la société Orys, **que les dispositions citées ci-dessus de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique ne méconnaissent pas les dispositions de l'article L.1110-4 du même code relatif à la protection du secret médical et ne sont pas incompatibles avec les stipulations de l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, relatives au droit à un procès équitable ;**

4. Considérant en deuxième lieu qu'aux termes de l'article L.4124-2 du Code de la santé publique : « *les médecins (...) chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'Ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département, le procureur de la République ou, lorsque lesdits actes ont été réalisés dans un établissement public de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation* » ; que, contrairement à ce que soutient M.A..., **la délivrance, par un médecin du travail, d'un certificat médical à un salarié de l'entreprise dans laquelle il exerce ses fonctions, ne revêt pas le caractère**

d'un acte de fonction publique accompli par un médecin chargé d'un service public, au sens de ces dispositions, alors même que l'entreprise au sein de laquelle il exerce ses fonctions serait, quant à elle, chargée de missions de service public ; que, par suite, en jugeant que ces mêmes dispositions ne faisaient pas obstacle à la recevabilité de la plainte de la société Orys, la Chambre disciplinaire nationale n'a pas commis d'erreur de droit ;

5. Considérant, enfin, **qu'en jugeant que la mention, dans un certificat médical produit par un salarié devant le juge prud'homal dans le cadre d'un litige l'opposant à son employeur, d'un « enchaînement délétère de pratiques maltraitantes » de la part de ce dernier, lésait cet employeur de manière suffisamment directe et certaine pour que sa plainte dirigée contre le médecin auteur de ce certificat soit recevable**, la Chambre disciplinaire nationale a exactement qualifié les faits qui lui était soumis et n'a pas commis d'erreur de droit ;

SUR LA SANCTION INFLIGÉE PAR LA DÉCISION ATTAQUÉE

6. Considérant qu'aux termes de l'article R.4127-28 du Code de la santé publique : « *La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite* » ; qu'aux termes de l'article R.4127-76 du même code : « *L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires* » ; que ces obligations déontologiques **s'imposent aux médecins du travail comme à tout médecin, y compris dans l'exercice des missions qui leur sont confiées par les dispositions du titre II du livre VI de la quatrième partie du Code du travail ;**

7. Considérant **qu'il appartient toutefois au juge disciplinaire d'apprécier le respect des obligations déontologiques en tenant compte des conditions dans lesquelles le médecin exerce son art et, en particulier, s'agissant des médecins du travail, des missions et prérogatives qui sont les leurs** ; qu'il résulte des dispositions de l'article L.4622-3 du Code du travail que le rôle du médecin du travail « *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 (...)* » et qu'à cette fin, l'article R.4624-3 du même code lui **confère le droit d'accéder librement aux lieux de travail** et d'y réaliser toute visite à son initiative ; que, par suite, **la circonstance qu'un certificat**

établi par un médecin du travail prene parti sur un lien entre l'état de santé de ce salarié et ses conditions de vie et de travail dans l'entreprise, n'est pas, par elle-même, de nature à méconnaître les obligations déontologiques résultant des articles R.4127-28 et R.4127-76 du Code du travail cités au point 6 ; que le médecin ne saurait, toutefois, établir un tel certificat qu'en considération de constats personnellement opérés par lui, tant sur la personne du salarié que sur son milieu de travail ;

8. Considérant que le juge du fond a souverainement relevé, sans dénaturer les termes du certificat médical litigieux, que M.A..., par ce certificat établi en sa qualité de médecin du travail d'Électricité de France en fonction sur le site de Chinon, d'une part, avait pris parti sur le bien-fondé d'un « droit de retrait » exercé plus de huit mois plus tôt sur un site de la société Areva situé au Tricastin qu'il ne connaissait pas, d'autre part, avait laissé entendre que la société Orys ne respectait pas ses obligations en terme de protection de la santé des salariés sans préciser les éléments qui le conduisaient à une telle suspicion et qu'il aurait été à même de constater, et enfin, reprochait notamment à cette société des « pratiques maltraitantes » sans là encore faire état de faits qu'il aurait pu lui-même constater ; qu'en jugeant que M.A..., en prenant ainsi en considération pour établir le certificat médical litigieux des faits qu'il n'avait pas personnellement constatés, avait méconnu les dispositions des articles R.4127-28 et

R.4127-76 du Code de la santé publique citées au point 7, la Chambre disciplinaire nationale, dont la décision est suffisamment motivée, a exactement qualifié les faits qui lui étaient soumis et n'a pas commis d'erreur de droit ;

9. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que M. A...n'est pas fondé à demander l'annulation de la décision qu'il attaque ; que les dispositions de l'article L.761-1 du Code de justice administrative font par suite obstacle à ce qu'une somme soit mise à ce titre à la charge du conseil départemental d'Indre-et-Loire de l'Ordre des médecins qui n'est pas, dans la présente instance, la partie perdante ; **qu'il n'y a pas lieu dans les circonstances de l'espèce, de faire droit aux conclusions présentées par la société Orys sur le fondement des mêmes dispositions ;**

D É C I D E

Article 1^{er} : Le pourvoi de M. A...est rejeté.

Article 2 : Les conclusions présentées par la société Orys au titre de l'article L. 761-1 du Code de la justice administrative sont rejetées.

Article 3 : La présente décision sera notifiée à M. C...A..., à la société Orys, au conseil départemental d'Indre-et-Loire de l'Ordre des médecins et au Conseil national de l'Ordre des médecins.

APRÈS LE CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS LE CONSEIL D'ÉTAT REND IMPOSSIBLE L'EXERCICE PROFESSIONNEL DES MÉDECINS DU TRAVAIL !

Communiqué de l'association SMT, le 12 juin 2018

Le 6 juin 2018, le Conseil d'État a confirmé l'avertissement prononcé par la Chambre disciplinaire nationale du Conseil de l'Ordre à l'encontre du Docteur Huez. L'entreprise ORYS, sous-traitant d'EDF, avait porté plainte contre le D^r Dominique Huez à la suite de son certificat médical remis à un salarié qu'il avait vu en urgence, où il mentionnait que sa pathologie anxiodépressive était en lien avec « *l'enchaînement de pratiques maltraitantes de son entreprise* ».

Ce certificat médical faisait partie des pièces présentées par l'avocat de ce salarié dans le cadre d'un contentieux prud'homal pour harcèlement moral de son entreprise. L'avocat de cette dernière, en possession de ce certificat, a porté plainte contre le D^r Huez devant la Chambre disciplinaire du Conseil de l'Ordre pour « *certificat de complaisance* ».

Le Conseil d'État argumente que le médecin du travail « (...) *ne saurait, toutefois, établir un certificat qu'en considération de constats personnellement opérés par lui, tant sur la personne du salarié que sur son milieu de travail...* ». La mention « *pratiques maltraitantes de son entreprise* », selon le Conseil d'État, n'a pas lieu d'être car **le D^r Huez fait état de faits qu'il n'a pas lui-même constaté.**

Avec cet argumentaire, la plus haute juridiction administrative, au mieux, oublie ses missions : juger à partir des textes et non à partir de commentaires des textes de l'Ordre des médecins. Au pire elle ne s'inscrit plus dans la séparation des pouvoirs, socle de notre démocratie.

Avec cet arrêt, le Conseil d'État nie, comme l'Ordre des médecins, l'activité clinique des médecins du travail. L'exercice de la clinique médicale est une combinaison d'éléments hétérogènes : **données subjectives fournies par le salarié**, données objectives issues de l'examen physique, résultats d'examens. En vue d'éviter l'altération de la santé des salariés du fait de leur travail, les médecins du travail déploient une clinique où la parole du salarié et de ses collègues occupe une place centrale pour avoir accès aux relations du salarié avec son environnement de travail et construire un diagnostic médical des liens entre la santé et le travail. Cette exploration clinique du « faire » et du « faire ensemble » se fait avec le salarié pour tenter de reconstruire sa capacité de penser, de débattre et d'agir, en un mot sa santé.

Aucun médecin du travail n'assiste lui-même à un entretien annuel d'évaluation professionnelle où un salarié entend la négation totale de son travail

et de sa professionnalité, entraînant une décompensation brutale de sa santé. S'il n'atteste pas par un certificat médical initial d'accident de travail, il est fautif de non-assistance à personne en danger.

Pour le Conseil d'État, comme pour l'Ordre des médecins, il est indispensable de mettre à terre tout médecin du travail qui instruit le lien santé/travail et le certifie par un écrit médical car il permet la mise en visibilité des atteintes à la santé liées au travail.

Qui dit mise en visibilité dit mise en responsabilité des entreprises pour ne pas avoir adapté le travail à l'Homme, comme le Code du travail le men-

tionne dans les principes généraux de prévention de la santé au travail !

Dans les suites de la condamnation par l'Ordre des médecins du Dr Djemil à 6 mois d'interdiction d'exercice suite à des plaintes d'employeur pour avoir mis en visibilité des faits d'harcèlement sexuel, le Conseil d'Etat troque la garantie constitutionnelle à tous les citoyens de la protection de leur santé, y compris au travail, contre une gouvernance par un « scientisme objectif » médical.

Notre confrère est donc légitime à se pourvoir devant la Cour européenne des droits de l'homme pour condamner un Etat qui ne respecte plus sa Constitution.

L'association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (Ass. SMT) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail.

Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENT : Jean-Louis ZYLBERBERG

VICE-PRÉSIDENTS DÉLÉGUÉS : Alain CARRÉ – Dominique HUEZ

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Karyne CHABERT – Benoît DE LABRUSSE – Nadine KHAYI – Annie LOUBET-DEVEAUX

SECRÉTAIRE : Karyne CHABERT

SECRÉTAIRE-ADJOINT : Gilles SEITZ

TRÉSORIER : Alain RANDON

TRÉSORIÈRE-ADJOINTE : Nathalie PENNEQUIN

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Benoît DE LABRUSSE

RÉDACTEUR DU CAHIER SMT : Dominique HUEZ

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Bernadette BERNERON, Martine BESNARD, Marie-Andrée CADIOT, Josiane CRÉMON, Jean-Marie EBER, Catherine GONDRAN, Alain GROSSETÊTE, Michel GUILLAUMOT, Florence JEGOU, Claire LALLEMAND, Hervé LE SCAO, Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Odile RIQUET, Nicolas SANDRET, Claire THOMASSIN

LES AVENTURES D'UN RETRAITÉ

UNE MATINÉE À LA COUR DE CASSATION

Alain CARRÉ

BILLET D'HUMEUR

Les risques psycho-sociaux en entreprise. Le titre du colloque organisé par la Cour de cassation, le 21 juin, était particulièrement tentateur. Le cadre de la grand'chambre constituait en soit une incitation et la conciergerie du palais de justice rajoutait à la solennité de l'évènement. Le TGV de 7 h lui permettait d'assister au colloque en y arrivant à l'heure, ainsi s'y était-il inscrit avec l'espoir d'y apprendre des choses nouvelles.

La première partie de la matinée consacrée à des regards croisés sur les RPS entre un universitaire spécialiste de pathologies professionnelles et un professeur de droit ne présentait pas un grand intérêt pour un médecin du travail pour lequel le lien médico-juridique est devenu une seconde nature. Tout au plus, nota-t-il l'expression, par le premier, de la crainte que les plaintes d'employeurs auprès de l'Ordre des médecins ne dissuadent les médecins du travail d'attester des effets du travail sur la santé psychique. Mais n'était-ce pas précisément le but recherché ? Tout cela lui paraissait, en fait, assez convenu. Il se trompait.

Après une courte pause se mirent en place les intervenants de la seconde partie de la matinée consacrée à deux interventions :

- ♦ La première, confiée à Hervé Lanouzière(1), inspecteur IGAS avait pour thème : *Du harcèlement moral à la qualité de vie au travail en passant par le*

.....

1- Inspecteur Igas, Hervé Lanouzière a été directeur de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) de 2012 à 2017 après avoir exercé les fonctions de directeur adjoint de la santé, de la sécurité et de l'environnement au sein de la branche Al-

stress au travail : retour sur 15 années de construction d'un modèle de compréhension et de prévention des RPS.

- ♦ la seconde, de Valérie Schegin, médiatrice, consultante-associée *AlterAlliance* était consacrée à *L'évaluation des risques psychosociaux et de la Qualité de Vie au Travail : comment passer du diagnostic à l'action. Retour sur expérience.*

Résumé des épisodes précédents :

Quand il fut avéré que l'organisation du travail néolibérale, ce « *cauchemar qui n'en finit pas* »(2), était particulièrement pathogène pour la santé mentale, la première tentative de dissimuler ce lien derrière une toile peinte sémantique fut le concept de risque psychosocial(3). Il s'agissait de contredire ceux qui constataient la nature consubstantielle à l'organisation

.....

liages du groupe *Eramet*. Auparavant, il a occupé plusieurs postes au sein du ministère du Travail. Après avoir participé, notamment, à la réécriture du Code du travail (2005/2008), il est devenu en 2008 le conseiller technique à la sous-direction des conditions de travail de la direction générale du travail (DGT), où il a, notamment, piloté la cellule risques psychosociaux. Précédemment, il a été inspecteur du travail. Hervé Lanouzière a publié *Prévenir la santé et la sécurité au travail*, aux Éditions Lamy. Dernièrement, il a exercé une mission d'appui auprès de la DGT pour le pilotage et la coordination des ordonnances travail.

2- *Ce cauchemar qui n'en finit pas, comment le néolibéralisme défait la démocratie*, P. DARDOT et C. LAVAL, La Découverte, 2016

3- Sur la naissance du concept voir : « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », Marlène BENQUET, Pascal MARICHALAR, Emmanuel MARTIN, *Revue société contemporaine*, 2010 : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2010-3-page-121.htm>

nouvelle de ces pathologies, derrière une analyse « technique » dans laquelle la fragilité supposée du salarié était au premier plan. Après l'expertise collective qui mettait en cause des éléments précis de l'organisation du travail(4), la ruse avait fait long feu.

Bien évidemment M. Lanouzière ne partageait pas l'analyse : si le terme RPS était, selon lui, devenu ringard c'est parce qu'il ne permettait pas de progrès de prévention, se cantonnant dans le registre de la déploration. Les RPS sont morts, vive la Qualité de Vie au Travail (QVT) ! Et d'expliquer que la prévention des risques pour la santé au travail va être révolutionnée par la recherche commune par les employeurs et leurs « collaborateurs » de la QVT. D'ailleurs, la substitution du CHSCT, trop centré sur la plainte et la revendication, par le CSE, est un progrès homologué à la QVT et un gage de son succès. Le CSE pourra enfin intégrer à la fois la question économique et la question de la santé, dans le cadre d'une réflexion préalable à une négociation raisonnable. Quand le retraité lui fit remarquer le siphonage des moyens du CSE et, de ce fait, son doute sur l'efficacité, la réponse fut que « l'intendance suivrait », grâce aux accords d'entreprises.

Le nouveau concept que M. Lanouzière tentait de vendre, la qualité de vie au travail, a été officiellement défini. C'est « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* »(5). Directement liée à la norme sociale européenne ISO 26000 sensée se substituer à la réglementation du travail, la démarche QVT repose, comme la norme, non plus sur une obligation de sécurité de résultat mais sur un engagement volontaire de l'entreprise dans le cadre de sa « responsabilité sociale ».

Dans un monde de concurrence et de financiarisation des entreprises dans lequel la variable d'ajustement est l'accroissement de la productivité au détriment de la santé des travailleurs, ce nouvel élément de la novlangue et sa définition viennent à point pour rappeler que « la vérité c'est le mensonge ».

Le caractère théâtral du concept, son aspect altruiste supposé, cache mal la difficulté ontologique de l'organisateur du travail qui tenterait de concilier les moda-

.....

4- Les risques psychosociaux au travail sont 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.

5- Accord national interprofessionnel de 2013

lités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise.

La question est bien la suivante : l'organisation actuelle du travail permet-elle de concilier qualité de vie au travail et performance de l'entreprise ? Comment construire une qualité de vie au travail dans la précarité et l'intensification du travail ? Sur quel temps pourrait-on même construire une « coopération conflictuelle » vers une amélioration de la qualité du travail(6) ?

La tentation est alors de considérer que si elle ne réussit pas, la démarche de QVT est bloquée par les résistances des travailleurs.

C'était précisément l'objet de la seconde intervention de retour d'expérience qui fut présentée. Il s'agissait de démontrer que malgré une recherche de QVT menée par des consultants compétents aidés par une direction bienveillante d'un organisme social, sa réussite n'était pas complète du fait de la résistance de salariés obstinés.

Et notre retraité de faire ici le parallèle avec le colloque *Faire de la France la championne du monde du bonheur au travail dont les actes*(7) feraient le bonheur des humoristes et qui était présidé par M^{me} Charlotte Lecocq responsable de la mission santé au travail, dont les conclusions sont en attente.

Après ces deux interventions particulièrement atterrantes, notre retraité espérait en avoir fini mais une dernière épreuve l'attendait et le pire était à venir (*in cauda venenum*).

En effet, les propos conclusifs du doyen de la chambre sociale de la cour d'appel consistaient en une justification du revirement de jurisprudence de 2016 sur la responsabilité de l'employeur en matière de sécurité. Depuis 2002, la cour avait établi que l'employeur avait une « obligation de sécurité de résultat » qui lui imposait de mettre en place les éléments de sécurité qui prévenaient toute atteinte à la santé au travail du travailleur. Cela signifiait que, sauf faute du salarié, si survenait une atteinte à la santé, les moyens mis en œuvre n'avaient pas, par définition, été efficaces et l'employeur était responsable.

Hélas, fut-il expliqué par le doyen, comme l'argumentaient les avocats des employeurs qui avaient convaincu la cour, cela n'était pas du tout incitatif en matière de

.....

6- Concept développé par Y. Clot pour substituer à la QVT, la qualité du travail qui naîtrait d'une coopération conflictuelle sur les critères de qualité du travail.

7- https://www.ayming.fr/typo3conf/ext/almacg/user_upload/Performances_rh/Actualites/8e_rencontre_sante_au_travail_Actes_valides.PDF

sécurité puisque dès lors que survenaient une atteinte à la santé du fait du travail, l'employeur était fautif : le plus simple dans ces conditions était d'ignorer la prévention puisque de toute façon si survenait une atteinte à la santé on serait condamné(8).

D'où, expliquait le doyen, le retournement de jurisprudence qui transforme « l'obligation de sécurité de résultat » en simple « obligation de sécurité » : il suffit que l'employeur ait appliqué les règles formelles de mise en œuvre de la sécurité pour qu'il soit absout en cas d'atteinte à la santé d'un travailleur du fait du travail.

Le retraité comprenait mieux l'objet de la présentation QVT dans ce cadre. Il suffirait, par conséquent, qu'un employeur ait mis en place une démarche QVT pour qu'il soit exempté de ses responsabilités en cas de dépression professionnelle.

Par l'effet du basculement de jurisprudence, on était passé, par conséquent, de l'exigence d'une prévention réelle à une tolérance se contentant d'une prévention formelle.

Le juge, garant de la réelle liberté qui est celle de ne pas souffrir au travail est devenu un arbitre social qui met en premier la liberté d'entreprendre dans un cadre libéral. Il ne s'agit plus d'assurer un droit fondamental mais de sécuriser juridiquement l'employeur.

Notre retraité eut alors une impression de « déjà vu » et lui revint en mémoire la nausée que lui laissaient les réunions organisées par le « Comité permanent amiante » dans lesquelles il lui arrivait de porter la contestation.

Triste matinée, songeait il, le soleil brillait mais pas pour tout le monde.

.....

8- Ce raisonnement est bien évidemment un sophisme puisque précisément plus on met en place une prévention rigoureuse moins se produiront des atteintes à la santé et moins souvent on sera condamné. Le raisonnement que le doyen reprend à son compte est donc une mauvaise justification d'une mauvaise décision de jurisprudence.

ANALYSE DE DÉCISIONS DES INSTANCES DISCIPLINAIRES DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE GRAVES DYSFONCTIONNEMENTS LIÉS À LEUR STATUT DE JURIDICTIONS D'EXCEPTION

Alain CARRÉ

Une analyse de décisions des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins et des arrêts du Conseil d'État qu'elles suscitent, suite à des plaintes d'employeur auprès de cette institution, à l'encontre de médecins du travail, est indispensable pour comprendre leur sous-bassement idéologique.

Nous mettrons en évidence les causes structurelles qui génèrent des incohérences de ces instances et qui favorise notamment l'expression de partis-pris idéologiques, rendue possible par la nature « exceptionnelle » de ces instances qui les différencient des juridictions de droit commun et les disqualifient.

Rappelons en préambule les conclusions d'une mission parlementaire qui portait sur la prévention des risques psychosociaux : « *Le rapporteur estime qu'il est important de permettre au médecin du travail d'attester de la situation de souffrance psychique de son patient et du lien avec son activité professionnelle, sans risquer d'être poursuivi devant les juridictions ordinaires comme ayant outrepassé ses fonctions. Une disposition spécifique permettrait d'encadrer, le cas échéant, les conditions de cette attestation* »(1).

.....

1- Rapport d'information de la Commission des affaires sociales déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou *burn-out*). (MM. Yves Censi et Gérard Sebaoun)

On est aujourd'hui très loin de cette proposition comme le montre notre analyse.

Une première incohérence apparente de ces décisions porte sur la qualification qu'attribuent les instances disciplinaires aux écrits des médecins du travail. Ainsi, alors que la plupart du temps les écrits qui prennent la forme de certificats sont destinés à donner acte aux salariés de ce que le médecin a compris de leur situation et leur permettre d'y réfléchir. Le Conseil de l'Ordre leur attribue le statut de certificats de coup et blessures, ce qu'ils ne sont pas.

Cela va même jusqu'à assimiler des études de poste, qui sont des observations médicales cliniques destinées à appuyer la prise de décision du médecin du travail en matière d'inaptitude, à des certificats médicaux(2). Il en est de même de courriers entre médecins.

Principalement, les éléments qui justifieraient la légitimité de l'écrit ne font pas l'objet d'une interprétation homogène par les instances.

Ainsi pour une même affaire, qui de ce fait s'avère exemplaire, celle concernant le D^r E.D., deux concep-

.....

2- « *qu'à l'évidence ce rapport n'a été rédigé que dans le souci d'appuyer le démarche de l'employée [...]* », « *qu'au surplus le document litigieux, constitutif d'un certificat de complaisance...* », décision de l'instance disciplinaire IDF, audience du 8 décembre 2015

tions du diagnostic en médecine du travail se confrontent et s'opposent :

- ♦ L'une, celle de l'instance régionale, considère que le médecin du travail ne peut pas attester s'il n'a pas **personnellement** constaté un **lien de causalité** entre la pathologie et le travail(3).
- ♦ L'autre, celle de l'instance nationale, constate que le diagnostic d'un médecin du travail repose d'une part sur des éléments qui relève de l'examen médical du patient **et, d'autre part, de constat répertés pour d'autres salariés de la même entreprise et collectifs concernant les conditions de travail** et que ces éléments, ce faisceau d'indices, lui permettent de conclure par un écrit(4).

L'analyse d'autres décisions retrouve cette dualité à tous les niveaux des instances disciplinaires et même du Conseil d'État.

Ainsi, dans l'instance régionale qui traitait d'une plainte concernant le D^r B..., les considérants prennent en compte sa connaissance de l'entreprise et ses constats concernant les autres salariés(5).

.....

3— « Considérant, en revanche, qu'en remettant les documents précités à M^{me} G..., le D^r D... ne s'est pas bornée à attester des constatations médicales qu'elle était en mesure de faire, mais a retenu, sans réserve, un lien de causalité entre les affections que présentait M^{me} G... et le comportement de son employeur, alors même qu'elle ne disposait, sur les raisons de la souffrance au travail dont celle-ci se plaignait, d'aucun autre élément que les déclarations de M^{me} G... et les témoignages de trois de ses collègues mises en arrêt de travail dans les suites immédiates de la reprise de l'étude notariale par M^{me} V... ; que contrairement à ce qu'elle a fait, le D^r D... qui connaissait les difficultés relationnelles survenues dans l'étude, au moment du changement de direction, ainsi que les actions judiciaires opposant M^{me} V... à M^{me} G..., devait faire preuve de la plus grande prudence dans la délivrance des certificats et attestations en question, notamment en ne reconnaissant pas un lien de causalité qu'elle n'avait pas personnellement constaté entre les troubles que présentait M^{me} G... et le comportement que celle-ci prêtait à M^{me} V... », décision de l'instance disciplinaire Rhône-Alpes, audience du 10 novembre 2012

4— « que pour établir ces certificats, le D^r D... ne s'est pas bornée à faire siennes les déclarations de la salariée mais s'est fondée sur la connaissance personnelle qu'elle avait acquise des conditions de travail dans l'étude de M^{me} V à travers notamment des consultations dispensées à d'autres salariées de l'étude, ses constatations l'ayant amenée à alerter l'employeur et à le rencontrer puis à saisir à trois reprises l'inspecteur du travail; que dans ces conditions, les certificats en cause qui se bornent à relater les constatations d'ordre médical faites par le D^r D... ne présentent pas le caractère de certificat de complaisance », Instance disciplinaire nationale, audience du 15 mai 2014.

5— « considérant d'une part que ce courrier n'est pas un certificat médical délivré à la demande de la salariée, mais une lettre entre médecins qui a été remise à la patiente, comme il est d'usage; que d'autre part ce document, rédigé en des termes précis, distingue les propos tenus par la salariée, que le D^r B... mentionne comme tels, concernant notamment un entretien qui aurait eu lieu le 27 mars 2013, des constatations relatives à la santé des salariés de l'entreprise, faites par le médecin elle-même à travers soit des visites de l'entreprise – à l'occasion notamment d'une alerte portant sur les risques psychosociaux en 2011, soit de consultations d'autres salariés; que ces analyses relèvent des attributions normales de son exercice professionnel consistant "à éviter toute altération de la santé des salariés

Ces deux décisions sont minoritaires parmi celles que nous analysons.

Les décisions et arrêts concernant la plainte de la société O. contre le D^r H... constituent un exemple, particulièrement démonstratif, du fonctionnement des instances qui considèrent que le médecin du travail **ne peut pas attester s'il n'a pas personnellement constaté un lien de causalité entre la pathologie et le travail**.

Le D^r H... est médecin du travail depuis une trentaine d'années dans le même établissement, la plainte émane de l'employeur d'un sous-traitant de l'entreprise.

Après avoir diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique lié, c'est la définition même de cette pathologie, à des événements traumatisants professionnels vécus auparavant par le salarié, il a rédigé un certificat médical. Cet écrit avait pour objectif de rassurer ce salarié en grande souffrance pour lequel il redoutait un passage à l'acte.

Le lien entre la santé de ce salarié et son travail sera confirmé par une instance prud'homale qui lui donnera gain de cause. Une transaction complémentaire sera acceptée par l'employeur sous-traitant. Or, à aucun moment la confirmation par les prud'hommes de la pertinence des constats du D^r H... ne sera prise en compte par les chambres disciplinaires ou le Conseil d'État.

Dans ce secteur professionnel, la sous-traitance des métiers est massive et les médecins du travail de l'entreprise utilisatrice sont chargés des urgences et de la surveillance des contaminations pour les salariés sous-traitants. C'est donc es-qualité de médecin du travail qu'intervient le D^r H... il examine régulièrement des salariés de l'entreprise O. dans le cadre de ses fonctions. De plus, il est impliqué dans plusieurs recherches sur les salariés sous-traitants de ce secteur. Il est, d'autre part, impliqué comme référent dans une association de développement professionnel continu. Spécialiste confirmé, il exerce également dans le cadre d'une consultation hospitalière spécialisée en risques psychosociaux.

Pourtant, aucune des décisions qui le concerne ne tiennent compte de ces éléments qui attestent de sa particulière compétence et toutes lui opposent d'avoir tenu

.....

du fait de leur travail" en application de l'article L.4622-3 du Code du travail; qu'il lui appartenait, dans le cadre de ces attributions de faire part au médecin traitant d'une salariée des informations utiles. », Instance disciplinaire régionale Centre Val-de-Loire, audience du 11 mars 2015.

compte de circonstances dont il n'avait pu être **personnellement témoin(6)**.

Le vice-président du Conseil national de l'Ordre le confirme : « *Un document n'est pas de nature médicale s'il mentionne des faits que le médecin n'a pas lui-même constatés* ». Il en est ainsi du harcèlement moral ou sexuel dont, par conséquent, ne pourrait attester le médecin du travail s'il n'a pas lui-même été témoin oculaire des ces harcèlements. Il est particulièrement inquiétant que le Conseil d'État, peut être aveuglé par le fait que les instances de l'Ordre sont présidées par des conseillers d'État, sans argument de droit, suive cette position aberrante dans le cas du D^r H...

Les décisions concernant le D^r K. D... sont particulièrement révélatrices de ce parti pris. Le D^r K. D... est médecin du travail dans un service interentreprises. Elle a été confrontée dans deux entreprises, parmi la centaine dont elle a la charge, à des plaintes de salariées à propos de harcèlements sexuels. Leur situation professionnelle est devenue intenable et leur santé gravement compromise. Considérant qu'elle devait appuyer sa décision les concernant sur des études de poste, elle a procédé à ces observations médicales dans lesquelles elle retrace ce qu'elle sait de la situation des salariées dans ces entreprises. À leur demande, comme elle le doit conformément au Code de la santé publique, elle a remis ces études de postes aux salariées. Ces études de poste, ont été assimilées par l'instance disciplinaire régionale à des certificats médicaux(7).

Elle a effectué ces études de poste en se rendant elle-même dans les entreprises. Elle a rencontré les employeurs. Dans une de ces entreprises, elle a effectué un signalement réglementaire adressé à l'inspection du travail. À l'exception de la nature du harcèlement et de celle des écrits, cette situation est semblable à celle du D^r E. D...

.....

6– « *il ne saurait pour autant, dans un certificat médical, attester de faits qu'il n'a pas personnellement constatés* », Instance régionale du Centre, audience du 18 décembre 2013

« *qu'un médecin, lorsqu'il établit un certificat médical, doit se borner à faire état de constatations médicales qu'il a effectuées [...] que de telles affirmations qui excèdent les seules constatations médicales, qui se prononcent sur des faits que le D^r H... n'a pas été à même de constater [...]* », Instance nationale, audience du 8 juin 2016

« *qu'en jugeant que M. H..., en prenant ainsi en considération pour établir le certificat médical litigieux des faits qu'il n'avait pas personnellement constatés, avait méconnu les dispositions des articles R.4127-28 et R.4127-76 du Code de la santé publique citées au point 7, la chambre disciplinaire nationale, dont la décision est suffisamment motivée, a exactement qualifié les faits qui lui étaient soumis et n'a pas commis d'erreur de droit* », arrêt du Conseil d'État, séance du 23 mai 2018

7– « *qu'à l'évidence ce rapport n'a été rédigé que dans le souci d'appuyer le démarche de l'employée [...]* », « *qu'au surplus le document litigieux, constitutif d'un certificat de complaisance [...]* », décision de l'instance disciplinaire IDF, audience du 8 décembre 2015

Pourtant, l'instance disciplinaire d'Île-de-France, a qualifié ses écrits « *d'insinuations et extrapolations extravagantes* », « *d'accusations hasardeuses, subjectives et diffamatoires* », ordonnant même une expertise psychiatrique qui reconnaitra, bien évidemment, le D^r K. D... saine d'esprit.

La encore, le contexte et la pertinence des observations sur les entreprises dont le D^r K. D... est médecin du travail depuis plusieurs années sont niés par l'instance(8). En appel, l'argument « *d'absence de faits précis* » est ici repris(9). Le fait que, dans cette affaire, les causes des atteintes à la santé soient des faits de harcèlement sexuel n'est peut être pas totalement étrangère à la difficulté, pour les instances de l'Ordre, de donner acte au D^r K. D... de la pertinence de ses écrits. En effet, une association de victimes pointe du doigt le retard de l'Ordre à se saisir de tels faits dès lors que des médecins sont impliqués(10).

Un autre argument, particulièrement révélateur, soutient cette condamnation : le D^r K. D... a, selon la décision, commis une « *immixtion dans le conflit d'ordre privé* » qui oppose la salariée à son employeur(11), au mépris de l'article R.4127-51 du Code de la santé publique(12). Cette position, exprimée explicitement ici, est sous-jacente dans toutes les décisions qui condamnent les médecins du travail.

Ce motif de condamnation est directement liée à la position exprimée dans un rapport approuvé par le Conseil de l'Ordre des médecins en 2006(13) qui inter-

.....

8– « *que le D^r D... ne saurait soutenir qu'elle avait une connaissance déjà ancienne et "acquise" dans l'agence d'Aulnay...* », « *il ne saurait pour autant, comme le fait en l'espèce le D^r D..., attester dans un document médical prévu par les textes en vigueur, des faits qu'il n'a pas personnellement constaté..* », décision de l'instance disciplinaire IDF, audience du 8 décembre 2015

9– « *Considérant que le D^r D... ne s'est ainsi pas bornée dans ce document à une étude de poste mais y a inclus des suppositions de graves comportements de harcèlement sexuel susceptibles d'exister au sein de l'entreprise sans avoir constaté de faits précis permettant d'en déduire l'existence avec suffisamment de vraisemblance [...]* », Instance disciplinaire nationale, audience du 11 avril 2018.

10– Lire : *Violences sexuelles commises par des professionnels de santé : Hippocrate phallocrate ?*, Marilyn BALDECK, déléguée générale de l'Association Européenne contre les Violences faites aux Femmes

11– « *Qu'enfin en établissant l'étude litigieuse ayant le caractère d'un certificat de complaisance, le D^r D... s'est immiscée dans la vie privée de sa patiente [...]* »

12– **Article R.4127-51**– « *Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.* »

13– « *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*

dit d'attester du lien entre la santé et le travail au motif que, comme pour le lien familial, le travail serait une affaire privée. Cette interdiction porte sur l'attestation et non sur le constat médical du lien. Un médecin peut le constater mais ne pourrait pas en attester ce qui est contraire à l'article R.4127-50 du Code de la santé publique(14) et l'article L.461-6 du Code de la sécurité sociale(15). Cette position archaïque assimile l'entreprise à la famille, conformément à une vision paternaliste dans laquelle la subordination du salarié à l'employeur est assimilée à la tutelle du père sur l'enfant.

Si on raisonne par l'absurde, à partir de cette position aberrante, le fait que le salarié soit considéré comme un mineur devrait, contrairement aux conclusions qu'en tire l'Ordre, imposer au médecin du travail d'instruire la question en référence aux articles R.4127-10 et R.4127-44(16) du Code de la santé publique c'est-à-

.....

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 qui circulera tout au long de la procédure et dont rien ne permet d'affirmer qu'elle ne lui sera pas opposée plus tard. S'il accepte néanmoins de délivrer ce certificat, le médecin devra être très prudent dans la rédaction. Il lui est interdit 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. » Rapport octobre 2006, approuvé par le CNOM, les certificats médicaux règles générales d'établissement, Boissin et Rougemont

14- Article R.4127-50 – « *Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit (...)* »

15- Article L.461-6 – « *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 d'orientation des conditions de travail. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel. La déclaration prévue aux deux alinéas précédents est établie et transmise selon des modalités fixées par voie réglementaire.* »

16- Article R.4127-10 – « *Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.*

S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.

Toutefois, s'il s'agit des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article R.4127-44, l'accord des intéressés n'est pas nécessaire. »

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.*

S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

dire relater les circonstances de la maltraitance et leur lien au travail, voire prévenir les autorités publiques.

Cette interdiction d'attester est en opposition directe avec l'article R.4127-95 du Code de la santé publique qui impose au médecin du travail de « *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* ».

Notre analyse de ces différents arrêts confirme bien la dualité contradictoire des motifs de condamnation que nous avons identifiée dans l'affaire du D^r E. D...

- ♦ Certaines instances disciplinaires, très minoritaires, estiment que le médecin du travail peut conclure valablement à l'existence d'un lien entre la santé d'un salarié et son travail à partir d'un faisceau d'indices lié à l'examen du salarié, à celui d'autres salariés ainsi qu'à sa connaissance des conditions de travail ou des rapports sociaux dans l'entreprise.
- ♦ D'autres instances, et ces arrêts sont en majorité y compris ceux du Conseil d'État, exigent que le médecin ait personnellement constaté les faits à l'origine de la pathologie ce qui est majoritairement impossible en médecine.

Faut il rappeler que la médecine n'est pas seulement une *praxis* mais avant tout une *poïesis*, c'est-à-dire un art, celui de construire une vraisemblance étiologique à partir d'un faisceau d'indices pour agir sur un plan thérapeutique ou préventif dans l'intérêt de la santé du patient, sans attendre des certitudes impossibles.

Nier la réalité du faisceau d'indices est sans doute la position professionnelle la plus partielle et la moins défendable de l'Ordre, dont les membres sont supposés être médecins. En effet, l'enseignement des étudiants en médecine « au contact du patient » repose sur l'apprentissage de la compétence à construire ce faisceau d'indices à travers l'observation médicale clinique pour déterminer un diagnostic, c'est-à-dire le lien entre l'état de santé du patient et une étiologie, et émettre une proposition thérapeutique. Cela donne même lieu à une phase d'examen spécifique de fin d'étude : « les cliniques ».

Toute observation médicale a, en effet, comme projet d'identifier la relation entre des altérations de la santé d'un patient et des éléments pathogènes. En médecine du travail ces éléments pathogènes sont ceux présents dans la situation professionnelle. Il faut ici identifier la relation clinique entre la santé du patient et son travail.

Outre un examen clinique du sujet, elle comporte également, comme toute observation médicale, l'anamnèse qui reste le temps essentiel de l'observation, dont on dit qu'elle assurerait 50 % du diagnostic. On la divise

classiquement en quatre sous étapes : le motif de consultation, les antécédents, le mode de vie et l'histoire de la maladie. Le lien santé/travail est ici exploré, conformément à ce schéma clinique, notamment à partir de ce que sait le médecin de l'histoire de l'entreprise, de la trajectoire du salarié, des éléments de compréhension issus des entretiens cliniques avec d'autres salariés.

Le fait qu'elle se déroule dans un contexte particulier, celui de l'influence du travail sur la santé du salarié, impose le recours à une clinique médicale spécifique de la spécialité : « la clinique médicale du travail » tout comme il existe des cliniques médicales spécifiques dans chaque spécialité médicale telles que la clinique médicale en psychiatrie, en rhumatologie, etc.

La jurisprudence de droit commun reconnaît la validité de ce préalable incontournable à l'établissement d'un diagnostic médical qui repose toujours sur « *un faisceau d'indices permettant de retenir la réunion de présomptions graves, précises et concordantes en faveur (de l') origine* »(17) d'une pathologie.

Aucun médecin ne peut ignorer cela et, par conséquent, la position des instances de l'Ordre qui refusent cette évidence ne peut être que le résultat d'un déni idéologique.

En effet, il faut rappeler ici que ces décisions des instances ordinales qui nient la pertinence des écrits du médecin du travail repose sur une procédure d'exception :

- ◆ Seules les preuves à charge présentées par un tiers, l'employeur, en outre responsable possible de la pathologie dépistée, sont prises en compte par l'Ordre des médecins.
- ◆ Le Conseil d'État déclare péremptoirement que l'instruction des plaintes des employeurs « *n'a ni pour objet ni pour effet d'imposer au médecin pour-*

suivi de méconnaître le secret médical pour assurer la défense » ce qui signifie que le médecin ne peut transgresser le secret alors que, selon cette même instance, le médecin doit produire pour sa défense des constats personnels ou des faits avérés concernant le salarié

- ◆ L'instruction des faits reprochés par l'instance disciplinaire, qui prend en compte uniquement le témoignage à charge de l'employeur, n'est pas par conséquent une instruction contradictoire
- ◆ Notamment, et ce dernier point est accablant pour une institution de médecins pour qui la relation avec le patient est au cœur de leur métier, jamais une instance disciplinaire de l'Ordre des médecins, de premier niveau ou d'appel n'a interrogé le principal intéressé, au centre de la relation médicale, le patient. Ce qui serait l'objet d'une expertise dans une juridiction de droit commun, afin de déterminer si l'écrit du médecin est conforme à la réalité, est ici ignoré et soumis à l'arbitraire de la subjectivité des membres de l'instance(18).

La condamnation du médecin, dont les moyens de défense sont amputés, n'est donc pas prononcée suite à l'examen de preuves recueillies dans une instruction contradictoire comportant une expertise judiciaire, mais basée sur les opinions des membres de l'instance.

On est loin de la recherche de la vérité.

« *Les employeurs choisissent cette voie car il n'y a pas d'instruction contradictoire, pas de charge de la preuve, pas de confrontation aux faits. Le patient est absent, les documents produits sont partiels. C'est une juridiction d'exception.* »(19)

Il est urgent que la CEDH examine le fonctionnement particulièrement préoccupant en matière de droits de l'Homme de ces instances et en impose logiquement la suppression.

.....
17– CA Paris, 20 déc. 2013, n° 12/17101. Lire en ligne : <https://www.doctrine.fr/d/CA/Paris/2013/R6D03CDC1CB1105EE3FC7>

.....
18– La décision de première instance concernant le D^rK. D... est particulièrement démonstrative de cette dérive. La personnalité du président de l'instance dont les écrits privés ont été cités, à l'appui de leurs thèses, par des défenseurs de « la famille pour tous » pourrait expliquer son attitude hostile qui a par ailleurs conduit à l'annulation de cette décision. Toutefois, l'instance d'appel a repris à son compte les principales conclusions de la première instance.

19– D. Huez cité par Laura RADEAU, Explicites, 2018

ASSOCIATION S.M.T.

– LE BILAN 2017/2018 –

RÉUNIONS TENUES

- ♦ 38^e Congrès annuel les 25 et 26 novembre 2017 (Paris)
 - ⌘ *Traçabilité médicale des diagnostics étiologiques professionnels à la lumière des multiples plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins et des arrêts récents du Conseil d'État*
 - ⌘ *Traçabilité médicale et collective des expositions professionnelles à la lumière du débat sur la pénibilité amputée*
- ♦ Journée de Printemps le 24 mars 2018
 - ⌘ *Pratiques actuelles au regard des changements législatifs*
 - ⌘ *Harcèlement sexuel au travail*

Vous en trouverez les comptes rendus dans ce *Cahier SMT* N°35.

ACTIONS

- ♦ Au sein du *Collectif pour la santé des travailleurs et travailleuses*, <http://neplusperdresaviealagagner.org/>
Nous participons toujours à la permanence « Conditions de travail et Santé » ouverte aux travailleurs (bimensuelle à la Bourse du travail de Paris)
- ♦ Participation au Conseil National Professionnel des Médecins du Travail (CNPMT)
Propositions sur « Les orientations du Développement Professionnel Continu »
- ♦ Intervention au congrès de l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP)
- ♦ Participation au congrès du Syndicat de la Médecine Générale (SMG)
- ♦ Soutien aux médecins poursuivis par l'ordre des médecins à la suite de plaintes d'employeurs. Action auprès des médias, présence aux procès, recours juridiques (Conseil d'État, Cour Européenne des Droits de l'Homme).
- ♦ Participation à l'expertise HAS sur « Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burn-out* »
- ♦ Nous avons été reçus en audience, le 15 mars 2018, à l'Assemblée Nationale, dans le cadre d'une *Commission d'Enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination*. Contribution publiée dans ce *Cahier SMT* N°35.

PUBLICATIONS

- ♦ Édition du *Cahier SMT* N°33, septembre 2017, (diffusion 800 exemplaires), « Le soin médical préventif »
- ♦ Édition du *Cahier SMT* N°34, septembre 2017, (diffusion 1000 exemplaires), Actes du 9^e Colloque de *E-Pairs* sur « La question du travail au cœur de la coopération entre les équipes médicales du travail et la médecine générale »

NOTRE SITE WEB www.a-smt.org

Mise en ligne régulière de nos textes de réflexions et de nos actions. L'ensemble des *Cahiers SMT* y sont accessibles. Abonnez vous à sa *Newsletter*.

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Le 25 novembre 2017, 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 : Karyne CHABERT (69) – Benoît DE LABRUSSE (84) – Nadine KHAYI (82) – Annie LOUBET-DEVEAUX (42)
Secrétaire : Karyne CHABERT (69)
Secrétaire-adjoint : Gilles SEITZ (92)
Trésorier : Alain RANDON (75)
Trésorière-adjointe : Nathalie PENNEQUIN (75)
Cahiers SMT :
Rédacteur : Dominique HUEZ (37)
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) – Josiane CRÉMON (38) – Jean-Marie EBER (67) – Catherine GONDRAN (92) – Alain GROSSETÊTE (69) – Michel GUILLAUMOT (52) – Florence JEGOU (49) – Claire LALLEMAND (37) – Hervé LESCAO (92) – Gérard LUCAS (44) – Brigitte PANGAUD (75) – Odile RIQUET (69) – Nicolas SANDRET (75) – Claire THOMASSIN (94)

ORIENTATIONS 2018-2019

- ♦ Poursuite de notre participation au *Collectif pour la santé des travailleuses et des travailleurs*
- ♦ Soutien aux médecins attaqués par l'Ordre des médecins suite à une plainte d'employeur avec poursuite des recours juridiques contre leurs condamnations par le tribunal d'exception de sa Chambre disciplinaire
- ♦ En coopération avec *E-Pairs*, colloque sur « Coopération infirmier-médecin du travail, de l'individuel au collectif par la clinique médicale du travail » qui se tiendra le 5 octobre 2018 au FIAP
- ♦ Publication du *Cahier SMT* n°35
- ♦ La Journée d'élaboration prévue au printemps 2019

39^e CONGRÈS ANNUEL
LES 24 ET 25 NOVEMBRE 2018
À PARIS

⌘ *Harcèlement sexuel au travail*
⌘ *Nouvelles pratiques en santé au travail de la médecine du travail*
(Voir page 77 pour les pré-inscriptions)