

LA SANTÉ DU SUJET AU CENTRE

# LES CAHIERS S.M.T. N°36

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

SEPTEMBRE 2019

ISSN 1624-6799

## TRAVAIL : PRATIQUE MÉDICALE VISIBILITÉ DES RISQUES PROFESSIONNELS

---

---

**C**LINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL AU QUOTIDIEN

**P**RÉVENTION, RECONNAISSANCE

RÉPARATION DES RISQUES DU TRAVAIL

**L**E SUJET AU CENTRE DE LA PRATIQUE

LES JURIDICTIONS ORDINALES L'IGNORENT

Éditorial

Clinique médicale du travail au quotidien

Augmentation du nombre de visites à la demande, quelques exemples de pratiques du médecin du travail	Bernadette BERNERON	5
Souffrance au travail individuelle et interactions collectives	Carole BOUVIER	13
Harcèlement sexuel professionnel et fragilisation du pouvoir d'agir	Dominique HUEZ	16
Alerte Monsieur le Maire	Benoît DE LABRUSSE	19
« Animer et coordonner » une équipe pluridisciplinaire sans infirmier	Jean-Louis ZYLBERBERG	24
Pratiques actuelles au regard des changements législatifs		
Un exercice bousculé, des coopérations à réinventer	Jean-Louis ZYLBERBERG	26
<i>Compte rendu de la Journée de Printemps de l'Association Santé et Médecine du Travail, 16 mars 2019</i>		
Pluridisciplinarité coopérative en SST	Alain GROSSETÊTE	28
Approche « par le travailler » du salarié de chaque métier de la pluridisciplinarité		
Nouvelles pratiques en médecine du travail	Karyne CHABERT	30
<i>Compte rendu du Congrès de l'Association Santé et Médecine du Travail, 24 novembre 2018</i>		
Harcèlement sexuel et travail	Karyne CHABERT	34
<i>Compte rendu du Congrès de l'Association Santé et Médecine du travail, 24 novembre 2018</i>		

Prévention, reconnaissance, réparation des risques du travail

Pratiques professionnelles en prévention secondaire et tertiaire des cancers d'origine professionnelle	Alain CARRÉ	39
La traçabilité des expositions est nécessaire à la réparation des maladies professionnelles	Benoît DE LABRUSSE	47
Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019	Ass-SMT	50
Audition devant la Commission sénatoriale		
Quel bilan de la réforme de la médecine du travail / Audition parlementaire	Ass-SMT	54
« Qualité de vie au travail »		
Invisibilité des risques et de leurs effets et sécurité juridique des employeurs	Alain CARRÉ	64

Le sujet au centre de la pratique  
Les juridictions ordinaires l'ignorent

Le Conseil d'État ou « <i>Courage, fuyons</i> », à propos de l'affaire du D <sup>r</sup> Karine Djémil	Ass-SMT / USP	68
Requête D <sup>r</sup> Huez contre la France devant la CEDH - Reçue et rejetée - Conséquences en droit	M <sup>e</sup> J.-L. MACOULLARD	69
Le Conseil de l'Ordre et le secret médical : « <i>Faut-il en rire ou en pleurer ?</i> »	Alain CARRÉ	75
Données de santé à caractère personnel en médecine du travail		
Conditions d'hébergement des données notamment informatisées	Alain CARRÉ	76
Saisine du défenseur des droits sur l'atteinte aux droits des salariés et patients par la recevabilité des plaintes d'employeurs par les instances de l'Ordre des médecins	Ass-SMT	80
Médecine du travail, quel avenir ?	Alain CARRÉ	88

Bilan 2018-2019 Alain RANDON

## É D I T O R I A L

## « PERFORMANCE, PERFORMANCE, EST-CE QUE J'AI UNE GUEULE DE PERFORMANCE ! »

**F**in août 2018, Madame Lecocq, Monsieur Dupuis et le Docteur Forest remettaient, à la demande du premier ministre (lettre de mission de janvier 2018), un rapport intitulé « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée ».

Seize recommandations sont énoncées : la recommandation n°7 a pour titre « Mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail et des personnels de santé ». On peut y lire qu'il faut prendre « (...) des mesures pour optimiser l'organisation et faciliter le suivi individuel de santé systématique des salariés par les médecins du travail et les personnels de santé (...) », qu'il faut « (...) moderniser les outils du quotidien pour la réalisation des examens médicaux (...) », « (...) développer l'usage de la **télé médecine** (...) » au « **profit d'un investissement** plus grand envers certains salariés (...) les jeunes salariés ou les salariés vieillissant et les aidants, (...) les précaires, (...) en situation de handicap (...) ».

En un mot, les professionnels de santé au sein des services de santé au travail se doivent d'être performants, car le futur système simplifié de santé au travail « (...) sera résolument tourné vers la promotion simultanée de la santé et de la **performance globale de l'entreprise** (...) ».

Professionnels de santé, il y a des évidences auxquelles vous devez participer : « (...) Il n'est en effet pas de performance économique sans performance sociale de l'entreprise. Il n'est pas de pérennité de l'entreprise sans capacité à s'adapter et à agir sur un environnement mouvant, internationalisé et hautement concurrentiel (...) ». Médecins du travail et personnels de santé, vous reprendrez bien un petit verre de « (...) Le concept de performance globale (...) » intègre « (...) la logique de développement durable (...) ».

Si vous êtes contre la performance globale de l'entreprise, si vous êtes contre la simplification, pardon, contre la recommandation n°14 : « Proportionner les obligations et les moyens à déployer dans les entreprises en fonction de leur spécificité et des risques effectivement rencontrés par les salariés », vous êtes des professionnels de santé *has been*, car agir dans l'intérêt exclusif de la santé des travailleurs, de conseiller le salarié et les représentants du personnel sont des pratiques professionnelles du XIX<sup>e</sup> siècle.

En juillet 2019, les véritables acteurs de l'entreprise, « les risquophiles » c'est-à-dire les employeurs (terminologie utilisée par M. Kessler, adjoint de M. Seillière au MEDEF au début des années 2000), ont sifflé la fin de la partie : c'est nous qu'on paye, c'est nous qu'on préside les SST interentreprises et ce ne sont pas les URSSAF qui vont mettre leur nez dans nos finances ; les RPS, circulez y a rien à voir ; assimiler la QVT à la seule santé au travail, mais où va-t-on ?

C'est aussi en juillet 2019, que le procès pour harcèlement moral à l'encontre de l'entreprise France Telecom devenue Orange et de certains dirigeants et pour complicité pour d'autres dirigeants se terminait au tribunal correctionnel de Paris après deux mois et demi (le délibéré sera rendu le 20 décembre).

Le 20 mai 2019, le Docteur Monique Fraysse Guigliani, médecin du travail à France Telecom dans la Direction Territoriale Centre-Est, aujourd'hui en retraite, est appelée à la barre des témoins : « Fin 2007, je note dans mon rapport annuel (...) que les visites médicales effectuées à la demande des salariés représentent 14,8 % des visites médicales effectuées, en augmentation par rapport à 2006 où elles n'étaient que de 11,4 % (...). J'écris dans la conclusion de mon rapport d'activité 2008 ; nous sommes témoins de la "pression" mise sur les cadres supérieurs

pour leur imposer une mobilité soit interne (ce que l'entreprise nomme *Time to Move*) soit externe (...) ces mobilités (...) ont un retentissement sur leur état de santé. Mais il n'y a pas que les cadres (...) les salariés ont besoin de parler (...) à l'occasion des visites périodiques systématiques. Ils vivent mal au travail, voire très mal. J'observe des syndromes anxio-dépressifs, certains sévères, des syndromes addictifs (alcool, tabac, médicaments), des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit dont je peux faire le lien avec ce qui se passe dans leur travail. Le lien est plus difficile à faire lorsqu'il s'agit d'AVC ou d'infarctus du myocarde, par exemple, mais j'ai la certitude que la souffrance de certains salariés s'est exprimée ainsi. L'ambiance générale est tendue. Les accrochages entre collègues se multiplient (...) ».

*Notre consœur est-elle performante globalement en 2007 et 2008 pour l'entreprise France Telecom ? Sa non participation aux cellules d'écoute (composée de managers, de DRH, d'assistantes sociales et de médecins du travail) des salariés de France Telecom « en difficulté » du fait de leur travail, mises en place par la direction de cette entreprise en juillet 2007 est-elle un gage de **performance globale pour cette entreprise** ? A priori **NON**, car au cours de la journée de formation à laquelle elle assiste, les intervenants leur déclarent, qu'en tant que salariés de l'entreprise, les médecins du travail ont le devoir de participer à ce dispositif.*

« (...) La liberté de gestion de l'entreprise, c'est la base du droit commercial. Vous n'êtes pas les juges du *cash-flow*, vous n'êtes pas les juges des décisions de gestion (...) » déclarait M<sup>e</sup> Sylvain Cornon, avocat des dirigeants de l'entreprise Orange, lors de la dernière journée du procès.

*Le rapport Lecocq-Dupuis-Forest en nous annonçant, « (...) Il n'est en effet pas de performance économique sans performance sociale de l'entreprise (...) », feint de ne pas voir les rapports de force sociaux dans les entreprises, les différents scénarii d'exercice de la domination en milieu de travail.*

**NON**, les professionnels de santé dans les SST n'ont pas « une gueule de performance », lorsqu'ils exercent leur métier, dans un cadre où leur devoir vis-à-vis des patients-salariés est de ne pas accepter, en aucune circonstance, de limitation à leur indépendance dans leur exercice professionnel et de toujours agir, dans l'intérêt de la santé des personnes et de la santé publique ainsi que de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où ils exercent (article T.4127-95 du Code de santé publique).

Jean-Louis Zylberberg

Président Association Santé et Médecine du Travail

**LES CAHIERS S.M.T.**

Publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN 1624-6799

**Responsable de rédaction : Dominique HUEZ**

**Responsable de publication : Jean-Louis ZYLBERBERG**

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

**Ont participé à ce numéro: Bernadette BERNERON, Carole BOUVIER, Alain CARRÉ, Karyne CHABERT, Benoît DE LABRUSSE, Alain GROSSETÊTE, Dominique HUEZ, Alain RANDON, Jean-Louis ZYLBERBERG**

**Maquette : Jean-Noël DUBOIS**

**Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil**

# AUGMENTATION DU NOMBRE DE VISITES À LA DEMANDE QUELQUES EXEMPLES DE PRATIQUES DU MÉDECIN DU TRAVAIL

**Bernadette BERNERON**

## INTRODUCTION

La loi « relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels » a, dans son chapitre consacré à la modernisation de la médecine du travail, modifié en les allégeant, les modalités de suivi médical des salariés en supprimant le principe de la visite d'embauche pour nombre de salariés transformée en visite d'information et de prévention et en élargissant la périodicité du suivi médical de salariés. Seuls les salariés sur des postes présentant des risques particuliers pour leur santé, leur sécurité... ou celle de tiers bénéficient d'un suivi individuel renforcé réalisé avant l'embauche.

Cette loi facilite par ailleurs la constatation de l'inaptitude et le licenciement potentiel des salariés mais ne favorise pas le maintien dans l'entreprise du salarié. Elle a créé un carcan réglementaire pour l'exercice du médecin du travail dont il a du mal à se libérer.

Même quand le médecin du travail se donne les moyens de faire respecter son indépendance professionnelle, l'organisation du travail en SSTIE, en raison de la pénurie de médecin du travail et de la multiplicité des procédures réductrices pour l'action du médecin du travail ne lui permet pas, sauf à résister jusqu'à l'épuisement, de mener à bien sa mission d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Et ce n'est pas parce que le législateur a entouré le médecin du travail de nombreuses compétences, les IST

infirmières en santé travail), les IPRP, les assistantes sociales, les psychologues cliniciennes, les juristes que celui-ci a vu diminuer sa charge de travail. Si dans le SSTIE l'introduction des IST a fait l'objet de nombreux débats et a demandé beaucoup d'énergie pour obtenir qu'elles puissent bénéficier d'une formation à ce nouveau métier (formation théorique diplômante et compagnonnage), il n'en reste pas moins qu'elles ne peuvent pas être un palliatif à la baisse du nombre de médecins du travail. Elles n'ont pas pour mission de le remplacer. La complémentarité des compétences de l'IDEST et du médecin du travail facilite un travail en coopération mais nécessite de travailler en confiance. J'ai la chance de pouvoir travailler en confiance avec une infirmière en santé travail qui me donne à voir sa pratique tout comme je lui donne à voir ma pratique et elle est donc devenue une aide et un soutien précieux pour exercer au mieux mes missions.

## CONSTAT

Médecin du travail depuis plus de 35 ans en service interentreprise ma pratique professionnelle a évolué au cours des années. J'ai connu les journées de travail à 25 visites/jour programmées qui se soldaient par 18 salariés vus en raison d'un taux d'absentéisme élevé aux visites médicales et peu d'activité en milieu de travail. Mais je connais aujourd'hui un mode de fonctionnement qui me malmène, pourtant je ne vois en moyenne que 5 à 6 salariés par demi-journée mais il n'y a pas d'absent car le temps médical est « précieux ». Si le salarié ne se présente pas à son rendez-vous l'entreprise est rapidement appelée et la visite facturée.

Dans le SSTIE l'équipe médicale que nous composons l'IDEST et moi-même assure le suivi d'un effectif de 5 000 salariés.

Pour faire face au nombre croissant de demandes de visites complexes nous avons depuis quelques années anticipé ce que le législateur vient de mettre en place. L'IDEST réalise les visites d'embauche « des salariés non à risque », revoit à ma demande les salariés nécessitant un suivi dans le cadre d'un aménagement d'un poste ou pour le suivi d'un salarié dont la santé est malmenée par le travail ; elle prépare les dossiers de suivi post professionnel, les dossiers de renouvellement de RQTH, activité chronophage en augmentation constante chaque année ; elle fait les pré-visites à ma demande pour des dossiers complexes, elle réalise des actions de sensibilisation des salariés en contrat vacances et intervient dans les entreprises pour réaliser des Fiches d'entreprise, des Études de poste et surtout elle est disponible pour m'accompagner dans les entreprises dans lesquelles je me sens en difficulté, ayant parfois du mal à garder la maîtrise de mes propos.

En 2017 l'IDEST a réalisé 1 450 entretiens infirmiers et le médecin du travail 1 350 consultations cliniques dont 60% sont des visites (hors périodiques et embauche) à la demande soit de reprise, occasionnelles et visites de pré-reprise. Le nombre important de visites de pré-reprise est lié à un durcissement des contrôles effectués par les médecins-conseils de la CPAM (contrôles plus fréquents, injonctions de reprise et rupture des indemnités journalières chez des salariés en mauvais état de santé) et aux arrêts générés par des pathologies d'usure et de souffrance psychique consécutifs à des conditions de travail délétères en terme de pénibilité physique et psychique que les salariés subissent longtemps par peur de la perte d'emploi. Ce sont des visites complexes, chronophages de salariés souvent en difficulté de santé et précarisés dans des entreprises aux conditions de travail délétères en terme de pénibilité physique et psychique. La durée déjà longue d'un entretien clinique investiguant le travail et la santé est poluée :

- ♦ par toutes les procédures à respecter dans le cadre de préconisations de restriction, d'aménagement du poste, d'inaptitude au poste (courriers, courriels, appels téléphoniques) ;
- ♦ par une saisie informatique dans le DMST chronophage et inexploitable ;
- ♦ par la sollicitation de nombreux intervenants pour mener à bien le maintien dans l'emploi.

Il faut donc de la persévérance pour résister à la pression du chiffre et pouvoir faire ce qui est central dans

notre métier et qui nous est dénié par certains employeurs : attester du lien santé/travail.

### **POUVOIR ATTESTER DU LIEN SANTÉ/TRAVAIL**

#### *LES CERTIFICATS DE DÉCLARATION DE MP : CMI*

Nombreux sont les confrères qui ne rédigent pas le CMI et adressent le salarié à son médecin généraliste avec un courrier décrivant les contraintes du poste conduisant à la pathologie peut-être par manque de temps (la rédaction d'un certificat argumenté est chronophage), peut-être par peur de dégrader les relations avec l'employeur (je confirme que certains employeurs à réception d'un certificat de MP signé de la main du médecin du travail peuvent être virulents et menaçants). Mais quel autre professionnel de santé est-il le mieux placé pour connaître les conditions de travail dans l'entreprise, pour investiguer le travail et ses contraintes avec le salarié, pour informer le salarié du lien potentiel entre maladie et conditions de travail et de l'existence d'un tableau de MP ?

J'ai rédigé l'année précédente 35 CMI, la majorité pour le tableau 57 concernant TMS. En deuxième place ce sont les certificats de déclaration de maladie professionnelle au tableau 98. Les pathologies de l'épaule et les hernies discales L4-L5 et L5-S1 font très souvent l'objet du passage en C2RMP. J'ai répondu à 16 questionnaires adressés par le C2RMP.

Je déplore que dans le cadre d'une enquête de maladie professionnelle ou d'accident du travail, notamment les cas de décompensations psychopathologiques réactionnelles à un événement traumatique professionnel, le médecin du travail ne soit jamais sollicité par l'enquêteur de la CPAM. Il a souvent fait un écrit au médecin traitant (à partir de notes cliniques rédigées dans le DSMT) qu'il donne au salarié lui donnant ainsi acte des difficultés ou des événements professionnels à l'origine de l'urgence en raison de sa connaissance de l'entreprise ou de situations identiques déjà rencontrées.

Le certificat rédigé pour M. Y..., pourtant explicite, n'a pas suffi puisqu'il a fallu un passage au C2RMP (avec sollicitation de l'avis du médecin du travail) pour que la MP 57A soit reconnue.

*« Je vois monsieur Y... âgé de 54 ans qui travaille en 2x8h dans une entreprise de métallurgie, tôlerie industrielle depuis vingt-neuf ans. Il m'est orienté par l'infirmière qui l'a vu en consultation périodique au cours de laquelle il s'est plaint d'une douleur importante de l'épaule droite alors qu'il occupe depuis plus de vingt ans un poste d'ouvrier polyvalent sur la chaîne de peinture à l'accrochage, à la peinture par poudrage et au décrochage des portes d'armoires fortes. Chez ce salarié*

droitier l'IRM, réalisée sur prescription du médecin traitant qui le suit depuis quelques mois, montre une rupture partielle du tendon du supra épineux de l'épaule droite. L'infiltration récente suivie d'une semaine d'arrêt n'a pas apporté d'amélioration. J'interroge Monsieur Y..., que je ne connais pas, sur son travail. Il s'agit de positionner ou peindre des éléments d'armoires fortes (corps, portes, contreforts, tablettes), pièces pesant entre 11 et 22 kg et d'accessoire ou décrocher les pièces peintes sur chaîne. **L'accrochage des pièces** prises sur un plateau se fait sur les crochets des balancelles. Il manipule en huit heures de 30 à 60 portes ainsi que différents éléments des armoires fortes dont le poids va de 10 à 22 kg. Lorsqu'il peint, il intervient pour peindre les parties non accessibles au robot et faire ainsi les retouches avec le pistolet long tenu main droite. Il manutentionne les pièces qu'il décroche pour les déposer sur un plateau ou sur le convoyeur à rouleaux pour l'assemblage. Il s'agit bien d'un travail avec hyper sollicitation des MS, les mains en mouvements de préhension avec effort, bras décollé du corps avec épaule sans soutien à plus de 60° voire 90° au dessus du niveau de l'épaule en élévation antérieure pour positionner les portes, peindre et décrocher avec gestes répétitifs avec effort des MS. »

La rédaction du certificat de maladie professionnelle a été réalisée suite à mon travail d'investigation de l'histoire de la maladie et du lien avec le travail tout en expliquant au salarié ce lien ainsi que les complications de cette pathologie et les difficultés administratives avec la CPAM qu'il aura à vaincre. J'ai aussi sollicité l'IDEST pour une visite du poste et des postes potentiels pour permettre le reclassement de Monsieur Y... dans cette entreprise que je connais mal. J'ai vu Monsieur Y... à plusieurs reprises. Monsieur Y... a pu s'autoriser à s'arrêter pour se soigner suite au courrier que j'ai rédigé pour le médecin traitant et que je lui ai donné. Il a pu reprendre le travail sur un poste plus adapté au montage des petits accessoires.

#### LES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL

C'est là aussi une activité chronophage : j'ai rédigé 38 fiches de signalement sur le modèle de la QMCP et 19 dans le cadre d'une campagne QMCP la « Quinzaine de la déclaration des maladies à caractère professionnel » pour les pathologies ne relevant pas de tableau maladies professionnelles comme les pathologies de décompensation mentale, maladie de Dupuytren, TMS, pathologies cervicales, pathologies endocriniennes. De nombreuses pathologies prennent leur origine dans l'organisation du travail (pression temporelle, horaires atypiques, insatisfaction, déni des compétences, perte

du sens du travail, contraintes de procédures, perte de marges de manœuvre chez les ouvriers et les encadrants, management inadapté et manque de communication...).

L'impossibilité de faire un recueil correct de cette information dans le logiciel médical impose une comptabilité parallèle, ce qui est regrettable.

#### ATTESTATION DE SUIVI POST PROFESSIONNEL

Si le médecin du travail a l'obligation d'informer les salariés des risques auxquels il est exposé ou a été exposé, il a aussi l'obligation de le tracer dans le DMST (dossier médical en santé travail). La traçabilité des expositions professionnelles est indispensable pour une bonne prévention primaire et aussi pour les droits du salarié à réparation. C'est un devoir du SSTIE et bien sûr un devoir du médecin du travail et pourtant de nombreux dossiers médicaux sont vides, ce qui m'oblige à investiguer avec le salarié, les emplois précédents à la recherche d'exposition aux cancérogènes et à rechercher les documents existants. Ce travail d'investigation du *curriculum laboris* des salariés est réalisé avec le concours de l'IDEST. J'ai rédigé en 2017, 39 attestations d'exposition professionnelle à la silice (expositions passées pour une entreprise du secteur ayant fabriqué des appareils sanitaires en céramique mais qui a fermé), à l'amiante, aux huiles minérales, aux poussières de bois essentiellement ainsi que les documents pour le médecin traitant et pour la CPAM. Ce travail enrichit les dossiers médicaux et ma pratique mais est chronophage. Il s'agit d'un sujet traité par un groupe de travail dans le SST mais d'une pratique que peu de confrères ont mise en place.

#### « ALERTE » INDIVIDUELLE

Lorsque les conditions de la construction de la santé au travail ne sont plus réunies, afin de pouvoir maintenir le salarié dans son travail le médecin du travail peut solliciter l'employeur pour une demande d'aménagement du poste de travail comme acte thérapeutique. Si le travail peut être transformé il participera à la reconstruction de la santé du travailleur.

*Madame X... est vue en entretien périodique par l'IDEST à qui elle évoque un arrêt de travail récent de plus d'un mois car elle n'en peut plus. Elle est conseillère depuis dix ans dans une petite agence d'assurances où elle se retrouve souvent seule depuis le départ, il y a un, de la collègue mutée dans une autre agence. Elle est en pleurs dans le bureau de l'infirmière qui me sollicite alors que je suis présente dans le service. Je fais connaissance avec Madame X... qui n'a jamais eu de problème dans le passé et qui aime son métier mais qui*

est épuisée par la surcharge de travail, se sent fatiguée et dort mal. Elle assure l'accueil des clients 5 j/sem, répond au téléphone (30 appels en moyenne) conseille les clients et vend des prestations, réalise les dossiers d'adhésion, de modification, fait le courrier, la saisie, le reporting. Elle est aidée par une apprentie en alternance présente deux jours par semaine à qui elle doit montrer le travail. Elle me dit en avoir parlé plusieurs fois avec le responsable du secteur mais que rien ne bouge. Elle semble être une salariée reconnue pour ses compétences. En sa présence, j'appelle le responsable que je ne peux joindre et rédige avec elle un courrier dont elle aura une copie pour le responsable décrivant les différentes tâches, la situation de travailleur isolé de Madame X... et le risque potentiel d'agression verbale ou physique en lui demandant de reconsidérer sa charge de travail. Je précise qu'elle sera revue deux mois plus tard. Je l'oriente avec un courrier explicatif vers son médecin traitant qui l'arrêtera trois semaines. Une collègue sera positionnée en soutien les jours d'absence de l'apprentie.

Il s'agit ici d'une situation peu compliquée mais qui demande du temps pour instruire le lien santé/travail et construire un écrit pour convaincre l'employeur d'aménager le poste de travail et ainsi préserver ou redonner au salarié les conditions de construction de sa santé.

#### ALERTE COLLECTIVE

En utilisant la veille médicale en santé au travail par le biais d'écrits dans le dossier médical de chaque salarié, écrits de l'infirmière et du médecin j'ai pu rédiger des courriers d'alerte collective à l'intention de directions d'entreprise et des représentants des salariés pour rendre compte des risques délétères pour la santé des salariés. Cela représente un travail long et fastidieux de lecture des dossiers des salariés, d'échanges avec l'infirmière, d'entretiens avec les employeurs.

Il s'agit d'une maison de retraite dont j'ai la charge depuis trois ans, 60 salariés et une nouvelle directrice depuis quatre ans ; rapidement j'ai commencé à recevoir des salariés en visite à la demande et en visite de pré-reprise, notamment pour accident du travail (six salariées en arrêt de travail suite accident du travail: lombalgie, tendinite, entorse cheville). J'ai aussi fait un certificat de maladie professionnelle (MP) pour une tendinite de l'épaule. J'ai ressenti une certaine méfiance lors des premières consultations (certains agents regardant le plafond du cabinet médical du SST comme si une caméra y était fixée). L'année suivante j'ai vu onze salariées à leur demande, essentiellement AS et ASH qui m'ont sorti leur peur de la directrice : les menaces orales de la directrice, la toute puissance de la directrice, les menaces de sanction (la punition exquise est

le passage en horaires coupés !), les demandes de délation, les contrôles (elle se cache à l'entrée d'une porte et elle nous épie), la mal bouffe des résidents, l'augmentation de la charge de travail en parallèle de l'augmentation de la dépendance des résidents qui arrivent dans l'établissement à un âge toujours plus avancé et de l'effectif insuffisant avec un sentiment de maltraitance des résidents : « Il faut les presser, on leur fait perdre leur autonomie pour gagner du temps » (fauteuil pour aller en salle à manger ce qui va plus vite que le déambulateur ou l'accompagnement en tenant le bras), l'absence de soins de confort, le non-respect de la fréquence des changes d'où la validation d'achat de changes plus épais, la réduction du temps de toilette obligeant à choisir ce qui est le plus urgent à laver la bouche, les fesses et le zizi ou les mains, la bouche, les fesses... « On fait comme on peut », l'absence d'accompagnement en fin de vie alors que la directrice tient le discours inverse « À B.. on privilégie la fin de vie ! ». Ce que j'entends dans les consultations « non ordinaires » est conforté par ce qu'entend l'infirmière qui assure le suivi périodique. La reprise à mi-temps thérapeutique est refusée par la directrice conduisant à des prolongations d'arrêt et donc à la désorganisation du travail, la surcharge pour celles qui sont présentes et qui attendent le retour de la collègue pour pouvoir s'arrêter comme elles disent. Je rencontre la directrice à deux reprises en un an et l'infirmière rédige la fiche d'entreprise dont la directrice conteste le contenu en me demandant de la modifier. Je la rencontre à nouveau en présence de l'IDEST où elle me dit que l'ambiance de l'établissement a été dégradée par la présence de deux salariés en CDD qui avaient « un mauvais esprit et posaient problème » et qu'avec leur départ en fin d'année les tensions seront apaisées. Je l'informe que je rédige un écrit sur les constats que je lui ai présentés au cours de l'entretien qui est à considérer comme partie de la fiche d'entreprise.

*Madame la directrice,*

*Comme vous le savez, le rôle du médecin du travail, exclusivement préventif, consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (art. L.4622-2 du Code du travail) et c'est dans ce cadre-là que je vous adresse ce courrier.*

*Je vous prie de trouver ci-dessous les éléments de synthèse de ce que j'ai entendu et constaté lors des entretiens avec certains de vos salariés et dont nous nous sommes entretenues par téléphone le ... et lors d'un rendez-vous à votre demande dans mon service le ... et auquel assistait Madame C... IDEST.*

*J'ai constaté un état de santé altéré chez onze salariés vus au cours des douze mois écoulés. Il s'agit de*

troubles anxieux voire dépressifs avec expression de peur et pleurs lorsque les salariés évoquent le travail et de quelques troubles musculo-squelettiques.. Ces problèmes de santé ont conduit à consulter un médecin, à prendre un traitement et dans certains cas ont entraîné des arrêts de travail. Ces arrêts de travail génèrent notamment d'une part une pénibilité supplémentaire pour les salariés restants (AS et ASH) qui doivent assurer le travail à moindre effectif et d'autre part un épuisement professionnel.

Au cours de ces visites médicales, plusieurs salariés rapportent un vécu difficile du travail qui se traduit notamment par :

- ◆ Un sentiment de culpabilité des salariés en arrêt de travail et qui à leur retour au travail peuvent constater le départ en arrêt maladie d'une collègue épuisée.
- ◆ Un conflit éthique, un conflit de valeurs sur le travail bien fait qui ne serait pas d'après leurs dires perçus par la hiérarchie.
- ◆ Un sentiment de maltraitance envers les résidents: impossibilité de réaliser certains soins de confort et sentiment de participer à l'aggravation de la perte d'autonomie alors même que dans leur fonction, le personnel soignant se devrait de protéger et de maintenir le plus possible l'autonomie (de part leurs formations, ils ont appris à prendre soin de la personne en s'adaptant au rythme de la personne pour lui permettre de conserver un maximum d'autonomie et ont travaillé sur les soins de confort qui bien souvent permettent d'apaiser les résidents).

Les salariés rapportent également un sentiment d'isolement dans le travail, isolement qui d'après leurs propos serait lié :

- ◆ À l'absentéisme générant une instabilité dans les équipes et une gestion des plannings dans l'urgence conduisant à changer d'horaires, de poste ou à rappeler des collègues en repos (facteur en outre déstabilisant pour la vie privée).
- ◆ Au fait que les agents assurent seuls les soins aux résidents.
- ◆ Au manque d'espace et de temps pour pouvoir débattre collectivement de ce qu'il est licite ou non de faire et du comment on fait dans des conditions difficiles autour du soin aux résidents.

Cela ne favorise pas le travail en équipe et l'entraide. En outre au cours de ces entretiens, certains salariés évoquent :

- ◆ Des « rapports tendus avec la direction », la « peur de sanctions » lesquelles sanctions se caractériseraient notamment par le passage d'horaires continus à des horaires coupés.

tériseraient notamment par le passage d'horaires continus à des horaires coupés.

- ◆ Un sentiment de surveillance permanente, certains salariés employant même le terme « épié ».

De même certains salariés font référence à des propos qui leur seraient tenus, et qu'ils perçoivent comme très dévalorisants, s'agissant de leur travail, de leurs compétences ou même de leur avenir professionnel. De tels propos peuvent générer un sentiment d'insécurité voire même de peur.

Enfin, certains salariés ont fait référence de manière explicite aux difficultés ressenties à l'égard de la directrice de l'établissement ; il a ainsi été rapporté, à plusieurs reprises, que celle-ci pouvait être à l'origine « d'un climat de terreur qui règnerait au sein de l'établissement », lequel climat peut entraîner un sentiment généralisé de crainte envers elle.

Vous m'avez effectivement précisé que l'ambiance de l'établissement avait été dégradée par la présence de deux salariés en CDD qui avaient « un mauvais esprit et posaient problème » et qu'avec leur départ fin 2015 les tensions seraient apaisées.

Il convient néanmoins de prendre en considération le ressenti difficile de l'organisation et de l'ambiance de travail ainsi que les propos qui, sans nécessairement établir la véracité du comportement d'une personne, reflètent le sentiment de mal être de certains salariés.

Je sais que dans le cadre de votre obligation légale d'évaluer les risques notamment psychosociaux (RPS) votre établissement participe avec d'autres établissements à la démarche de prévention A initiée par des préventeurs de la région V.

Ce document fait partie intégrante de la fiche d'entreprise et doit au même titre de la fiche d'entreprise être tenu à la disposition des autorités compétentes, médecin inspecteur régional du travail, inspecteur du travail, préventeur de la CARSAT.

## **AVIS AUTRES QUE APTÉ**

RESTRICTIONS D'APTITUDE  
ET DEMANDES D'AMÉNAGEMENT DU POSTE

Je n'ai émis en 2017 que 107 avis de restriction d'aptitude et d'aménagement de poste (183 en 2016). 65 visites de reprise ont donné lieu à de nouvelles restrictions et demandes d'aménagement du poste. La lourdeur de la procédure concernant les avis de restrictions et les préconisations pour aménagement du poste conduit à une diminution des préconisations : certains salariés ont peur de perdre leur emploi, « On verra si on peut s'arranger avec le chef », « Je reviendrai si cela

ne va pas » et le médecin du travail épuisé par ces procédures stériles est moins incité à écrire des préconisations qui ne sont pas respectées ou contestées.

Quand le médecin du travail a une bonne connaissance de l'entreprise et des interlocuteurs de l'entreprise ou (et) quand le salarié est bien intégré dans l'entreprise les demandes d'aménagement sont moins problématiques même si elles mobilisent de nombreux intervenants.

*Monsieur T... âgé de 28 ans a eu un grave AVP avec coma de trois mois et une récupération encore parfaite après quinze mois d'arrêt de travail. Je l'ai vu en visite de pré-reprise à deux occasions car il souhaite reprendre le travail rapidement dans son poste de monteur de caisses en bois dans une petite menuiserie de dix salariés. Il a une reconnaissance de travailleur handicapé. Il m'informe qu'il a repris contact avec son employeur dans ce but là. Il a encore des troubles cognitifs mais a le feu vert du centre de réadaptation qui le suit. Je prends contact avec le chef d'atelier que je connais bien pour l'avoir suivi suite à un accident du travail grave. Avec l'accord de l'entreprise et du salarié je contacte la CPAM et le SAMETH pour la mise en place d'un essai encadré (reprise de l'activité professionnelle à l'essai pendant l'arrêt de travail pour favoriser la réinsertion professionnelle) ce qui permet à l'IDEST puis à moi-même d'aller observer et échanger avec Monsieur T... pendant son travail. Cette demi-journée passée dans l'entreprise est riche d'enseignements sur la façon dont Monsieur T... réapprend à travailler et sur le fonctionnement de l'entreprise, les liens entre les salariés. Monsieur T... a retrouvé ses gestes de travail, le calcul des dimensions est bon mais l'essai encadré montre une lenteur dans l'exécution de ses tâches, le besoin de contrôler et de reprendre ses repères. Grâce au SAMETH (Service d'aide au maintien dans l'emploi) différentes mesures sont mises en place avec l'accord de toutes les parties pour permettre la réinsertion dans son poste de Monsieur T... qui a repris à temps partiel thérapeutique.*

C'est bien dans ce cas là, la coopération entre préventeurs, services compétents dans le maintien dans l'emploi et la volonté affichée de l'entreprise ainsi que la mobilisation du salarié qui favorisent la réinsertion au poste. Mais cela reste des démarches chronophages.

Il y a des situations plus difficiles de pressions exercées par l'employeur sur les salariés alors que l'entreprise porte la responsabilité de l'altération de la santé des salariés ce qui est source d'indignation et de colère chez le médecin du travail.

*Je n'ai jamais rencontré de problème jusqu'à il y a un an dans cette entreprise de mécanique de précision de*

*pointe de plus de 50 salariés mais l'entreprise grandit et fusionne il y a dix-huit mois avec une entreprise de décolletage. La décision est alors prise, sans bien sûr consulter le médecin du travail, de changer l'huile soluble qui fera l'objet d'un achat groupé.*

*Je reçois Monsieur O... puis Monsieur N... qui présentent tous deux un eczéma aux fluides d'usinage depuis quelques semaines, adressés par leur médecin traitant. Les deux salariés sont usineurs, régleur au fraisage pour l'un et tourneur régleur pour l'autre. Tous deux me rapportent la survenue de lésions sur les mains depuis le changement de lubrifiant et chacun a été arrêté pendant quelques jours et réapparition des lésions après nouveau contact. Il s'ensuit une alerte à l'employeur avec l'accord des salariés pour l'informer d'un potentiel eczéma aux huiles et pour demander les FDS de l'ancien et du nouveau produit. Je revois les salariés qui ne souhaitent pas en l'état quitter leur poste car ce sont deux professionnels compétents et investis qui aiment leur métier et qui souhaitent retravailler avec l'ancien produit. J'ai rédigé cela fait un an deux certificats pour MP36 - eczéma aux huiles minérales et de synthèse - avec à la clé la reconnaissance en maladie professionnelle. L'entreprise refusera de changer le lubrifiant et exigera que je fasse pratiquer des tests épicutanés aux deux salariés ce qu'elle fera réaliser chez un allergologue avec l'accord signé des deux salariés pour en arriver à la même conclusion. Le fournisseur du produit que je rencontrerai certifiera à l'entreprise qu'il n'y a jamais eu de problème avec son produit et suggérera que sans doute les salariés ont d'autres activités le weekend notamment la maçonnerie... Par la suite elle fera pression sur moi en m'imposant d'écrire dans les formes du texte mon avis d'inaptitude afin de décider de reclasser ou non les salariés : période de 6 mois difficile pour les salariés revus plus de huit fois en un an et ayant eu de nombreux arrêts. Aujourd'hui Monsieur N..., tourneur qui est plus âgé dans la crainte d'un licenciement, a accepté un travail moins intéressant et moins qualifié afin de ne plus être exposé aux huiles. Le collègue plus jeune, Monsieur O... travaille en pointillé (arrêts de travail, reprise quelques jours avec réapparition des lésions) car il ne veut pas quitter ainsi un poste pour lequel ses compétences sont largement reconnues et l'entreprise refuse de le reclasser dans un poste technico administratif (programmeur machine, technicien BE..) alors qu'il a les diplômes pour cela. L'entreprise veut réorganiser le secteur où il travaille afin d'utiliser au mieux ses compétences dans un poste de « super régleur » que je suis allée étudier mais les risques de contact avec l'huile (qu'il n'est pas question de changer) sont présents. C'est un sujet toujours en cours avec un salarié qui va mal et un médecin du travail impuissant.*

INAPTITUDE

La procédure d'inaptitude modifiée contraint le médecin à rédiger son avis en une seule visite alors que ses contraintes sont multiples : faire l'étude du poste du salarié, l'étude des conditions de travail dans l'établissement, noter la date de réalisation, d'actualisation de la fiche d'entreprise et procéder à un échange par tout moyen avec l'employeur.

Imposer l'écriture d'une formule avec inaptitude dans un emploi est insupportable mais ma résistance avec la formule « inapte à tout poste dans l'entreprise » qui permet d'exprimer les contraintes d'un travail aux effets délétères sur la santé auxquels ne doit plus être soumis le salarié a été « retoquée » par les juristes des entreprises, m'obligeant à revoir ma copie et donc le salarié que cela met en difficulté.

J'ai pourtant rédigé 31 avis d'inaptitude ayant conduit à la perte de leur emploi 31 salariés (16 femmes et 15 hommes) dont 13 pour une pathologie liée aux risques psychosociaux. Cette décision d'inaptitude est souvent lourde de conséquences pour les salariés encore plus aujourd'hui car elle concerne majoritairement des salariés déjà précarisés et pour qui la perspective de retrouver un emploi est incertaine.

Je pense avoir joué un rôle de régulateur social dans cinq cas d'inaptitudes qui ont fait suite à des demandes de rupture conventionnelle de la part des salariés refusées par les employeurs dans des situations critiques de travail.

*Madame D... âgée de 54 ans est auxiliaire de vie depuis plus de vingt ans et dans cette entreprise depuis trois ans. Elle présente une usure du rachis et des membres supérieurs et a de fréquents arrêts pour sciatique. Je l'ai vue déjà deux fois en visite de reprise pour ce problème de santé mais elle vit seule et a besoin de travailler. Au cours des entretiens Madame D... évoque des contraintes majeures de travail que je connais bien et qui font écho aux paroles des collègues : le temps d'intervention insuffisant : « On a une demie-heure quand il faut plus et qu'on avait plus avant et quand en plus la dépendance augmente », l'augmentation du nombre d'interventions de faible durée, l'absence de temps libéré pour les déplacements entre deux interventions, « On finit à 11h notre intervention et on débute à 11h chez un autre bénéficiaire. Comment peut on faire ? » Je sais qu'à la demande du Conseil général qui a mis en place une télégestion pour la facturation des heures, les aides à domicile doivent téléphoner au début et à la fin de leur intervention à un numéro spécial en se servant du téléphone du bénéficiaire ce qui est vécu par certaines comme un « flicage ». Ces appels obligent les sa-*

*lariées à tricher, soit elles ne passent pas le temps prévu chez le bénéficiaire sous peine d'arriver en retard chez le suivant, soit elles débordent sur leur temps personnel pour assurer leur mission correctement sinon le temps supplémentaire effectué est facturé au bénéficiaire. Elle parle aussi des interventions réalisées seule (toilette, lever), « Nous, on est toujours seule pour manipuler les personnes alors que les AS du SIAD interviennent à deux », les interventions du weekend d'une demie-heure occasionnant des déplacements midi et soir et qui obligent à rester mobilise toute la journée, les plannings qui change fréquemment. J'entends un vécu de non reconnaissance, de manque de considération de la part de la hiérarchie, des familles, le sentiment de mal faire son travail par méconnaissance des situations et par manque de temps accordé au « prendre soin, écouter », la peur de perdre des heures de travail en démissionnant d'un domicile face à un bénéficiaire « dangereux ». « J'aime pourtant mon travail mais je ne peux plus ».*

*J'ai un courrier du médecin traitant me disant qu'elle ne peut plus faire ce travail. Je revois Madame D... qui ne perçoit plus d'IJ depuis 5 jours. Madame D... a rencontré l'assistante sociale, le SAMETH, a consulté Pôle Emploi et a réfléchi à son avenir. Elle ne veut plus dépendre d'une structure qui ne lui laisse aucune marge de manœuvre mais elle ne sait pas faire autre chose, alors elle veut travailler avec les chèques emploi-services pour les particuliers.*

*J'appelle le médecin-conseil qui accorde une prolongation des IJ pour trois semaines et j'entre alors dans la procédure d'inaptitude dans l'intérêt de la santé de Madame D... Peut-être que les échanges que nous avons eus, ce travail en intercompréhension a-t-il permis à Madame D... d'envisager d'autres horizons et de redevenir ainsi actrice de son avenir.*

L'inaptitude dans le cadre de maltraitance au travail concerne souvent les mêmes entreprises. Les dossiers s'accumulent sans que rien ne bouge malgré toutes les démarches d'alerte, d'interventions concertées avec l'inspecteur du travail.

Je viens de rédiger la quatrième inaptitude dans une structure administrative de neuf salariés dans laquelle nous sommes conjointement intervenus il y a dix-huit mois pour alerter sur les RPS.

*Madame M... est une jeune femme de 30 ans qui élève seule ses deux enfants et qui après une reconversion est embauchée il y a deux ans au poste d'accueil, standardiste de la structure. Je la vois à sa demande quelques jours après un appel de détresse au secrétariat du SSTIE, orientée par son médecin traitant qui l'a mise en*

arrêt de travail. Elle a subi une agression verbale de la part d'une collègue H... sans justification professionnelle accompagnée de gestes menaçants, de propos violents, dévalorisants et humiliants en la traitant de nulle devant l'équipe alors qu'elle a défendu une collaboratrice confrontée à des propos semblables. Elle n'a reçu aucun soutien de la direction et en retour elle est isolée, H... ayant demandé à l'équipe de ne plus lui adresser la parole. Madame M... a rapidement compris les dysfonctionnements dans la structure qu'elle attribue à H.. qui n'est pas la N+1 mais qui dicterait sa loi aux patrons et mettrait tous les salariés en soumission. « Elle tient les paies, les primes, les formations ; elle nous insulte, elle nous rabaisse, elle punit sans raison ; C'est invivable, je ne peux plus travailler avec elle, les patrons ne veulent rien entendre et en rajoutent, elle décide pour nous, elle nous humilie. » Je lui fais un courrier pour son médecin traitant en conseillant de faire une déclaration d'accident du travail en raison de la survenue brutale des faits constatés par les collègues qui lors de l'enquête de la CPAM se tairont. Pourtant tout ce que rapporte Madame M... fait écho aux situations précédentes que j'ai eues à traiter et qui se sont soldées par des inaptitudes dans un climat de tensions majeures avec les employeurs qui contestent mes compétences, qui ont demandé à changer de médecin du travail ce que j'ai refusé. L'accident de travail ne sera pas reconnu après des semaines d'enquête et Madame M... n'a ni la force ni les moyens de se battre et il n'y a pas d'autre issue que l'inaptitude, procédure au cours de laquelle j'ai reçu trois courriers d'entrave de l'employeur.

C'est un constat négatif de mon métier aux exemples malheureusement nombreux.

## EN CONCLUSION

**Je dirais que j'ai le sentiment de travailler en permanence dans l'urgence** aussi bien pour effectuer les visites médicales prioritaires et compliquées que pour effectuer l'AMT, essentiellement les fiches d'entreprise faites lors d'une étude de poste pour émettre un avis d'aptitude. La participation à plusieurs groupes de travail avec différents participants du service ou d'autres services est enrichissante et permet de construire des actions concertées dans une démarche pour moi de préservation de la santé des salariés mais elle est aussi chronophage que les réunions de l'équipe pluridisciplinaire. La poursuite de la démarche de progrès dans le SSTIE, la mise en place de procédures toujours plus rigides, les contrôles, la traçabilité, la pression des chiffres (nombre de FE réalisées, nombre de maintiens dans l'emploi.....) laissent de moins en moins de place au rôle important du médecin du travail dans la mise en visibilité sociale des atteintes à la santé en lien avec le travail et à la production d'écrits visant à faire reconnaître l'origine professionnelle de certaines pathologies. Il en résulte un sentiment d'**impuissance, d'inachevé** pour effectuer mes missions de médecin du travail malgré la présence d'une équipe compétente. Ce ne sont pas les textes à venir qui faciliteront les missions du médecin du travail qui tend à devenir un médecin de sélection de la main d'oeuvre dans des SSTIE au service des entreprises.

# SOUFFRANCE AU TRAVAIL INDIVIDUELLE ET INTER ACTIONS COLLECTIVES

**Carole BOUVIER**

**A**près des études en finance et divers postes dans les services comptables de banques et mutuelles, M<sup>me</sup> B... est recrutée dans une structure de la fonction publique d'état. Elle est affectée d'abord au service financier puis change de poste à l'occasion d'une réorganisation après dix ans dans ce service.

Elle a 47 ans et occupe un poste de responsable budget pour les services généraux. Elle est considérée comme une professionnelle sérieuse, appliquée à son travail, précise, efficace, exigeante, perfectionniste (peut-être un peu trop ?), et surtout très investie dans son travail. D'ailleurs, ses collègues savent bien que s'ils veulent qu'un dossier soit vite et bien traité, il faut s'adresser à elle.

Il est connu dans la structure qu'elle arrive tôt le matin, repart tard le soir. Son directeur passe fréquemment en fin de journée lui dire « *Je m'en vais il faut partir maintenant* ». Périodiquement, sa responsable hiérarchique lui rappelle de prendre ses congés.

En effet, depuis l'affectation dans ce service, M<sup>me</sup> B... fait des « crises » régulièrement. Elle s'énerve, pleure, finit par accepter quelques jours de congés, puis revient au travail comme si de rien n'était.

Je lui propose un rendez-vous sur le signalement par l'assistante sociale qui aurait été témoin d'une nième crise de larmes, devant la cantine. Je ne suis pas son médecin du travail, je la rencontre dans une période où le médecin du travail de son secteur est absent.

Elle vient volontiers au rendez-vous. Un lien de confiance avait été établi avec son médecin du travail habituel ce qui rend l'échange plus facile. Elle a pris quelques jours de congés mais ne semble pas totalement apaisée.

Elle évoque d'emblée un contexte de travail éprouvant et un manque de moyens dans sa fonction de responsable, un manque de soutien hiérarchique. Elle exprime ne pas être reconnue dans sa fonction de responsable, ses collègues l'ignorent, lui cache des informations (alors qu'elles travaillent dans le même bureau), ne l'informent pas de leurs congés... Sa hiérarchie n'intervient pas quand elle exprime ses difficultés. Elle n'en peut plus de ce qu'elle considère comme du mépris.

Nous repérons des conflits de valeur autour du travail : M<sup>me</sup> B... estime que les délais de traitement des dossiers par ses collègues sont extrêmement longs pour réaliser les différents actes de gestion financière et elle se sent dans l'obligation de le faire à leur place très régulièrement. Elle voudrait améliorer certains outils et procédures mais ses collègues n'adhèrent pas du tout à cette démarche et n'en voient pas l'utilité. « *Ici, ça ne sert à rien de vouloir changer les choses, tu ne seras pas remerciée pour autant.* »

Elles semblent résignées et dans une posture de retrait que M<sup>me</sup> B... ne partage pas. Elles se présentent comme « fatalistes » et ont développé des postures défensives de « protection » pour ne pas être déçues par le travail.

J'apprends par ailleurs que l'une d'entre elles a des charges de famille importantes et qu'elle semble s'accommoder de ce travail « peu mobilisant ».

J'apprends que l'autre collègue était promise à une fonction de responsable qu'elle n'a jamais obtenue ce qui pourrait expliquer son apparente démotivation. Comment tiennent-elles alors les enjeux de la reconnaissance et du plaisir au travail ?

M<sup>me</sup> B... se sent parfaitement investie d'une responsabilité par rapport à l'argent public, objet de son travail alors que ses collègues seraient apparemment dans des automatismes sans intérêt par rapport au contenu du travail.

Elle évoque son attachement au travail bien fait, à répondre aux exigences de son directeur (il n'y a jamais eu de reproches sur le contenu du travail). Ce qui la fait souffrir c'est qu'il ne lui propose jamais de l'accompagner pour présenter le budget alors qu'il est toujours satisfait de son travail. Ce serait une forme de reconnaissance importante pour elle. Elle a demandé à plusieurs reprises à être rattachée directement au directeur même si elle appréhende ses « colères » et ses « injonctions autoritaires ».

Elle ne comprend pas le rôle de sa hiérarchie intermédiaire. « Elle ne s'intéresse pas au travail, elle transmet des informations sans apporter d'aide pour faciliter le travail, elle n'intervient pas quand M<sup>me</sup> B... dit être en difficulté, elle n'arbitre pas les conflits au sein du service ou avec d'autres services.»

Surtout, la responsable de M<sup>me</sup> B... lui reproche d'être parfois trop pointilleuse, de présenter ses tableaux avec un niveau de précision bien au-delà de ce qui serait nécessaire. Elle refuse parfois de modifier son travail, car « *c'est toujours une consigne orale et on ne veut jamais me faire un courriel pour que je puisse avoir une consigne écrite* ». M<sup>me</sup> B... vient du service financier, elle a appris à travailler avec beaucoup de rigueur, et surtout, elle ne se sent pas sécurisée et ne s'autorise pas à être approximative au risque de commettre une erreur ce qui serait insupportable pour elle.

De fait, elle est beaucoup sollicitée car tout le monde sait qu'elle prend en compte et traite les demandes rapidement mais cela déclenche des tensions avec ses collègues qui soutiennent ne pas comprendre pourquoi les gens s'adressent à elle.

Elle reconnaît être très investie, avoir du mal à quitter son poste le soir, à prendre ses congés. Malgré cela, elle n'arrive plus à faire face et ne trouve plus de plaisir au travail. Elle se sent très isolée.

Depuis deux ans, elle essaie pourtant de mettre en place des stratégies pour tenir. Elle a vu son médecin traitant à plusieurs reprises en raison de troubles du sommeil, anxiété, troubles de la concentration, hypersensibilité émotionnelle, elle a pris des anxiolytiques, des somnifères, des antidépresseurs, a vu un psychiatre une fois mais sans conviction. Elle fait du Tai Chi une fois par semaine, elle essaie de prendre ses congés plus régulièrement mais ça ne suffit pas.

Elle a demandé à changer de bureau pour un bureau individuel dans l'espoir d'améliorer ses troubles de la concentration mais cela lui a été refusé.

Le médecin du travail a alerté à plusieurs reprises au sujet de la dégradation de ses conditions de travail. La réaction de la hiérarchie a été chaque fois très violente pour elle, en refusant le dialogue et la remise en question de l'organisation de travail. « *M<sup>me</sup> B... est trop exigeante, elle veut tout décider et tout gérer elle-même, elle refuse de déléguer, elle a un problème sérieux dans sa vie personnelle, il faut qu'elle se soigne...* »

« *Je passe des heures chaque semaine à l'écouter pleurer, à la rassurer, à lui demander si elle a bien dormi, à lui dire de prendre des congés plus souvent, ça devient insupportable...* »

Nous évoquons l'arrêt de travail mais M<sup>me</sup> B... est toujours très réticente à l'idée de s'éloigner du travail. Nous convenons de renouveler la demande de changement de bureau avec l'idée d'essayer à nouveau d'ouvrir la discussion au sujet de ses conditions de travail. Je n'obtiens aucun retour de sa hiérarchie.

Un nouveau conflit avec sa collègue m'amène à renouveler ma prescription en insistant sur les préconisations d'aménagement. Une réunion est alors organisée par les services RH mais le constat est qu'il semble difficile de remettre en question l'organisation d'un service piloté par la direction.

Le refus de M<sup>me</sup> B... de participer à une journée de « cohésion d'équipe » basée sur des jeux collectifs avec ses collègues et sa responsable directe crée un nouveau conflit avec sa direction et précipite les événements. Elle se sent accusée de ne pas mettre de bonne volonté alors qu'on lui propose une occasion de renouer avec ses collègues. Elle craque et doit accepter l'arrêt de travail proposé par son médecin traitant. Elle n'a pas repris depuis plusieurs mois.

Je fais un courrier à sa direction pour exprimer mon étonnement face au silence qui a suivi les prescriptions d'aménagement de poste, puis l'attitude inadaptée de sa hiérarchie suite à cette réunion avec les services RH. J'évoque dans ce courrier la mise en danger d'une personne pour laquelle des mesures de protection devaient être mises en place du fait de sa vulnérabilité due au travail.

Les travaux d'aménagement d'un bureau ont démarré très rapidement.

Ce courrier a favorisé une rencontre avec la direction et la hiérarchie directe de M<sup>me</sup> B... La direction a d'abord nié la responsabilité des aspects organisationnels et managériaux dans la décompensation de l'état

de santé de M<sup>me</sup> B... La responsable de M<sup>me</sup> B... est présente et dit n'avoir aucun problème de management. « *Le travail est simple, il y a des bannettes pour chacune, le travail est fait, il n'y a pas de problème, c'est juste un problème de savoir vivre, M<sup>me</sup> B... a une problématique personnelle...* » Au-delà de la situation de M<sup>me</sup> B..., nous évoquons les enjeux importants pour le fonctionnement d'un collectif de travail en souffrance.

Dans les semaines suivantes, la responsable directe demande un nouvel entretien pour évoquer ses propres difficultés managériales.

Le service ressources humaines a finalement obtenu un accord pour solliciter l'intervention d'un psychologue formé à la psychodynamique du travail (le choix de l'intervenant s'est fait en lien avec le médecin du travail) pour pouvoir aborder la question des enjeux psychiques autour du travail pour chacun et tenter d'accompagner la responsable hiérarchique dans son rôle de manager.

M<sup>me</sup> B... est en soins et en réflexion par rapport à une éventuelle demande de reconnaissance d'accident ou maladie imputable au service.

### **RÉFLEXIONS INHÉRENTES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE**

**E**n tant que médecins du travail, nous sommes amenés à intervenir plus ou moins en situation « de crise » alors que nous ne connaissons ni le travailleur, ni le contexte de travail. J'évoque là, le contexte de restructurations permanentes de nos secteurs, départ ou absence de confrères, et surtout du fait de l'organisation actuelle du suivi médical (allongement de la périodicité et nombre croissant de salariés suivis) il est souvent difficile d'avoir une vision claire de la situation médico professionnelle des salariés dans leur environnement de travail.

Pour autant, l'expérience montre qu'il est aussi possible, à partir d'une situation individuelle, avec une approche basée sur la clinique médicale du travail, d'avoir des éléments pertinents sur le lien santé/travail et de faire des hypothèses raisonnables sur le diagnostic collectif d'une l'organisation de travail.

Dans le cas cité, M<sup>me</sup> B... exprime sa souffrance dans le champ émotionnel, qu'elle contient de longue date et qui semble exacerbée du fait d'un évènement qui pourrait être jugé comme mineur. Le récit de son vécu nous permet (elle en tant que sujet et le médecin du travail en tant que spécialiste du lien santé/travail) d'amorcer une démarche de compréhension de ce qui fait mal dans le travail et de faire l'hypothèse d'une probléma-

tique collective qui met en difficulté M<sup>me</sup> B... mais aussi ses collègues et sa responsable.

La situation « de crise » ou de « décompensation » peut-elle être propice à l'action ? Dans le cas précis, l'évènement s'inscrit dans une succession d'alertes pour lesquelles le médecin du travail précédent est déjà intervenu avec des recommandations sur la nécessité d'améliorer les conditions de travail. Le fait qu'un autre professionnel confirme le diagnostic est un facteur qui semble faciliter l'action pour la direction. Ne faut-il pas déplorer le délai entre la première intervention préventive et l'action ? N'est-ce pas une perte de chance pour le patient/salarié ?

La position spécifique du médecin du travail permet l'expression de l'engagement personnel et les enjeux de son rapport au travail pour mieux comprendre ce qui fait souffrir dans le travail et les interactions au sein d'un environnement. Elle s'inscrit en complément des démarches de soin, en lien avec le médecin traitant, le psychiatre...

Inscrire les évènements récents dans une chronologie de parcours professionnel et dans un contexte d'interactions collectives ou chacun ressent et agit peut limiter la culpabilité et l'isolement et permettre au travailleur d'identifier les facteurs sur lesquels il est possible d'agir.

Sur le plan collectif, l'évènement, souvent de l'ordre du conflit ou des tensions relationnelles peut être l'occasion de remettre l'activité de travail au centre des débats, de libérer la parole et de favoriser l'expression collective sur le travail.

L'intervention d'un psychologue du travail extérieur à la structure, dont l'action, basée exclusivement sur une approche compréhensive collective, discutée et concertée avec le médecin du travail peut-elle être un facteur favorisant la transformation pour l'amélioration des conditions de travail ?

# HARCÈLEMENT SEXUEL PROFESSIONNEL ET FRAGILISATION DU POUVOIR D'AGIR(1)

**Monographie professionnelle  
argumentant une nécessité médicale de sauvegarde**

**Dominique HUEZ**

## ENTRAIDE PROFESSIONNELLE

**M**adame FLORÈS travaille à La Poste depuis 1976. Rapidement elle passe un concours interne qui lui permet d'être factrice à Paris dans le XIII<sup>e</sup>. Lors de cette période, elle a été victime d'une agression physique ; c'est avec peine qu'elle a pu se dégager de l'emprise de son agresseur. Lorsqu'elle raconte cette agression où un inconnu l'a saisie par l'arrière alors qu'elle se rendait à son travail et lui a plaqué la main sur la bouche pour l'empêcher de crier, réapparaît sur son visage la scène d'effroi. Elle est encore traumatisée du fait que ses collègues de l'époque n'aient pas cru à la vraisemblance de ses propos. Pourtant par la suite, la peur envahissant son comportement, des scènes physiques de somatisation la perturbant, elle est dispensée de distribution de courrier pour un mois et demi. Durant toute cette période parisienne, Madame FLORÈS doit laisser ses deux enfants à la garde de son mari et habiter dans un foyer de La Poste.

En 1978, elle réussit à se faire muter comme préposée factrice en province. Cette période d'activité de factrice, de 1978 à 1982, est une période positive pour Madame FLORÈS. « *Je me débrouillais pas mal, je faisais presque le même temps que les anciens facteurs, alors que je ne connaissais pas la tournée* » dit-elle. Cette activité étant pour le moins fatigante, Madame FLORÈS réussit le concours d'ASDA (agent d'exploitation distribution acheminement) et en 1982 est mutée comme agent de cabine, c'est-à-dire qu'elle trie les lettres recommandées, les mandats, prépare de l'argent à distribuer pour les facteurs, etc. De 1982 à 1991, Madame FLORÈS travaille donc dix ans comme agent de cabine.  
.....

1- Certificat médical remis à la personne suite à une consultation *Souffrance et Travail* au sein d'un service hospitalier de Pathologie professionnelle. Les noms, dates et lieux ont été modifiés.

« *Pour moi c'était une belle période ; c'était normal avec les collègues il y avait des arrosages, c'était un bon groupe de travail, il y avait de l'entraide. S'il y avait des erreurs comptables, les collègues venaient aider, on travaillait à 7 à 8 ; je regrette cette période de la Poste.* » dit-elle.

## USURE PROFESSIONNELLE

**E**n 1991, il y a un changement important de directeur de l'établissement et du responsable de ce secteur. Il s'ensuit une restructuration des services très importante. Madame FLORÈS dit qu'elle n'a pas le choix et que son poste de travail disparaît. Elle est mutée au tri postal pour un poste avec des heures de nuit de 4 h à 11 h une semaine et de 17 h à 24 h la semaine suivante, horaires à la boulangère. Elle se souvient pourtant que son poste de travail n'a pas franchement disparu et qu'une autre collègue a pris sa place. Elle a alors 50 ans. « *J'ai pensé, je ne tiendrai pas.* » Effectivement, elle supporte extrêmement mal ces horaires de travail très perturbant. En mars 1992, elle est extrêmement fatiguée. En soulevant une caisse de courrier qui lui semblait très lourde, elle décrit ce qui pourrait ressembler à un traumatisme cervico-brachial. Il s'ensuit un arrêt de travail de huit mois. « *Ils m'ont forcé à reprendre* », dit-elle. Son médecin généraliste établit alors un certificat médical pour éviter l'activité de tri et les horaires de nuit. « *Ils ne m'ont pas écouté* », dit-elle. Peu après, Madame FLORÈS présente une épicondylite professionnelle. Celle-ci est refusée en rechute d'accident de travail. Personne ne lui dit que cette maladie aurait pu être reconnue en maladie professionnelle. Il s'ensuit un nouvel arrêt de travail de plusieurs mois. L'arrivée à la poste d'un médecin de prévention lui permet de retrouver un poste de jour. Elle fait un peu de tri à partir de cinq

heures du matin et s'occupe des « rebuts Libourne ». Pour la période fin 92 et tout début 93, Madame FLORES ne rapporte aucun problème professionnel.

### HARCÈLEMENT SEXUEL

Début 93, Madame FLORES est – nous rapporte-t-elle – **victime d'un harcèlement sexuel discret, sournois et répété par son responsable d'équipe**. Ce dernier profite du fait que Madame FLORES ne prolonge pas ses pauses comme ses collègues et fait strictement ses horaires pour pouvoir se rapprocher d'elle quand il sait qu'ils seront seuls. Cette présence physique de son chef à côté d'elle lui est totalement insupportable. « *Je mettais une chaise pour ne pas qu'il s'approche de moi* – dit-elle – *mais j'étais incapable de lui mettre un claue.* », « *Quand j'étais jeune on m'a toujours appris qu'il vaut mieux courber l'échine, alors j'étais dans la culpabilité.* » Une fois, une collègue lui tend la perche, mais elle refuse de lui raconter son histoire. Il se trouve alors que cette collègue lui raconte les mêmes actes de harcèlement sexuel de la part du même chef. Et Madame FLORES se confie. Cette collègue propose éventuellement à Madame FLORES son témoignage pour une action ultérieure. Comme dit Madame FLORES, « *J'étais persuadée que cela ne serait pas nécessaire, je pensais que c'était un responsable intelligent et qu'il pourrait s'arrêter.* »

Probablement grâce à l'intervention de l'assistante sociale, le nouveau responsable d'établissement tend plusieurs fois la perche à Madame FLORES pour qu'il puisse intervenir dans cette situation qui n'a aucune visibilité. Après un épisode qui concerne l'organisation de travail où Madame FLORES considère qu'elle est victime d'une injustice, elle accepte afin de discuter avec le chef d'établissement qui lui demande d'établir la liste de tout ce qu'elle a vécu. Madame FLORES **prend contact dans le même temps avec une association de harcelés sexuels**. Son chef d'établissement, semble-t-il, intervient discrètement. Après cette intervention, comme dit Madame FLORES, « *le chef de terrain ne venait plus me baver à la figure.* ». Mais ce responsable continue à la harceler. Il « *m'isolait* », il empêchait les personnes de me parler. En août 1993, la direction de La Poste se décide à muter ce responsable de secteur dans un autre poste. « *Cela allait mieux* » dit Madame FLORES ; mais elle reste extrêmement inquiète du fait que la RH de ce secteur, selon elle, continuait à soutenir ce responsable harceleur sexuel. Malgré cela, la période qui s'ensuit, de 1994 à 1999, est une bonne période professionnellement parlant pour Madame

FLORES. Elle travaille comme agent de cabine l'après-midi. Si ses rapports professionnels et son activité professionnelle lui paraissent positifs, « *la RH toutefois m'a baissé mes notations.* »

### THYROÏDITE SECONDAIRE AU HARCÈLEMENT SEXUEL

Il faut noter qu'est apparue en 1996 une hypothyroïdie que le médecin traitant de Madame FLORES a attestée sur un certificat médical, en 1998, comme étant une thyroïdite auto-immune. Il est extrêmement frappant de constater la proximité entre des actes de harcèlement sexuel sans aucun arbitrage hiérarchique et l'apparition deux ans après de cette thyroïdite. Les connaissances médicales d'aujourd'hui permettent de penser que cette thyroïdite est directement et essentiellement induite par les actes de maltraitements qu'a tolérés à l'époque son entreprise.

En 1999, le chef d'équipe responsable de son travail en cabine apprécie professionnellement l'activité de Madame FLORES comme « *excellente* ». « *Mais cela ne plait pas au nouveau chef d'équipe* » dit Madame FLORES. Puisqu'elle serait excellente, elle devrait accepter maintenant toutes sortes de travail, aurait dit ce dernier. « *Une nouvelle fois, je me suis retrouvée dans l'étau* », nous raconte Madame FLORES. Le nouveau chef d'équipe lui fixe des objectifs que celle-ci juge insupportables puisqu'il s'agit en fait de rajouter des tâches difficiles et contraignantes temporellement à son activité ordinaire. « *Je lui ai dit, c'est irréalisable, mais puisqu'il l'exigeait, j'ai essayé de faire le contrôle des machines en juillet 1999.* », « *À ce moment, je suis extrêmement fatiguée, je vais craquer* », raconte Madame FLORES. « *Le chef d'équipe exige que je m'engage sur le planning* », planning qui attesterait que Madame FLORES serait d'accord pour ce nouveau challenge professionnel que celle-ci juge impossible. « *J'ai refusé de signer* » dit Madame FLORES. Et alors, se produit un phénomène que Madame FLORES présente comme une grave atteinte à l'estime d'elle-même. Son chef lui recommande de s'arrêter quatre semaines et lui impose que son chef lui-même prenne rendez-vous pour elle-même, contre son avis, auprès du médecin traitant de Madame FLORES. Il la fait ramener contre son gré à son domicile. Madame FLORES vit cet épisode qu'elle juge profondément humiliant comme une atteinte importante à sa dignité. « *Quel jeu il joue* – dit-elle – *je ne céderai pas* » et elle décide de ne pas consulter son médecin traitant malgré son grand état de fatigue ; et elle se représente à son travail. **Son syndicat intervient alors pour faits de harcèlement**. Mais la situation ne s'améliore pas et fin août 1999, comme dit Madame

FLORES, « *Je n'étais plus moi-même* » et elle se décide à consulter son médecin traitant. L'entreprise La Poste à ce moment demande une expertise, alors que Madame FLORES doit prendre du repos et se propose de s'éloigner dans un autre département. Dans ce climat d'atteinte à l'estime de soi Madame FLORES vit extrêmement mal le principe de cette expertise et considère qu'il y a volonté de lui nuire à travers celle-ci. Fort heureusement, le médecin expert comprend la situation et la laisse quitter le département pour se reposer. Madame FLORES reprend le travail en septembre 1999.

### **MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE EN RÉPRESSION**

Il s'ensuit en septembre 1999, une période de maltraitance organisationnelle où on change fréquemment Madame FLORES de poste. Elle doit faire des roulements, puis elle est mise au placard et elle n'a plus d'activité professionnelle. On lui refuse alors tous les congés qu'elle pose. En octobre 1999, elle a un accident de trajet. Le médecin de prévention tente une médiation interne et le directeur de l'établissement serait intervenu pour que son chef direct ne s'occupe plus d'elle. Mais la situation était très dégradée et Madame FLORES bascule dans une dépression réactionnelle professionnelle de 2000 à 2001.

Madame FLORES retravaille à nouveau à partir de 2001 jusqu'à septembre 2003. « *J'estimais que j'étais capable – dit-elle – mais j'ai demandé surtout que je ne retourne pas où j'étais.* » Elle est donc mutée dans un petit bureau où tout sera bien pour elle pendant deux ans. Elle travaillait en cabine l'après-midi. « *Enfin, je rencontrais des personnes humaines, mes deux chefs ont vu que j'étais angoissée, que je ne me sentais plus capable, je ne savais plus rien faire. Heureusement que ces responsables ont compris cela, j'étais très entourée, je n'étais pas seule, j'étais respectée* » dit-elle. Ainsi, les troubles cognitifs qui l'avaient envahi, suite à ces maltraitances organisationnelles antérieures, ont progressivement disparu.

Mais en 2003, il y a un changement de responsable de ce secteur postal. Madame FLORES se retrouve à nouveau déstabilisée. Sa collègue du matin semblant en sous charge et elle-même en surcharge. Il y a des aménagements organisationnels où un collègue aurait dû pouvoir l'aider une heure l'après-midi. Mais dans semble-t-il un climat de déstabilisation organisationnelle des agents de ce secteur, ce collègue refuserait de l'aider. Madame FLORES ne tient plus, « *J'ai eu un malaise, j'ai dit, c'est trop pour moi, et je ne peux plus faire ce travail* » et elle décide pour protéger sa santé de demander à son médecin traitant qu'il la retire de son travail.

### **SYNTHÈSE**

On constate donc, dans le parcours de Madame FLORES, une alternance de maltraitance professionnelle avec des périodes où à l'évidence elle construit sa santé au travail. Elle présente tout d'abord un premier **syndrome de stress post traumatique** lié à une agression physique alors qu'elle travaillait à Paris. On note aussi un **épisode d'usure professionnelle** en rapport avec sa situation de travailleuse vieillissante. Elle est en effet exposée à des horaires de travail incompatibles avec son âge. Elle doit aussi travailler sous contrainte de temps alors qu'elle a perdu la capacité de se protéger. Il s'ensuit pour Madame FLORES lors de son activité professionnelle au tri postal, un **accident de travail du fait de la surcharge et de la fatigue**.

**Puis apparaît une maladie professionnelle à type d'épicondylite professionnelle en rapport avec le travail sous contrainte de temps chez une salariée déstabilisée antérieurement par une maltraitance sexuelle, et qui a perdu la capacité de protéger sa santé au travail.**

**Face à ce harcèlement sexuel, sa direction est intervenue avec retard et ces actes sont semble-t-il restés impunis. Cet épisode de très forte déstabilisation de l'estime d'elle-même a déclenché une thyroïdite auto-immune en rapport avec cet événement non arbitré professionnellement et socialement.**

On peut noter enfin un **épisode de maltraitance organisationnelle**. Son encadrement de l'époque, peut-être déstabilisé lui-même par des réformes qui le mettait à mal, s'en prend à elle. Mais alors, elle n'est pas en état de résister ni de préserver sa santé. **Il s'en est suivi un épisode de dépression réactionnelle professionnelle.**

Si donc Madame FLORES retravaille maintenant à La Poste, du fait du passif d'injustice qu'elle a subi, de son extrême fragilité et de sa difficulté sociale à se protéger contre des maltraitances organisationnelles, elle devrait se retrouver dans un secteur où elle ne risque pas d'être déstabilisée par une organisation du travail contraignante. Ceci devrait lui être garanti par un encadrement en situation de le prendre en compte. Faute de cela, les risques pour sa santé sont sérieux.

*Certificat remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.*

# ALERTE MONSIEUR LE MAIRE

**Benoit DE LABRUSSE**

Après une longue carrière de médecin du travail en service inter-entreprises, j'ai repris depuis plusieurs mois une fonction de médecin de prévention pour les employés d'une mairie, mais sous un contrat de service interentreprises.

C'est un changement culturel important et j'ai du mal à m'adapter aux rapports feutrés de ce type de collectivité. Les relations de pouvoir sont bien différentes que dans les entreprises privées.

En consultation, je suis le bureau des pleurs, recevant la souffrance morale de nombreux employés. Rapidement mon diagnostic est fait : certains cadres intermédiaires ont un « management humain » totalement délétère.

- ◆ Comment agir pour la santé de ces salariés ?
- ◆ De quelles possibilités d'action puis-je disposer ?

Dans cette mairie, il existe une psychologue du travail, très présente. Elle conduit trois types d'actions :

- ◆ Elle est dans une position d'écoute à effet thérapeutique incontestable.
- ◆ Elle tente aussi une action sur les conditions de travail par des groupes de parole
- ◆ Elle intervient dans les processus de mutation de poste à l'intérieur de la collectivité.

Mais son action est limitée par la faible marge de manœuvre qui lui est laissée.

Face à la souffrance de nombreux employés d'un service (DAEF) je ne peux faire appel à son aide que pour des entretiens individuels, ce qui ne fait que soulager les intéressées, ou demander une mutation de poste de travail ce qui revient pour l'employé à fuir. Dans les deux cas la cause de la souffrance n'est pas résolue.

Je me suis posé la question de l'alerte utilisée dans l'article L.1226-2-1 du Code du travail dans le cadre des

entreprises privées. Mais je n'ai pas retrouvé cet article dans les textes concernant la fonction publique(1).

Cela ne m'empêche pas d'alerter l'employeur, en l'occurrence le maire, par le courrier ci-dessous. Comme je suis sans illusion sur ses effets compte tenu des rapports de pouvoir au sein de cette municipalité, ce courrier d'alerte sera aussi inclus dans le rapport médical annuel communiqué au CHS-CT.

Mais comme tous les courriers adressés à cette mairie, passent dans les mains du DGS, j'ai prévu d'en adresser copie aux représentants syndicaux des employés, membres des CHS-CT.

Dans ma stratégie, j'ai entendu la majorité des employées du service DAEF qui, sans doute suite à mon écoute attentive, sont venues en consultation à leur demande. J'ai sollicité de leur part des écrits circonstanciés pour constituer cette alerte.

Parallèlement, les employées du service se sont adressées au syndicat X qui viens de progresser aux élections. Des délégations ont rencontré les élus et le DGS qui reste dans une attitude de déni. Elles ont donc organisé une action de retrait de situation dangereuse pour leur santé.

Un jour j'ai vu arriver dans mon bureau cette délégation syndicale que j'ai bien volonté accueillie. Je leur ai expliqué ma position et ma marge de manœuvre. Dans le même temps la direction du service inter-entreprise, mon employeur, a tenté de m'imposer la présence de son salarié cadre, dans mon bureau. J'ai du lui fermer la porte.

Afin de me protéger d'une plainte au conseil de l'Ordre départemental des médecins (qui vient d'être dissout par le préfet), dans le texte, je fais très attention à bien séparer mes constats médicaux de souffrance et les « dire » des employées.

.....  
1- Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique. Version consolidée au 1<sup>er</sup> novembre 2011

Monsieur le Maire  
Mairie d'A....  
Le \_\_\_\_\_

Monsieur le Maire

Dans le cadre de ma mission de conseil sur l'amélioration des conditions de travail et de la protection des agents contre les nuisances professionnelles, permettez-moi de vous alerter sur l'état de santé d'un certain nombre d'employés municipaux et particulièrement du service DAEF.

Un premier constat écrit a été présenté le 10 janvier 2019 à Monsieur le Directeur Général des Services, en présence de Madame R... DRH. Je n'ai rencontré que déni et mise en cause de ma probité « *vous faites preuve de malhonnêteté intellectuelle* ».

### **MON CONSTAT DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE PLUSIEURS EMPLOYÉS DU SERVICE DAEF**

**D**epuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018, prise de ma fonction de médecin de prévention auprès de la Mairie d'A..., j'ai rencontré en consultation médicale de nombreux employés municipaux du service DAEF (hors agents dans les écoles), tant en poste d'exécutants qu'en situation de hiérarchie intermédiaire.

J'ai constaté, lors de ces consultations, que plus d'une dizaine d'employées présentaient un état aigu de stress et des états anxio-dépressifs nécessitant des traitements anxiolytiques et antidépresseurs.

Avec bien sûr des arrêts de travail parfois longs ou itératifs accompagnés de certificats de médecins traitants liant l'état clinique aux conditions de travail : les diagnostics évoqués étaient : « surmenage », « syndrome anxio-dépressif réactionnel », « stress », « anxiété ».

Plusieurs employées présentaient un état d'épuisement professionnel (improprement appelé « burn-out ») et certains avaient un retentissement sous forme d'hypertension artérielle, d'insomnie, d'envahissement de la pensée au détriment de la vie familiale.

Ci-dessous quelques extraits des paroles que j'ai entendues :

- ♦ « *Extrêmement épuisées moralement et dans un stress permanent.* »
- ♦ « *Depuis des mois, nous venons la "boule au ventre" après des nuits d'insomnie, suivies de journées de travail oppressantes.* »
- ♦ « *L'angoisse nous envahie le matin, guettant son arrivée avec stress.* »

- ♦ « *J'étais tellement à bout de nerfs, tant moralement, que physiquement, à cette période, que je souhaitais consulter mon généraliste pour un arrêt tant j'étais épuisée par cette ambiance.* »
- ♦ « *Nous n'en pouvons plus de ce stress quotidien.* »
- ♦ « *Depuis plus de six mois, je me rends au travail tous les matins en pleurant et la boule au ventre ; cela occasionne de fréquentes migraines ainsi qu'une hausse de tension et des insomnies.* »
- ♦ « *Je n'ai pas pu continuer comme cela, venant la "boule au ventre", dans un énorme stress, ne sachant pas ce qui m'attendrait dans la journée.* »
- ♦ « *Il n'est pas possible de continuer dans ces conditions, avec un état de santé qui empire au fil du temps.* »
- ♦ « *Je suis très angoissée à l'idée de reprendre le travail et retrouver cette ambiance oppressante.* »
- ♦ « *La situation est vraiment insoutenable, nous ne savons pas combien de temps nous allons tenir ainsi.* »
- ♦ « *Ma santé est mise à mal car depuis j'ai des angoisses, et des insomnies.* »
- ♦ « *Je suis extrêmement stressée en état d'épuisement émotionnel.* »
- ♦ « *Mon médecin traitant m'a mis en arrêt de travail pour état anxio-dépressif en lien avec le travail durant x jours et j'ai un traitement médical pour m'aider à surmonter mon état.* »
- ♦ « *Mes conditions de travail éprouvantes sont donc pour moi un poids supplémentaire et jouent sur ma santé physique et mon moral.* »
- ♦ « *Ma santé s'est mise à en pâtir insomnie, stress permanent, tachycardie, migraines.* »
- ♦ « *Après une réunion un peu compliquée avec N+2 j'ai dû me rendre en urgence chez mon médecin car mon œil droit était en grande partie aveuglé (je garde à votre disposition son certificat qui a noté une hausse de tension et de la tachycardie).* »

### **LES FAITS RELATÉS PAR LES INTÉRESSÉES**

**V**ous trouverez ci-dessous les « dire » des employées qui incriminent une responsable hiérarchique. Bien entendu je n'ai pas personnellement constaté les faits et il n'est pas dans mon rôle d'en apprécier la véracité. Toutefois la répétition et la concordance des éléments rapportés sont à prendre en considération et il me paraît évident que les souffrances psychologiques constatées sont en relation avec le vécu au travail de ces agents.

Il est prononcé plusieurs fois le mot « harcèlement ».

Les éléments recueillis sont classés selon les 6 axes des Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail (rapport DARES-DREES dit rapport Gollac) <https://dare.s.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2010-081-2-2.pdf>

Ces « dire » concernent principalement :

**AXE 1 : EXIGENCE DU TRAVAIL**

La surcharge de travail est citée fréquemment, mais ne semble pas être le facteur principal de souffrance.

**AXE 2 : EXIGENCES ÉMOTIONNELLES**

Ne sont pas relatées comme facteur de souffrance. Au contraire, la notion de service rendu au public est souvent évoquée comme facteur positif.

**AXE 3 : AUTONOMIE, MARGES DE MANŒUVRE**

L'absence d'autonomie laissée aux employés et le contrôle excessif sont souvent prononcés. Les paroles citées sont :

- ◆ « Absence d'initiative laissée aux subordonnés »
- ◆ « Reporting contrôle excessif »
- ◆ « Elle a rapidement voulu que je lui rende constamment des comptes. »

Les **dysfonctionnements de l'organisation du travail** sont fréquemment évoqués dans les citations suivantes :

- ◆ « Réunionite ne débouchant sur aucune décision »
- ◆ « Travaille dans l'urgence »
- ◆ « Évaluation "entre deux portes" »
- ◆ « Ordres contradictoires »
- ◆ « Nous devons organiser pour participer aux réunions prévues, mais à plusieurs reprises elle ont été annulées par notre N+2, nous faisant revenir au bureau pour rien, entravant ainsi notre travail. »
- ◆ « Ne sachant pas quel sera son attitude à notre égard, si nous pourrions sereinement, réaliser les missions programmées qui nous incombent et dont madame X... se charge de les désorganiser, annule des réunions à la dernière minute sans nous prévenir. »
- ◆ « Elle me reproche de ne pas avoir transmis des informations sur certains dossiers alors que les éléments sont sur le fichier commun et que nous lui avons expliqué ou se trouvaient les informations. Elle modifie, et déplace les dossiers informatiques, du coup nous nous retrouvons perdus dans nos fichiers. »

- ◆ « Elle utilise un langage paradoxal, disant une chose puis son contraire. ("Établit ce document" puis une fois le document établi vous dit "Non, je n'ai pas dit de faire cela") ».

- ◆ « Elle rend confuses les choses les plus simples afin d'amener l'autre à douter faisant ainsi perdre son estime de soi et sa confiance en soi. »

- ◆ « Nous avons souhaité à plusieurs reprises aller et dialoguer, avec madame N+3 et madame N+2, pour résoudre les problèmes et travailler dans de bonnes conditions, mais rien n'a changé. »

**AXE 4 : RAPPORTS SOCIAUX, RELATIONS DE TRAVAIL**

Les relations et coopérations de travail entre collègues satisfont les intéressés et s'expriment par :

- ◆ « Nous formions une équipe qui travaillait en parfaite harmonie avant son arrivée en mars 2018. »

Mais le « climat » de travail vécu par les collègues de travail est perçu comme délétère :

- ◆ « Lorsque mes collègues de travail sont à leur tour victime de harcèlement de sa part, cela provoque une usure émotionnelle car ses attitudes négatives vis-à-vis de l'ensemble de l'équipe ont forcément un impact car vous craignez que votre tour n'arrive. »

L'absence des éléments élémentaires de politesse est évoquée par :

- ◆ « Pas de salutation »
- ◆ « Jamais bonjour »

Par contre des **violences verbales** sont relatées de nombreuses fois dans les « dire » suivants :

- ◆ « Elle crie. »
- ◆ « Elle se met en colère. »
- ◆ « En hurlant à l'autre bout du couloir. »
- ◆ « À plusieurs reprises, elle a crié dans le service. »
- ◆ « Elle a crié dans le hall du service lorsque nous étions en entretien d'évaluation, ou en rendez-vous avec le personnel. »
- ◆ « Crie pour donner des ordres. »
- ◆ « Elle a insisté en parlant très fort alors que je parlais. »
- ◆ « Suite à mon refus de me laisser faire le ton est monté. »
- ◆ « Puis sur un ton très agressif, et en prenant à témoin la personne présente elle insiste. »
- ◆ « Tu ne comprends rien ! »
- ◆ « Elle est alors rentrée en conflit permanent avec moi m'intimant l'ordre, en criant et en accompagnant celui-ci d'un doigt pointé vers moi, de re-

*tourner dans mon bureau, à chaque fois que je voulais des explications. »*

Il est même évoqué parfois des violences physiques :

- ◆ « Elle m'a saisi par le bras pour me faire sortir de mon bureau ».
- ◆ « Attrape une collègue par le bras. »

L'**autoritarisme** est signalé de nombreuses fois et très mal vécu par les employées dans les relations suivantes :

- ◆ « Je t'ordonne. »
- ◆ « Je veux. »
- ◆ « Moi je suis ta chef, tu dois m'obéir. »
- ◆ « Très rapidement elle a eu à mon égard un comportement très autoritaire et agressif. »
- ◆ « "Il faut que tu viennes immédiatement dans mon bureau, je te l'ordonne, c'est moi le chef", en hurlant à l'autre bout du couloir. »
- ◆ « L'attitude plus qu'autoritaire et négative de notre N+2. »
- ◆ « Très rapidement elle a eu à mon égard un comportement très autoritaire. »
- ◆ « J'ai rapidement dû faire face à un comportement autoritaire. »
- ◆ « "C'est moi la chef", quatorze fois de suite. »
- ◆ « "Tu dois courber l'échine, je suis ton chef", sont les mots qu'elle me répète. »
- ◆ « Ordres impératifs »
- ◆ « J'ai rapidement dû faire face à un comportement autoritaire. »
- ◆ « Il faut que tu m'expliques "de suite" »
- ◆ « Je ne comprends rien explique moi, plus lentement, etc. »
- ◆ « Tu ne m'avais pas dit qu'il fallait faire ça ! »

Les employées évoquent aussi la pratique du **court-circuit hiérarchique** qui est vécu comme une délégitimation par les intéressées dans les dires suivants :

- ◆ « Intervenue directement auprès des agents enlevant à mes collègues, même, toute légitimité de notre fonction d'encadrant. »
- ◆ « Non-respect de la hiérarchie »
- ◆ « Accorde à ma place des dérogations horaires »
- ◆ « Très vite, elle est intervenue dans le fonctionnement de mon secteur : elle s'est rendue dans les écoles, a reçu certains agents des écoles ; la plupart du temps sans nous tenir informées. »
- ◆ « À notre insu, rencontrer les agents, nous faisant passer volontairement pour incompetentes, indisponibles. »

Il est aussi évoqué des **comportements dégradants**, notamment devant des collègues ou devant le public

dans les propos suivants :

- ◆ « Puis elle m'a traitée de menteuse, m'a fait des procès d'intention, m'a reproché de partir plus tôt, de ne pas dire où j'allais (mes missions m'amenant à me déplacer à l'extérieur). »
- ◆ « Critique les collègues de travail devant moi. »
- ◆ « M'a dit "Ça pue ici" devant tout le monde alors que j'étais en train de déjeuner. »
- ◆ « Mise en cause des compétences "Tu sais le faire ?" »
- ◆ « Me discréditant auprès des agents, auquel on a dit que j'avais commis une faute professionnelle et pour une fois encore laisser entendre que les collègues n'accomplissaient pas leur mission. »
- ◆ « Son comportement au quotidien est fortement déstabilisant et très souvent humiliant : elle fait preuve d'autoritarisme, me parle mal, y compris devant des personnes extérieures au service. »
- ◆ « Elle met en doute mes capacités et m'ordonne de faire le travail que je fais au quotidien depuis plus de dix ans. »
- ◆ « La plupart des courriels qu'elle m'adresse sont souvent chargés de reproche ou de remarques désobligeantes (ces courriels sont également envoyés à d'autres personnes), insinuant ainsi que je ne fais pas mon travail. »
- ◆ « Elle m'a reçue avec ma responsable dans son bureau avec la porte grand ouverte sur le hall d'accueil du public. »
- ◆ « Au retour d'un long arrêt de travail, elle m'a reprochée que durant mon absence, le secteur avait manqué d'informations pour fonctionner correctement. Ma responsable directe a quant à elle insisté sur le fait que contrairement à ses dires, j'avais transmis toutes les informations nécessaires au bon fonctionnement du secteur. Toute la réunion n'a été que reproche, alors que j'étais encore extrêmement fragile suite à mon arrêt de travail. »
- ◆ « Elle parlait assez fort pour que tout le service entende, et parlant des collègues "Je mettrai une mauvaise note sur leur évaluation". »
- ◆ « En permanence vous êtes dévalorisé, menacé ou l'on vous fait culpabiliser ou certains documents disparaissent. »
- ◆ « Ceci crée un climat de peur, et d'inquiétude. »
- ◆ « Lors de réunion de service, devant mes collègues elle a sous-entendu que si je ne lui parlais pas de mon travail en détail c'est peut-être parce que j'étais malhonnête. »

AXE 5 : CONFLITS DE VALEURS

L'éthique du travail, parfois vécue comme mise à mal, est évoquée :

- ◆ « Me donne un ordre de faire une faute financière. »
- ◆ « Me demande que je fasse des choses que j'ai jugées inappropriées voire inexactes. »
- ◆ « S'accapare nos projets. »
- ◆ « Alors que nous souhaitons accomplir nos missions le plus sereinement possible, dans l'intérêt du services et des agents et du notre bien évidemment. »

AXE 6 : INSÉCURITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE

Ce thème est rarement évoqué sauf sous la forme des propos suivants :

- ◆ « Je suis actuellement sur mon poste de travail car je ne peux me permettre financièrement de cesser indéfiniment mon activité. »
- ◆ « Changement de poste de travail demandé »

CONCLUSION

Ces éléments ne mettent en cause ni la subordination des employés aux instructions de travail ni la nécessité d'une organisation hiérarchique.

Ces employés municipaux sont en souffrance psychologique au travail qui est à l'origine d'une **désorganisation de la production et de la qualité du service rendu et d'un fort taux d'absentéisme**

Monsieur le Maire, j'espère que, conscient du bien être au travail des employés municipaux, vous apprécierez la gravité de la situation et que vous pourrez prendre les mesures nécessaires afin que la sérénité puisse régner dans ce service.

Je vous serai reconnaissant de bien vouloir m'informer des suites que vous compterez donner à mes constatations.

Soyez assuré, Monsieur le Maire, de mes sentiments les meilleurs.

*Docteur Benoit de Labrusse*

ÉPILOGUE

Je recevrai quelques jours après son envoi, une réponse de M. le maire

« Des groupes de travail de niveaux hiérarchiques ont été constitués, ces derniers ont deux objectifs :

- 1) Établir un diagnostic de la situation professionnelle.
- 2) Évaluer les mesures appropriées à mettre en place à court et moyen terme.

Ces groupes sont animés par deux psychologues (psychologue du travail et psychologue clinicienne) qui sont chargées de faire des points d'étape tout au long de l'accompagnement. »

—————

Réponse inappropriée bien entendu.

Comme si le diagnostic n'était pas connu ! La thérapie proposée est une traditionnelle cellule d'écoute qui évidemment ne peut, agir sur les causes : les dysfonctionnements managériaux.

Bien entendu cette alerte sera utilisée par le syndicat et se retrouvera partiellement dans la presse, heureusement sans que mon nom soit cité. Cela ne plaira pas à la direction du service interentreprises qui s'émeut du retentissement auprès des employeurs (mais pas auprès des salariés !).

Plus difficile à accepter, le jeune confrère en charge d'une partie des salariés de cette mairie, s'offusque de ma pratique. Pour lui le courrier d'alerte ne devait être adressé qu'au DGS et ne pas être communiqué aux salariés, même si la démarche était d'avance vouée à l'échec. D'autres confrères approuveront la diffusion de l'alerte aux salariés. Ces derniers pourront ainsi disposer d'un outil/diagnostic dans leur négociation avec leur hiérarchie.

Depuis, j'ai repris une activité en service interentreprises.

# « ANIMER ET COORDONNER » UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE SANS INFIRMIER

Jean-Louis ZYLBERBERG

Entre janvier 2010 et mai 2014, j'ai abandonné mon métier de médecin du travail pour devenir médecin-inspecteur. Quand en juin 2014, je redeviens médecin du travail dans un service inter-entreprise du secteur de la construction, je découvre la déclinaison de la réforme de la santé au travail de 2012.

Dès les premières semaines, j'apprends que l'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP, la terminologie du service est technicien hygiène sécurité environnement, THSE), qui travaille avec trois médecins temps plein et deux médecins temps partiel dans deux centres éloignés géographiquement, a pour travail prescrit par la direction du service la rédaction des fiches d'entreprise « au kilomètre ».

Je lui propose la modalité de travail : la rédaction de la fiche d'entreprise sera à deux voix. Dans un premier temps, il pratique comme la direction du service lui a demandé : prendre rendez-vous avec l'employeur ou le comptable de l'entreprise et lors de leur entretien remplir les paragraphes de la « fiche d'entreprise type ».

Dans un second temps, nous nous rencontrons mensuellement, une demi-journée, et élaborons ensemble la fiche d'entreprise dès que j'ai rencontré en consultation au moins deux salariés de l'entreprise. La plupart de mes collègues cliquent sur la touche « Validation de la fiche d'entreprise », une fois que la/le THSE a rédigé la totalité de la fiche d'entreprise. Cela permet ainsi d'améliorer « notre score fiches d'entreprises faites ».

De formation initiale technique, il me laisse « carte blanche » pour rédiger le chapitre « Risques psychosociaux » de la fiche d'entreprise type.

Dès septembre 2015, il va quitter le service car il a une opportunité d'emploi dans sa région.

La nouvelle THSE va très vite me passer le message que : « Faire des fiches d'entreprises au kilomètre » n'améliore pas sa santé au travail...

Il va me falloir presque deux ans pour « admettre » de ne plus travailler « à l'ancienne » (avant la pluridisciplinarité dans les services inter-entreprises où j'étais polyvalent et polyvalent). La THSE souhaite « faire des études de poste » mais pas dans le cadre prescrit par la direction à partir de la nouvelle réforme en place en 2017 ; une étude de poste doit être faite « rapidement » dans le cadre d'une inaptitude médicale prévisible pour la rédaction « réglementaire » de la fiche d'aptitude.

Dans le même temps, la direction crée un nouveau poste de travail, l'« Assistant en Santé au Travail 2 » : c'est un(e) secrétaire médical(e) qui, en plus d'assister le médecin lors des consultations, est en appui administratif de l'équipe pluridisciplinaire. Au départ, cet appui va se résumer à contacter les entreprises par téléphone et/ou courriel pour tenter de récupérer les fiches de données de sécurité et les fiches techniques des produits utilisés dans les entreprises.

La « complicité » entre la THSE et l'ASST 2 va aboutir à la demande suivante : « *Les études de poste pouvons nous les faire à deux ?* », « *On aimerait bien faire des sensibilisations sur les risques professionnels dans les entreprises à deux ?* ».

Les actions collectives de prévention sont réglementairement dévolues aux infirmier(e)s. Oui mais je ne travaille toujours pas avec un(e) infirmier(e)...

J'ai donc « improvisé ». Pour une TPE de maçonnerie, je leur ai demandé un compte rendu écrit à deux voix de leur étude de poste. Puis, comme la sensibilisation sur les risques de TMS, apparaissait dans leur compte

rendu écrit, je leur ai proposé de me soumettre leur support de sensibilisation en leur demandant de s'appuyer sur leur étude de poste. Après de nombreux allers-retours, elles ont effectué leur sensibilisation, « ignorées » par l'employeur présent avec ses trois salariés. Fort des informations recueillies, la THSE et moi avons rédigé une fiche d'entreprise enrichie de leurs travaux précédents.

En septembre 2014, j'apprends par un courriel de l'infirmière qui a été embauchée le même jour que moi qu'elle sera « mon infirmière ». J'informe ma direction et l'infirmière que je refuse car elle travaille géographiquement dans un autre centre et qu'il n'y a qu'un seul bureau infirmier dans le centre où je travaille et qu'une infirmière travaille déjà pour mes deux collègues.

À ce jour, je ne travaille toujours pas avec un(e) infirmier(e) mais suite à la création d'un second bureau infirmier dans le centre, je commencerai à travailler avec une infirmière dans quelques mois.

En mai 2015, ma direction m'adresse un courriel pour « m'apporter des précisions sur les modalités de programmation des visites » :

*« 1) les visites de reprises du travail sont programmées à raison de deux/heure ;*

*2) les visites "amiante" sont programmées à raison de deux/heure ;*

*3) les visites de pré-reprise, demande salarié et demande employeur sont programmées à raison de deux/heure*

*4) les visites périodiques sont programmées à raison de quatre/heure. »*

Ma réponse à ma rédaction, avec copie au médecin-inspecteur, était le début d'une longue histoire jusqu'au courrier de février 2016 d'entretien préalable avant licenciement.

La réforme en place en janvier 2017 m'a permis d'écrire à l'assistante planifiant depuis 2015 mes consultations, avec copie à sa responsable, que le contenu des consultations étant réglementé (information sur les risques et sensibiliser sur les moyens de prévention) dorénavant les consultations dites périodiques devaient être planifiées toutes les trente minutes.

Les injonctions paradoxales (travail prescrit de la direction du service, travail prescrit par l'animateur et le coordonnateur de l'équipe) des IPRP et ASST de mon équipe nécessitent une vigilance qui est parfois impossible.



*Chère lectrice, cher lecteur,  
L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du CAHIER annuel — 6 000 € (impression et routage) — pour un tirage à 600 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 27***

*En vous remerciant à l'avance.*

*Le bureau de l'ass. SMT*

# PRATIQUES ACTUELLES AU REGARD DES CHANGEMENTS LÉGISLATIFS UN EXERCICE BOUSCULÉ DES COOPÉRATIONS À RÉINVENTER

*Journée de Printemps 16 mars 2019*  
*Rapporteur Jean-Louis ZYLBERBERG*

**DANS UN ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL CONTRAINT, COMMENT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LES SST PEUVENT-ILS EXERCER LEURS MISSIONS DE TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RISQUES ET DE LEURS SIGNALEMENTS ?**

L'environnement professionnel contraint dans les SST interentreprises est orchestré par la rédaction de projets de services et la signature de CPOM purement gestionnaires : indicateurs uniquement quantitatifs. Par exemple nombre de fiches d'entreprise à réaliser par un IPRP « validées » par le médecin du travail.

D'autre part, les échanges institutionnels entre pairs (réunions entre médecins du travail, entre infirmiers, entre IPRP), soit n'ont plus lieu « repli sur soi » défensif des professionnels, soit se résument à une succession de transmissions d'informations.

Dans les SST autonomes, les échanges institutionnels ne se font qu'entre professionnels de santé et délégués de l'employeur (médecin « coordinateur » ou représentant de la direction), sans présence des représentants du personnel, pour « harmoniser les pratiques », ce qui est lié :

- ♦ soit à une volonté managériale de « normaliser » les pratiques des médecins du travail en intervenant sur le contenu des pratiques ;
- ♦ soit à une volonté de transformer les professionnels de santé en auxiliaires de santé de la direction des entreprises.

Comme tout salarié, le professionnel de santé dans les SST, face à cet environnement professionnel contraint,

va adopter des conduites défensives utilisées comme règles de métier. Les raisonnements professionnels sont envahis par la peur de l'engagement écrit : « Je n'alerte pas collectivement la direction et les représentants du personnel mais je sous-traite cette alerte à une consultation de souffrance au travail. » ; « Je n'ai pas personnellement constaté un risque, donc je ne puis l'attester. » ou si j'ai observé le travail « Je ne trace plus dans le dossier médical de santé au travail les risques car, en cas de procès, la copie de ce dossier sera visible des avocats de l'employeur. Si je n'ai pas tracé, je ne peux donc plus remettre au salarié une attestation d'exposition des risques. »

Pour éviter l'aggravation de la santé du fait du travail des salariés, comment les professionnels de santé peuvent-ils encore instruire les causalités professionnelles des atteintes à la santé ?

## **RECONSTRUIRE UN COLLECTIF DE TRAVAIL DÉFENSIF POUR UNE ÉTHIQUE DU MÉTIER**

Se confronter avec la réalité du travail, collectivement :

- ♦ Un collectif débutant à deux professionnels, les réunions de « débriefing » entre médecin et infirmier(e) sont une première piste.
- ♦ Les réunions informelles entre membres de l'équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, IPRP), en s'imposant un ordre du jour et un compte rendu écrit rédigé par chacun des professionnels à tour de rôle, permettent de s'affranchir des demandes des directions de SST.

Il est donc indispensable de construire un collectif de travail pour les professionnels de santé évoluant dans

des zones de conflit social qui peut permettre de faire émerger des réflexions sur ses postures professionnelles (façons d’agir ou pas). Il permet de confronter ses pratiques éthiques, et d’accepter certains accommodements stratégiques à sa pratique ? Concernant les traçabilités des expositions professionnelles, il existe plusieurs types de supports :

- ◆ Ceux fournis par l’employeur :
  - ❖ à type de DUEvRP (Document Unique d’Évaluation des Risques Professionnels) ;
  - ❖ de fiches de poste collectives, c’est le travail prescrit.
- ◆ Celles élaborées par le service médical du travail (médical + IPRP) qui peuvent retracer le travail prescrit mais aussi le travail réel.
  - ❖ le DMST (Dossier Médical en Santé au travail).
  - ❖ La fiche individuelle d’exposition, essentiellement alimentée par le colloque singulier (médecin ou infirmière) permettant de dévoiler le travail réel quand la confiance s’est installée.
- ◆ Et sur un plan collectif :
  - ❖ La fiche d’entreprise qui doit retracer le point de vue de l’équipe médicale.
  - ❖ Le rapport médical annuel.

Les professionnels de santé doivent tracer par écrit leurs demandes de fiches de poste auprès des entreprises, de fiche individuelle d’exposition à l’amiante (et pour les périodes entre 2002 et 2012 celle pour les agents chimiques dangereux). Parfois des employeurs rechignent à délivrer de tels documents qui engagent leur responsabilité juridique.

En l’absence de remise d’attestation d’exposition par l’entreprise, le professionnel de santé peut remettre son attestation des risques afin de faciliter le suivi post-professionnel, par exemple pour faciliter sa pratique, le professionnel peut faire sienne les fiches collectives de poste ou de métier (site internet *Bossons futé*, *FAST BTP*, etc.), les matrices emploi-exposition (ex. *MATGENE-SUMEX*). Il peut les compléter par sa propre analyse collective et individuelle, des risques.

La traçabilité des risques psychosociaux, partant de cas individuels doit s’étendre au collectif de travail Ce qui permettra de mettre en visibilité et de faciliter la compréhension des effets délétères des organisations du travail sur sa santé par le salarié.

Travailler sur sa propre organisation au sein du SST, permet au professionnel de santé d'utiliser ses pratiques pour subvertir les contraintes contraires à son éthique et ce faisant de subvertir sa souffrance en plaisir.

## B U L L E T I N   D ’ A D H É S I O N

**Coupon à renvoyer à :**

Association SMT 12 Rue Adrien Damalix 94410 ST MAURICE

Tél. 06 79 72 44 30 / courriel : [secretaire@a-smt.org](mailto:secretaire@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 2019.

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°36 m’a intéressé(e) : je ne suis pas membre de l’ass. SMT, je réserve le CAHIER N°37 (à paraître courant 2020)**

**Adresser à Ass. Santé et Médecine du Travail**

**12 rue Adrien Damalix 94410 SAINT MAURICE**

# PLURIDISCIPLINARITÉ COOPÉRATIVE EN SST

## APPROCHE « PAR LE TRAVAILER » DU SALARIÉ

### DE CHAQUE MÉTIER DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ

Alain GROSSETÊTE

Dans le fonctionnement d'une **équipe pluridisciplinaire**, comment tenter d'articuler les points de vue cliniques de l'équipe médicale, avec les points de vue des autres métiers de la pluridisciplinarité, notamment celui d'ergonome, de psychologue clinicien ou du travail. Comment faire ? L'idée de la coopération se profile au travers de la question !

Une même grille de lecture pour chacun des métiers est-elle envisageable pour qu'une coopération entre les métiers de la pluridisciplinarité soit possible ? Peut-on concevoir qu'il existerait une sorte de chef d'orchestre entre les métiers de la pluridisciplinarité, lecture possible du médecin qui « anime et coordonne » l'équipe pluridisciplinaire ?

Il existe plusieurs approches des questions de la santé au travail de la part des métiers de la pluridisciplinarité. La première, en parenté étroite avec le modèle assurantiel de prévention des AT/MP, est une approche par les risques « en soi »(1) (par exemple un risque électrique). Elle a contribué à la création de la médecine du travail. Elle est également celle des techniciens HSE, et de certains IPRP. Une autre approche s'est ensuite lentement dégagée du côté d'une fraction de médecins du travail : l'approche par la clinique, qui ne considère jamais la question du risque indépendamment du corps, et du rapport subjectif que les personnes exposées au risque entretiennent avec lui.

.....  
1- Le législateur a employé le terme de risque « a priori » dans la rédaction du document unique à rédiger par l'employeur.

L'arrivée des IDEST dans les services de santé au travail interentreprises a changé la donne. Auparavant exclusivement médicale, l'approche clinique est désormais celle de plusieurs professions : médicale et infirmière, centrées sur l'accès au corps (clinique médicale du travail) ; celle de psychologue — en dehors de l'équipe médicale, mais dans l'équipe pluridisciplinaire — est une autre approche clinique (clinique psychologique du travail). Dans l'exercice de leur mission, les autres métiers de la pluridisciplinarité sont dans une approche exclusivement collective. Professionnellement leur approche première dans un service de santé au travail se focalise sur les risques(2).

Dans l'articulation de l'individuel avec le collectif, recherchée dans la prévention, il y a plusieurs questionnements : comment des symptômes recueillis en consultation par l'équipe médicale peuvent-ils contribuer à nourrir une information collective utile à la prévention et à faciliter l'intervention des salariés eux-mêmes ? Et comment faire fructifier le matériel clinique et les analyses amenées par les IPRP de l'équipe pluridisciplinaire ?

Toutes ces questions amènent à penser une pratique de coopération entre des métiers composant l'équipe pluridisciplinaire. Or le constat est qu'à côté d'exemples

.....  
2- L'approche collective par les risques est bien liée à l'exercice de ces professionnels en service de santé au travail, et non strictement à leur métier. Par exemple, un ergonome de formation peut exercer comme clinicien dans un autre cadre : comme c'est le cas dans certaines consultations de *Souffrance et Travail*. C'est aussi le cas du psychodynamicien.

réels de coopération, il existe aussi des pratiques professionnelles renvoyant chaque métier à un travail chacun dans son coin.

Sur le terrain, la coopération ne se prescrit pas. Mais elle induit des pratiques et produit des règles professionnelles. L'objectif de préservation de la santé des salariés est le socle commun aux métiers de la pluridisciplinarité. Mais en pratique, s'entendre et se comprendre entre métiers différents, nécessite de disposer d'une même grille de lecture pour chacun des métiers, qui permette d'« entrer sur le travail ». Cette grille de lecture peut s'établir à partir de l'exploration du « travailler » des salariés, par des voies différentes propres à chaque métier. Pour l'ergonome, l'approche par le « travailler » c'est l'analyse de l'activité. Sa découverte à partir de la fin des années soixante-dix a profondément changé le regard des médecins du travail et leur pratique professionnelle. Pour ces derniers comme pour les IDEST, l'approche par le « travailler » est le point de départ de la clinique médicale du travail. Pour le psychologue clinicien ou pour le psychologue du travail, l'approche par le « travailler » est une approche possible, en collaboration avec l'équipe médicale.

À chaque métier de soutenir sa position dans le « travailler », le « travailler » des salariés, et le sien : place à la controverse et à la dispute professionnelle dans l'équipe pluridisciplinaire !

Il revient à l'équipe médicale(3) de défendre et soutenir dans l'équipe pluridisciplinaire l'intérêt de l'approche clinique dans la construction d'une prévention collective. Par exemple dans le cas où l'entretien individuel révélerait une situation potentiellement risquée pour la santé, l'entretien clinique sonne l'alerte. Elle peut donc être précoce. Elle corrobore très souvent des observations recueillies en milieu de travail ; le « matériel clinique » recueilli et restitué de façon anonyme fait l'objet d'une présentation auprès de l'équipe pluridisciplinaire ; de même, les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, nommés globalement IPRP, et notamment les ergonomes, exposent les résultats de leur propre approche. Des divergences (fructueuses) apparaissent. Il y a ensuite délibération sur ce que va faire ou pas l'équipe, même si en définitive, le pouvoir d'agir sur le travail revient aux travailleurs eux-mêmes.

Une équipe pluri qui fonctionnerait de la sorte installe des pratiques professionnelles de coopération entre les différents métiers, avec pour chacun de ses membres la possibilité de délibérer au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

.....  
3- D'après les textes l'équipe médicale est composée du médecin et de l'IDEST.

Dans les textes la notion de coopération ne figure pas, n'est même pas nommée. Il y a un chef d'orchestre. La mission que lui confère le législateur d'« animer et coordonner l'équipe pluridisciplinaire » fait question. Elle attribue au médecin un rôle de pilote de l'équipe pluri ce qui est susceptible, en forçant à peine le trait, d'être interprété de deux façons sur le terrain :

- ♦ **« Animer et coordonner », version autoritaire :** au sens où elle conférerait une autorité du médecin sur les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. C'est la lecture qu'en font Les directions de service inter qui s'en emparent et le traduisent en terme managérial (et organisationnel[4]). Elles tentent de le légitimer cette position en conférant au médecin une autorité sur les autres membres. La mise sous tutelle d'un métier sur un autre ou sur les autres sonne le glas de toute coopération.
- ♦ **« Animer et coordonner », version délibérative :** la coopération repose sur l'expression de chaque métier. Aucun des métiers ne « vaut » plus qu'un autre et n'est à positionner selon l'établissement d'une hiérarchie. S'il y a une dispute professionnelle, il y a débat et c'est la délibération qui fait autorité. Qui la préside ce jour-là, ou un autre, importe peu !

*NB : Le propos ici tenu porte surtout sur le travail en service interentreprise. La situation est en effet un peu différente s'agissant des THSE de services autonomes travaillant avec médecin et IDEST. Mais la problématique reste la même ! Éviter d'impacter la santé d'un collectif au travail ; et pour cela, porter toute l'attention nécessaire au « travailler » des salariés et au nôtre.*

.....  
4- C'est la question de l'autorité technique du médecin vis-à-vis de l'infirmière à l'hôpital, sur le diagnostic médical et le traitement d'une pathologie, qui n'induit en droit, aucune hiérarchie entre médecin et infirmier(e) mais non en fait !

# NOUVELLES PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL

**Compte-rendu du Congrès de l'Association SMT du 24 novembre 2018**

**Rapporteurs : Karyne CHABERT, Benoit DE LABRUSSE**

La discussion porte sur le texte proposé par Bernadette Berneron : « *Augmentation du nombre de visites à la demande, quelques exemples de pratiques du médecin du travail* ».

Dans ce texte, les cas concrets illustrent la clinique médicale du travail, les chiffres donnés illustrent une pratique clinique. Ils montrent une autre forme de suivi clinique qui délaisse le suivi périodique et se concentre sur des secteurs particuliers notamment :

- ◆ Le suivi post professionnel.
- ◆ Les attestations collectives.
- ◆ La CMT (Commission Médico Technique).
- ◆ Les situations médico-administratives inexplicables.

Elle montre la surcharge médico-professionnelle et définit ses priorités :

- ◆ La veille médicale.
- ◆ La coopération avec l'infirmière dans l'équipe médicale basée sur la confiance réciproque.
- ◆ Le médecin du travail endosse la responsabilité de l'équipe médicale et pluridisciplinaire (IPRP).
- ◆ L'alerte collective écrite.

Le texte de Bernadette Berneron ouvre des horizons en montrant les pratiques de construction de la coopération avec l'IST (infirmière en santé au travail). Aussi ne devrait-il pas y avoir dans nos contrats de travail, une clause prévoyant, un staff d'échange hebdomadaire avec l'IST ?

Ce texte laisse à voir la construction de l'invisibilisation des risques professionnels et de leurs effets. Il est courageux et montre à voir la réalité du changement

d'exercice de la médecine du travail, bien qu'un sentiment d'usure apparaisse.

Il jette le doute sur les capacités d'action du médecin du travail en décrivant comme seule solution l'accompagnement du salarié à la sortie (de la situation de travail engendrant la souffrance)

Sur le supposé désenchantement dans l'écrit de Bernadette Berneron :

Ne serait ce pas une attitude défensive, puisqu'elle tient sur des positions essentielles. Notamment sur la rédaction des CMI (Certificat Médical Initial) de MP (Maladie Professionnelle) ?

Puisque les préconisations d'aménagement de poste de travail ne permettent pas de changer les conditions de travail, les questions posées sont « Comment le médecin du travail peut-il changer le monde du travail ? Qu'est ce que l'on sauvegarde de notre champ d'action ? Quelles valeurs tenir ? ».

## **TÉMOIGNAGES SUR LES PRATIQUES DE MÉDECINS DU TRAVAIL (BTP, HOSPITALIER, ETC.)**

### *DANS LE BTP*

Le recul de l'âge de la retraite à 62 ans, augmente le travail au noir - on trouve même des salariés de plus de 65 ans -, ce qui aggrave le vieillissement de la population qui est usée mentalement et physiquement. Face à cette perte des capacités, le médecin du travail, en accord avec le salarié, tente des préconisations d'aménagement de poste de travail. Mais ces restrictions entraînent une stigmatisation par les collègues. Aussi le médecin du travail a tendance à diminuer ses préconisations

Ce que les salariés pensent des médecins du travail, c'est l'apocalypse : la pratique de beaucoup de médecins du travail n'est pas défendable.

Face à l'objectif à conserver « La santé des salariés », le risque est :

- ♦ L'épuisement dans le temps.
- ♦ L'isolement du médecin du travail de ses collègues de travail qui ont renoncé à leurs valeurs face aux pressions des directions pour une prestation de service en santé/sécurité auprès des entreprises.

Du fait de la surcharge de travail les échanges de pratiques avec les collègues de travail sont devenus impossibles. Cela contribue à l'effondrement de la construction de règles collectives de travail.

*DANS LA FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT*

Ma pratique d'alerte sur risques collectifs provoque des réactions épidermiques de la hiérarchie dans une institution où la pratique antérieure des médecins du travail n'était pas celle de faire des analyses collectives (en partie par manque de temps médical, par turn-over des médecins du travail et par divergence de la pratique professionnelle...). Dans une structure où les responsabilités hiérarchiques sont déléguées et diluées (le directeur régional est responsable des conditions de travail mais délègue sa responsabilité au directeur d'unité concernant l'organisation de travail par exemple), dans un contexte où l'unité de travail comprend des salariés rémunérés par des employeurs différents il est particulièrement aisé, pour l'interlocuteur, de critiquer la forme de l'alerte plutôt que de se saisir du fond pour faire évoluer les situations à risque.

*DANS UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS PUBLICS*

Lors des préconisations sur la fiche de visite médicale il est demandé d'identifier les échanges avec l'employeur et de dater l'étude de poste. Or la notion d'« étude de poste » n'a pas de définition légale et le Médecin Inspecteur Régional du Travail valide l'absence de nécessité de se rendre sur le lieu de travail

La disparition de la notion d'aptitude, pour une partie des salariés (sans SIR [Suivi Individuel Intérêt Renforcé]) comme dans la Fonction publique, permet de se concentrer sur les conditions de travail.

Dans les comptes rendus de GAPEP (Groupe d'Analyse des Pratiques) les médecins du travail évoquent le refus non argumenté, non écrit, de l'employeur, aux demandes d'aménagement des postes de travail. Le médecin du travail se trouve alors fort démuni et n'a d'autre solution que de proposer une inaptitude au salarié.

Dans l'art L.226-2-1(1) il est suggéré que le médecin du travail se prononce sur l'impossibilité de reclassement du salarié (« *Tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.* »). Cette formulation n'est elle pas une substitution de la responsabilité du non reclassement de l'employeur vers le médecin du travail ?

*DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE*

Il se pose le problème du choix du travail de nuit par le personnel hospitalier : c'est d'abord un choix social qui fait l'impasse sur les conséquences sur la santé. Aussi est il important d'instruire la question du travail de nuit, de tracer cette décision dans le DMST (Dossier Médical de Santé au Travail).

Dans la FPH (Fonction Publique Hospitalière) j'ai pu remarquer qu'il y a parfois de vraies superpositions entre le rôle du médecin du travail et le rôle du médecin agréé. Il arrive que l'avis du médecin agréé concerne non seulement l'aptitude aux fonctions mais aussi l'aptitude au poste. Et encore : il arrive très souvent que le médecin agréé réinterprète comme inaptitude, l'aptitude avec restrictions délivré par le médecin du travail (ex : le médecin du travail délivre « Apte avec restrictions » et le médecin agréé écrit « Les restrictions délivrées par le médecin de prévention entraînent une inaptitude temporaire au poste »). Cela engendre pas mal de soucis d'interprétation pour l'employeur et pour l'agent concerné.

**RAPPORT LECOQ(2)**

Le rapport LECOQ fait l'impasse sur le tiers temps du médecin du travail. Il construit l'invisibilité des risques du travail :

- ♦ En abolissant le lien de « coordination » avec les

.....  
**1- Article L.1226-2-1** : « *Lorsqu'il est impossible à l'employeur de proposer un autre emploi au salarié, il lui fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à son reclassement.*

*L'employeur ne peut rompre le contrat de travail que s'il justifie soit de son impossibilité de proposer un emploi dans les conditions prévues à l'article L.1226-2, soit du refus par le salarié de l'emploi proposé dans ces conditions, soit de la mention expresse dans l'avis du médecin du travail que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.*

*L'obligation de reclassement est réputée satisfaite lorsque l'employeur a proposé un emploi, dans les conditions prévues à l'article L.1226-2, en prenant en compte l'avis et les indications du médecin du travail.*

*S'il prononce le licenciement, l'employeur respecte la procédure applicable au licenciement pour motif personnel prévue au chapitre II du titre III du présent livre. »*

**2- Lien vers le rapport LECOQ** [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/08/rapport\\_de\\_mme\\_charlotte\\_lecocq\\_sur\\_la\\_sante\\_au\\_travail\\_-\\_28.08.2018.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/08/rapport_de_mme_charlotte_lecocq_sur_la_sante_au_travail_-_28.08.2018.pdf)

IPRP sous la dépendance hiérarchique des directions des SSTIE (Services de Santé au Travail Inter-entreprises).

- ♦ En éloignant le médecin du travail du milieu de travail.
- ♦ En n'accordant pas aux infirmières un statut protecteur leur permettant de résister aux injonctions directoriales.
- ♦ En faisant disparaître la fiche d'entreprise (FE), il ne permet plus l'alerte collective.

Dans ce rapport, l'expression « santé au travail » se substitue à « altération de la santé du fait du travail ». Ce glissement de vocabulaire a un sens.

### LES MOYENS D'ALERTE (FE, ALERTE, RAPPORT MÉDICAL...)

À la tentation de renoncement, les médecins du travail ont des moyens de résistance et peuvent subvertir l'impasse où on veut les conduire.

Contre le mensonge et la manipulation managériale :

- ♦ le parler vrai dans les consultations et les instances collectives,
- ♦ la mise en visibilité de ce qui serait maintenu dans l'invisibilité concernant les risques et leurs effets,
- ♦ l'action guidée par le seul intérêt de la santé du ou de la salarié(e).

Le rapport médical annuel peut servir à la veille médicale. L'accompagnement inter compréhensif utilisant la métis(3) est possible.

.....  
3- La **métis** ou l'intelligence rusée. En grec ancien littéralement « le conseil, la ruse ») c'est une stratégie de rapport aux autres et à la nature reposant sur la « ruse de l'intelligence ».

La **métis** déjoue les imprévus de la vie en s'y adaptant : elle « fait avec » les propriétés du contexte, en les utilisant comme des atouts, plutôt que de lutter contre.

La **métis** se préoccupe surtout de l'efficacité et prend des libertés, ou se montre impertinente, avec les règles et avec les lois

Le travail vivant, c'est ce qui permet de surmonter le réel. Il se déploie sous diverses formes. C'est l'intelligence au travail, qui fait face à l'inconnu, à l'inédit. C'est la **métis**, l'intelligence rusée. (Christophe Dejours)

La **métis** permet de saisir les opportunités les plus insaisissables ; elle parvient, après bien des détours et des raccourcis, à intervenir au moment et à l'endroit les plus opportuns ;

**Parrhèsia** (mot grec formé sur le pronom *pan* (tout) et le verbe *rein* (dire) et qu'on peut traduire par « dire-vrai » ou « franc-parler ») Ou bien : **Parrhèsia**, figure de rhétorique par laquelle on s'excuse de parler ainsi, comme dire, par exemple, « passez-moi l'expression ».

Parole de franchise, opposée aux arabesques de la flatterie et aux subtilités rhétoriques. Parole droite et directe. La **parrhèsia** est une certaine parole de vérité, un dire-vrai qui ne relève ni d'une stratégie de démonstration, ni d'un art de la persuasion, ni d'une pédagogie. Il y a **parrhèsia** quand un dire-vrai ouvre pour celui qui l'énonce un espace de risque.

La veille individuelle permet l'alerte collective Elle peut être transcrite dans la FE (Fiche d'entreprise) ce qui lui donne du sens.

Oui mais cette alerte collective peut toujours être lancée selon les modalités de l'article L.4624-9 du Code du travail(4). Et cela peut être plus efficace que par la FE.

L'écrit médical, support de l'action du médecin du travail, suppose le renoncement à la dématérialisation qu'est l'informatisation.

Au-delà de la forme administrative, FE ou Alerte, la question n'est elle pas de produire un document ayant du sens ?

L'alerte collective nécessite des moyens d'investigation, pas seulement sur la clinique médicale, mais aussi des observations de terrain or le médecin du travail, par les lois de réforme successives, est éloigné du terrain.

Dans l'alerte collective deux points importants :

- ♦ Identifier le responsable du risque professionnel.
- ♦ Importance de communiquer le document d'alerte à des tiers tels que le CHS-CT et l'inspecteur du travail.

Dans l'article L.4624-9 sur l'alerte, le chapitre II évoque l'initiative de l'alerte collective par l'employeur qui donne une obligation au médecin du travail de lui fournir des préconisations. C'est un moyen de se dédouaner et de se retourner contre le médecin du travail utilisé par certains employeurs, notamment lors de déclarations de maladies professionnelles, « *Je n'étais pas au courant du risque, le médecin du travail ne m'a pas prévenu.* »

En cas de risque de faible gravité le signalement utilise des mots différents de ceux de l'alerte. Il faut être créatif pour, si on ne parle pas encore de risque important pour la santé des travailleurs, faire savoir qu'ici, l'accumulation de facteurs de risques aux multiples consé-

.....  
4- **Article L4624-9** : « I.-Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver.

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

II.-Lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues en application de l'article L.4622-3, il fait connaître ses préconisations par écrit.

III.-Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur, prévues aux I et II du présent article, sont transmises au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, aux délégués du personnel, à l'agent de contrôle de l'inspection du travail mentionné à l'article L.8112-1, au médecin inspecteur du travail ou aux agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés à l'article L.4643-1. »

quences fonctionnelles, soulève l'inquiétude du médecin du travail qui connaît ces conditions de travail et a connaissance de l'évolution dans le temps de la santé d'une partie des salariés.

Il s'agit de « banaliser » les alertes collectives pour les petits risques en en faisant un moyen de veille sanitaire des situations à risque potentiel pour la santé pour en faire un outil de prévention primaire en transformant le travail. Faire des « alertes molles » si l'on peut dire a alors un fort potentiel préventif.

**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 : Bernadette BERNERON, Martine BESNARD, Marie-Andrée CADIOT, Josiane CRÉMON, Catherine GONDRAN, Alain GROSSETÊTE, Michel GUILLAUMOT, Florence JEGOU, Claire LALLEMAND, Hervé LE SCAO, Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Odile RIQUET, Nicolas SANDRET, Claire THOMASSIN

# HARCÈLEMENT SEXUEL ET TRAVAIL

Compte-rendu du Congrès de l'Association SMT du 24 novembre 2018

Rapporteur Karine CHABERT

## RAPPEL DE LA LÉGISLATION

**S**ont punis par le droit : harcèlement, agissements et agressions sexuelles.

### HARCÈLEMENT SEXUEL

Le harcèlement sexuel se caractérise par le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste, qui portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, ou créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

Il y a également harcèlement sexuel lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime par plusieurs personnes, de manière concertée ou à l'instigation de l'une d'elles, alors même que chacune de ces personnes n'a pas agi de façon répétée.

Il en va de même lorsque les propos ou comportements sont imposés à une même victime, successivement, par plusieurs personnes qui, même en l'absence de concertation, savent que ces propos ou comportements caractérisent une répétition.

Par ailleurs, toute forme de pression grave (même non répétée) exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte sexuel, au profit de l'auteur des faits ou d'un tiers est aussi assimilée au harcèlement sexuel.

Dans le milieu professionnel, il y a harcèlement sexuel même s'il n'y a aucune relation hiérarchique entre la victime et l'auteur des faits (entre collègues de même niveau, de services différents...)

Si l'auteur des faits a eu un contact physique avec vous il peut s'agir d'une agression sexuelle, plus gravement punie.

L'article L.1153-1 du Code du travail relatif au harcèlement sexuel dit :

« *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. »*

### SANCTIONS ENCOURUES

Le harcèlement sexuel est un délit pouvant être puni jusqu'à :

- ♦ 2 ans de prison,
- ♦ 30 000 € d'amende.

En cas d'abus d'autorité (de la part d'un supérieur hiérarchique par exemple), les peines peuvent être portées jusqu'à :

- ♦ 3 ans de prison,
- ♦ 45 000 € d'amende.

L'auteur de harcèlement sexuel peut également devoir verser des dommages-intérêts à sa victime. De plus, tout salarié du secteur privé ayant commis des agissements de harcèlement sexuel est passible de sanctions disciplinaires. Il en va de même pour tout agent public responsable de mêmes agissements, selon les procédures de sanction applicables au secteur public.

*AGRESSIONS SEXUELLES*

Article 222-22 du Code pénal : « *Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* ».

Il s'agit des attouchements imposés sur le sexe ou sur des parties du corps considérées comme intimes et sexuelles : les fesses, les seins, les cuisses et la bouche (baisers forcés). Dans le cadre du travail, ces atteintes sexuelles sont le plus souvent commises par surprise ou sous la contrainte.

Un certain nombre de circonstances aggravantes sont prévues par la loi :

- ◆ Si l'auteur des agressions sexuelles « abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions » (art. 222-28 al.3 Code pénal) : c'est souvent le cas dans les relations de travail.
- ◆ Si les agressions sont commises « avec usage ou menace d'une arme » (art. 222-28 al.5 Code pénal), ladite arme pouvant l'être « par destination » (outil, instrument médical, coupe-papier...).
- ◆ Si la ou les victimes sont des personnes « dont la particulière vulnérabilité (...) apparente ou connue de l'agresseur », est liée à une infirmité, à une déficience physique ou psychique. C'est le cas notamment des salarié(e)s reconnu(e)s en qualité de travailleurs handicapés par la Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDApH).

Comme nous avons pu le constater, par les mêmes mécanismes que ceux qui permettent l'émergence du harcèlement moral, les phénomènes de harcèlement sexuel sont favorisés par les nouvelles techniques de management et d'organisation de travail qui ont pour but la domination, l'isolement et la perte des repères individuels et collectifs.

Ces stratégies conduisent aussi à l'effondrement des collectifs de travail qui ne jouent pas leur rôle d'arbitrage de ces dérives.

Si pendant des années les médecins du travail ont pu constater que très peu de cas de harcèlement sexuel leur étaient rapportés, une des hypothèses est celle que les professionnels de santé au travail sont probablement insuffisamment formés et exercés à évoquer la question des violences sexuelles mais il faut bien comprendre que le monde du travail a subi de grandes transformations ces dernières décennies avec la mise en œuvre de stratégies visant à affaiblir les travailleurs pour accroître les exigences de productivité.

Cet état de fait a conduit à la possibilité d'expression de toute forme de violence dans le travail.

Il ne s'agit donc pas de quelques cas d'individus pervers, qui exprimeraient leur perversité là comme ils pourraient le faire dans tout autre contexte, il s'agit bien d'un contexte de travail qui autorise cette forme d'expression dominante, comme comportement possible dans un environnement donné.

Certains médecins du travail témoignent que par le passé, y compris dans les milieux dits extrêmement virils (BTP, certaines industries...), il n'y avait pas de stigmatisation des homosexuels du fait d'une régulation forte des collectifs de travail. Les règles collectives, construites au fil du temps, s'imposaient comme une règle partagée et respectée sans dérogation possible.

Les constats actuels sont inquiétants. Les conséquences sur les victimes sont majeures avec des atteintes traumatiques graves et des conséquences professionnelles souvent très négatives, c'est la « double peine » des victimes qui osent parler et dénoncer leur agresseur.

Très souvent, l'histoire se solde par un départ de l'entreprise ou par une mise au placard de la victime qui va en garder des séquelles invalidantes.

Au mieux, des dispositions sont prises pour éviter que la victime et son agresseur se croisent, ce qui n'est ni satisfaisant pour les victimes, ni structurant pour le collectif.

**RÔLE DE L'EMPLOYEUR ET DES TIERS SUR LES SITUATIONS DE HARCÈLEMENT SEXUEL**

*PRÉVENTION*

Ce que dit la législation :

- ◆ La prévention du harcèlement et des violences internes au travail s'inscrit dans l'obligation générale de sécurité qui incombe à l'employeur (article L.4121-1 du Code du travail) d'évaluer les risques et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses salariés ».
- ◆ Le Code du travail rappelle notamment que, comme pour les autres risques professionnels, l'employeur prend toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les risques de harcèlement moral ou sexuel. »

*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.

Face à une situation de harcèlement sexuel révélée par la victime, aidé(e) ou non du médecin du travail, comment l'employeur va-t-il se saisir de l'évènement et de l'analyse que peut en faire le médecin du travail ? Un enjeu majeur est de pouvoir aborder cette question dans le contexte de l'organisation collective de travail.

En phase de souffrance aiguë, il est très difficile pour les victimes de faire la démarche de révéler ce qu'elles ont subi. La question de la peur et de l'humiliation va être un frein puissant à l'émergence de la vérité. La question des conséquences de cette révélation se pose. Il faut informer sur la nécessité d'accepter les soins dans les suites de ces évènements traumatisants et évaluer s'il est possible de faire le lien avec l'organisation de travail.

L'analyse du médecin du travail permet de faire le lien avec d'autres situations de violence à caractère sexuel ou non, avec des situations de harcèlement moral, de maltraitance managériale. Par son diagnostic collectif sur le milieu de travail, il pourra inscrire cet évènement traumatisant pour la victime dans un contexte de dégradation des contraintes organisationnelles et managériales, du fait de nouvelles exigences, d'un changement d'organisation ou culture ouvrant la possibilité de dérives comportementales des individus.

C'est sur cet aspect que le médecin du travail a un rôle essentiel auprès de l'employeur et des représentants du personnel.

Les CHSCT ont un rôle préventif mais également de mémoire et de veille ce qui participe à faire le lien entre plusieurs victimes éventuelles, et à faire le lien avec d'éventuels changements organisationnels.

Les collectifs de travail ont un rôle majeur : le fait qu'une victime parle facilite la libération de la parole pour d'autres victimes et inversement, une victime se confiera plus facilement si elle se sent en confiance avec ses collègues ou ses responsables hiérarchiques.

Les organisations syndicales ont la possibilité de porter plainte à la place de la victime, avec son accord.

Sur ces questions de violence particulièrement taboues dans l'entreprise, l'aide de tiers extérieurs est particulièrement utile :

- ◆ Les médecins généralistes et psychiatres permettent une approche extérieure au travail, centrée sur l'intérêt exclusif de l'individu. Les victimes pré-

sentent souvent des symptomatologies chroniques peu spécifiques qu'il faut savoir dépister, ou des manifestations psychiques marquées de type syndrome post traumatique. La vie sociale et conjugale est souvent très affectée. La maternité peut être compliquée.

- ◆ Pour que le harcèlement ou l'agression sexuelle puissent s'exprimer au cabinet médical, il faut que la confiance soit suffisante. On évoque ici la confiance mutuelle, de principe (on part du principe que l'on croit son patient et le patient part du principe que son médecin va tout faire pour le soulager). La souffrance du (de la) patient(e) est justement très intense lorsqu'il (elle) a la sensation qu'il (elle) ne sera pas cru(e), pris(e) au sérieux, entendu(e).
- ◆ Les associations de victimes apportent une vision expérimentée de ces situations, ont un très bon niveau d'information sur les droits des victimes et s'appuient sur un réseau de professionnels spécialisés.
- ◆ L'inspection du travail va pouvoir déclencher une enquête dans l'entreprise à la demande et/ou avec l'accord de la victime.

### **MÉCANISMES DU HARCÈLEMENT SEXUEL ET AGRESSIONS SEXUELLES DANS LES MILIEUX DE TRAVAIL**

**L** Le sexisme ordinaire n'est pas pensé avec une grille d'analyse collective.

On dit que le processus de domination a comme toile de fond, l'organisation de travail délétère. Comme dans toute situation de fragilisation sociétale, (exemple situations de guerre) il y a actes de domination sexuelle. Tous les sujets qui sont dans la précarité (apprentis, contrats précaires, jeunes,...) sont plus à risque.

Nous ne savons pas penser la question de la domination de façon spécifique et située pour un travail donné. On ne peut pas définir un sur-risque par métier mais il existe des processus de domination spécifiques dans certains milieux professionnels : exemple du nucléaire, pas de vestiaires femmes, l'étape de déshabillage est obligatoire par rapport au risque spécifique et ne tient pas compte de la présence de salariées femmes.

L'irruption de la violence survient quand le travail est dégradé. Mal faire son travail et faire mal au travail. L'analyse de l'activité nous permet, parfois, de comprendre quels sont les empêchements qui font que le travail n'a pas pu se faire et quelle construction de dé-

fense collective se met en place pour lutter contre la souffrance. Cette construction collective permet l'expression de la violence ou la contient.

Il existe bien une articulation entre théorie sociale dans l'espace public et théorie du sujet. Beaucoup d'études montrent que l'analyse du travail doit être « genrée » et qu'il faut analyser les spécificités du métier du point de vue du genre.

La peur est un facteur central ; comment faire face à la peur dans le travail mais aussi comment les hommes et les femmes se défendent différemment par rapport à la peur.

### EN CONCLUSION

En 2012, nous avons assisté à une énième « évolution » de la législation. Les missions des médecins du travail ont été transférées aux services de santé au travail chargés de mettre en place des actions de prévention. Parmi les missions, la prévention du harcèlement moral et sexuel. Il est un fait que peu d'actions sont mises en place pour la prévention du harcèlement sexuel.

La clinique médicale du travail ne permet pas toujours d'accéder directement aux éléments de harcèlement sexuel. Le questionnement du médecin du travail ou de l'infirmière de santé au travail survient quand il y a déjà l'expression de violence dans certaines situations de travail.

La recherche d'éléments du côté du travail « genré » va permettre aux professionnels de santé au travail d'ac-

céder plus facilement à l'expression de l'agression sexuelle et de la compréhension des déséquilibres dans le collectif de travail.

Les professionnels de la santé au travail restent attentifs à accueillir une plainte dans un contexte de travail « genré », dont l'organisation de travail est dégradée ou non, avec l'idée que certaines organisations vont contenir la domination « genrée » et d'autres non. L'élaboration de règles de métier qui seront plutôt protectrices même si elles reposent sur un positionnement « genré ».

Il est indispensable de veiller à un abord empathique des patient(e)s pour favoriser l'expression de la parole sans à priori.

Il faut reconnaître les actes comme condamnables mais veiller à ne pas renforcer la position de victime en tant que telle qui renforcerait le sentiment de honte et d'isolement.

### RÉFÉRENCES POUR AIDER À LA RÉFLEXION

- ♦ P. BOURDIEU, *La domination masculine*, Approche sociologique de cette domination ou comment expliquer la pérennité de la vision androcentrique.
- ♦ *Femmes au travail-Violences vécues*, article d'A. CARRÉ sur les collectifs masculins qui s'entendent sur la virilité alors que les femmes s'entendent sur la sympathie et l'esthétique.
- ♦ Écrits de Hélena HIRATA – Pascale MOLINIER – Daniele KERGOAT sur le travail « genré ».
- ♦ Chr. DEJOURS, I. GERNET, *Psychopathologie du travail*, chap. 4, « Le paradoxe de la double centralité: centralité de la sexualité et centralité du travail vis-à-vis de la santé mentale », Elsevier Masson, 2012

## 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 organisationnelles, quelles pratiques cliniques ? (novembre 2007)
- N°23 Quelle évolution pour la médecine du travail ? (juin 2009)
- N°24 Préserver la médecine du travail ? (juin 2010)
- N°25 Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle (juin 2011)
- N°26 Quelle médecine du travail demain ? (mai 2012)
- N°27 Clinique médicale du travail. Écrits du médecin du travail (octobre 2013)
- N°28 Les Écrits des médecins du travail. Liens santé/travail (octobre 2014)
- N°29 Quels métiers et Pratiques en médecine du travail (octobre 2015)
- N°30 La coopération médecin et infirmier en santé au travail (7<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> Colloque *E-Pairs*) (septembre 2017)
- N°35 Harcèlement sexuel du fait du travail

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>

# PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## EN PRÉVENTION SECONDAIRE ET TERTIAIRE

### DES CANCERS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

Alain CARRÉ

Depuis ma retraite de médecin du travail, c'est-à-dire depuis dix ans, je suis responsable d'une consultation de suivi post-professionnel, une demi-journée par mois, dans le cadre du dispensaire des œuvres sociales du Comité d'entreprise des IEG (ex EDF-GDF). Pour simplifier, il s'agit d'aider les agents du régime spécial des IEG à bénéficier d'une prévention secondaire des éventuels cancers liés à leurs expositions professionnelles, en leur facilitant l'accès aux examens de dépistage, prévus par un arrêté(1), en application de l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale(2), et réservés aux salarié.es pour lesquels les employeurs ou les médecins du travail ont attesté de leur exposition. Le cadre assez limité des examens de dépistage précisés par l'arrêté

.....

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

2– 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.

n'est pas infranchissable puisque le médecin conseil de la CPAM peut autoriser la prise en charge d'autres examens.

#### LE DÉFAUT D'ATTESTATION DU RISQUE CANCÉROGÈNE PROFESSIONNEL

La première difficulté de cette consultation vient précisément du fait que ni les médecins du travail, ni, a fortiori, les employeurs, ne délivrent en général d'attestation d'exposition. Les quelques expositions attestées concernent l'amiante et les rayonnements ionisants. Les employeurs se retranchent derrière des prétextes (par exemple un changement de raison sociale) voire, mais c'est marginal, délivrent des attestations de « non exposition ».

Pour un agent des IEG partant à la retraite la seule possibilité est alors de saisir le tribunal des prud'hommes. La lourdeur de la procédure explique le peu d'actions menées.

J'ai rédigé plusieurs certificats médicaux à l'appui de ces saisines et de façon constante l'employeur s'est pourvu en chambre sociale de la cour d'appel. Finalement, excipant de mes certificats, la cour d'appel a enjoint l'employeur d'attester dans les mêmes termes. L'employeur a donc attesté mais en précisant bien qu'il était contraint d'attester en fonction du certificat, ce qui revient à nier encore les expositions ! C'est donc clairement le risque juridique qui motive ce refus d'attester.

Pour ce qui concerne les médecins du travail cette abstention d'attestation est peu compréhensible puisqu'elle suppose que leur travail de repérage des

risques collectifs et individuels et que la mise en œuvre des surveillances des expositions ou post-exposition n'ont pas été effectifs ce qui, si cela se vérifiait, pourrait constituer une faute professionnelle et une perte de chance pour les agents exposés.

En effet, le secteur de l'énergie est un secteur industriel à haut risque à la fois pour les travailleuses et les travailleurs, qu'ils (elles) soient statutaires ou sous-traitants mais aussi sur le plan environnemental.

De ce point de vue, les réticences ou l'abstention de reconnaissances des risques pour les agents pourraient être révélateurs de l'attitude de ces employeurs en matière de risque environnemental.

Il s'agit d'industries lourdes, de production ou de transports de quantités d'énergie importantes, électriques et gazières et la distribution de cette énergie. Outre l'exposition aux rayonnements ionisants et aux champs électromagnétiques dans un certain nombre d'usines ou d'installations, quel que soit le métier technique, les expositions aux cancérrogènes ont été ou sont fréquentes, répétées et parfois importantes. Parmi les cancérrogènes en cause : l'amiante, les dérivés nitrés, les amines aromatiques, l'acide borique, le benzène, les huiles minérales notamment usagées, les polychlorobiphényles, les brais, le plomb, les résines de toute nature, les solvants issus du pétrole et chlorés, les fumées de brasage et de soudage, les particules fines de diesel...

Jusqu'en 2010, un travail collectif constant des médecins du travail de ces entreprises en matière d'identification des risques et de réalisation de fiches de postes collectives est à mettre au crédit de ce corps professionnel. Ainsi, il est relativement aisé d'identifier les risques individuels à partir de ces fiches, quoique, depuis 2010, un changement de logiciel médical, mis en place par l'employeur, ait privé les médecins du travail de ces fiches. Pour l'amiante un groupe de travail avait identifié la nature des expositions, leurs niveaux, les tâches exposantes.

Bien que j'aie exercé dans un nombre important d'établissements différents et que je connaisse assez bien les métiers et les expositions, ces fiches sont précieuses pour confirmer ou préciser les expositions.

Quant aux effets des cancérrogènes professionnels, une étude de l'INVS de 2005(3) sur la morbidité et la mortalité des agents EDF-GDF ne laisse aucune ambiguïté dans ce domaine : les risques relatifs de cancer par rapport aux métiers vont de 1,75 pour les agents tech-

.....

3— Jean-Luc MARCHAND, Ellen IMBERNON, Marcel GOLDBERG, *Analyse de la mortalité générale et par cancer des travailleurs et ex-travailleurs d'Electricité de France-Gaz de France*, INVS, octobre 2005

niques de la distribution du gaz et de l'électricité, à deux pour les techniciens qui entretiennent les centrales thermiques et jusqu'à trois pour les techniciens du transport du gaz et anciennement de la production du gaz manufacturé(4).

Connaissant bien ces trois secteurs pour y avoir exercé, ce sont ces constats qui m'ont incité à passer de la prévention primaire à la prévention secondaire.

Bien évidemment il faut relativiser ces résultats en prenant en compte le temps de latence entre l'exposition et la survenue du cancer. Toutefois, mon expérience de médecin du travail en prévention primaire m'apprend que ces expositions n'ont pas été prises totalement en compte.

Un exemple parmi d'autres est la prévention de l'amiante dans le secteur de la distribution du gaz et de l'électricité. La plupart de mes mises en garde et celles d'autres médecins du travail du secteur, répétées pendant plus de vingt ans, ont si peu été suivies, qu'en 2019, des expertises des ex-CHSCT mettent en évidence les nombreuses circonstances d'exposition et des mesures de prévention insuffisantes qui ont été à l'origine de mises en demeure de l'administration du travail.

Un des slogans de l'association SMT : « Les médecins du travail ne sont ni des zéros ni des héros » est sans doute toujours valable. Toutefois, comme l'a montré Nicolas Dodier, le métier de médecin du travail est un métier engagé du point de vue de la santé ou n'est pas. Bien sûr, on peut avancer l'hypothèse d'une certaine pusillanimité dans ce corps professionnel. Ainsi, je suis parfois sollicité au moment du départ en retraite d'un agent, par son médecin du travail, pour identifier les expositions aux cancérrogènes alors que ce dernier ne peut, à l'évidence, les ignorer.

Il y a là un contresens professionnel. En effet, les médecins du travail les moins exposés aux pressions des employeurs sont ceux qui sont les plus pertinents en matière de prévention collective et individuelle des risques professionnels. La qualité du travail constitue un réel obstacle aux manœuvres d'employeur qui n'a pas concrètement prise et elle suscite le soutien des salariés.es.

Tout au contraire, le travail minimal est un cercle vicieux vers moins de pertinence puisqu'il érode la

.....

4— Rappelons que dans la population française de 5 % à 15 % des cancers survenant chaque années ont un lien avec les expositions professionnelles cela représente de 15 000 à 45 000 cancers moins de 2 000 sont reconnus.

Un ouvrier a trois fois plus de risque de décéder d'un cancer qu'un cadre supérieur.

confiance des patients qui ne disent plus rien de la réalité ou du vécu de leur travail et enfonce, petit à petit, le médecin dans un déni de défense qui dissimule, en fait une perte de son estime de soi professionnelle.

Cette attitude, rompt aussi le possible lien professionnel collectif avec les autres médecins qui finit par se résigner à des stratégies collectives défensives. Or un véritable lien assuré par des pratiques communes est particulièrement important dans un métier difficile et, dans le cas de cette entreprise, a été un facteur indubitable de la qualité du corpus collectif de connaissance construit par ce corps professionnel.

### **LES CONSÉQUENCES DE CETTE ABSTENTION D'ATTESTER EN MATIÈRE D'EXERCICE DE LA PRÉVENTION SECONDAIRE DES CANCERS PROFESSIONNELS**

Aucune de mes consultations ne commence, d'emblée, par l'élaboration d'un *curriculum laboris*. Il me faut au préalable comprendre ce qui motive la démarche du retraité. En effet, parfois c'est une confirmation de ses craintes personnelles et vécues comme telles. Ainsi, c'est parfois la mort des collègues qui est évoquée, ou encore la description des niveaux très élevés auxquels le patient a été personnellement exposé. Il n'est pas rare que le patient (ce sont majoritairement des hommes) soit accompagné de sa compagne dont le niveau d'inquiétude est parfaitement visible.

J'estime alors que mon premier travail est d'explorer ce qu'il faut bien appeler l'angoisse du patient pour ne pas la majorer par une surreprésentation du risque.

Ainsi, souvent, j'oriente la conversation sur des considérations générales « de retraité à retraité », comment se passe votre retraite, quelles sont vos activités de loisir, etc. ? Puis je passe aux éléments plus sérieux (pour un médecin) et comment va votre santé ? (en ajoutant : qui a première vue me semble bonne).

Ce que je sais, c'est que, dans la plupart des cas, la « pêche miraculeuse » du *curriculum laboris* va ramener bien plus de cancérogènes que ceux auxquels s'attend mon patient et que son niveau d'inquiétude va augmenter. Je me souviens d'un patient m'affirmant qu'il n'était venu que pour évaluer ses expositions à l'amiante et qu'il ne voulait savoir rien, mais vraiment rien, au sujet d'autres expositions.

Avant de passer au cœur de la consultation et pour que l'inquiétude soit plus rationnelle, j'ai donc pris l'habitude d'expliquer l'absence de fatalité, de cause à effet, des expositions, « le risque » étant représenté par des données statistiques qui ne s'appliquent qu'aux grands

nombre et qui ne s'appliquent pas forcément à l'individu. Je dis en clair que ce n'est pas parce qu'on a été exposé personnellement à un cancérogène qu'on développera un cancer. Mais que la surveillance constitue un atout supplémentaire « au cas où ».

C'est seulement, ensuite, que commence le travail d'identification des expositions.

À partir des métiers que me cite le patient je repère si ces métiers peuvent correspondre à une fiche de poste du catalogue soit ancien (jusqu'en 1991) soit plus récent (après 1991) élaborés par les médecins du secteur. Pour chaque poste je fais préciser les tâches principales effectuées.

Si je connaissais le poste, comme médecin du travail, j'entre dans le détail en demandant de préciser tel ou tel point pour cerner la pertinence de mes conclusions. Si je ne le connaissais pas, j'effectue une enquête (par exemple « Racontez moi une journée de travail », « Faites-vous des interventions particulières et lesquelles ? ») qui a une double finalité : comprendre à quelles expositions l'agent était confronté, mais aussi commencer à construire une fiche de poste personnelle pour ce métier, dans l'hypothèse de la venue d'agents du même secteur.

À l'issue de ce premier travail, je résume la liste des expositions et les examens qui devraient être pratiqués et je précise que je vais rédiger un document écrit provisoire que je vais soumettre au patient, si possible, et c'est le cas le plus fréquent, par voie électronique.

Mes écrits peuvent être de deux natures.

- ♦ Si j'ai été personnellement le médecin du travail de l'agent ou si son poste fait partie de ceux que j'ai particulièrement surveillés et pour lesquelles j'exploite des archives professionnelles que je conserve en lieu sûr, je rédige alors un certificat médical décrivant les expositions et attestant de celles-ci.
- ♦ Dans les autres cas, les plus nombreux, l'écrit prend la forme d'un courrier au responsable de la division des risques professionnels de la CPAM décrivant précisément les tâches exposantes.

Les deux types d'écrits comportent la liste des examens rendus nécessaires du fait des expositions et notamment dans les situations d'exposition très importantes le conseil (appuyé) d'un protocole défini dans le cadre d'une consultation de pathologies professionnelles.

J'y joins l'identification personnelle des expositions à partir de la concaténation des fiches de postes pertinentes. Je rédige également un courrier explicatif à remettre au médecin traitant. Une fois stabilisées, ces

pièces sont adressées par voie postale au (à la) retraité.e.

En terme d'activité, alors que la consultation individuelle dépasse rarement une heure, la construction d'un dossier peut prendre de une à deux journées de travail.

Vient alors le second moment délicat de la consultation, celui de détailler la procédure de demande de suivi post-professionnel à la CPAM du domicile : envoi d'un formulaire de demande du retraité accompagné de mon écrit, plus bulletin de salaire de pension ou relevé de carrière. Qui devrait déclencher l'envoi de prises en charge. « Devrait » car le résultat est aléatoire.

Le principal de l'explication au retraité porte sur les difficultés à attendre de la part de la CPAM pour adresser les prises en charge.

En effet deux facteurs paraissent influencer la nature de la réponse voire l'absence totale de réponse de la division des risques professionnels de la CPAM : l'ignorance du processus de suivi post-professionnel, l'influence supposée des employeurs sur cette partie des caisses, les examens étant imputés au compte exclusif des employeurs depuis 2010.

L'ignorance du processus est patente. Par exemple la CPAM de Paris a répondu à un demandeur que ces examens étaient réservés aux victimes de maladies professionnelles ! Toutefois suite aux efforts réels de la CNAM en matière de suivi post-professionnel, l'ignorance devient plus rare. L'influence des employeurs est très variable selon les CPAM ainsi en Île-de-France il suffit de tendre l'oreille pour recueillir des éléments au sujet de cette variabilité.

Certaines CPAM vont considérer comme naturel d'assurer les droits à un suivi, d'autres vont être sensibles à l'argument du coût direct des examens et surtout du coût différé en cas de survenue d'un cancer professionnel, dont le refus en MP sera difficile dans la mesure où la caisse aurait accordé un suivi post-professionnel.

C'est la systématisme de ces comportements selon les différentes CPAM qui valide l'hypothèse de départ. Plus la vigilance des représentants des salarié.es est grande sur les CPAM, moins celles-ci sont enclines à refuser les suivis.

Pour être précis, les litiges sont devenus moins nombreux au fur et à mesure de mes actions systématiques de contestation des décisions des CPAM. Au départ les conflits étaient tellement nombreux que m'avait été attribué un agent médiateur d'une des CPAM qui essayait de les régler à l'amiable en s'interposant.

Ces actions téléphoniques ou écrites consistent à menacer (avec courtoisie) les responsables de caisses. Deux arguments sont efficaces.

- ◆ Le premier repose sur une circulaire de la CNAM(5) qui impose, dès lors que la demande d'un assuré n'est pas accompagnée d'une attestation, de faire effectuer une enquête complète par l'agent enquêteur de la CPAM. Vu la surcharge, en général, le refus n'a pas été précédé d'enquête. Une simple demande du résultat de l'enquête suffit souvent à déclencher l'envoi des prises en charge.

- ◆ Le second argument est celui de la « perte de chance ». Ne pas accorder les examens réguliers de dépistage c'est prendre le risque que la maladie soit découverte tardivement ce qui rend plus aléatoire le traitement, ce qui constitue une perte de chance indemnifiable par les juridictions civiles. Brandir d'éventuelles poursuites a parfois son efficacité.

Au fur et à mesure, les litiges deviennent moins nombreux mais cela implique un fort engagement et un travail supplémentaire.

Un autre moyen, qui a du probablement avoir son efficacité, est la description par courrier auprès de la CNAM des difficultés rencontrées. Devant le peu de succès du processus de suivi post-professionnel qui s'accompagne d'un bilan calamiteux des reconnaissances des cancers professionnels ce qui grève le budget de l'assurance maladie au bénéfice de la caisse AT-MP (on évalue le détriment entre 6 et 8 milliards d'euros pour les seuls cancers), la CNAM apporte son aide aux consultations de pathologies professionnelles pour renverser cette situation. Elle est donc particulièrement sensible aux « dysfonctionnements » des CPAM en matière de suivi post-professionnel.

Cette activité de consultation médicale classique se double d'une activité « à distance » d'aide à l'accès au suivi. Par courrier individuel, les agents éloignés de la consultation peuvent s'adresser à moi. Après des échanges souvent épistolaires je recueille les éléments professionnels pertinents et j'instruis l'identification des expositions dans les mêmes formes que lors des consultations.

### **LE SECOND VOLET COLLECTIF DE L'ACCÈS AU SUIVI POST-PROFESSIONNEL**

Un prolongement de cette consultation est l'appui à des actions coordonnées de demande de suivi post-professionnel par les antennes locales des œuvres sociales du Comité central d'entreprise des IEG (CMCAS).

.....

5 - Circulaire CABDIR 1-96 de la CNAM

Elle comporte plusieurs étapes :

- ♦ L'organisation d'une réunion d'information des retraités sur l'intérêt et le fonctionnement du suivi post-professionnel à laquelle je participe et comportant les indications sur la centralisation des éventuelles demandes par la CMCAS.
- ♦ La centralisation des demandes accompagnées des éléments permettant d'identifier les postes de travail du demandeur.
- ♦ Une demande de rencontre des élus à la CMCAS avec les responsables de la CPAM concernée si possible en présence des administrateurs salariés de la caisse, et à laquelle je participe. Cette rencontre a pour objet de décrire la démarche et son sérieux en apportant des éléments techniques sur lesquels se fondent les identifications.
- ♦ Une formation des agents administratifs de la CMCAS à la constitution des dossiers de demande de SPP comportant des explications concernant les différents courriers types.
- ♦ Mon identification des fiches de poste pertinentes pour chaque agent ayant fait la demande en fonction des postes occupés.
- ♦ Une revue de dossiers avec les agents administratifs destinée à la constitution des dossiers qui valide dossier par dossier la pertinence et justifie ma signature des courriers types.
- ♦ L'envoi des dossiers constitués d'un formulaire de demande à compléter par le retraité, d'un courrier explicatif au retraité sous ma signature, d'un courrier sous ma signature à la CPAM accompagné des fiches de postes et de la proposition d'examen types qui en découlent, d'un courrier explicatif pour le médecin traitant sous ma signature.

Les retours positifs ou négatifs sont adressés à la CMCAS qui me transmet les éventuelles difficultés. Cette activité, à distance, devient de plus en plus importante.

### **LA PRÉVENTION TERTIAIRE DES CANCERS PROFESSIONNELS AIDE À LA RECONNAISSANCE EN MALADIE PROFESSIONNELLE**

**T**héoriquement la prévention tertiaire fait plutôt référence aux traitements des maladies constituées afin de minimiser leur aggravation. Je considère que donner acte de l'origine professionnelle d'un cancer à une victime est un acte thérapeutique dans la mesure où elle apporte, à tort ou à raison, une explication rationnelle

à ce qui est souvent vécu comme une énigme par le patient.

Pour les ayants droits, quand la victime décède, cette hypothèse professionnelle participe du travail de deuil.

L'aide à la déclaration des cancers d'origine professionnelle des victimes et ou de leurs ayants droit constitue par conséquent le troisième volet de mon activité.

Durant mon activité de médecin du travail j'évalue la rédaction de certificats médicaux initiaux à l'appui de déclaration de maladies professionnelles à environ 15 certificats par an, soit un peu plus de 500 CMI.

J'ai toujours estimé que mon devoir de médecin ne s'arrête pas à la rédaction d'un CMI et je mets toujours en œuvre parallèlement une aide dans la procédure, fidèle en cela à l'article 50 du code de déontologie médicale.

Notamment j'assure une assistance à la rédaction du formulaire de déclaration. Ainsi, il est important de ne pas cocher « au hasard » les cases sur la « nature de la demande ». Pour les déclarations effectuées dans le cadre de l'alinéa 2, il est essentiel que la maladie soit décrite dans les termes même du tableau et que la référence au tableau soit explicite afin de limiter les marges d'interprétation de la caisse.

Quand j'étais plus jeune, j'étais motivé, par l'illusion que la réparation nourrit la prévention. Avec le temps j'ai compris qu'un constat de maladie professionnelle ne déclenche pas en général d'enquête ni de récurrence sur la prévention ; quant au coût pour l'entreprise, il est dérisoire puisqu'elle a souscrit des assurances spécifiques pour le minimiser.

La particularité de mon activité actuelle est que les maladies professionnelles dont j'aide à la déclaration sont des cancers.

Bien évidemment, comme médecin du travail de secteurs comportant des expositions à des cancérogènes, j'ai aidé à quelques déclarations pour des agents actifs principalement suite à des expositions importantes à l'amiante, toutefois ils étaient en minorité au regard des TMS et d'autres effets des risques de l'organisation du travail (3 cancers contre 149 autres maladies professionnelles dans les dix dernières années de mon activité de médecin du travail).

Jusqu'en 2017, dans le cadre de la consultation de suivi post-professionnel, les victimes de cancers professionnels représentaient un peu plus de 4 % de mes patients. Depuis 2017, la consultation prend en charge un nombre plus important de ces victimes (presque une lors de chaque consultation) auxquelles, il faut ajouter l'aide aux ayants droit quand la victime est décédée.

Je vois un lien entre cette recrudescence et les délais de latence d'apparition de la maladie car les expositions responsables sont celles que j'ai connues comme médecin du travail.

J'explique soigneusement à mes patients le cadre de déclaration (présomption d'imputabilité ou régime accessoire) en leur donnant mon interprétation des chances de réussite en leur expliquant la part de hasard que présente une reconnaissance dans le cadre du régime accessoire.

Ma stratégie d'aide à la déclaration, est, autant que cela soit possible, de privilégier une déclaration dans le cadre d'un tableau de MP, ce qui peut s'avérer difficile dans le cadre des cancers.

Par exemple pour les cancers broncho-pulmonaires liés à l'exposition à l'inhalation de poussières d'amianté, dès lors que le métier s'écarte de la liste limitative du tableau 30bis, je relis et fais relire les scanners thoraciques pour s'assurer de l'éventuelle présence de plaques ou d'épaississements pleuraux qui permettraient de requalifier ce cancer en « dégénérescence maligne broncho pulmonaire » relevant de la liste indicative des expositions du tableau 30.

**C'est ainsi que M<sup>me</sup> A... ayant occupé un poste administratif dans un immeuble de la direction générale maintenant démolé mais particulièrement amianté a pu faire reconnaître l'origine professionnelle du cancer broncho-pulmonaire, dont elle souffrait, du fait de la mise en évidence de plaques pleurales.**

Le processus de réparation des maladies professionnelles en France et notamment des cancers est un chemin particulièrement difficile car en réalité toute la procédure semble avoir été conçue pour décourager la déclaration ou entraver la reconnaissance.

Cela explique qu'il est indispensable que le médecin accompagne la victime dans les démarches et notamment qu'il s'efforce de réunir les preuves des expositions et des tâches effectuées dans le cadre du tableau.

Dans le régime accessoire, hors tableau (alinéa 3 et alinéa 4) dans lequel interviennent les comités régionaux de reconnaissance des MP (CRRMP ou C2RMP), le médecin doit s'efforcer d'apporter des éléments permettant d'étayer le lien direct ou le lien direct et essentiel entre les expositions professionnelles et la survenue du cancer. En effet dans ce dernier cadre l'instruction du dossier et les résultats sont éminemment variables en fonction de la région (de 60 % à 5 % en alinéa 3).

**Ainsi, alors que le trichloréthylène est un cancérigène avéré pour les reins, il n'a pas été possible de faire re-**

**connaître par le C2RMP Provence-Alpes-Côte-D'Azur, l'un des moins favorables, ce type de cancer comme maladie professionnelle pour M. B... mécanicien chargé de l'entretien des centrales de production d'électricité, qui, comme j'avais pu le constater moi-même, dégraisait, sans protection, des pièces mécaniques dans un bidon de deux cent litres de trichloréthylène.**

Dans ce cadre ma première démarche consiste à identifier précisément la nature de la pathologie en cause : éventuels certificats médicaux, comptes rendus d'hospitalisation, examens complémentaires (TDM par exemple pour relecture), résultats d'examens complémentaires (dont anatomopathologie). Pour cela j'aide les victimes ou leurs ayants droits à accéder aux dossiers dans le cadre des articles L.1111-7 et L.1110-4 du Code de la santé publique. Ce qui peut paraître simple s'avère parfois assez compliqué en pratique.

Mon second travail est de mettre en évidence l'origine professionnelle du cancer. Bien évidemment si la victime le peut, elle est au centre de cette recherche. Les éléments collectifs (fiches de poste, études particulières, travaux scientifiques) sont essentiels. Mais une aide décisive peut être apportée par les représentants du personnel notamment ceux qui siègent ou ont siégé en CHSCT(6). Ils (elles) peuvent, par exemple, mobiliser les collègues ou ex-collègues de la victime pour qu'ils (elles) apportent leur témoignage sur les expositions de la victime. L'apport des représentants du personnel est également essentiel pour la mise à disposition d'éléments probants des expositions.

*Ainsi dans le cas de M<sup>me</sup> A..., cité plus haut, des comptes rendus de CHSCT dans lesquels les représentants signalaient les expositions et demandaient qu'il y fut mis un terme a été sans doute décisif.*

**L'instruction médicale du dossier de M<sup>me</sup> C... qui souffre d'un cancer broncho-pulmonaire notamment la relecture du scanner n'a pas permis la mise en évidence de plaques pleurales. Pendant une courte période, autrefois, j'ai été son médecin du travail et je puis attester d'expositions régulières et sans doute non négligeables, mais elle a travaillé la majeure partie de sa carrière (plus de vingt ans) dans un poste de nature administrative pour un réseau de transport d'énergie dans un seul immeuble. Elle affirme que l'immeuble était amianté et que, dans son bureau, le faux plafond en amianté était détérioré et que de la poussière tombait sur son bureau. Je lui propose par conséquent d'effectuer la déclaration en tableau 30bis et lui signale que, du fait de l'alinéa 3, il nous faut apporter la preuve du lien direct entre sa**

.....

6- On peut être inquiets du devenir de ces archives du fait de la disparition des CHSCT au profit des CSE.

*maladie et ses expositions professionnelles. Je rédige le CMI dans ce sens. Dans un premier temps, je suis contacté par l'agent enquêteur de la CPAM pour livrer mon témoignage sur la courte période pendant laquelle j'ai été le médecin du travail de M<sup>me</sup> C... Au cours de l'échange j'apprends que l'employeur déclare ignorer que l'immeuble dans lequel M<sup>me</sup> C... a travaillé était amianté. Contactés par moi, les membres du CHSCT me font parvenir le document technique amiante (DTA) de l'immeuble en question qui non seulement qualifie sa nature amianté mais qui, photos à l'appui, décrit la dégradation des faux plafonds. La décision est en attente mais on peut espérer que la transmission par mes soins du DTA à l'agent enquêteur soit décisive.*

À l'issue de cette double enquête médicale et sur les expositions, je rédige un document de synthèse dont la conclusion, soit décrit la conformité aux conditions de reconnaissance d'un tableau, soit établit l'existence d'un lien direct ou d'un lien direct et essentiel entre la maladie et l'activité professionnelle.

Ce document de synthèse peut revêtir deux formes :

- ♦ Si la victime ne peut se déplacer ou si elle est décédée et que la demande émane des ayants droits, le document prend la forme d'un courrier. Éventuellement, dès lors que le décès a eu lieu il y a plus de deux ans, et, accessoirement, ce courrier fait partir le délai jurisprudentiel de deux ans, pour effectuer la déclaration, à partir du moment où les ayants droits ont appris le lien entre la maladie et l'activité professionnelle.
- ♦ Si j'ai pu examiner la victime je rédige sur papier libre (ce qui est permis par la jurisprudence) un certificat médical initial. Quand la victime ne peut venir au dispensaire où se tient la consultation, en Île-de-France, je me déplace, avec son accord, à son domicile pour l'examiner et pouvoir ainsi rédiger en toute légitimité le CMI.

Quelle qu'en soit la forme j'accompagne cet écrit :

- ♦ D'un courrier explicatif sur les modalités pratiques des démarches de déclaration et proposant de suivre pas à pas l'avancement de la procédure.
- ♦ Du formulaire CERFA de déclaration pré-rempli.
- ♦ D'un courrier au médecin traitant de la victime lui proposant de rédiger un CMI, soit parce que je n'ai pu le faire, soit pour faciliter la procédure, notamment autour de la fixation du taux d'incapacité. Ce courrier est accompagné de mon écrit, par correction confraternelle mais aussi pour lever les éventuels doutes sur la pertinence d'un éventuel CMI du médecin traitant.

Cette dernière précaution n'est pas de pure forme : les tribulations de M<sup>me</sup> D... en témoignent.

**Le conjoint de M<sup>me</sup> D... est décédé** il y a moins de deux ans d'un cancer broncho-pulmonaire et elle s'adresse à moi sur les conseils de l'ancien représentant syndical de M. D...

*Ce salarié a exercé son activité professionnelle exclusivement dans une cokerie relevant du bassin des mines du Nord-Pas-de-Calais. J'accepte de l'aider car je connais bien les métiers ayant été médecin du travail dans une usine de production de gaz manufacturé qui venait d'arrêter la production et j'ai affûté mes connaissances lors de la surveillance post-exposition des agents reconvertis. De plus, ce type de poste (gazéification du charbon) est catalogué cancérigène en catégorie 1 du CIRC et 1A EU.*

*Je m'aperçois que la procédure est mal engagée : M<sup>me</sup> D... n'a pas déclaré la maladie sur le bon CERFA, ce que je m'empresse de rectifier en lui proposant de déclarer la maladie en tableau 30bis et en lui faisant parvenir le « bon » CERFA pré-rempli. Néanmoins elle a déjà reçu un courrier de la CPAM d'A. qui lui réclame un certificat médical attestant que la cause du décès est bien le cancer broncho-pulmonaire. Bien évidemment, il s'agit d'une demande abusive puisque ce n'est pas l'issue de la maladie qui est l'objet de la procédure mais la maladie elle-même.*

*M<sup>me</sup> D... a déjà fait parvenir la demande à l'établissement hospitalier dans lequel le décès de M. D... est survenu. La réponse consiste en un certificat « de mort naturelle ». L'insistance circonstanciée de M<sup>me</sup> D... se heurte à un refus de tout autre certificat. Je conseille à M<sup>me</sup> D... de demander le dossier d'hospitalisation. Celui-ci, tenu avec compétence ne laisse pas de doute il y est évident, y compris dans l'observation infirmière, que le patient est bien décédé d'une défaillance cardio respiratoire liée à sa maladie. Une première question se pose : pourquoi refuser d'attester du lien entre le décès et la maladie ?*

*Je rédige un courrier à M<sup>me</sup> D... dans lequel je trace les liens entre l'activité professionnelle (notamment les travaux d'entretien ou de maintenance effectués sur des équipements contenant des matériaux à base d'amiante qui étaient partagés par tous les opérateurs de cette industrie) en lui conseillant de joindre mon courrier à sa déclaration et de consulter le médecin traitant de M. D... munie de mon courrier, pour lui demander de rédiger un CMI. Alors que le dossier d'hospitalisation comporte notamment un courrier à ce médecin lui apprenant le décès et comportant de diagnostic de la maladie, M<sup>me</sup> D... se heurte à un refus catégorique du médecin traitant de rédiger le certificat.*

**M. E... retraité IEG est atteint d'un mésothéliome.** Le médecin traitant a rédigé un certificat prudent sur papier libre mais néanmoins faisant le lien avec l'amiante.

C'est M<sup>me</sup> E... qui se charge des démarches. Elle est perdue et fait deux erreurs que j'apprends seulement aujourd'hui :

- ♦ elle téléphone à la CAMIEG (caisse maladie des IEG), on lui indique (à juste titre) que c'est la caisse du 78 qui instruit l'affaire mais qui lui conseille de ne pas citer comme dernier employeur EDF-GDF ;
- ♦ elle se met en rapport avec une association de victimes qui ne lui indique pas la bonne voie et l'adresse à un avocat sans aucune raison logique à ce stade.

Finalement, elle rencontre un ancien agent dont j'ai été le médecin du travail qui lui conseille de s'adresser à moi. Début juillet elle m'envoie un volumineux dossier je constate que :

- ♦ Les CERFA de déclaration remplis ne sont pas les bons.
- ♦ Par courriel je lui envoie les bons CERFA pré-remplis comme je le fais habituellement.
- ♦ Et un courrier dans lequel je récapitule les expositions et affirme que cela relève du 30bis. En effet M. E... a bien travaillé dans le bâtiment sous des toitures amiantées et des locaux floqués mais pendant vingt ans il a été magasinier à la distribution du gaz et de l'électricité, poste dont les fiches de postes collectives des médecins EDF-GDF et mes propres observations confirment le caractère fortement exposant à l'amiante.

Malheureusement M. E... est épuisé et le couple part quinze jours en maison de repos et n'utilise pas tout de suite mes documents.

Le 19 juillet ils reçoivent une lettre de la CPAM requalifiant la MP en alinéa 3 du fait du dépassement du délai de prise en charge que M<sup>me</sup> E... m'adresse par courriel. Vu l'urgence je la joins au téléphone.

C'est là que j'apprends les conseils de la CAMIEG et de l'association qu'ils avaient contactée mais aussi que l'enquêteur de la caisse a refusé de noter les expositions inhérentes à l'emploi EDF-GDF ! Je comprends le pourquoi de l'alinéa 3 ! Mais M<sup>me</sup> E... s'est rendue à la CPAM et a réussi à obtenir que le dernier employeur soit inscrit.

J'ai rédigé un projet de courrier que M<sup>me</sup> E... adressera pour contester le passage en alinéa 3 et demandant la requalification en T30 avec deux courriers de ma part attestant les expositions.

Ces deux dernières observations sont parfaitement exemplaires des difficultés actuelles pour un profane d'aboutir à une reconnaissance d'un cancer d'origine professionnelle en maladie professionnelle.

Les causes sont multiples mais se renforcent mutuellement :

- ♦ les tableaux de maladie professionnelle sont particulièrement restrictifs en matière de reconnaissance des cancers (liste étroite des cancérogènes, diagnostic restrictif, conditions du diagnostic limitées, et parfois libellé obscur, délai de prise en charge et délais d'exposition rétrécis, liste par trop limitative des conditions d'exposition) ;
- ♦ l'instruction notamment par les C2RMP est particulièrement opaque et les avis souvent insuffisamment motivés ;
- ♦ une profonde méconnaissance des liens possibles entre les expositions professionnelles et les risques de cancer, est entretenue dans la population, notamment en mettant en évidence de mauvais comportements individuels des éventuelles victimes ;
- ♦ les procédures sont particulièrement complexes et le deviendront encore plus après décembre 2019. Elles sont quasi inaccessibles pour les victimes des cancers professionnels composées en majorités d'ouvriers non qualifiés ou précaires ;
- ♦ les CPAM ne se comportent pas toujours loyalement et en particulier n'assument pas leur rôle de conseil des assurés. Par manque de moyen le plus souvent, les enquêtes sont trop superficielles et plutôt tournées à décharge de l'employeur. L'absurdité culmine dans les questionnaires adressés aux victimes dont le remplissage relève de l'énigme et constitue un parcours du combattant ;
- ♦ souvent les médecins du secteur de soin ont un déficit de connaissance qui peut être abyssal et qui les incite à ne pas trop explorer la piste professionnelle quand ce n'est pas à la nier.

Enfin, cette observation confirme que les poursuites des employeurs des médecins attestant du lien santé/travail devant les conseils de l'Ordre des médecins semblent avoir atteint leur but. Il devient de plus en plus difficile d'obtenir d'un médecin un certificat dans le cadre d'une reconnaissance de maladie professionnelle. Ce refus constitue un déni des obligations déontologiques d'assurer les droits légitimes d'un patient et d'indépendance en matière d'exercice.

# LA TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS EST NÉCESSAIRE À LA RÉPARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

*Benoît DE LABRUSSE, médecin du travail « sénior »*

**A**u cours d'une longue carrière de médecin du travail, je me suis particulièrement intéressé, dès la fin des années quatre-vingt, à la traçabilité des expositions professionnelles. Tout naturellement ces dernières années j'ai pu créer, avec un financement de l'ARS-PACA, en dehors du cadre de mon service interentreprises, une consultation de recherche des expositions professionnelles et d'aide à la déclaration d'éventuelles maladies professionnelles pour différentes pathologies : cancer bronchopulmonaire, onco-hématologie, etc.(1)

**À partir d'un exemple** je vais développer les difficultés de la recherche d'informations sur les expositions professionnelles.

♦ **En 2017**, nous recevons en consultation M. Mohamed H..., opéré d'un cancer pulmonaire primitif. Il décrit son parcours professionnel :

❖ De 1966 à 1973, conducteur de chariots élévateurs et travaux de soudure non inox : exposition aux fumées de soudage.

❖ D'avril 1973 à août 1973, chauffeur livreur PL dans des entreprises de travaux publics. Occasionnellement a effectué quelques travaux mécaniques sur les freins de camion. Possibilité d'exposition à l'amiante.

❖ De 1977 à 1997, chauffeur livreur dans l'entreprise TOUCAR : construction de bungalows en panneaux préfabriqués isolés avec de la laine de verre (et du polystyrène ?). Livraison dans les entreprises, notamment sur le site de M... où il aurait pénétré dans des zones nécessitant le port de badge radio.

❖ **Notre conclusion** : le parcours professionnel décrit par M. H... montre d'épisodiques expositions aux fumées de soudage et peut être ponc-

.....

1- *Cancers professionnels, étendue et invisibilité du phénomène. Une consultation de recherche des expositions professionnelles après cancer du poumon, Cahier SMT N°31, octobre 2016*

tuellement à l'amiante. Ces notions ne permettent pas d'envisager une déclaration de maladie professionnelle.

♦ **Entre 2017 et 2019**, nous recevons deux autres anciens salariés de l'entreprise TOUCAR qui nous décrivent, avec force détails, l'utilisation de plaques d'amiante *Glasal*® dans la construction de ces bungalows. Ils seront reconnus en maladie professionnelle. Nos recherches de documents sur cette utilisation d'amiante seront laborieuses. Nous obtenons :

❖ De la part d'une association d'ancien salariés d'une usine sidérurgique un courrier de l'entreprise TOUCAR de 1996 évoquant la présence d'amiante dans les bungalows.

❖ Par hasard, la rencontre d'un médecin du travail, anciennement affecté à cette entreprise, nous fournira une copie de lettre qu'il avait adressée à l'employeur en janvier 1997, lui signalant l'interdiction de l'amiante. Le médecin recommandant de ne surtout pas utiliser ce document s'il devait nuire à l'ancien dirigeant.

❖ De la part du médecin du travail actuel, une attestation d'exposition à l'amiante pour une exposition qu'il n'avait pas constaté lui-même. Chapeau !

♦ **En 2019**, nous re-convoquons en consultation M. Mohamed H... et notre « interrogatoire » est alors orienté par ce que nous avons appris pendant deux ans sur l'entreprise TOUCAR. Les réponses de M. H... sont alors bien différentes : « *Mon travail était chauffeur poids-lourds. Le soir, de retour à l'usine je rentrais le camion dans l'atelier de fabrication pour charger les panneaux et éléments de portes, etc., non emballés avec un chariot élévateur. Cette opération dégagait beaucoup de poussières (amiante) car les panneaux n'étaient pas emballés et provenaient directement de la fabrication. Dans l'atelier étaient découpées à sec les plaques de Glasal® à la*

scie verticale, avec fortes projections de poussières (d'amiante). Ces plaques étaient ensuite assemblées avec perçage La poussière se répandait partout dans l'atelier. Il n'y avait pas d'aspiration et l'atelier était balayé à sec épisodiquement. Le lendemain matin je partais livrer les chantiers de montage notamment sur le site de M... qui était en construction à cette époque. Le déchargement, dans des hangars, générait de la poussière (amiante) notamment lors de la manutention pour enlever les palettes support de panneaux.

Quand j'avais fini suffisamment tôt ma livraison j'aidais au montage de bâtiments préfabriqués dont les éléments étaient en panneaux de Glasal®, d'Éternit®, constitué d'une couche de Sipror® (polystyrène) entre deux panneaux de fibrociment (contenant de l'amiante et de la silice). Lors du perçage de ces panneaux (perceuse électrique avec mèche à béton) à raison de dix trous par angles pour les fixer sur les cornières métalliques, il y avait dégagement de beaucoup de poussière.

Quand je n'avais pas suffisamment de travail de livraisons, j'étais affecté au travail en atelier, notamment sur la machine à découper les panneaux de bois qui était mitoyenne de la machine à découper à sec les panneaux de Glasal® (amiante) avec une scie murale munie d'une aspiration à l'efficacité incomplète et souvent en panne. Une à deux fois par semaine j'étais affecté au balayage à sec (poussières de bois et d'amiante) de l'atelier pendant environ 4 à 5 heures. Nous ne disposions d'aucune protection respiratoire. »

Une déclaration de maladie professionnelle lui sera proposée.

### LES LIMITES DE LA TECHNIQUE DE L'INTERROGATOIRE A POSTERIORI PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Dans cet exemple la première consultation n'avait pas révélé d'exposition à l'amiante car le salarié/patient n'avait pas connaissance de la nature des matériaux manipulés, mais surtout les médecins de la consultation n'avaient pas su orienter leurs questions par manque d'expérience et aussi de connaissances préalables. C'est l'accumulation d'informations qui enrichit la connaissance et l'expérience et permet de poser les questions pertinentes.

Ainsi peut-on s'interroger sur les résultats d'investigation en recherche d'expositions professionnelles passées, par des opérateurs n'ayant pas une longue expérience en matière de conditions de travail

Cela ne doit-il pas nous rendre modeste vis-à-vis des confrères généralistes qui ne détectent pas de telles étiologies professionnelles ?

J'ai ainsi le souvenir d'un autre patient, lui aussi atteint de cancer primitif du poumon, dont j'avais été le médecin du travail pendant une quinzaine d'années. Il était opérateur dans une industrie chimique et une fois par an pénétrait à l'intérieur d'une cuve fermée pour en changer les « masses catalytiques » à base de vanadium. À l'époque (1985-1995) j'avais pénétré dans cet espace confiné pour constater le travail effectué. Lors de la consultation, vingt ans plus tard, il me révéla qu'il changeait aussi les parois en plaques d'amiante ce que j'avais totalement ignoré à l'époque. Restons modeste sur nos connaissances du milieu de travail !

### DE LA TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS

#### LA MÉMOIRE DES PATIENTS

C'est le début du fil d'Ariane mais ces anciens salariés disposent rarement des informations sur la nature et la dangerosité des substances auxquelles ils ont été exposés. Mais la description de leurs conditions de travail, alliée aux « bonnes questions » est indispensable.

#### LES FICHES ET ATTESTATIONS D'EXPOSITION

Exceptionnellement ces victimes ont conservé des fiches et attestations d'exposition. Ainsi dans mon expérience sur 321 dossiers, seuls 10 (3 %) avaient en leur possession un tel document.

#### LE RÔLE DES MÉDECINS DU TRAVAIL

#### Dans l'établissement des attestations d'exposition

De mes discussions avec des consœurs/confrères, j'entends trop souvent le discours : « C'est de la responsabilité de l'employeur de faire les attestations d'exposition » ou « Je n'ai pas personnellement constaté l'exposition, donc je ne puis attester ». Ces discours sont la négation du rôle du médecin du travail.

#### De la légitimité d'attester

Quand un médecin fait le diagnostic d'une grippe, il n'en a pas vu le virus, mais à partir d'un faisceau de constatations construit un raisonnement qui débouche sur l'énoncé d'un diagnostic. C'est une opération purement intellectuelle. Dans l'attestation à un cancérogène il est demandé d'authentifier que les dires du travailleurs sont cohérents avec les connaissances et éléments connus du médecin du travail.

#### Dans la traçabilité des expositions dans le dossier médical

Nous nous astreignons à demander une copie du dossier médical aux services de santé au travail. Or,

dans les services interentreprises, il est exceptionnel qu'ils contiennent des informations sur les expositions. Tout au plus depuis une dizaine d'années, voyons nous apparaître quelques indications partielles, le plus souvent dans un format informatique. Ces informations sont rarement documentées et leur qualité laisse à désirer. Depuis les réformes de 2016, elles se contentent souvent de reprendre les déclarations des employeurs, parfois elles sont implémentées par le secrétariat médical qui ne dispose pas d'indications de la part du médecin du travail.

*AVIS MOTIVÉ DEMANDÉ AUX MÉDECINS DU TRAVAIL POUR LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES*

De nos contacts avec le CRRMP, il est rappelé l'importance de l'avis motivé demandé aux médecins du travail par la Sécurité sociale pour la reconnaissance des cancers professionnels (ex alinéa 3 ou 4), notamment dans les cas où l'exposition ancienne est rarement documentée. Or, il n'est répondu à cette demande que dans environ 10 % des dossiers traités par le CRRMP de PACA. Cette abstention est une perte de chance pour ces victimes.

*LES DOSSIERS D'ENTREPRISE*

Ces dossiers n'ont pas d'existence réglementée. Beaucoup de médecin du travail en constituent pour y conserver les documents ayant trait aux entreprises. On y trouve parfois des pépites. Ainsi j'ai retrouvé, dans le dossier d'une entreprise fabriquant des engrais, que dans les années soixante-dix, était parfois ajouté aux fertilisants du *Folpel*<sup>®</sup> qui est un insecticide organochloré pouvant être à l'origine de lymphomes, maintenant reconnus en maladie professionnelle dans le régime agricole.

Dans ces dossiers on peut aussi y trouver :

- ♦ Des comptes-rendus de CHS-CT donnant des informations sur l'utilisation de cancérogènes.
- ♦ Des résultats d'expertises et de métrologie.
- ♦ Des fiches d'entreprise, des rapports médicaux, des courriers, tous ces documents pouvant comporter des indications sur les produits utilisés .

Paradoxalement ces dossiers sont parfois les seuls dépositaires de la mémoire des entreprises. Par contre ces dossiers sont difficilement accessibles car :

- ♦ Des médecins invoquent le « secret professionnel ».
- ♦ Ces dossiers, constitués par le médecin en charge de l'entreprise, ne sont pas toujours archivés et des informations précieuses sont ainsi perdues.

Pour ma part, j'ai conservé sous forme informatique toute cette mémoire de quarante ans d'exercice professionnel.

*LES DOCUMENTS PUBLICS*

Il existe une « liste des établissements susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante »(2) qui permet de retrouver des entreprises ayant utilisé l'amiante. Mais elle n'est pas exhaustive.

De notre expérience, avoir travaillé dans une entreprise de cette liste, vaut quasiment preuve d'exposition pour les CPAM.

Les services techniques des collectivités locales communiquent facilement les résultats des diagnostics amiante des bâtiments publics (collèges, lycée, etc.) mais leur mémoire n'est pas toujours ancienne.

*LES ASSOCIATIONS ET LES SYNDICATS ET MEMBRES DE CHS-CT*

Nous avons noué des relations avec :

- ♦ les associations d'anciens salariés qui ont pu nous fournir des dossiers ayant servis aux demandes de reconnaissance d'entreprises ayant utilisé l'amiante et aujourd'hui disparues ;
- ♦ les associations d'aide aux victimes de MP, qui outre l'assistance qu'elles apportent aux formalités de déclaration de MP, disposent d'informations sur les entreprises concernées ;

les syndicats de salariés et les membres de CHS-CT à la source d'information de première main. Il s'agit de personnes impliquées dans la prévention des risques professionnels et ayant une bonne connaissance des risques.

*LES ENQUÊTES DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (CPAM, MSA, CRRMP, ETC.)*

Ces investigations se substituent en partie au travail des enquêteurs des organismes de sécurité sociale qui ne disposent pas de toutes ces informations. En effet ils n'ont accès qu'aux dires des victimes et aux affirmations des employeurs. Les inspecteurs du travail et les ingénieurs CARSAT sont aussi interrogés, mais nous avons constaté qu'ils disposent rarement d'archives sur les expositions passées dans les entreprises.

*LE COMPTE RENDU DE CONSULTATION*

Toutes les informations recueillies par ces sources, nous servent à construire un argumentaire de l'exposition pour instruire les déclarations de maladie professionnelles. Cette méthodologie nous permet d'obtenir 75 % de reconnaissance parmi les maladies professionnelles dont nous avons connaissance du devenir.

.....

2- [https://www.cramif.fr/amiante-etablisements/Liste\\_etab\\_cn\\_ports/index.html](https://www.cramif.fr/amiante-etablisements/Liste_etab_cn_ports/index.html)

# **PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2019**

**QUESTIONS DE M. GÉRARD DÉRIOT, RAPPORTEUR DE LA COMMISSION  
DES AFFAIRES SOCIALES POUR LA BRANCHE AT/MP**

---

**Audition de l'association Santé et Médecine du Travail  
Mercredi 17 octobre 2018**

---

**Quelles sont les actions susceptibles de renforcer la reconnaissance des maladies professionnelles par les médecins, notamment les médecins généralistes ? Est-il possible d'envisager un système de bonification dans le cas où ils détecteraient une maladie professionnelle, comme c'est le cas en Allemagne ?**

**Ass.SMT** Dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), tout médecin a l'obligation de s'engager dans l'acquisition et la mise à jour des connaissances liées à sa spécialité. Un module obligatoire consacré aux maladies professionnelles pourrait faire partie des recommandations de chaque Conseil National Professionnel des différentes spécialités médicales, en particulier médecine générale, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, dermatologie et psychiatrie.

Ce même module devrait être inséré lors de la prochaine refonte du cursus initial des études de médecine.

Dans les logiciels gérant les dossiers médicaux des médecins généralistes et des spécialistes, un lien hypertexte inséré dans les pages de dossiers médicaux, pourrait permettre l'accès dématérialisé au Guide d'accès aux tableaux du régime général et agricole de la Sécurité sociale (site internet de l'Institut National de Recherche et Sécurité).

Les médecins-conseils de la Sécurité sociale sont aussi des acteurs incontournables.

Actuellement, suite à l'étude pilote en Normandie pour renforcer la reconnaissance des cancers de vessie professionnels, dans la France entière, dès qu'un cancer de vessie est déclaré dans le cadre des Affections de Longue Durée (ALD 30), le médecin-conseil va interroger l'assuré social sur son cursus professionnel repérant ainsi le caractère professionnel. Il existe le même programme national pour les mésothéliomes (cancers de la plèvre très spécifiques de l'exposition professionnelle aux poussières d'amiante).

Ce type de dispositif serait à élargir à d'autres pathologies cancéreuses (notamment pour les cancers broncho-pulmonaires professionnels massivement sous-déclarés) ou non cancéreuses (en particulier les maladies cardio-vasculaires professionnelles, les maladies endocriniennes en lien avec l'exposition professionnelle aux perturbateurs endocriniens).

La présomption d'imputabilité dont bénéficient les assurés sociaux dont la maladie relève d'un tableau de maladie professionnelle est un principe facilitant l'accès aux droits sociaux des patients qui doit être maintenu et développé.

En effet, le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles avec les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) est un véritable « parcours du combattant »

médico-administratif pour l'assuré social qui doit apporter des arguments pour que le Comité établisse un « lien direct et essentiel ». D'autre part, il est très inégalitaire car, selon le CRRMP, pour un même dossier de maladie professionnelle la reconnaissance sera très aléatoire. De plus, l'institution d'un seuil d'Incapacité Permanente (25 %) pour que votre dossier, notamment d'affections psychiques professionnelles soit traité par le CRRMP est source d'inégalités de santé.

Le système de bonus que vous évoquez pourrait être envisagé mais un système de cotation spécifique pour ce type de consultation médicale souvent longue, comme pour les consultations pour les enfants de 0 à 6 ans, nous paraît plus pertinent dans le contexte actuel de travail de nos confrères généralistes.

***Quelle évaluation faites-vous du respect par les entreprises de leurs obligations dans la traçabilité des risques professionnels (document unique d'évaluation des risques, notices de poste...)?***

**Ass.SMT** Alors qu'elles sont un élément essentiel de toute politique de prévention collective et individuelle, ces obligations sont actuellement soit considérées comme une formalité administrative (Document Unique d'Évaluation des Risques [DUER]) soit non appliquées (notice de poste).

Le risque chimique et sa traçabilité est un parfait exemple de ces carences.

Rappelons que pour ce qui concerne la traçabilité individuelle, début 2012, la plupart des obligations ont été supprimées. Ainsi a disparu l'obligation de fiche individuelle d'exposition aux agents chimiques dangereux (ACD) y compris CMR (Cancérogènes Mutagènes Reprotoxique), (seule demeure la fiche d'exposition amiante souvent non rédigée sur des arguties d'exposition « négligeable »). Disparue également l'attestation d'exposition récapitulative aux ACD que l'employeur devait délivrer au départ du salarié. Le « remplacement » par la fiche de pénibilité (dénommée fiche de prévention des expositions) n'a eu qu'une courte existence puisque supprimée par la mandature suivante.

Pour ce qui reste, malgré la circulaire de la Direction des Relations de Travail de 2002, qui en fait un élément de la réalité et un atout essentiel de prévention, le DUER est souvent purement formel et rédigé plutôt pour s'exempter de ses responsabilités au lieu de les assumer. Le document lui-même est souvent bâti sur des modèles fournis par des officines sous-traitantes. Son principal défaut est d'ignorer la réalité du travail et de n'envisager que la tâche prescrite sans référence aux

activités réellement déployées par les opérateurs ce qui se traduit par des plans de prévention qui stigmatisent des « comportements individuels inadaptés », des conseils de « tempérance » et des équipements individuels de protection.

La notice de poste, dernière traçabilité individuelle (à travers le poste occupé) n'est que très rarement délivrée ou non conforme. Son caractère essentiel est la description, par poste de travail, des expositions, ce qui trace les cofacteurs convergents sur les mêmes organes et impose par conséquent d'en effectuer une prévention encore plus rigoureuse mais également envisage la question des modes d'utilisation. Ainsi nos adhérents appartenant au SST (Service de Santé au Travail) d'une grande entreprise à risque du secteur de l'énergie, nous signalent que les notices de poste sont remplacées par des fiches locales d'utilisation, qui ne prennent en compte que des préparations chimiques (une fiche par préparation) ce qui gomme la question de la co-activité toxique et dont la prévention privilégie uniquement les équipements individuels de prévention. On imagine alors l'état de cette traçabilité dans les entreprises de moindre taille !

Quant aux autres facteurs de risques par exemple les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), leur lien à l'organisation du travail (cadences, équipements inadaptés, lien aux Risques Psycho-sociaux) est en général ignoré ou minimisé et la prévention se limite au « bon geste » requis du salarié.

***Quelle évaluation faites-vous de la prise en compte des risques psychosociaux dans les dispositifs de prévention développés par les entreprises ?***

**Ass.SMT** Nous souhaitons en préambule rappeler que les RPS sont consubstantiels des organisations du travail qui les génèrent. Cela signifie que les prévenir impliquerait de profondes modifications de ces dernières et par conséquent une profonde transformation de la structure et des fondements du système qui les a mises en place.

C'est pourquoi cette prévention actuelle en entreprise privilégie les « bons sentiments » plutôt qu'une prévention effective.

Après une première période de négation du risque, les entreprises ont construit une prévention formelle de ces risques autour de quelques notions contre productives voire négatives. Ainsi on met en place des opérations de *coaching* pour expliquer aux salariés le travail qu'ils effectuent pourtant depuis des années en privilégiant la prescription au détriment de l'activité réelle.

Ainsi la fragilité psychologique des salariés est mise en avant pour mettre en place de dérisoires filets de sécurité (consultation de psychologie, numéro vert...).

Un exemple particulièrement démonstratif est la notion de qualité de vie au travail (QVT) qui a développé un secteur lucratif parmi les officines de conseil aux entreprises. Nous ne désignons pas ici des démarches à la limite de l'intrusion dans la vie privée du type de conciergerie d'entreprise, mais bien le caractère artificiel du projet alors que l'inflation des RPS imposerait une révision profonde des organisations du travail déléguées.

Comment en effet dans un contexte d'individualisation des salariés, d'intensification du travail, de conformisme managérial imposé, promouvoir une qualité de vie au travail sans restaurer ce qui fait la richesse du travail : des marges de manœuvre face à la réalité, des collectifs spontanés bienveillants et solidaires dans la réalisation du travail, un droit de critique face à l'imprécision de la prescription de travail face à la réalité ?

La mise en œuvre d'espaces de délibération sur les difficultés du travail pour les collectifs de travail serait une réponse collective qui nous paraît plus préventive vis à vis effets sur la santé des risques organisationnels, que les accompagnements individuels mis en place depuis quelques années par les entreprises.

Ces espaces de délibération devraient être préservés de tout risque d'instrumentalisation par les employeurs.

***Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les assurés et les médecins dans la reconnaissance de maladies professionnelles en lien avec des troubles psychosociaux ?***

**Ass.SMT** Les difficultés formelles sont envisagées dans notre réponse à la première question (absence dans ce domaine de la présomption d'imputabilité alors que des travaux de la commission N°4 du COCT donnent des pistes dans cette direction, taux d'accès au système accessoire, par ailleurs inégalitaire, de 25 % bloquant la déclaration).

Nous souhaitons développer ici les difficultés rencontrées par les victimes pour en effectuer la déclaration. La sous déclaration repose pour beaucoup sur les difficultés pour les victimes de mettre en question l'organisation du travail, et ses effets délétères, sans soulever une répression qui les pousse souvent à l'acutisation de leurs symptômes (jusqu'au suicide) ou au licenciement.

Cette volonté fréquente de l'entreprise de faire le silence sur les effets de l'organisation du travail incite les

victimes à ne pas déclarer et à tenter de se reconstruire en utilisant les dispositions de l'assurance maladie voire en demandant à bénéficier d'une inaptitude quand ce n'est pas à démissionner.

Bien évidemment dès lors que le médecin du travail rend visible collectivement (signalement L.4624-9 du Code du travail) ou individuellement (CMI [Certificat Médical Initial]) il brise l'omerta et est lui-même mis en cause par l'employeur.

L'exemple le plus démonstratif de cette attitude est sans doute l'avalanche de plaintes d'employeurs devant le conseil de l'ordre des médecins (dont on peut s'interroger de la complaisance dans ce domaine) contre des médecins ayant rédigé un écrit traçant le lien entre la santé et le travail et qui ont suivi la modification de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique qui y introduisant l'adverbe « notamment ».

Plusieurs centaines de plaintes par an ont lieu, dont la plupart sont retirées, dès lors que le médecin abandonne son patient en modifiant son écrit.

Pour les autres, une procédure d'exception sans véritable instruction faisant intervenir la victime, au péril du secret médical et par conséquent des droits pour le médecin à se défendre entraîne sa condamnation sur des motifs hors de toute clinique médicale. On a vu ainsi le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) condamner une praticienne qui avait constaté dans son dossier le harcèlement sexuel de deux salariés et qui avait remis, à la demande des salariées, un extrait ce que lui impose la loi. Par incompréhension ou par esprit de corps, le Conseil d'État fait chorus.

Nous en sommes à la CEDH.

Ne serait-il pas plus simple que les parlementaires demandent et obtiennent que les employeurs soient exclus de ces procédures réservées au patient alors qu'ils ont la possibilité de se pourvoir devant des juridictions générales ?

***Quelles sont vos propositions pour renforcer l'action des médecins du travail dans le signalement des risques et la prévention des ATMP dans les entreprises ?***

**Ass.SMT** Notre réponse à la précédente question démontre que la situation des médecins du travail est intenable. Dans l'exemple cité plus haut, nous apprenons, mais ceci reste à confirmer, que la praticienne en cause ferait l'objet d'une procédure de licenciement. Combien de médecins du travail préfèrent négocier un départ plutôt que de continuer à subir des pressions ?

Leur qualité de salarié protégé n'empêche pas les tracasseries que peut leur faire subir un employeur ou un directeur de SST interentreprises.

Il faut que l'État tire enfin les conséquences de la délégation d'ordre public social dont il a doté la médecine du travail, l'instrument de son obligation régaliennne de protection de la santé au travail.

Il n'est pas conforme au caractère d'ordre public social de cette institution que les personnels de santé qui y participent soient sous la subordination directe des entreprises dont ils s'assurent que la santé des salariés n'est pas altérée par le travail.

C'est cette indépendance bancaire, formelle mais non réelle, qui explique le caractère souvent jugé inefficace de l'institution notamment dans l'engagement des médecins du travail qui en sont les spécialistes dans le repérage et surtout la rédaction des certificats médicaux initiaux préalable à toute déclaration.

Comme nous le disons, entre nous, dans le cadre de notre association, les « **médecins du travail ne sont ni des zéros ni des héros** ». Seules des conditions de véritable indépendance et l'exigence de répondre de sa responsabilité qui l'accompagne pourraient rendre plus efficace l'institution.

Nous appelons donc votre représentation à répondre à ce défi qui, nous souhaitons attirer votre attention à ce sujet, serait rendu impossible si le rapport très critique de M<sup>me</sup> la députée Lecoq était mis en œuvre puisqu'il évacue le médecin du travail à distance du travail et vise à transformer l'institution en médecine de sélection de la main d'œuvre.

Nous nous tenons à votre disposition pour développer ce sujet.

Certains préconisent la mise en place d'agences indépendantes de santé au travail dont le financement serait assuré par une taxe sur les entreprises et qui comprendrait en son sein des personnels de santé assurant la surveillance collective et individuelle avec les mêmes pouvoirs d'investigation qu'actuellement mais dotés de moyens suffisants. Cela serait à même d'attirer de jeunes praticiens et combattrait ainsi la désaffection que connaît notre profession.

En concluant nous reconnaissons que, peut être, votre représentation attendait de notre association des dispositions pratiques simples.

Nous souhaitons vous faire prendre conscience que la situation objet de votre investigation n'est qu'une forme clinique d'une dégradation profonde des institutions de prévention, dont la médecine du travail, dont

nous observons qu'elle est induite par des politiques concertées, toutes mandatures confondues, qui visent à exempter de leur responsabilités les entreprises en matière de santé au travail. L'appel à l'esprit de bienveillance envers ces dernières, que préconisent des rapports récents relève du vœu pieux.

Nous sommes persuadés que seule une politique volontaire de l'État dans ce domaine est susceptible de préserver les droits des salariés en matière de santé au travail. Son absence devrait, selon nous, engager la responsabilité des membres de l'exécutif, comme elle a pu être engagée en matière d'absence de prévention pour le sang contaminé.

Comme le rapport du professeur Frimat sur la prévention des expositions aux agents chimiques dangereux de 2018 le propose, pour renforcer l'application de certaines mesures de prévention, il faut introduire dans le code du travail des amendes administratives en cas de non-respect d'obligations formelles en matière de risque chimique (absence d'évaluation du risque chimique, transmission du dossier ACD, avis du CSE sur ce dossier, établissement des notices de poste par exemple). Afin de renforcer l'application de certaines mesures de prévention, il est proposé d'étendre la procédure d'arrêt temporaire d'activité à certains agents chimiques dangereux en cas de manquement grave à des mesures essentielles de prévention. Cette mesure, conjuguée à l'amélioration de la lisibilité de la réglementation et à l'articulation entre les mesurages d'exposition et la prévention du risque chimique, permettra aux agents du système d'inspection du travail de mettre fin aux situations dangereuses qu'ils constateraient et ainsi affermir l'application des mesures de prévention.

Pour renforcer l'action des médecins du travail dans le signalement des risques et la prévention de l'altération de la santé des salariés du fait du travail, notre association insiste depuis des années, sur l'absolue nécessité de la disparition de l'aptitude sélective, et le rétablissement d'un suivi clinique médical individuel pour tous permettant une vraie prévention médicalisée.

# AUDITION DE REPRÉSENTANTS DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

*L'Ass-SMT a été reçue le 17 mai 2019 à la demande de la Commission des affaires sociales du Sénat (en gras les questions des sénateurs)*

## **BILAN DE LA PRÉCÉDENTE RÉFORME DE LA SANTÉ AU TRAVAIL**

**1/ Quel bilan faites-vous de la réforme de la santé au travail par la loi du 8 août 2016 et le décret du 27 décembre 2016 modernisant la médecine du travail et les services de santé au travail, notamment :**

- ♦ **fin de la visite médicale d'embauche obligatoire et remplacement par une visite d'information et de prévention ;**
- ♦ **suivi médical du salarié par le médecin du travail (visite périodique) dans un délai de cinq ans au lieu de deux ans ?**

Pour répondre à vos questions relativement précises il nous faut en préambule vous exposer, rapidement, quelques pratiques des médecins du travail pour accomplir leur mission réglementaire « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Tout d'abord, la surveillance individuelle des salarié(e)s est particulièrement importante et l'essence même du métier, elle permet la prise en charge de la santé du (de la) salarié(e) en déployant une clinique particulière : la **clinique médicale du travail**. Cette clinique prend le travail comme grille de lecture pour comprendre individuellement ce qui se joue au travail pour le (la) salarié(e) et l'amener à la compréhension de ce qui se joue pour sa santé dans la situation de travail et celle du lien entre d'éventuelles altérations de sa santé et son travail qui sont des préalables au maintien ou à l'amélioration de sa santé.

Un temps fondateur de la confiance, indispensable à toute consultation médicale, est la capacité du médecin du travail à attester du lien santé travail individuel. Malheureusement, sous l'impulsion de plaintes d'employeurs contre les médecins du travail qui attestent de ce lien, le Conseil de l'Ordre des médecins ne semble pas avoir compris et condamne quasi

systématiquement ces médecins, niant ainsi leur compétence diagnostique et compromettant la reconnaissance de ce lien.

En outre, la surveillance individuelle assure également la traçabilité des expositions professionnelles (dossier médical en santé au travail, repérage des risques et de leurs effets majoritairement différés sur la santé).

Cette surveillance individuelle nourrit, et se nourrit, de la surveillance collective des risques et de leurs effets qui constitue le deuxième volet des pratiques en médecine du travail.

Or, la réforme de la santé au travail par la loi du 8 août 2016 et le décret du 27 décembre 2016 modernisant la médecine du travail et les services de santé au travail, a signé la fin de tout accompagnement médical périodique pour tous en santé au travail.

Avoir accès aux altérations de santé liées au travail de chacune des personnes est le « plus » d'une équipe de professionnels de santé au travail (infirmiers et médecins) mais cela nécessite la confiance de ces personnes en ces professionnels. Il est illusoire de croire qu'une surveillance si espacée soit efficace en terme de prévention primaire ou secondaire.

Comment le salarié pourrait-il faire confiance au professionnel de santé au travail (infirmiers ou médecins), alors qu'il ne voit ce dernier qu'à intervalles très espacés ?

D'autre part, la précarité des emplois (intérim, CDD, sous-traitance « en cascade »), compromet la surveillance individuelle dès lors qu'elle est trop espacée.

La délégation de tâches, sous protocoles, aux infirmiers en santé au travail suppose également une formation en pratiques renforcées (décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée) et un statut de salarié protégé (procédure de licenciement nécessitant l'accord de l'inspection du travail) comme les médecins du travail.

## **GOVERNANCE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL**

### **2/ Quelle évaluation faites-vous de la gouvernance actuelle de la santé au travail en France ?**

#### **Quels sont, selon vous, ses principaux points forts et faiblesses ?**

Notre association a fait le constat, depuis trois décennies, que la gouvernance est soit « faussement paritaire » (la voix du président du CA, représentant les employeurs au sein des CA des Services de Santé au Travail Interentreprises, est prépondérante en cas d'égalité des voix depuis la réforme de 2012 et les anciens CE et futurs CSE ne jouent pas leurs rôles de contrôle social de l'organisation et fonctionnement des Services de Santé au Travail d'Entreprise), soit « faussement tripartite » (en plus des partenaires sociaux, les représentants de l'État, en particulier la Direction Générale du Travail, font preuve d'une inertie sur l'ensemble des thèmes de santé au travail, privilégiant les politiques de l'emploi).

Renforcer l'invisibilité des effets différés sur la santé du travail, du côté d'un grand nombre d'entreprises, au nom de la performance économique, et la priorité des politiques publiques de l'emploi, conduit à une gouvernance de la santé au travail « inerte ».

### **3/ Le pilotage national de la politique de santé au travail vous semble t'il satisfaisant ?**

Les Plans Nationaux Santé Travail (le troisième de 2016 à 2020) et leurs déclinaisons régionales, sont une succession d'actions :

- ♦ 23 actions pour le Plan Santé Travail 2005-2009, avec comme objectif déjà, « la réforme du dispositif national de prévention des risques professionnels ».
- ♦ 36 actions pour le Plan Santé Travail 2010-2014, devant traduire la stratégie européenne de santé au travail 2007-2012, notamment la réduction de 25 % du taux d'incidence global des accidents de travail.
- ♦ 52 actions pour le Plan Santé Travail 2016-2020, avec deux axes stratégiques, donner la priorité à la prévention primaire et au développement de la culture de prévention, améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise.

Or cette inflation d'actions, à chaque plan national, s'est accompagnée d'une diminution de moyens. Seul le premier plan crée 50 postes de scientifiques au sein de l'agence publique d'expertise (AFSSET devenue ANSES en juillet 2010) et crée des cellules régionales

d'appui scientifique et technique pluridisciplinaires dans les DIRECCTE (essentiellement des postes d'ingénieurs de prévention venant en appui des agents de contrôle). Les plans suivants ne se sont plus accompagnés de moyens.

### **4/ Le réseau des SSTI assure t-il, selon vous, un service de proximité efficace auprès des entreprises, en particulier des TPE/PME ?**

Pour commencer, la protection de la santé, conformément au préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, n'est pas une prestation de service. L'État français a choisi de déléguer ses missions de protection de la santé des salariés à des associations à but non lucratif : nous sommes donc dans le cadre d'une délégation de service public et non pas d'une prestation de service.

Les directions de SSTI considèrent que leurs missions sont de la prestation de services.

La majorité des dirigeants des TPE adhèrent à un SSTI pour répondre à leurs obligations réglementaires (parfois suite à la visite d'un agent de contrôle de l'inspection du travail dans leur entreprise) et non pas pour avoir un service. Ils veulent avoir leurs visites réglementaires dans les temps, en particulier les huit jours suivant la reprise de travail du salarié arrêté plus de 30 jours (c'est « le service efficace »). Dans certaines régions, du fait de l'évolution de la démographie médicale, les SSTI peuvent plus difficilement répondre « à cette prestation de service efficace ».

### **5/ Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), signés entre les SSTI, la DIRECCTE et la CNAM vous semblent'ils avoir permis une mise en cohérence de l'action des SSTI dans la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé au travail ?**

Les CPOM ont été pour la plupart signés fin 2013 ou début 2014 pour une durée de cinq ans. Il est donc difficile d'avoir suffisamment de recul pour constater s'ils « ont permis une mise en cohérence de l'action des SSTI dans la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé au travail. »

### **6/ Quel bilan faites-vous du contrôle par l'inspection du travail du respect par les entreprises et les services de santé au travail des obligations législatives et réglementaires en matière de santé au travail ? Quelles seraient les améliorations à y apporter ?**

L'inspection du travail a vu ces dernières années une diminution de ses effectifs ne leur permettant plus

d'avoir les moyens d'effectuer un contrôle pertinent du respect par les entreprises de leurs obligations législatives et réglementaires en matière de santé au travail. Leurs actions se font de plus en plus dans des situations très dégradées (suicide en entreprise, accidents du travail mortels, etc.).

Concernant les procédures d'agrément des services de santé au travail, l'inspection du travail avec l'appui de l'inspection médicale du travail manque de moyens pour faire respecter les principes de droit en matière d'organisation et de fonctionnement des SST. Les décisions d'agrément se fondent sur des politiques régionales d'agrément présentées chaque année devant le Conseil Régional d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT). Les DIRECCTE avouent ne pas avoir les moyens de leurs ambitions : par exemple, elles n'ont pas les moyens d'imposer aux SST d'entreprises le suivi des salariés sous-traitants, à demeure dans l'entreprise, ou d'imposer aux SSTI professionnels du BTP le suivi des salariés intérimaires travaillant dans le BTP.

Il est indispensable de donner plus de moyens humains et techniques aux services de l'État en charge du contrôle du respect par les entreprises et les services de santé au travail des obligations législatives et réglementaires en matière de santé au travail.

### **7/ Partagez-vous la proposition d'un rattachement des médecins inspecteurs du travail aux agences régionales de santé, avec détachement auprès des DIRECCTE ?**

Non, car les agences régionales de santé, du fait de leurs histoires, ont une vision de la santé publique sans lien avec les conditions de travail.

En Île-de-France, par exemple, l'ARS conçoit les SST d'entreprises et les SSTI, comme des relais de campagnes de dépistage (cancer du sein, cancer du colon, etc.) ou d'éducation pour la santé (messages de prévention de santé publique : tabac, alcool, diététique, etc.).

Alors qu'actuellement les pathologies liées au travail sont de plus en plus nombreuses la compréhension de l'enjeu de prévention qu'elles représentent est mal appréhendée par le ministère de la santé. Cela est parfaitement compréhensible puisque réglementairement le fonctionnement des systèmes de prévention en santé au travail relève légitimement de l'administration du travail, en contact permanent avec les entreprises.

Il n'y a donc aucun bénéfice à attendre du déplacement des médecins inspecteurs vers les ARS en les coupant du contrôle administratif chargé de la santé au travail. La cohérence du système de prévention plaide pour leur maintien dans le cadre actuel.

### **8/ Dans quelle mesure la gouvernance de la santé au travail doit-elle et peut-elle, selon vous, être simplifiée ?**

Conformément au préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, « *La République garantit à tous (...) la protection de la santé...* », Cela implique que la santé au travail relève du pouvoir régalién. La logique de ce constat plaide en faveur de la création d'un service public de santé au travail administré sous la surveillance d'instances dans lesquelles seraient représenté(e)s les salarié(e)s et les employeurs. Toutefois, du fait qu'il s'agit de leur santé, en faisant les véritables « usagers » du système de prévention et de surveillance médicale, les salariés seraient majoritairement représenté(e)s. Le préalable à cette gouvernance est la distinction indispensable d'une part entre la prévention primaire médicale relevant des responsabilités régaliennes et d'autre part la prévention qui relèvent des obligations notamment réglementaires mais aussi contractuelles des employeurs.

Ainsi certains pays d'Europe ont mis en œuvre des pôles distincts pour ces deux obligations.

### **9/ Dans quelle mesure les agriculteurs sont ils aujourd'hui accompagnés, conseillés et assurés en matière de santé au travail ?**

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) n'a pas été d'une grande efficacité vis-à-vis des effets des produits phytosanitaires sur la santé des exploitants et des salariés agricoles.

Les grosses industries agricoles contrôlent depuis très longtemps les actions de la MSA en matière de santé au travail et constituent un frein important, pour des considérations financières, à l'amélioration de la prévention en milieu agricole des effets du travail sur la santé.

### **10/ Le pouvoir de contrôle et de surveillance de l'État sur les SSTI est-il satisfaisant (agrément, qualité des prestations vis-à-vis des obligations réglementaires des employeurs, transparence du dispositif...) ?**

Cf. Question 6.

### **11/ Quelle évaluation faites-vous du rôle et de la qualité des interventions des DIRECCTE et des missions d'inspection du travail ?**

Du fait du manque de moyens, (cf. Question 6), le rôle et la qualité des interventions des DIRECCTE et des missions d'inspection du travail sont très inégales.

## MÉTIERS DE LA SANTÉ AU TRAVAIL ET RÔLE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

### 12/ Dans quelle mesure l'État intervient-il pour favoriser le recrutement de médecins du travail en zones sous denses ?

L'inspection médicale du travail est-elle en capacité, aux niveaux régional, départemental et local, de piloter la répartition des médecins du travail ?

Nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour vous répondre et vous conseillons de vous rapprocher des services de l'État compétents. Ce que nous constatons c'est que trop souvent la tutelle administrative se contente d'aligner le nombre de salarié(e)s par médecin équivalent temps plein uniquement pour tenir compte de la pénurie de praticiens. La qualité de la prévention est semble-t-il sacrifiée au profit d'objectifs à court terme.

### 13/ L'inspection médicale du travail suit elle, aux niveaux régional, départemental et local, l'évolution du nombre de médecins du travail ?

Oui et elle en rend compte au niveau régional chaque année devant le Conseil Régional d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT). Toutefois, les causes profondes de cette pénurie ne sont pas analysées.

### 14/ Tous les SSTI ont ils intégré la notion d'équipe pluridisciplinaire dans le fonctionnement de la médecine du travail ? Les médecins du travail des SSTI délèguent ils un certain nombre de tâches aux infirmiers et collaborateurs ? L'inspection médicale du travail intervient elle efficacement pour s'assurer de la mise en place des équipes pluridisciplinaires au sein des services de santé au travail ?

Les équipes pluridisciplinaires sont en place dans les SSTI mais leurs compositions sont très variables selon les SSTI. Un(e) infirmier(e) peut parfois travailler avec trois médecins du travail ce qui complexifie son travail et surtout l'intensifie. Cela explique en partie un *turn-over* important des infirmiers.

Les Assistants de Service de Santé au Travail (ASST) peuvent travailler parfois avec plusieurs médecins et avoir plusieurs missions : à la fois du secrétariat médical, assistant le médecin du travail lors de ces consultations et des actions en milieu de travail surtout vers les TPE. Les ASST ne peuvent alors, que très difficilement, assister administrativement l'ensemble

des membres de l'équipe pluridisciplinaire (article L.4622-8 du Code du travail).

Les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) dans les SSTI ne sont pas forcément membres d'une équipe pluridisciplinaire mais intégrés dans un service central (siège de l'association en général) avec une hiérarchie distincte de l'équipe pluridisciplinaire. Cela ne permet plus d'être une équipe pluridisciplinaire de proximité et parfois met les IPRP dans des situations d'injonctions paradoxales (la demande du médecin du travail pouvant être en contradiction avec la demande de sa hiérarchie). Nous proposons une stricte séparation entre des spécialistes travaillant dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire et ceux, dont la compétence n'est pas en cause, qui apportent leur aide aux obligations d'employeur en matière de prévention.

Concernant l'intervention efficace de l'inspection médicale du travail : cf. Question 11.

### 15/ Avez-vous le sentiment que tous les SSTI disposent de suffisamment de médecins du travail pour faire face aux besoins des entreprises adhérentes ?

Les SSTI ne disposent bien sûr pas suffisamment de médecins du travail pour faire face aux besoins des entreprises adhérentes. Ceci est connu par les services de l'État depuis plus de dix ans. L'attractivité du métier de médecin du travail est en berne comme le révèle le fait que le nombre de places au concours donnant accès à la profession n'est pas pourvu. Nous estimons que les causes de cette désaffection sont multiples, parmi elles :

- ♦ La confusion déjà signalée entre les deux versants de la prévention : celui du point de vue exclusif de la santé du (de la) salarié(e) et celui relevant des responsabilités de l'employeur
- ♦ L'autorité des employeurs sur les services de santé au travail, outre qu'elle introduit une ambiguïté sur la nature des missions, cette autorité permet à certains d'exercer des pressions sur les médecins du travail, entravant ainsi leur exercice.
- ♦ Le caractère « politique » (au sens noble) du métier exercé, souvent dans un champ potentiel de conflit social dans lequel la santé des travailleurs n'est pas le premier objectif. Cette facette du métier est quasi complètement ignorée dans les cursus d'enseignement en médecine du travail.
- ♦ Le contraste entre les obligations déontologiques et réglementaires du médecin du travail et

les moyens, souvent très insuffisants, dont il dispose pour les assumer.

- ♦ Le manque de reconnaissance de certaines institutions médicales de la spécificité de cet exercice et de sa capacité à agir médicalement réellement sur les situations de santé, auquel il faut ajouter la méconnaissance par beaucoup de médecins du secteur de soin du poids essentiel du travail dans la santé de leur patient.

### **16/ Quelles sont, selon vous, les mesures à prévoir pour revaloriser la médecine du travail et garantir des effectifs suffisants à l'avenir ?**

Pour les étudiants en médecine, il faut leur proposer dès le second cycle, des stages dans des SSTI et d'entreprises, pour qu'ils puissent déjà connaître cette spécialité.

Mais si, simultanément, on ne veut pas les faire fuir après un stage dans un SST, il faut qu'il ne soit plus témoin des pressions de certains employeurs contre les professionnels de santé, sous la forme, depuis la modification d'un article du code de la santé publique depuis 2008, de plaintes d'employeurs devant les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, ces derniers les relayant de façon que nous estimons « complaisante ».

Pour renforcer la protection des médecins du travail, il est indispensable de sanctionner avec des condamnations aggravées les harceleurs de médecins du travail.

### **17/ Êtes-vous favorable à l'insertion d'un volet « santé au travail » dans le dossier médical partagé (DMP) et à son ouverture au médecin du travail avec l'accord de l'intéressé ?**

Afin que le médecin de soin puisse apprécier l'impact du travail sur la santé de son (sa) patient(e), il est indispensable de transmettre de façon automatique le dossier médical de santé au travail aux salariés pour transmission aux médecins de soins.

Une disposition réglementaire nouvelle implique « le dépôt » de données concernant la santé au travail par le médecin du travail dans le DMP. Nous souhaitons que l'accès soit limité au dépôt comme le mot « uniquement » utilisé par le texte réglementaire le précise. Un éventuel volet « santé au travail » créé « uniquement » dans le but de porter à la connaissance du médecin de soin les éléments relevant de la santé au travail de son patient devrait respecter ce principe.

### **18/ Êtes-vous favorable à l'extension du droit de prescription aux médecins du travail ?**

Les médecins du travail sont réglementairement exclusivement des médecins de prévention et non de soins : il ne nous paraît pas opportun, pour des raisons de compétence mais aussi du fait de la relation médicale contractuellement contrainte, d'étendre le droit de prescription, en revanche, la prise en charge financière des examens complémentaires liés au travail (examens d'imagerie dans le cadre d'expositions passées à des cancérogènes professionnels, examens biologiques dans le cadre de la biométrie, vis à vis d'expositions professionnelles actuelles ou passées) doit être clarifiée sur le plan législatif et réglementaire. Les TPE doivent bénéficier du financement de ces examens par les SSTI, financées par les entreprises adhérentes de plus 150 salariés (cf. cotisations AT/MP des CARSAT).

Nous signalons que, parallèlement, un rapport commandé par le premier ministre prévoit de charger les médecins généralistes de certaines visites d'aptitude. Cette proposition, que nous estimons irresponsable, a fait l'objet d'un communiqué commun par l'ANIMT (internes en médecine du travail) et le SMG (médecins généralistes), le 7 mai que nous vous conseillons de consulter afin de compléter notre audition.

### **19/ Quel bilan faites-vous de la situation des collaborateurs de médecins du travail ? Quels sont les obstacles au développement des effectifs de collaborateurs de médecins du travail ?**

De nombreux SSTI ne donnent pas suffisamment de moyens aux médecins du travail tuteurs des collaborateurs médecins ce qui les empêche d'avoir un véritable compagnonnage.

Un effectif d'entreprises et de salariés maximal minoré pour un médecin du travail tuteur est indispensable. D'autre part, lors des activités cliniques du collaborateur médecin, le médecin tuteur devrait être systématiquement dans le même centre de santé au travail et non pas dans un autre lieu comme très souvent.

### **20/ Le parcours de formation des collaborateurs de médecins du travail est-il satisfaisant ? Est-il prévu d'y apporter des améliorations ?**

Cf. Question 19.

## **21/ La formation des infirmiers de santé au travail vous semble t'elle satisfaisante ?**

La formation des infirmiers de santé au travail n'est pas satisfaisante. La formation initiale doit être complétée de modules de formation spécifique santé/travail. Une formation en pratiques renforcées doit être prévue (modification du décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée) pour permettre à la fois une montée en compétence et une reconnaissance des pratiques et des savoir-faire déployés par ces professionnels.

## **22/ Quelle évaluation faites-vous de la participation des infirmiers de santé au travail au suivi médical de la santé des salariés ?**

Dans un certain nombre de SSTI, il existe un *turn-over* très important des infirmier(e)s de santé au travail. En effet, un certain nombre de directions de SSTI n'ont pas reconnu le travail spécifique des infirmier(e)s et les considère comme une main d'œuvre destinée à « faire des visites moins chères que des médecins ».

L'absence de sens à ce travail clinique et leur faible marge de manœuvre dans les actions en milieu de travail aggravent leur santé au travail, déjà suffisamment atteinte lors de leur passé professionnel en milieu de soins.

Il faut ajouter, comme nous le réclamons plus haut, la reconnaissance de la qualité de salarié protégé (demandée par ailleurs par une commission parlementaire dans la précédente mandature (rapport « dit SEBAOUN » du nom du rapporteur) du fait du nécessaire déploiement d'une clinique infirmière en santé au travail que leur confèrent les dernières réformes. En effet nous estimons que dans la situation actuelle de la santé au travail, leur rôle est essentiel en appui du médecin du travail.

## **23/ Quelle évaluation faites-vous des visites de pré-reprise et de reprise ?**

Dans le cadre des CPOM signés entre les SSTI et d'une part la DIRECCTE et d'autre part la CARSAT, le thème de la « Prévention de la Désinsertion Professionnelle » est obligatoire pour l'ensemble des SSTI. L'un des objectifs est « Optimiser le recours à la visite de pré-reprise. Données quantitatives et qualitatives ».

Les médecins généralistes et les médecins-conseils de sécurité sociale informent leurs patients de plus en plus de la possibilité de rencontrer leur médecin du travail en consultation de pré-reprise. Quantitativement, la part des consultations de pré-reprise dans l'activité

clinique des médecins du travail a augmenté mais représentent moins de 5 % de leurs activités cliniques en SSTI (en Île-de-France, en 2016: 3% des consultations).

Leur objectif est de permettre une amélioration des conditions de reprise de travail de salariés arrêtés depuis souvent de nombreux mois, puisqu'elle peut aboutir, avec l'accord du salarié, à l'envoi de recommandations à l'entreprise en vue d'aménagements techniques ou organisationnels en amont de la reprise effective du travail.

Sauf qu'elles sont très souvent effectuées quelques jours avant la reprise effective du travail, dans un contexte d'arrêt des indemnités journalières par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans les jours suivants. Elles aboutissent très fréquemment à la conclusion lors de la consultation de reprise du travail à une inaptitude médicale, en particulier pour des salariés des TPE.

Les visites de reprise du travail (en Île-de-France, en 2016 : 13 % des consultations), depuis la réforme de 2012, concernent des salariés arrêtés depuis plus de trente jours et donc souvent avec des pathologies graves (pathologies ostéo-articulaires invalidantes, cancers, dépressions, etc.).

Avec l'espacement des consultations périodiques, les salariés vus en consultations de reprise n'ont pas été vus depuis parfois plus de cinq ans : il est donc illusoire de penser qu'elles vont permettre d'effectuer une véritable prévention secondaire ou tertiaire, du fait de la méconnaissance pour beaucoup de médecins du travail de l'évolution des conditions de travail dans l'entreprise et des marges de manœuvre des salariés par rapport à la mise en place effective par l'entreprise des propositions d'aménagements de poste rédigées par les médecins du travail.

## **24/ Permettent-elles aujourd'hui de prévenir la désinsertion professionnelle des salariés en arrêts longs ?**

Cf. Question 23

## **25/ Quelles sont, selon vous, les améliorations à envisager afin de favoriser le maintien en emploi des salariés à la santé vulnérable, notamment à la suite d'arrêts de travail ?**

L'amélioration des conditions de travail, en particulier organisationnelle (intensification et densification des tâches, individualisation avec des évaluations individuelles des performances avec pour conséquence diminution de soutien des collectifs de travail,

souffrance éthique avec perte de sens du travail, etc.) sont les préalables pour favoriser le maintien en emploi des salariés, surtout dans un contexte de vieillissement de la population active, aggravée par les réformes successives des retraites.

L'amélioration des conditions de la formation professionnelle tout au long de la vie professionnelle est le second préalable car ce sont les salariés, de niveau VI et V bis (sorties en cours de premier cycle de l'enseignement secondaire (6<sup>e</sup> à 3<sup>e</sup>) ou abandons en cours de CAP ou BEP avant l'année terminale) et de niveau V : sorties après l'année terminale de CAP ou BEP ou sorties de deuxième cycle général et technologique avant l'année terminale (seconde ou première) qui sont exposés aux conditions de travail les plus délétères en terme de santé.

D'autre part, tout refus de prolongation d'arrêt de travail par le médecin-conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie devrait être précédé par un échange avec le médecin du travail.

### **PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS**

**26/ Les obligations réglementaires en matière de prévention des risques professionnels doivent elles être simplifiées (DUERP, déclaration, traçabilité, prévention...) ?**

**Les sanctions doivent elles être renforcées ?**

Il serait désastreux de simplifier les obligations réglementaires en matière de prévention des risques professionnels. Dans le contexte actuel, il n'y a, malheureusement, pas de prévention sans coercition.

Au contraire, il faut renforcer les obligations de qualité de ces différents supports de prévention. Ainsi par exemple le DUERP est actuellement souvent considéré comme une obligation réglementaire alors qu'il devrait être un outil de prévention. C'est donc sur sa qualité que devrait les juger les autorités de tutelle en sanctionnant les imperfections.

Nous estimons également que le respect par les employeurs des quelques mesures ayant échappé à la suppression, à partir de 2012, de la plupart des obligations de traçabilité collective et individuelle, n'a cessé de se dégrader (ex : absence de délivrance de la notice de poste exposant aux ACD et CMR et permettant la prévention primaire de ces risques, attestation individuelle d'exposition aux CMR au départ de l'entreprise permettant la prévention secondaire de ces risques dans le cadre de l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale). Notamment, ici, l'absence de traçabilité individuelle constitue une véritable « perte de chance » en matière de dépistage précoce d'un cancer d'origine professionnelle.

Dans le contexte actuel, le renforcement des sanctions est seul moyen à même d'inciter les employeurs à prévenir les risques. Il faut que le coût des sanctions d'une absence de prévention soit supérieur au coût de la prévention qui aurait dû être mise en œuvre.

**27/ Quelles sont, selon vous, les mesures les plus incitatives aux comportements vertueux des entreprises en matière de prévention, notamment parmi celles suggérées par le rapport du professeur Paul Frimat d'août 2018 (amendes administratives en cas de non-respect des obligations réglementaires, arrêt temporaire d'activité par l'inspection du travail en cas d'exposition à certains agents chimiques dangereux, système de bonus-malus...) ?**

Les propositions du rapport du professeur Paul Frimat d'août 2018 sont à appliquer d'urgence. Nous vous joignons en annexe notre contribution du 15 mars 2018, dont nos 18 propositions, faite à la demande de la 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.* » dont les conclusions nous paraissent positives.

**28/ Comment expliquez-vous que la prévention des risques professionnels soit globalement moins développée au sein des TPE/PME ?**

En 2015, L'enquête « Risques professionnels et prévention des AT et MP » montre que sur cinq propositions, les dirigeants de TPE/PME répondent que leurs principales préoccupations sont :

- 1) les questions financières ;
- 2) les questions commerciales ;
- 3) les questions d'ordre administratif.

Les questions de santé et sécurité au travail (maîtrise et prévention des risques à l'intérieur de l'entreprise) apparaissent en quatrième position.

Les freins identifiés sont :

- 1) des risques ou problèmes de santé non identifiés/non « conscientisés » ;
- 2) des risques « conscientisés » mais faisant partie intégrante du métier ;
- 3) la contrainte temporelle pour la ou le dirigeant(e) de TPE/PME ;
- 4) l'absence de fonction support dans la TPE/PME en charge de la prévention (le salarié compétent pour s'occuper des activités de protection et de

prévention des risques professionnels de l'entreprise, article L.4644-1 du Code du travail) ;

5) la nécessité que l'argumentaire en prévention intègre une dimension économique pour parvenir à convaincre l'entreprise à agir.

Les CARSAT et l'OPPBTB (organisme professionnel de prévention dans le secteur BTP) ne souhaitent pas s'investir dans les TPE car elles considèrent que leurs actions auprès de ces entreprises sont « chronophages » et n'ont pas de « retour sur investissement ». Très souvent, elles désignent les SSTI comme étant les interlocuteurs « de premier rang » dans la démarche de prévention des TPE. Mais ces derniers n'ont pas les moyens suffisants pour accompagner dans la durée les TPE : une sensibilisation sur certains risques professionnels et la remise d'une fiche d'entreprise « formatée » restent les actions les plus fréquentes auprès des TPE.

Les salariés des TPE interrogés (enquête *Amnyos 2017*, 594 personnes) dans les secteurs du transport routier de marchandises, de la menuiserie et de l'hôtellerie se tournent en priorité vers la/le chef(fe) d'entreprise lorsqu'ils ont des questions sur la santé, sécurité au travail ou la prévention des risques (43 %) puis vers les SST (18 %) et vers leur médecin de soins (8 %).

### **29/ La mise en place d'une cellule dédiée aux risques psychosociaux au sein des SSTI vous semble t'elle de nature à prévenir et mieux prendre en charge les affections psychiques liées à l'environnement de travail ?**

Les risques psychosociaux sont en fait des risques liés aux organisations du travail qui n'ont pas que des conséquences en termes d'affections psychiques.

Par exemple, les troubles musculo-squelettiques (*Troubles musculo-squelettiques et facteurs psychosociaux au travail*, Yves ROQUELAURE, rapport 145 *European Trade Union Institute*, 2018), les pathologies cardio-vasculaires (étude cas-témoins *Interheart*, 2004, stress psychologique ou social et augmentation du risque d'infarctus du myocarde – méta-analyse publiée dans le journal *Lancet* août 2015 –, augmentation du risque d'Accidents Vasculaires Cérébraux ischémiques en cas d'exposition à des horaires de travail >55 h/semaine) ont des liens scientifiquement avérés avec des caractéristiques de l'organisation du travail.

La définition de référence des RPS qu'en donne le comité d'experts du ministère du Travail tient compte de cette diversité (pour mémoire : « 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. »

NB : ce sont les facteurs [organisationnels, relationnels et individuels] qui sont psychosociaux. Les troubles de santé occasionnés peuvent être mentaux, sociaux, mais aussi physiques).

Ainsi, la multiplicité clinique des manifestations des risques psychosociaux rendrait peu efficace les actions uniquement centrées sur la santé psychique.

En fait, dans les SST, les médecins du travail coopèrent au sein des équipes pluridisciplinaires qui comportent des spécialistes, notamment psychologues du travail et ergonomes. C'est cette pluridisciplinarité qui permet d'intégrer ces différentes manifestations, d'identifier les risques et leurs effets et de les signaler à la communauté de travail. Le soutien individuel des salarié(e)s qui vivent les effets des RPS est assuré par les infirmier(e)s de santé au travail et les médecins du travail qui peuvent s'entourer d'avis experts.

Une cellule dédiée, outre son incapacité à intégrer la multiplicité des risques, n'apporterait donc aucun bénéfice préventif dans ce domaine. Seul le renforcement des moyens de l'équipe pluridisciplinaire est à recommander ici.

### **30/ L'indépendance et la confidentialité des avis des professionnels de la santé au travail sont elles correctement assurées ?**

L'indépendance des professionnels de santé au travail est mentionnée par un certain nombre de textes (Code du travail, article L.4623-8 et Code de santé publique pour les professionnels de santé, articles R.4127-5 et R.4127-95 et Code du travail pour les autres personnels). Mais pour que le droit soit effectif, il est indispensable que la police administrative soit suffisamment nombreuse pour contrôler l'exercice réel de ces professionnels.

La réalité est souvent toute autre. Dans l'exercice quotidien des professionnels de santé au travail, les pressions sont régulières de la part des directions de SSTI : « *Il ne faut pas mécontenter nos adhérents car nous leur devons avant tout un service de qualité.* ». Un adhérent « mécontent de son médecin du travail » va demander directement à la direction du service de changer ce dernier même si la réglementation prévoit une procédure très stricte (article R.4623-12 du Code du travail).

Dans les SST autonomes d'entreprise, le médecin du travail se doit être « un cadre de l'entreprise comme un autre » : dès son embauche, il doit participer au circuit

d'intégration des autres cadres de l'entreprise. Il est nécessaire qu'il soit conscient de l'importance de la « santé de l'entreprise ». Il devient un rouage managérial. Si les professionnels de santé au travail prétendent assumer pleinement leur mission réglementaire (« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »), en déployant les règles de métiers appropriées, des propositions de départ négocié sont faites par les directions de SSTI ou d'entreprise, voire des procédures de licenciement initiées et en cas de refus de licenciement par l'inspection du travail, des mises à pied pouvant aller jusqu'à un mois (par exemple, un médecin d'un SSTI spécialisé dans la construction et un médecin d'un service autonome du secteur des Industries Électriques et Gazières ont récemment vécu de telles pratiques).

Un autre moyen de pression est la menace de l'employeur de porter plainte devant le conseil de l'ordre des médecins dès lors que le médecin du travail atteste du lien entre la santé du salarié et son travail. Paradoxalement, les instances disciplinaires de l'Ordre, dès lors qu'un médecin du travail ou un médecin de soins (en particulier les médecins généralistes et les psychiatres) certifie le lien entre l'aggravation de sa santé et son travail, condamnent presque systématiquement ses confrères en qualifiant d'écrits « complaisants » leur diagnostic.

Ces juridictions, dont le fonctionnement connaît des exceptions en matière de droit, sont instrumentalisées par certains employeurs dont les avocats ont bien perçu l'avantage pour pouvoir faire régner un climat de peur parmi les médecins à peu de frais. Nous espérons que la présence lors de la présente audition de représentants du Conseil de l'Ordre, sur laquelle toutefois nous nous interrogeons dans ce cadre, leur permettra de prendre la mesure de cette situation et enfin de soutenir confraternellement les médecins victimes de ces manœuvres.

Dans ce domaine, pour éviter ce mode de pression nous proposons que les plaintes d'employeurs soient renvoyées aux juridictions de droit commun.

### **31/ Comment renforcer l'effectivité, l'accès et la qualité des consultations de médecine du travail (développement des équipes pluridisciplinaires, télémédecine, développement du métier d'infirmier en santé au travail...) ?**

La télémédecine est inadaptée à l'exercice clinique en santé au travail et est un leurre destiné à entraver la recherche de véritables solutions à la pénurie de praticiens. Actuellement, elle se résume à un examen clinique limité à l'interrogatoire et quelques examens

électroniques, véritable caricature d'examen en santé au travail : comment examiner à distance une articulation s'il existe des risques de TMS ? La télémédecine est interdite en psychiatrie, comment alors prendre en charge la souffrance au travail ?

Pour le développement du métier d'infirmier en santé au travail : cf. Questions 1 et 21.

Nous l'appelons de nos vœux ainsi que leur montée en compétence.

L'animation et la coordination d'une équipe pluridisciplinaire nécessite un temps important non prévu par la réglementation. Depuis 2012, elle s'effectue le plus souvent au détriment des actions en milieu de travail pouvant aboutir à un exercice clinique en santé au travail « hors sol » (méconnaissance des évolutions des conditions de travail et des environnements).

## **RECONNAISSANCE DES AT/MP**

### **32/ Le système de reconnaissance des ATMP vous semble t'il satisfaisant ?**

NON, cf. Annexe (pour mémoire audition de notre association devant la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale[1]).

### **33/ La voie dérogatoire des CRRMP est-elle la plus efficace et appropriée pour la reconnaissance des ATMP liés aux risques psychosociaux ?**

NON, car le tableau de maladie professionnelle permet la présomption d'imputabilité qui disparaît dans le cadre du CRRMP. Pour l'ensemble des étiologies des maladies professionnelles, y compris les effets des RPS, le fonctionnement même des CRRMP est problématique.

Ainsi le travailleur isolé et dépourvu de moyens et (pour répondre à la question posée par votre commission) dont l'état de santé psychique est perturbé, est mis en demeure de démontrer le lien direct ou, ici, le lien direct et essentiel entre sa pathologie et son travail.

Étouffé par des procédures qu'il a du mal à comprendre, démuné en matière d'établissement des preuves, il est par conséquent inégalement traité.

Il faut ajouter que malgré de nombreuses instructions aux CRRMP ceux-ci fonctionnent de manière inégale selon les régions (ainsi il vaut mieux habiter Rennes que Montpellier pour être reconnu en alinéa 4).

.....  
1- Présent Cahier SMT N°36 p.50

Enfin, les victimes ou leurs ayants droits ont des difficultés pour avoir accès aux déterminants techniques de la décision, les motifs étant trop succincts.

En complément, les victimes d'affections psychiques doivent prouver que ces affections, entraîneraient une incapacité prévisible de 25% ce qui en matière psychique est difficile à évaluer du fait du risque d'acutisation de ces maladies.

De plus dans ce domaine l'avis particulièrement compétent du médecin du travail sur le lien avec le travail est essentiel et nous avons montré plus haut les stratégies mises en œuvre par certains employeurs pour dissuader les médecins du travail de tracer ces liens. Le rapport demandé par les CPAM au médecin du travail (et auquel l'employeur a accès dans le cadre de la procédure) est parfois absent et souvent euphémisé.

### **35/ Quelles sont les raisons qui expliquent que les affections psychiques soient généralement plus reconnues comme accidents du travail plutôt que comme maladies professionnelles ?**

Comme nous le précisons ci-dessus le parcours médico-administratif pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle par le système complémentaire de reconnaissance des MP (CRRMP) est un « marathon épuisant » pour les salariés dont l'état de santé est déjà gravement atteint.

C'est moins le cas pour la reconnaissance d'un accident de travail puisque, dans ce cas, s'applique la présomption d'imputabilité qui n'existe plus, dans ce cadre, en cas de déclaration de MP.

### **36/ Quel est l'équilibre optimal à atteindre, selon vous, entre négociation entre partenaires sociaux et analyse scientifique dans l'inscription d'une pathologie à un tableau de maladies professionnelles pour la reconnaissance et l'indemnisation des ATMP ? Pensez-vous que la lenteur observée dans les modifications des tableaux soit due au manque d'expertise scientifique, aux partenaires sociaux et/ou à l'État ?**

Une expertise scientifique qui n'est pas contradictoire n'a pas de réalité. Or nous remarquons que l'instruction contradictoire au sein de groupes de travail de la commission N°4 du COCT (maladies professionnelles) a été réformée récemment et remplacée par l'exposition en plénière des avis d'experts ne permettant plus, ainsi, aux acteurs sociaux de faire un examen contradictoire des expertises.

La création d'un tableau de maladie professionnelle ne relève pas de la négociation mais de la décision régalienne qui engage la responsabilité de l'exécutif (11<sup>e</sup> alinéa de la Constitution). Or l'État joue l'inertie : par exemple, en juillet 2017, les partenaires sociaux au sein de la commission n°4 du COCT s'étaient mis d'accord pour la création et la rédaction d'un nouveau tableau de maladie professionnelle réparant le cancer du rein en lien avec l'exposition professionnelle au trichloréthylène. À ce jour, soit deux ans plus tard, le ministère du Travail n'a pas publié de décret créant ce nouveau tableau. Cela démontre, par l'absurde, la pertinence de notre interprétation.

### **36/ Comment lutter, selon vous, contre la sous déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ?**

- ♦ En exigeant une traçabilité actuellement inexistante de TOUS les risques sur le plan collectif (dossier d'entreprise élaboré par le SST et largement accessible notamment au travailleurs et à leurs représentants) et sur le plan individuel notamment pour les risques physiques mais aussi psychiques (rétablissement des attestations d'exposition aux Agents Chimiques Dangereux...).
- ♦ En permettant aux médecins du travail, coopérant dans un cadre pluridisciplinaire, de jouer pleinement leur rôle de lanceurs d'alerte pour les personnes et la communauté de travail. Pour cela il faut doter les médecins du travail, les infirmier(e)s de santé au travail et les professionnel(le)s des équipes pluridisciplinaire d'une indépendance effective et des moyens approprié à leurs missions.
- ♦ En assurant aux victimes une procédure équitable de prise en compte de leur demande et les garanties d'un véritable maintien dans l'emploi ou une compensation réelle du préjudice notamment professionnel qui découlerait de leur maladie.

### **EN CONCLUSION**

**N**ous remercions la présente commission d'avoir pris la décision de procéder à l'audition de notre association et nous sommes certains de l'engagement de ses membres pour transmettre nos propositions. Toutefois, notre association souhaite que l'actuelle commission ait plus de succès que les précédentes car nos nombreuses auditions en matière de santé au travail n'ont débouché sur aucune application concrète.

## « QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL »

# INVISIBILITÉ DES RISQUES ET DE LEURS EFFETS ET SÉCURITÉ JURIDIQUE DES EMPLOYEURS

**Alain CARRÉ**

### UN PEU D'HISTOIRE

Historiquement, la visibilité des risques et de leurs effets est un enjeu social, notamment depuis les débuts de l'ère industrielle. De nombreux ouvrages et articles d'historiens et de sociologues sont consacrés à ces périodes. Ils tracent, d'une part les alliances entre les gouvernements et leur administration, les médecins et les employeurs visant à occulter ou au moins à minimiser les effets négatifs du travail sur la santé(1), et d'autre part, les stratégies d'influence et de dissimulation des causes délétères et de leurs effets sur la santé au travail.

Il s'agit en effet pour les employeurs d'un triple enjeu :

- ♦ idéologique : afin de contredire l'hypothèse que le profit se construirait à partir de l'exploitation de la santé des salarié.es ;
- ♦ financier : afin de diminuer au minimum le coût de la prévention qu'imposeraient les constats ;
- ♦ de responsabilité assurantielle et juridique : qu'entraîneraient la connaissance préalable du risque et l'absence de prévention dès lors que surviendraient les effets négatifs.

Les méthodes autoritaires employées au 19<sup>e</sup> siècle (marginalisation des médecins critiques(2), répression

.....

1— Lire à ce sujet : *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles)*, Anne-Sophie BRUNO, Eric GEERKENS, Nicolas HATZFELD, Catherine OMNÈS, Presses Universitaires de Rennes Collection « Pour une histoire du travail », 2011 360 p., 18 € - ISBN : 978-2-7535-1350-1

2— Ces méthodes n'ont pas totalement disparues comme en témoigne les plaintes d'employeur aux conseils de l'Ordre des médecins complices qui condamnent avec régularité les médecins pour

des militants engagés dans la mise en visibilité) ont été rendues plus fragiles au milieu du 20<sup>e</sup> siècle du fait de l'élévation du niveau des consciences et l'évolution politique dans les pays économiquement développés qui a suivi le second conflit mondial. Nous constatons qu'elles persistent toujours.

Toutefois, déjà, des techniques efficaces de contrôle de l'opinion s'étaient développées à partir des années trente du 20<sup>e</sup> siècle(3).

Les employeurs ont donc mis en place un intense *lobbying* en direction des décideurs et des stratégies d'influence en direction de l'opinion publique visant à contrôler la visibilité sur les effets négatifs industriels et en matière de santé des travailleuses et des travailleurs.

Comme le trace un article particulièrement documenté(4), autour de la campagne des industriels du tabac, mais qui concernent également plusieurs industries polluantes, telles celles du plomb, des stratégies se mettent en place. Il s'agit de déplacer ou de diluer les responsabilités en matière :

- ♦ d'activités nuisibles : de les justifier ou d'effectuer des comparaisons qui sont à leur bénéfice ou encore de s'exempter d'une responsabilité morale ;
- ♦ de dénonciation des effets négatifs : de les nier ou de détourner le regard par de supposées nou-

rendre pusillanimes ceux qui voudraient témoigner des liens santé/travail.

3— Lire à ce sujet : *Propaganda : comment manipuler l'opinion en démocratie*, Edward BERNAYS

4— *Moral disengagement in the corporate world*, WHITE Jenny, BANDURA Albert and BERO Lisa A., *Accountability in Research*, 16:41-74, 2009 (traduction disponible auprès de l'auteur du présent article)

velles hypothèses, ou encore de minimiser le caractère négatif de ces effets ;

- ♦ d'opposants ou de victimes : en les faisant assumer la responsabilité des effets.

### **LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX UNE TACTIQUE QUI A FAIT LONG FEU**

Seules les tactiques changent. Ainsi l'organisation du travail néolibérale a mis en œuvre des techniques d'influence.

« Le management peut être défini, en se référant à Michel Foucault, comme "une technologie politique : il s'agit d'un dispositif organisateur de discours qui guident des actes, d'un savoir inscrit dans des techniques verbales et mentales qui produit du pouvoir »(5).

Le management n'affiche jamais son véritable objectif. Il ne s'exprime pas, il communique. Cela consiste notamment à dissimuler le véritable dessein sous des déclarations d'intention qui ne seront, souvent, jamais tenues.

Comme dans toute opération de diversion idéologique ce sont les mots qui structurent le discours et qui « enflamment » la réflexion. Le but est d'arrêter la pensée critique.

Ainsi, en situation de production industrielle le *lean management* propose d'améliorer les conditions de travail en faisant participer les travailleuses et les travailleurs dans des groupes d'amélioration des conditions de travail. En fait il s'agit de capter des savoirs faire pour intensifier la productivité, souvent au détriment de l'emploi.

Dans les secteurs commerciaux ou de service, la montée en puissance des risques pour la santé physique mentale et sociale est consubstantielle des méthodes d'organisation du travail. En effet celles-ci s'opposent, point par point, à ce qui permet à un.e salarié.e de construire sa santé au travail. Ainsi sont mis en place une mise en concurrence sur des objectifs chiffrés et une individualisation qui annihile les échanges collectifs, l'éviction des réfractaires ou de la représentation du personnel, l'intériorisation de la vulgate qui exempte de toute réflexion critique.

Vont se succéder des démarches d'euphémisation dans lesquelles il s'agit de nommer un risque par ses effets, afin, notamment, de faire l'impasse sur la véritable prévention des effets négatifs de l'organisation du travail, il s'agit ici de faire acte d'intention en périphérie pour faire oublier que la prévention des effets délétères de

.....

5- MISPELBLOM F., *Au delà de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Syros 1995.

l'organisation du travail fait partie des responsabilités du chef d'entreprise et que le traitement du risque à la source est un des principes réglementaires de prévention.

Il faut couvrir d'un écran de fumée tout ce qui s'oppose, en réalité, précisément, à la construction de la santé au travail, c'est-à-dire en tout premier lieu l'organisation du travail et d'en dissimuler les effets et s'exempter ainsi de ses responsabilités.

C'est un enjeu vital pour l'organisation néolibérale de personnaliser les atteintes à la santé que génère son organisation du travail : il n'y a pour elle que des « comportements inadaptés », des « conduites inappropriées », des « défaillances » des personnes. Il faut modifier son comportement, discipliner sa conduite, apprendre à gérer son stress. C'est l'affaire de la communication et du *coaching*. D'où l'intense culpabilité de celles et ceux qui n'y arrivent plus, alors, qu'en fait, plus personne n'y arrive.

Chacune de ces diversions s'use avec le temps. L'exemple le plus significatif est le concept de « risques psychosociaux » utilisé dès 1985, comme le décrit un article particulièrement démonstratif dans une grande entreprise(6) pour euphémiser la notion de « souffrance au travail » et s'exempter de ses responsabilités.

C'est seulement en 2009 qu'un groupe d'experts, sous l'égide du ministère du Travail va donner une définition qui va détruire la tentative de décrire les risques par leurs effets afin d'en faire oublier les causes et d'imputer ces effets à de prétendues prédispositions individuelles.

La définition est sans appel : « 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. NB : Ce sont les facteurs (organisationnels, relationnels et individuels) qui sont psychosociaux. Les troubles de santé occasionnés peuvent être mentaux, sociaux, mais aussi physiques. » Le rapport décrit ainsi six axes théoriques ainsi qu'un questionnaire validé pour les dépister. Ces axes explorent les différentes risques à l'origine des souffrances au travail.

Cela va amener les employeurs à changer de tactique et à d'utiliser des nouveaux concepts pour dissimuler les effets de l'organisation du travail.

.....

6- Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008), Marlène BENQUET, PASCAL MARICHALAR et Emmanuel MARTIN dans *Sociétés contemporaines* 2010/3 (n°79), pp 121-143

Il importe que le mot souffrance ne soit plus prononcé. Il n'y a que : « des situations individuelles difficiles », « des tensions émotionnelles », et qui sont inconnues du management « au point qu'elles ne peuvent trouver de solution ni même s'exprimer dans l'environnement professionnel direct ». C'est à l'insu de l'entreprise que le (la) salarié.e va outrepasser ses capacités psychologiques parfois entamées par des situations personnelles difficiles et se mettre en situation de *burn-out*, syndrome tiroir dont l'aspect pluri-étiologique est mis en avant(7).

### LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL UN MOTEUR DE PERFORMANCE ?

C'est ainsi que va naître la notion de « qualité de vie au travail » : la QVT. L'expression « *la qualité de la vie au travail* » a plusieurs finalités tactiques.

L'emploi du mot « qualité » est une des constantes du management. Il s'agit d'un mot polysémique, auquel chacune et chacun donne un sens mais dont l'utilisation par le management indique en général la nature d'un résultat à atteindre : « Pour le Marché, dans le temps du Marché ».

Ce n'est pas par hasard si le mot « vie » est ici employé. Il ajoute un poids émotionnel à l'expression : quoi de plus précieux que la vie ? Lui donner de la « qualité » dans son déroulement « au travail » n'est-ce pas particulièrement généreux de la part d'un employeur ?

Certain.es même veulent « *faire de la France la championne du monde du bonheur au travail* » ainsi M<sup>me</sup> Lecocq, future réformatrice de la santé au travail qui a animé un colloque qui portait ce titre.

La démarche va être portée en 2013, institutionnellement, dans le cadre d'un accord interprofessionnel.

Celui-ci repose sur le postulat suivant : « *la performance d'une entreprise repose à la fois sur des relations collectives constructives et sur une réelle attention portée aux salariés en tant que personnes* ». On peut y découvrir que « *La qualité de vie au travail contribue à (la) compétitivité.* » et que « *la qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises (...)* ».

L'un des objets de l'accord est « *de permettre, par une approche systémique, d'améliorer la qualité de vie au travail et les conditions dans lesquelles les salariés exer-*

.....

7- Lire à ce sujet la contribution de l'association SMT à l'expertise HAS sur le *burn out*.

*cent leur travail, donc la performance économique de l'entreprise.* »

« *La qualité de vie au travail désigne et regroupe les dispositions récurrentes abordant notamment les modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail permettant de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise.* »

L'engagement de l'ANACT va être particulièrement important dans ce domaine.

L'axe 2 du Plan Santé Travail « *Qualité de vie au travail, maintien dans l'emploi et performance* » relie lui aussi qualité de vie au travail et performance.

Ainsi, la qualité de vie au travail aurait pour objectif le maintien ou l'amélioration de la performance notamment économique de l'entreprise.

La qualité de vie au travail n'est donc explicitement qu'une série de mesures dont l'objectif est celui de l'intérêt de l'entreprise.

Le cadre est là parfaitement fixé si l'on sait lire : **Ce qui participe à la qualité de vie au travail est ce qui permet d'accroître la performance de l'entreprise. Ce n'est ni l'intérêt des salarié.es ni celui de leur santé qui justifie la démarche.**

Mais une récente publication américaine rappelle que les *wellness program* n'ont pas apporté de véritables bénéfices sur investissement(8) mais par contre agissent positivement sur la perception subjective des salariés, ce qui confirme le but recherché qui est celui d'influencer la perception des salarié.es sans efficacité réelle sur les effets négatifs mesurables de l'organisation du travail.

### LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL UNE CEINTURE DE SÉCURITÉ EN RESPONSABILITÉ

**A**lors que le procès des dirigeants de *France Telecom* a eu lieu, montrant que, dans le domaine des effets des .....

8- « *Parmi les employés d'une grande entreprise américaine de vente au détail d'entrepôts, un programme de mieux-être en milieu de travail a entraîné des taux beaucoup plus élevés de certains comportements positifs autodéclarés en matière de santé chez les personnes exposées par rapport aux employés qui n'étaient pas exposés, mais il n'y avait pas de différences significatives dans les mesures cliniques de la santé, des dépenses et de l'utilisation des soins de santé et des résultats en matière d'emploi après 18 mois. Bien que limitées par des données incomplètes sur certains résultats, ces résultats peuvent tempérer les attentes au sujet du rendement financier sur l'investissement que les programmes de mieux-être peuvent offrir à court terme.* » Traduction de la conclusion de l'article : *Effect of a Workplace Wellness Program on Employee Health and Economic outcomes. A randomized clinical trial*, Zirui Song, MD, PhD, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, 180A Longwood Ave, Boston, MA 02115 (song@hcp.med.harvard.edu); JAMA, April 2019

organisations du travail, des responsables peuvent être mis en cause, mettre en place une démarche QVT, est une garantie de quasi impunité en cas d'effets négatifs de l'organisation du travail.

En effet, il est pertinent de rapprocher cette mise en œuvre de QVT des décisions de la Cour de cassation à partir de 2016. Rappelons que le président de la chambre sociale, son doyen et un conseiller référendaire en poste à l'époque viennent, en janvier 2019, d'être traduits devant le Conseil supérieur de la magistrature pour ne pas s'être récusés et avoir rendus une décision dans une affaire dont l'un des protagonistes les avait rémunérés pour des conseils et des formations.

Depuis 2016, la Cour de cassation a rendu plusieurs décisions convergentes en matière d'abandon de l'obligation de sécurité de résultat des employeurs(9). Dorénavant l'obligation de l'employeur est devenue une obligation de sécurité renforcée formelle : « *L'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L.4121-1 et L.4121-2 du Code du travail ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* ».

Cela signifie que la mise en place de mesures explicites de prévention protège en responsabilité un employeur quand bien même ces mesures ne seraient pas totalement efficaces.

Cette question était explicitement le sujet abordé lors d'un colloque organisé le 21 juin 2018 par la Cour de cassation sur « les risques psychosociaux »(10) mais en fait destiné à promouvoir la « qualité de vie au travail » en en faisant explicitement un alibi juridique en responsabilité comme l'indiquaient, sans aucune ambiguïté, les propos conclusifs du doyen de la Cour de cassation(11).

La QVT adoubee activement par nombre d'organismes, dont certains officiels comme l'ANACT ou l'INRS, et sous le couvert du doyen de la Cour de cassation est donc

.....  
9- Mais attendu qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L.452-1 du Code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. Cour de cassation chambre sociale Audience publique du jeudi 28 février 2002 N° de pourvoi : 99-18389

10- [https://www.courdecassation.fr/venements\\_23/colloques\\_4/colloques\\_videos\\_6111/travail\\_rapports\\_sociaux\\_8617/risques\\_psycho\\_sociaux\\_entreprises\\_39843.html](https://www.courdecassation.fr/venements_23/colloques_4/colloques_videos_6111/travail_rapports_sociaux_8617/risques_psycho_sociaux_entreprises_39843.html)

11- Lire à ce sujet dans les Cahiers S.M.T. N°35, septembre 2018, *Les aventures d'un retraité : une matinée à la Cour de cassation*.

devenu une ceinture de sécurité efficace. D'où le marché florissant qui s'est développé dans ce domaine.

Comment malgré cette toile peinte évoquer la question du contenu du travail, de sa réalité, du vécu au travail, celle de l'importance du beau travail, du travail bien fait, celle de la reconnaissance symbolique et réelle qui cimentent les collectifs de travail ? Comment dans ce monde idéal où l'entreprise est, par définition, bienveillante vivre la souffrance qu'on ressent et qui est l'objet d'un déni sans la retourner contre soi-même ?

Ainsi, une étude de *Santé Publique France*(12) permet de mesurer l'impact des conditions de travail dans les pensées suicidaires de la population active. Elle montre que, sous le couvercle, la réalité est toute autre.

En 2017, 3,8 % des personnes en situation d'emploi en France déclarent avoir envisagé de se suicider au cours des douze derniers mois. Dans plus d'un tiers des cas les conditions de travail et d'emploi sont indiquées comme étant à l'origine de la pensée suicidaire. Un fort gradient de genre (4,5 % de femmes et 5,13 % des ouvrières, contre 3,1 % des hommes) caractérise ce phénomène. La question sociale ressurgit : les salarié.es percevant moins de 1 500€ par mois sont presque deux fois plus exposés.es aux pensées suicidaires que celles et ceux qui disposent d'un revenu supérieur.

Il y a effectivement urgence, pour les employeurs, à brandir le bouclier en responsabilité de la « qualité de vie au travail ».

.....  
12- *Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017*, Pauline DELÉZIRE, (pauline.delezire@santepubliquefrance.fr), Virginie GIGONZAC (virginie.gigonzac@santepubliquefrance.fr), Laurence CHÉRIÉ-CHALLINE, Imane KHIREDINE-MEDOUNI, BEH, SPF, 5 février 2019

# LE CONSEIL D'ÉTAT OU « COURAGE, FUYONS »

Communiqué de l'association SMT et de l'USP, le 19 novembre 2018



Le Conseil d'État le 24 octobre 2018 a refusé de se prononcer sur le déni de justice que connaît le D<sup>r</sup> Karine Djemil. **Rappelons que ce médecin du travail a été l'objet de deux plaintes d'employeurs différents pour avoir remis à des salariés des extraits du dossier médical consistant en l'étude de poste, rendue obligatoire, et qui mettait en lumière des pratiques de harcèlement sexuel.**

- ♦ Elle a été condamnée à six mois d'interdiction d'exercice, dans des conditions très douteuses en première instance.
- ♦ Traitée d'affabulatrice par le président de l'instance qui a trahi le secret de la délibération en demandant une expertise psychiatrique.
- ♦ **En appel cette condamnation a été confirmée à trois mois ferme et trois mois avec sursis.** Une procédure de licenciement est actuellement en cours. Le préjudice est majeur.

Or :

- ♦ Les instances disciplinaires ont confondu les deux plaintes pourtant distinctes.
- ♦ **L'instruction n'a pas été contradictoire puisque les patientes n'ont pas été entendues** ce qui aurait permis de prouver le bien fondé des écrits.
- ♦ Des propos insultants pour la parole des femmes ont été proférés dans une institution dont il n'est pas exagéré de dire que la question du harcèlement sexuel est souvent euphémisée.
- ♦ **La peine est disproportionnée au regard des faits et ressemble à une sanction pour l'exemple.**

Autant de raisons pour lesquelles le Conseil d'État aurait dû se saisir de cette affaire. La forme même de ces décisions et des procédures ne pouvait que déboucher sur un désaveu des instances disciplinaires de l'Ordre **tant les dénis de droit sont ici évidents.**

Pour éviter de devoir en arriver là, **la stratégie du Conseil d'État est de refuser de se saisir de la question, sans aucun argument de droit, par le fait du prince.** Circulez, il n'y a rien à voir. Peu importe que la procédure des instances de l'Ordre soit hors-droit, que les décisions soient idéologiques et non fondées sur des faits vérifiés, que la peine soit sans rapport avec les faits reprochés.

Nous faisons de gorges chaudes des empiètements de l'exécutif des États-Unis sur leur Cour suprême. Il serait temps de balayer devant notre porte. Comment expliquer les revirements de jurisprudence de la Cour de cassation en matière d'obligation de sécurité de résultat ?

**Comment juger le refus du Conseil d'État de se prononcer sur la licéité du fonctionnement, pour le moins problématique, des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins qui servent d'épouvantail patronal pour les médecins qui oseraient témoigner du lien santé travail ?**

Quand une institution, en l'occurrence le Conseil d'État, qui garantit nos droits, a perdu le sens de l'impartialité on peut s'interroger sur sa légitimité.

**Bien évidemment, le D<sup>r</sup> Djemil se pourvoira devant la CEDH, nous vous appelons à la soutenir par tout moyen.**

# **RECOURS DE D. HUEZ CONTRE LA FRANCE**

## **DEVANT LA CEDH – 27 NOVEMBRE 2018**

**Avocat Maître Jean-Louis Macouillard**

### **EXPOSÉ DES FAITS**

**L**e Docteur Dominique Huez est médecin du travail. Le 2 décembre 2011, alors qu’il assurait la permanence des urgences du service de santé au travail de la centrale nucléaire de Chinon, il recevait un salarié de la société Orys, sous-traitante d’EDF, monsieur Vincent Abergel, en situation d’extrême souffrance.

Craignant pour la santé mentale de son salarié, il lui délivrait, à l’issue d’une consultation approfondie, un certificat médical constatant un lien entre son état de santé et sa situation professionnelle, qu’il lui remettait, ce jour-là, en main propre (pièce n° 1).

Conformément aux bonnes pratiques en matière de clinique médicale du travail, le docteur Huez instruisait le lien santé/travail et restituait au salarié, dans le cadre d’un écrit, les constats cliniques sur sa pathologie et sur son travail que lui permettaient ses compétences professionnelles en tant que spécialiste en médecine du travail.

Il décrivait ainsi, dans ce contexte, que la pathologie anxiodépressive de son patient, reconnue d’ailleurs en accident du travail par la caisse primaire d’assurance maladie, était « *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 aigues en rapport à un vécu de maltraitance professionnelle* ».

Plus précisément, il légitimait, d’une part, le droit de retrait, exercé plusieurs mois auparavant par monsieur Abergel, sur le site nucléaire de Tricastin, compte tenu du danger d’inhalation de poussière d’amiante. Il précisait que le refus par la société Orys de ce droit de retrait, sans qu’un CHSCT ne fût d’ailleurs informé, était en relation directe avec un premier effondrement psy-

chopathologique, à tel point d’ailleurs que la caisse primaire d’assurance maladie avait reconnu, pour ce choc traumatique, la qualification d’accident du travail.

D’autre part, il constatait « des actes réitérés vécus symboliquement comme portant une atteinte identitaire profonde, car tous [venaient] à dénier la légitimité de son action initiale qui visait à protéger sa santé et sa sécurité par un droit de retrait ». Il relevait enfin « un éloignement par rétorsion de son domicile » et l’imposition d’une fonction « pour laquelle il n’[avait] pas de compétences professionnelles, alliés à «une absence d’issue professionnelle et un non emploi de ses compétences de chargé de travaux ». Il en concluait que ces facteurs ne pouvaient « qu’aggraver de façon délétère les conséquences de sa pathologie psychopathologique post-traumatique ». (pièce n° 1).

Ce certificat fut versé par monsieur Abergel dans la procédure prud’homale visant notamment à annuler la sanction disciplinaire de mise à pied infligée par la société Orys, à cause de l’exercice de son droit de retrait. Mécontente de ce que le médecin du travail ait pu décrire une réalité clinique tirée de sa compétence en matière de diagnostic médical au travail, la société susvisée, qui prit connaissance du certificat du docteur Huez dans le cadre de la procédure contradictoire, devant le conseil des prud’hommes, déposa plainte contre ce dernier, devant le conseil départemental de l’Ordre des médecins d’Indre-et-Loire (pièces n° 2, 3, 4, 5, 6 et 7).

Une telle action s’inscrit, en France, dans un courant prenant une véritable ampleur, consistant, pour certains employeurs, à porter plainte devant la juridiction ordinaire contre tout médecin qui viendrait étayer par quelque écrit que ce soit – certificat, fiche de poste,

courrier, etc. – l'existence d'un lien entre une pathologie et le travail de l'intéressé. Il s'agit là, comme certains auteurs ont pu le faire valoir, d'une instrumentalisation de la procédure ordinaire dans la mesure où les plaignants, déplacent habilement le débat des prud'hommes vers les instances disciplinaires.

Cette instrumentalisation qui aboutit, comme le docteur Huez l'a fait valoir en droit interne, à une violation des articles 6 et 8 de la CEDH, est permise par les dispositions du Code de la santé publique instituant les modalités de la procédure disciplinaire des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, issue des articles R.4126-1 et L.4123-2 du Code de la santé publique.

L'exception d'illégalité que le docteur Huez a soulevée à l'appui de son moyen d'irrecevabilité contre la plainte de la société Orys tient au fait que le 1° de l'article R.4126-1 susvisé spécifie expressément que les plaintes peuvent être formées « notamment » par les patients, etc. ce qui ne limite pas le nombre des plaignants et permet donc à toute personne d'attirer un médecin devant les juridictions ordinaires, de devenir partie à l'instance, à part entière, et, donc, de disposer de toutes les pièces de la procédure qui pourraient être versées par le médecin, pour sa défense, dans le cadre du contradictoire.

Dans ces conditions, si le médecin veut se défendre efficacement, il le fera au mépris du secret médical, en révélant au plaignant des éléments du dossier médical de son patient, protégé notamment par l'article 8 de la CEDH. Inversement, s'il veut protéger son patient, à l'égard du plaignant, il devra se taire sur certains aspects du dossier, se privant du droit le plus élémentaire à sa défense, au mépris de l'égalité des armes, en violation de l'article 6 de la CEDH (pièces n° 8, 9, 10, 11 et 12).

Cette double violation de la Convention sera analysée en pages 8 et 9 (§ F. des présentes : « Exposé de la/des violation(s) alléguée(s) de la Convention et/ou des Protocoles et arguments à l'appui »).

Au préalable, il convient d'apporter quelques remarques liminaires.

- ♦ **Premièrement**, il nous faut préciser que la rédaction, par le docteur Huez, d'un lien entre la santé et le travail de monsieur Abergel, que ce soit pour légitimer son droit de retrait ou pour établir le diagnostic d'anxio-dépression, ne rend pas inopérant le moyen selon lequel le secret médical du patient est violé. En effet, ce qui est écrit sur le certificat médical remis en main propre n'est que la conclusion

d'une anamnèse sérieuse, profonde, à l'issue de laquelle le docteur Huez a vu, entendu et compris son patient sur de nombreux aspects qu'il ne peut dévoiler s'il ne veut pas violer le secret médical de monsieur Abergel.

En d'autres termes, le débat médical n'est pas cantonné au seul écrit incriminé par l'employeur mais à tout élément qui pourrait dédouaner le docteur Huez de toute faute déontologique aux yeux des juridictions ordinaires. Parmi ces éléments, il y a, comme la partie immergée d'un iceberg, tout ce que le médecin a pu voir, ressentir, entendre et qu'il ne peut en aucun cas dévoiler à la société Orys. Ce qui se joue en l'espèce, c'est une relation entre un médecin et son patient qui est protégée par le secret médical, conformément à l'article L.1110-4 du Code de la santé publique.

En donnant la possibilité à n'importe quelle personne physique ou morale, par l'adverbe notamment, de devenir une partie plaignante à l'instance disciplinaire, l'article R.4126-1 entre en violation directe avec les articles 6 et 8 de la CEDH.

- ♦ **Deuxièmement**, le patient du médecin est le grand absent de la procédure ordinaire française alors qu'il devrait y figurer au centre puisque c'est lui – et seulement lui – que vient protéger l'article L.1110-4 du code susvisé. La loi n°2002-403 du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner », relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, vient renforcer la protection de la vie privée de ces derniers en étendant le secret médical à « l'ensemble des informations [le] concernant venues à la connaissance du professionnel de santé ». Or, les articles R.4126-1 et R.4123-2 du Code de la santé publique n'en font même pas une partie à la procédure lorsqu'il n'est pas le plaignant, alors qu'il est au centre des débats. C'est notamment cette absence qui vicia la procédure à l'égard des articles 6 et 8 de la CEDH puisque les débats sur son cas entre un employeur plaignant tel que la société Orys et le médecin ont lieu en son absence. Aussi ne peut-il contrôler les dires de son médecin.

- ♦ **Troisièmement**, la violation des articles 6 et 8 de la CEDH 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. La rédaction de cet article renforce ainsi l'impasse dans laquelle l'adverbe « notamment » de l'article R.4126-1 place les médecins dans la mesure où, en cas d'échec de la conciliation, le conseil départemental « transmet » impérativement la plainte à la chambre disciplinaire en s'y associant ou non.

Ainsi, n'importe qui peut porter plainte contre un médecin, en France, au sujet de n'importe quelle relation entre ce dernier et son patient. Le conseil départemental de l'Ordre n'a aucune possibilité d'arrêter la procédure ; la seule chose qu'il peut faire est de ne pas s'associer à la plainte. Le mode impératif employé par l'article L.4123-2 – le conseil départemental de l'Ordre « transmet » la plainte – met le médecin aux prises avec n'importe quelle personne qui voudra l'attaquer parce qu'elle l'aura décrié. Et comme le montre la présente procédure, cette personne devient une partie à l'instance et a droit, dans le cadre du contradictoire, à se faire verser toutes les pièces que le médecin incriminé pourrait produire pour sa défense. La situation est inique, alors qu'il est du devoir du médecin de constater un lien entre la santé et le travail, lorsqu'une pathologie à une origine professionnelle.

♦ **Quatrièmement**, et comme il vient d'être avancé, 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 au 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 procédure 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.

Les arguments du docteur Huez ont été écartés par le Conseil d'État dans un arrêt définitif en droit interne du 6 juin 2018 qui a jugé que l'action disciplinaire appartenait à toute personne lésée de façon suffisamment directe et certaine, à l'encontre d'un médecin, en cas d'échec de la conciliation organisée conformément aux dispositions de l'article L.4132-1 du Code de la santé publique (pièce n° 13).

Laconiquement, le Conseil d'État a fait valoir que les dispositions des articles R.4126-1 et L.4123-2 n'avaient pas pour effet d'imposer au médecin poursuivi de méconnaître le secret médical et qu'ainsi, les dispositions des articles L.1110-4 du Code de la santé publique et 6 de la Convention n'étaient pas méconnues.

Au contraire, il sera démontré que les dispositions des articles R.4126-1 et L.4123-2 du Code de la santé publique telles qu'elles existent et telles qu'elles sont interprétées par le Conseil d'État violent directement les articles 6 et 8 de la CEDH, étant rappelé que vous avez jugé dans un arrêt *Gautrin et Autres c. France* (38/1997/822/1025-1028) du 20 mai 1998 qu'il ressortait de votre jurisprudence constante « *qu'un contentieux disciplinaire dont l'enjeu – comme en l'espèce, eu égard aux sanctions pouvant être prononcées par les juridictions ordinaires (paragraphe 22 ci-dessus) – est le droit de continuer à pratiquer la médecine à titre libéral, donne lieu à des "contestations sur des droits (...) de caractère civil" au sens de l'article 6 § 1* ».

Bien que le docteur Huez n'a été condamné qu'à la peine de l'avertissement, il encourrait la peine maximale de la radiation, de sorte que son recours est recevable.

## **EXPOSÉ DE LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE LA CONVENTION**

ARTICLE INVOQUÉ

ARTICLE 8 DE LA CEDH ET ARTICLE 6 DE LA CEDH

Le docteur Dominique Huez devait s'expliquer devant une commission de conciliation présidée par un membre du conseil départemental, en présence d'un plaignant – la société Orys – sur un certificat remis à son patient, relatif à l'état de santé de ce dernier. Pour ne

pas violer son obligation professionnelle de respecter le secret médical, il ne s'est pas présenté à la séance de conciliation pièces n° 3, 4, 5 et 6).

Dès l'abord, il faut rappeler qu'en matière disciplinaire il encourait une sanction qui pouvait aller jusqu'à la radiation du tableau de l'Ordre des médecins. S'il n'a été condamné qu'à un avertissement, d'autres médecins placés devant une situation identique et tout aussi inextricable, 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.

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* ».

Cet article est le corollaire de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, institué par la loi du 4 mars 2002, qui, comme on l'a vu, vient étendre le droit à la vie privée des patients à « *l'ensemble des informations [le] concernant venues à la connaissance du professionnel de santé* ».

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

Aussi, cette relation est-elle bien plus complexe que la simple rédaction d'un certificat médical remis en main propre à l'intéressé. Derrière le diagnostic de lien santé-travail établi par le docteur Huez, 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 dont il ne pouvait discuter devant les magistrats ordinaires en présence de la société Orys, au risque de violer la vie privée de son patient (article 8 de la Convention). C'est tout ce qu'il a vu, entendu et compris, qui n'est pas inscrit dans le certificat, qu'il ne pouvait utiliser pour les besoins de sa défense, parce que, d'une part, l'employeur de monsieur Abergel était présent à la procédure et, d'autre part, le patient lui-même en était le grand absent.

Dans ces conditions le docteur Huez était placé, du fait de la réglementation française en matière de procédure ordinaire, dans une alternative insoluble : il pouvait, pour se défendre, utiliser ce qu'il avait vu, entendu, compris dans sa relation médecin/patient

avec monsieur Abergel, et dévoiler la vie privée de ce dernier (violation de l'article 8 de la CEDH), ou bien il pouvait se taire au mépris de son droit à sa propre défense mais en respectant par là-même le secret médical à l'égard de son patient (article 6 § 1 de la CEDH).

Le docteur Huez a choisi de se taire pour protéger monsieur Abergel. Il a été condamné à une peine disciplinaire.

On le voit, la procédure française, en l'état, conduit à une rupture flagrante de l'égalité des armes (voir par exemple votre arrêt *Dombo Beheer B.V. c. Pays-Bas - n° 14448/88 du 27 octobre 1993*) dans la mesure où le plaignant n'a aucune obligation de respecter le secret médical de quiconque à l'inverse du médecin qui ne peut que se taire et se priver, ainsi, du droit le plus élémentaire à sa défense.

**Pour réparer cette rupture d'égalité dont le corollaire alternatif est l'atteinte au droit à la vie privée du patient, l'État français doit amender les dispositions des articles R.4126-1 et L.4123-2 afin de les rendre compatibles avec les articles 6 et 8 de la CEDH, en spécifiant par exemple que les doléances, les dénonciations, 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.**

**Aussi, seule une action autonome du Conseil de l'Ordre agissant seul doit-elle être permise lorsqu'une dénonciation d'un tiers à la relation médecin/patient est formée. En effet, lesdits tiers (employeurs, parents, amis, représentants légaux d'une personne morale, etc.) n'ont pas prêté serment à l'égard du secret médical, à l'inverse des magistrats ordinaires. Aussi, le patient se trouve-t-il lésé par leur présence à la procédure, d'autant plus fort qu'il en est absent.**

**Il faudrait ainsi, pour éviter toute violation de la Convention, que la personne qui dénonce des faits, comme l'a fait la société Orys, n'ait pas la position de partie plaignante à l'instance de sorte que la procédure disciplinaire se déroulerait devant les seuls juges ordinaires. Tout tiers absolu à la relation médecin/patient doit pouvoir dénoncer des faits, certes, mais occuper une place procédurale qui serait davantage celle de « témoin » que de partie à l'instance. Par ailleurs, le patient devrait pouvoir être systématiquement entendu dans le cadre de l'instance.**

Dans ces conditions seulement, le médecin pourrait se défendre devant ses juges sans violer le secret médical, dans la mesure où ceux-ci ont prêté serment de le préserver, contrairement à tout tiers absolu à la relation médecin-patient, telle que la société Orys.

On le voit, le dossier du docteur Huez est frappant en ce qu’il est un cas d’école de la double violation susvisée. Il s’inscrit dans le cadre d’une consultation médicale d’urgence en santé au travail pour un patient qu’il n’avait encore jamais vu. Mais si l’on veut élargir le champ du débat, on se rend compte que tout médecin établissant un diagnostic de pathologie liée au travail est menacé par les dispositions procédurales du Code de la santé publique en matière disciplinaire.

En effet, tout médecin peut recevoir un patient atteint de dépression ou de syndrome anxiodépressif qui serait lié au travail. Dans la mesure où l’article L.461-1 du Code de la sécurité sociale mentionne les pathologies psychiques, il est de leur devoir d’établir le lien santé/travail dans un certificat médical initial, après une anamnèse sérieuse. Et comme on l’a vu, les dispositions actuelles du Code de la santé publique en matière de procédure disciplinaire ne permettent ni de garantir le droit à la vie privée des patients, ni le droit à un procès équitable pour le médecin.

Enfin, précisons qu’au décours de son anamnèse, le médecin qui fait un lien entre santé et travail, comme le permet notamment l’article L.461-1 susvisé peut découvrir d’autres pathologies, intercurrentes, qui viennent s’ajouter dans le tableau clinique du patient. Le tiers absolu plaignant qui devient partie à la procédure ne peut en aucun cas avoir accès à la discussion clinique relative à une telle pathologie qui pourrait expliquer – ou non – les symptômes de dépression, de troubles anxieux, etc.

La violation des articles 6 et 8 de la Convention est, par conséquent, certaine.

## **RESPECT DES CRITÈRES DE RECEVABILITÉ**

### *VIOLATION DE L’ARTICLE 8 DE LA CEDH*

Dans un arrêt du 10 octobre 2006, *Affaire L. L. c. France (Requête no 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-I, § 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, la docteur Huez a invoqué « au moins en substance » la violation de l’article 8 de la CEDH puisque devant le Conseil d’État, il 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.

Aussi, s’agissant du grief tiré de la violation de l’article 8 de la CEDH, le requérant a-t-elle exercé les recours effectifs disponibles en France. Sa requête doit donc être déclarée recevable sur ce point.

### *VIOLATION DE L’ARTICLE 6 DE LA CEDH*

Cet article a été soulevé, comme le précédent, « en substance », devant le Conseil d’État. Le requérant 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.

Le docteur Huez se trouve, 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 d’une plaignante qui peut faire état de tout moyen de preuve, alors qu’il doit se taire sur ce qu’il a vu, entendu et ressenti chez son patient, eu égard à son impossibilité absolue de violer le secret médical. Il a donc 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 6 juin 2018 (CE 6 juin, n°XXX, pièce n° 8). Aussi, la présente requête n’est-elle pas tardive.

## **COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME**

*DÉCISION. REQUÊTE N°56615/18 HUEZ C.FRANCE, INTRODUITE LE 28 NOVEMBRE 2018.*

La Cour Européenne des Droits de l'Homme, siégeant le 7 février 2019 en formation de juge unique conformément aux articles 24 § 2 et 27 de la Convention, a examiné la requête susmentionnée telle qu'elle a été présentée. La requête se fonde sur l'article 6 § 1 de la Convention et l'article 8 § 1 de la Convention.

La Cour juge à la lumière de l'ensemble des éléments en sa possession que les faits dénoncés ne relèvent aucune apparence de violation des droits et libertés énumérés dans la Convention ou ses Protocoles. Il s'ensuit que ces allégations sont manifestement mal fondées au sens de l'article 35 § 3 a) de la Convention.

La Cour déclare la requête irrecevable.

**Carlo Ranzoni juge**

### **ANALYSE DE NOTRE AVOCAT J.-L. MACOULLARD**

**L**e recours de Dominique Huez devant la CEDH contre la recevabilité des plaintes patronales devant l'ordre des médecins, a été rejeté sans aucune voie de recours.

La Cour statuant à juge unique nous déboute, et sur le fond cette fois-ci, au motif que « les faits dénoncés ne révèlent aucune apparence de violation des droits et libertés énumérés dans la Convention ou ses protocoles ».

Le juge Carlo Ranzoni en déduit que nos allégations sont manifestement mal fondées au sens de l'article 35 § 3a de la Convention pour déclarer notre requête irrecevable.

Cette décision marque une fin de non-recevoir totale de la part de la Cour dans la mesure où elle se base sur le paragraphe précité (3a) de l'article 35, relatif au fondement du recours, et non sur le paragraphe 3b qui renvoie à l'importance du préjudice.

Si nous avons été déboutés sur le paragraphe 3b, nous aurions pu penser que le recours eût pu prospérer pour le docteur KD, dans la mesure où elle a été condamnée à une peine d'interdiction d'exercer et non à un avertissement ou à un blâme.

Or nous sommes déclarés irrecevables parce que, selon le juge Ranzoni, notre requête est manifestement mal fondée, ce qui veut dire que, pour la CEDH, les faits que nous invoquons ne portent pas atteinte aux articles 6 et 8 de la Convention.

C'est très sévère et je continue à penser que nous étions dans notre bon droit, cependant, nous n'avons désormais plus aucun recours sur ces points précis ce qui ne doit pas nous empêcher à l'avenir à creuser d'autres pistes.

### **QUELLES PERSPECTIVES PAR DOMINIQUE HUEZ**

**C'**est une première en France suite aux plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins, contre un médecin ayant attesté du lien entre l'atteinte à la santé de son patient et son travail.

Cela impose de repenser toutes les actions et voies de recours contre les tribunaux d'exception ordinaires, cela pour permettre aux médecins de prendre en charge et prévenir les psychopathologies du travail engendrées par les organisations du travail délétères.

Pour les affaires par exemple de Jean Rodriguez (psychiatre), Bernadette Berneron, et J.J. médecins du travail, elles n'ont pu aller en Conseil d'État, ce dernier rejetant la recevabilité des recours, car comme il s'agit de médecins du service public hospitalier, l'Ordre s'étant alors « substitué à la plainte d'un employeur » (!), le Conseil d'État refuse un recours contre l'Ordre dont c'est la fonction même d'instruire les questions déontologiques envers un médecin !

Concernant les deux affaires emblématiques que sont celles de Karine Djémil et de Dominique Huez, *Les Cahiers SMT N°35* ont publié une excellente analyse juridique de cela par Alain Carré :

<http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-35/35.3.12.juridiction.exception.pdf>.

Pour ce qui concerne l'affaire de Dominique Huez, le jugement de la CEDH est opposable à tout médecin qui emploierait les mêmes arguments.

L'association SMT a donc saisi le « Défenseur des droits » de cela. Voir l'article se rapportant à cette saisine dans ce *Cahier SMT N°36*.

Il pourrait y avoir peut-être une éclaircie si le défenseur des droits prenait position et demandait au gouvernement de modifier tel ou tel texte concernant la suppression de la juridiction ordinaire et le renvoi des affaires au droit commun, ou concernant la juridiction ordinaire, l'obligation de l'instruction systématique du point de vue et du préjudice du patient, ou bien concernant l'interdiction de réception d'une plainte d'employeur tiers absolu à la santé d'une personne.

# LE CONSEIL DE L'ORDRE ET LE SECRET MÉDICAL

## FAUT-IL EN RIRE OU EN PLEURER ?

**Alain CARRÉ**

Le dernier bulletin, de janvier-février 2019, du Conseil national de l'Ordre des médecins pourrait accréditer une hypothèse, que nous ne partageons pas, selon laquelle ses membres souffriraient d'un trouble dissociatif.

En effet un article en page 7, expose un « débat » du 27 novembre 2018 autour du « Secret médical ». « *Le secret médical est au cœur de la relation de confiance avec le patient, il se trouve pourtant régulièrement fragilisé et les situations particulières sont nombreuses.* » Telle est la raison de l'organisation de ce débat, sans doute confidentiel, et auquel, *a posteriori*, il semble nécessaire d'apporter la présente contribution.

Ainsi, le président de la section éthique et déontologie considère que « *le secret médical est un pilier de la morale médicale* ».

Ainsi, l'une des participantes rappelle « *la nécessité de protéger ce devoir du médecin y compris devant la justice ou face aux demandes des assurances* ».

Ainsi, un médecin du travail, secrétaire général d'un conseil départemental, « *a quant à lui souligné que le médecin du travail est également tenu au secret puisqu'il établit une restriction d'aptitude ou une inaptitude sans préciser les raisons à l'employeur* ».

Faut-il rappeler que ce même Conseil de l'Ordre instruit des plaintes d'employeur et organise des conciliations dans lesquelles, s'il désire exercer son droit à se défendre, le médecin mis en cause doit exposer le raisonnement clinique qui l'a conduit à conclure sur le lien entre la santé du travailleur et le travail qu'il effectue, c'est-à-dire transgresser le secret médical, alors que ce secret doit être protégé « *y compris devant la justice* ». Faut-il rappeler que, quand dans sa défense il relate des éléments collectifs qui ont contribué à son diagnostic, on le traite parfois d'affabulateur. Faut-il également souligner l'ignorance, voire le mépris, avec lesquelles ces instances traitent la clinique médicale du travail dont se recommandent, notamment, les médecins du travail.

Or, pour en revenir au « débat », un tiers absolu à la relation médicale, l'employeur qui, en contravention avec l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, tente ainsi de se procurer des données personnelles, le fait avec l'aide, doit on écrire la complicité, du Conseil de l'Ordre. Lors de l'instruction de la plainte, le rapporteur de l'instance disciplinaire demande également au médecin de trahir le secret médical pour justifier son diagnostic étiologique alors qu'il ne saurait y avoir de « *secret partagé* ».

Dans les cas nombreux, et ce n'est pas à son honneur, dans lequel le médecin du travail revient sur la formulation de l'écrit incriminé pour que cesse la plainte, il le fait en général sans en aviser le patient, ce que la déontologie interdit, avec l'accord tacite du Conseil de l'ordre.

Mais, nous direz-vous, la loi oblige ces institutions à recevoir les plaintes et à engager la procédure. Outre le fait que certains conseils aggravent la situation en se joignant à la plainte ou même en s'y substituant, comment expliquer **qu'aucune réserve n'ait jamais été émise par ces institutions à l'encontre d'une telle procédure qui bafoue les principes qu'elles prétendent défendre ?**

Mais assez de critiques. Comme il est précisé, lors du « débat », suite à l'affaire du pilote d'avion dément, « *l'Ordre ne s'est pas positionné en faveur d'une nouvelle dérogation* ».

Peut-être le Conseil de l'Ordre est-il sur le « chemin de Damas » ? Peut-être faut-il voir dans l'incohérence de ses positions une demande d'aide dans ce dilemme dont il n'arrive pas à sortir ?

Dans une approche confraternelle mais aussi empathique, comme il sied à des médecins, et afin d'aider concrètement les conseils de l'Ordre, nous conseillons dorénavant à nos confrères et consœurs mis en cause par un employeur, pour un écrit, dès réception de l'information du conseil de l'Ordre de l'organisation d'une conciliation, de déposer plainte auprès du procureur de la République contre l'employeur pour tentative d'obtenir des données couvertes par l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et contre le président du Conseil de l'Ordre concerné pour complicité.

# ***DONNÉES DE SANTÉ À CARACTÈRE PERSONNEL EN MÉDECINE DU TRAVAIL CONDITIONS D’HÉBERGEMENT DES DONNÉES NOTAMMENT INFORMATISÉES***

***Alain CARRÉ***

## ***PRÉAMBULE***

**C**ette note complète une précédente note sur la conservation, l’accès et la transmission du dossier médical en médecine du travail. En effet, elle est plus spécifiquement destinée à définir les conditions d’hébergement de ces données sous forme matérielle ou numérique dans le cadre des services de santé au travail. Nous ne reviendrons pas sur la responsabilité qui incombe au médecin du travail en matière d’accès et de transmission de ces données ni du droit des patients dans ce domaine qui sont traités dans la note précédente.

## ***LES OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES EN MATIÈRE D’HÉBERGEMENT DES DONNÉES DE SANTÉ À CARACTÈRE PERSONNEL***

**L**es obligations concernant l’hébergement des données de santé à caractère personnel relèvent de l’article L.1111-8 du Code de la santé publique<sup>1</sup>(CSP).

**Dans ce cadre, le médecin du travail a qualité de « *personne physique (...) à l’origine (...) du recueil de ces données* ».**

Le service de santé au travail assure l’hébergement et la conservation des données de santé à caractère personnel (DSCP) dans le cadre de la médecine du travail, qu’il s’agisse d’un SST autonome ou d’un SST interentreprises. En effet, l’hébergement des DSCP se fait dans des conditions techniques qui dépendent du SST : les dossiers sont conservés dans des locaux et du mobilier

dont il est propriétaire, les DSCP sur support numérique sont hébergées sur des serveurs appartenant au SST ou loués par lui à cet effet.

La nature des prestations du SST dans ce domaine correspond à l’activité d’hébergement des données de santé sur tout support définie à l’article R.1111-8-8 du CSP<sup>2</sup> (cette activité « *consiste à héberger les données de santé à caractère personnel recueillies à l’occasion d’activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social* ») et précisée pour les données papier par l’article R.1111-16 du CSP<sup>3</sup> et pour les données numériques par l’article R.1111-9 du CSP<sup>4</sup>. Dans ce dernier cadre cela consiste à « *assurer (...) tout ou partie des activités suivantes* :

*1° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle des sites physiques permettant d’héberger l’infrastructure matérielle du système d’information utilisé pour le traitement des données de santé.*

*2° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de l’infrastructure matérielle du système d’information utilisé pour le traitement de données de santé.*

*3° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de l’infrastructure virtuelle du système d’information utilisé pour le traitement des données de santé.*

*4° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de la plateforme d’hébergement d’applications du système d’information.*

5° *L'administration et l'exploitation du système d'information contenant les données de santé.*

6° *La sauvegarde des données de santé.* »

Il est également précisé que « *la prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel fait l'objet d'un contrat* » défini à l'article R.1111-11 du CSP<sup>5</sup>. « *La nature des prestations d'hébergement (...), les rôles et responsabilités de l'hébergeur et des personnes physiques (...) pour le compte desquelles les données de santé à caractère personnel sont conservées, ainsi que les stipulations devant figurer dans le contrat (...) sont précisés par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'Ordre des professions de santé* ».

Comme hébergeur de DSCP, le SST doit être titulaire d'un « *certificat de conformité* » défini à l'article R.1111-10 du CSP<sup>6</sup> et être « *agréé par le ministre chargé de la culture pour la conservation de ces données sur support papier ou sur support numérique dans le cadre d'un service d'archivage électronique* ».

### **DES DISPOSITIONS D'INFORMATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL NON CONFORMES**

**A**insi, même si le médecin du travail, qui est responsable des DSCP qu'il recueille, doit s'assurer que leur hébergement, leur accès et leur transmission sont conformes aux dispositions du Code de la santé publique, le plus souvent, il est confronté à une situation ancienne et aucune information spécifique ne lui est communiquée.

Or, « *l'hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou numérique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée* ».

On peut donc avancer que le contrat de travail du médecin devrait comporter systématiquement une information à ce sujet, par exemple par un codicille spécifique concernant l'hébergement des DSCP quelque soit leur support.

De plus, dans la mesure où le contrat de travail comporte des clauses garantissant les moyens d'un exercice indépendant et conforme à la déontologie médicale, on peut considérer qu'une information systématique formelle, notamment sur l'hébergement des DSCP devrait être délivrée à tout médecin du travail nouvellement embauché.

Comment, si cela n'est pas fait, mettre en cause la responsabilité du médecin en cas de non application des règles concernant non seulement leur hébergement mais également leur transmission ?

### **UNE MISE EN CONFORMITÉ URGENTE ET NÉCESSAIRE**

**L**a mise en conformité récente nécessaire, au regard du règlement général de protection des données (RGPD), devrait être l'occasion de mettre en conformité l'hébergement des DSCP dans les SST.

**En effet dans la réalité nous observons que les règles concernant l'hébergement de ces données sont rarement totalement respectées par les SST vis-à-vis des médecins du travail et des salariés.**

De plus il semble que des dérives de nature pouvant être délictuelle existent dans certains services :

- ♦ Possibilité de transmission automatique de DSCP sur support papier ou informatique de médecin à médecin sans autorisation formelle du patient.
- ♦ Contournement du blocage informatique mis en place par le médecin du travail sur demande du travailleur.
- ♦ Destruction systématique de données d'exposition du salarié lors du changement de secteur d'un médecin.
- ♦ Destruction de dossiers hors des règles de conservation.

Les autorités administratives de tutelle des SST ne devraient-elles pas être plus vigilantes dans ce cadre ?

.....  
<sup>1</sup> **Article L.1111-8**, Modifié par [Ordonnance n°2017-27 du 12 janvier 2017 - art. 1](#)

*I.-Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil de ces données ou pour le compte du patient lui-même, réalise cet hébergement dans les conditions prévues au présent article.*

*L'hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou numérique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime. La prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel fait l'objet d'un contrat.*

*II.-L'hébergeur de données mentionnées au premier alinéa du I sur support numérique est titulaire d'un certificat de conformité. S'il conserve des données dans le cadre d'un service d'archivage électronique, il est soumis aux dispositions du III. Ce certificat est délivré par des organismes de certification accrédités par l'instance française d'accréditation ou l'instance nationale d'accréditation d'un autre État membre de l'Union européenne mentionnée à l'article 137 de la loi n°2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie. Les conditions de délivrance de ce certificat sont fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'Ordre des professions de santé.*

*III.-L'hébergeur de données mentionnées au premier alinéa du I est agréé par le ministre chargé de la Culture pour la conservation de ces données sur support papier ou sur support numérique dans le cadre d'un service d'archivage électronique. Les conditions d'agrément sont fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission*

nationale de l’informatique et des libertés et des conseils nationaux de l’Ordre des professions de santé. L’agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par les articles [L.121-1](#), [L.121-2](#) et [L.122-1](#) du Code des relations entre le public et l’administration, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l’agrément.

IV.-La nature des prestations d’hébergement mentionnées aux II et III, les rôles et responsabilités de l’hébergeur et des personnes physiques ou morales pour le compte desquelles les données de santé à caractère personnel sont conservées, ainsi que les stipulations devant figurer dans le contrat mentionné au I sont précisés par décret en Conseil d’État, pris après avis de la Commission nationale de l’informatique et des libertés et des conseils nationaux de l’Ordre des professions de santé.

V.-L’accès aux données ayant fait l’objet d’un hébergement s’effectue selon les modalités fixées dans le contrat dans le respect des articles [L.1110-4](#) et [L.1111-7](#). Les hébergeurs ne peuvent utiliser les données qui leur sont confiées à d’autres fins que l’exécution de la prestation d’hébergement. Lorsqu’il est mis fin à l’hébergement, l’hébergeur restitue les données aux personnes qui les lui ont confiées, sans en garder de copie. Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreints au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l’article [226-13](#) du Code pénal.

VI.-Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d’hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles [L.1421-2](#) et [L.1421-3](#), au contrôle de l’inspection générale des affaires sociales et des agents mentionnés aux articles [L.1421-1](#) et [L.1435-7](#), à l’exception des hébergeurs certifiés dans les conditions définies au II. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé.

VII.-Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes directement ou indirectement, y compris avec l’accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l’article [226-21](#) du Code pénal.

**2 Article R.1111-8-8**, Créé par [Décret n°2018-137 du 26 février 2018 - art. 2](#)

I. - L’activité d’hébergement de données de santé à caractère personnel mentionnée au I de l’article [L.1111-8](#) consiste à héberger les données de santé à caractère personnel recueillies à l’occasion d’activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social :

- 1° Pour le compte de personnes physiques ou morales, responsables de traitement au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, à l’origine de la production ou du recueil de ces données ;
- 2° Pour le compte du patient lui-même.

Toutefois, ne constitue pas une activité d’hébergement au sens de l’article [L.1111-8](#), le fait de se voir confier des données pour une courte période par les personnes physiques ou morales, à l’origine de la production ou du recueil de ces données, pour effectuer un traitement de saisie, de mise en forme, de matérialisation ou de dématérialisation de ces données.

II. - Les responsables de traitement mentionnés au 1° du I, qui confient l’hébergement de données de santé à caractère personnel à un tiers, s’assurent que celui-ci est titulaire du certificat de conformité mentionné au II de l’article [L.1111-8](#).

**3 Article R.1111-16**, Modifié par [Décret n°2011-246 du 4 mars 2011 - art. 2](#)

S’il est mis en œuvre, l’hébergement des données de santé à caractère personnel sur support papier mentionné à l’article [L.1111-8](#) est confié à une personne physique ou morale bénéficiant d’un agrément accordé par le ministre chargé de la Culture dans les conditions définies par les [articles 20-5 à 20-8](#) et [20-10 à 20-13](#) du décret n° 79-1037 du 3 décembre 1979 relatif à la compétence des services d’archives publics et à la coopération entre les administrations pour la collecte, la conservation et la communication des archives publiques et sous réserve des dispositions de l’article [R.1111-16-1](#). Le

contrat de prestation d’hébergement cité au deuxième alinéa de l’article [L.1111-8](#) contient au moins les clauses suivantes :

- 1° La description des prestations réalisées : contenu des services, nature et volume des données, caractère d’archives publiques ou non des données hébergées, résultats attendus.
- 2° La description des moyens mis en œuvre par le dépositaire pour la fourniture des services.
- 3° La description des moyens mis en œuvre par le dépositaire pour mettre les données hébergées à disposition des professionnels ou établissement de santé ayant souscrit le contrat.
- 4° Les modalités retenues pour que l’accès aux données de santé à caractère personnel et leur transmission éventuelle n’aient lieu qu’avec l’accord des personnes concernées et par les personnes désignées par elles ainsi que les dispositifs permettant d’assurer cet accès et cette éventuelle transmission.
- 5° Les obligations à l’égard du déposant si le dépositaire procède à des modifications ou des évolutions des conditions d’hébergement.
- 6° Une information sur les garanties permettant de couvrir toute défaillance du dépositaire.
- 7° Les dispositifs de restitution des archives déposées à la fin du contrat de dépôt dans les conditions définies au quatrième alinéa du [R.1112-7](#), assortis d’un engagement de destruction intégrale des copies que le dépositaire aurait pu effectuer pendant la durée du dépôt.
- 8° Une information sur les conditions de recours à des prestataires externes ainsi que les engagements du dépositaire pour que ce recours assure un niveau équivalent de garantie au regard des obligations pesant sur l’activité de conservation ;
- 9° Les moyens mis en œuvre pour assurer le respect des dispositions de l’article [L.1111-7](#) relatif à l’accès des personnes à leurs informations de santé, notamment en termes de délais et de modalités de consultation ;
- 10° La mention des polices d’assurance que le dépositaire souscrit pour couvrir les dommages et pertes que pourraient subir les données déposées, faisant apparaître que celles-ci excluent expressément les archives déposées du champ d’application de la clause de délaissement.

Est réputée non écrite toute clause tendant à appliquer le droit de rétentention aux données de santé à caractère personnel sur support papier.

**4 Article R1111-9**, modifié par [Décret n°2018-137 du 26 février 2018 - art. 2](#)

Est considérée comme une activité d’hébergement de données de santé à caractère personnel sur support numérique au sens du II de l’article [L.1111-8](#), le fait d’assurer pour le compte du responsable de traitement mentionné au 1° du I de l’article [R.1111-8-8](#) ou du patient mentionné au 2° du I de ce même article, tout ou partie des activités suivantes :

- 1° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle des sites physiques permettant d’héberger l’infrastructure matérielle du système d’information utilisé pour le traitement des données de santé.
- 2° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de l’infrastructure matérielle du système d’information utilisé pour le traitement de données de santé.
- 3° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de l’infrastructure virtuelle du système d’information utilisé pour le traitement des données de santé.
- 4° La mise à disposition et le maintien en condition opérationnelle de la plateforme d’hébergement d’applications du système d’information ;
- 5° L’administration et l’exploitation du système d’information contenant les données de santé.
- 6° La sauvegarde des données de santé.

**5 Article R.1111-11**, modifié par [Décret n°2018-137 du 26 février 2018 - art. 2](#)

I.-Le contrat d’hébergement mentionné au dernier alinéa du I de l’article [L.1111-8](#) est conclu entre l’hébergeur et son client. Il contient au moins les clauses suivantes :

1° L'indication du périmètre du certificat de conformité obtenu par l'hébergeur, ainsi que ses dates de délivrance et de renouvellement.

2° La description des prestations réalisées, comprenant le contenu des services et résultats attendus notamment aux fins de garantir la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité et l'auditabilité des données hébergées.

3° L'indication des lieux d'hébergement.

4° Les mesures mises en œuvre pour garantir le respect des droits des personnes concernées par les données de santé dont notamment :

- les modalités d'exercice des droits de portabilité des données ;
- les modalités de signalement au responsable de traitement de la violation des données à caractère personnel ;
- les modalités de conduite des audits par le délégué à la protection des données.

5° La mention du référent contractuel du client de l'hébergeur à contacter pour le traitement des incidents ayant un impact sur les données de santé hébergées.

6° La mention des indicateurs de qualité et de performance permettant la vérification du niveau de service annoncé, le niveau garanti, la périodicité de leur mesure, ainsi que l'existence ou l'absence de pénalités applicables au non-respect de ceux-ci.

7° Une information sur les conditions de recours à d'éventuels prestataires techniques externes et les engagements de l'hébergeur pour que ce recours assure un niveau de protection équivalent de garantie au regard des obligations pesant sur l'hébergeur.

8° Les modalités retenues pour encadrer les accès aux données de santé à caractère personnel hébergées ;

9° Les obligations de l'hébergeur à l'égard de la personne physique ou morale pour le compte de laquelle il héberge les données de santé à caractère personnel en cas de modifications ou d'évolutions techniques introduites par lui ou imposées par le cadre légal applicable.

10° Une information sur les garanties et les procédures mises en place par l'hébergeur permettant de couvrir toute défaillance éventuelle de sa part.

11° La mention de l'interdiction pour l'hébergeur d'utiliser les données de santé hébergées à d'autres fins que l'exécution de l'activité d'hébergement de données de santé.

12° Une présentation des prestations à la fin de l'hébergement, notamment en cas de perte ou de retrait de certification et les modalités de mise en œuvre de la réversibilité de la prestation d'hébergement de données de santé.

13° L'engagement de l'hébergeur de restituer, à la fin de la prestation, la totalité des données de santé au responsable de traitement.

14° L'engagement de l'hébergeur de détruire, à la fin de la prestation, les données de santé après l'accord formel du responsable de traitement et sans en garder de copie.

II.-Lorsque le responsable de traitement de données de santé ou le patient mentionnés au I de l'article R.1111-8-8 fait appel à un prestataire qui recourt lui-même pour l'hébergement des données à un hébergeur certifié, le contrat qui lie le responsable de traitement ou le patient avec son prestataire reprend les clauses mentionnées au I telles qu'elles figurent dans le contrat liant le prestataire et l'hébergeur certifié.

#### NOTA :

Conformément à l'article 3 I et II du décret n°2018-137 du 26 février 2018, les présentes dispositions entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2018. Toutefois, le 4° de l'article R.1111-11 dans sa rédaction issue de l'article 2 dudit décret entre en vigueur le 25 mai 2018.

<sup>6</sup> **Article R.1111-10**, Modifié par **Décret n°2018-137 du 26 février 2018 - art. 2**

I.-Le certificat de conformité mentionné au II de l'article L.1111-8 est délivré par un organisme de certification sur le fondement d'un référentiel de certification élaboré par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L.1111-24 et approuvé par arrêté du ministre chargé de la Santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

II.-L'organisme de certification mentionné au II de l'article L.1111-8 est accrédité par le Comité français d'accréditation ou par tout autre organisme d'accréditation signataire d'un accord de reconnaissance mutuelle multilatéral pris dans le cadre de la coordination européenne des organismes d'accréditation conformément à un référentiel d'accréditation élaboré par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L.1111-24 en lien avec les organismes d'accréditation concernés et approuvé par arrêté du ministre chargé de la Santé.

III.-Le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L.1111-24 assure le suivi et la mise à jour de ces référentiels.

# **SAISINE DU DÉFENSEUR DES DROITS SUR L’ATTEINTE AUX DROITS DES SALARIÉS ET PATIENTS PAR LA RECEVABILITÉ ET LE TRAITEMENT DES PLAINTES D’EMPLOYEURS PAR LES INSTANCES DISCIPLINAIRES DE L’ORDRE DES MÉDECINS**

## **Association Santé et Médecine du Travail**

*Pour information : les notes de bas de page concernent les précisions liées au texte. Les notes de fin de texte (en exposant) concernent les textes légaux ou réglementaires liés à l’argumentaire et sont rapportés en fin d’article.*

### **EXPOSÉ DES FAITS**

*À L’ORIGINE, L’ATTEINTE AU DROIT EST LIÉE  
À LA MODIFICATION DE L’ARTICLE R.4126-1  
DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE*

Cet article est modifié par le [Décret n°2007-434 du 25 mars 2007 - art. 3 JORF 27 mars 2007](#)

**Article R.4126-1** - « *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 :*

*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 par les patients, les organismes locaux d’assurance maladie obligatoires, les médecins-conseils chefs ou responsables du service de 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.*

*2° Le ministre chargé de la Santé, le préfet du département au tableau duquel est inscrit le praticien intéressé, le préfet de la région ou le directeur de l’agence régionale de l’hospitalisation dans le ressort de laquelle exerce le praticien intéressé, le procureur de la République du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le praticien est inscrit au tableau.*

*3° Un syndicat ou une association de praticiens.*

*Les plaintes sont signées par leur auteur et, dans le cas d’une personne morale, par une personne justifiant de sa qualité pour agir. Dans ce dernier cas, la plainte est accompagnée, à peine d’irrecevabilité, de la délibération de l’organe statutairement compétent pour autoriser la poursuite ou, pour le conseil départemental ou national, de la délibération signée par le président et comportant l’avis motivé du conseil.*

*Lorsque la plainte est dirigée contre un étudiant non inscrit au tableau à la date de la saisine, le conseil départemental ayant qualité pour saisir la chambre disciplinaire est le conseil au tableau auquel est inscrit le praticien auprès duquel a été effectué le remplacement ou l’assistantat.*

*Les plaintes sont déposées ou adressées au greffe. »*

Il est à nouveau modifié par le [Décret n°2007-552 du 13 avril 2007 - art. 3 JORF 14 avril 2007](#) soit moins d'un mois après le précédent en introduisant le terme « notamment » avant la liste des personnes ayant qualité pour déposer plainte contre un médecin devant les ordres des médecins

**Article R.4126-1** - « *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 :*

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**(1) 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.*

2° *Le ministre chargé de la Santé, le préfet du département au tableau duquel est inscrit le praticien intéressé, le préfet de la région ou le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans le ressort de laquelle exerce le praticien intéressé, le procureur de la République du tribunal de grande instance dans le ressort duquel le praticien est inscrit au tableau.*

3° *Un syndicat ou une association de praticiens.*

*Les plaintes sont signées par leur auteur et, dans le cas d'une personne morale, par une personne justifiant de sa qualité pour agir. Dans ce dernier cas, la plainte est accompagnée, à peine d'irrecevabilité, de la délibération de l'organe statutairement compétent pour autoriser la poursuite ou, pour le conseil départemental ou national, de la délibération signée par le président et comportant l'avis motivé du conseil.*

*Lorsque la plainte est dirigée contre un étudiant non inscrit au tableau à la date de la saisine, le conseil départemental ayant qualité pour saisir la chambre disciplinaire est le conseil au tableau auquel est inscrit le praticien auprès duquel a été effectué le remplacement ou l'assistantat.*

*Les plaintes sont déposées ou adressées au greffe. »*

.....

1— Souligné par nous

#### LA PLAINTÉ ET SA RECEVABILITÉ

**L'interprétation du terme « notamment » par les conseils de l'Ordre des médecins et le Conseil d'État élargi la liste des personnes pouvant déposer plainte contre les médecins.**

C'est ainsi que sont déclarées recevables par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) des plaintes d'employeurs à l'encontre de médecins généralistes, spécialistes ou médecins du travail ayant rédigé des écrits exposant le diagnostic étiologique du lien entre la santé de leur patient et des causes professionnelles, dont l'employeur estime qu'ils sont abusifs. Le Conseil d'État a décidé que ces plaintes étaient recevables dès lors que l'employeur avait intérêt à agir.

Le volume de ces plaintes (de l'ordre de 400 par an selon nos estimations) est en inflation constante en référence à une thèse de médecine(2).

**Ses plaintes sont, sans exception, motivées par un conflit entre le salarié et son employeur.**

Ce conflit porte en général sur le préjudice de santé, de nature diverse, dont le salarié impute la responsabilité à son employeur. Les juridictions traitant du conflit sont en général les juridictions prud'homales parfois les juridictions administratives traitant des affaires de sécurité sociale.

Par sa plainte un employeur tente de discréditer ce qu'il considère comme un élément (abusif selon lui) de preuve à charge contre lui.

**La nature des écrits mis en cause est extrêmement diverse.**

Il peut s'agir de certificats médicaux y compris ceux rédigés dans le cadre de la présomption d'imputabilité liée aux déclarations de maladies professionnelles en alinéa 2 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale.

Ces plaintes concernent également des courriers échangés entre médecins concernant un patient, notamment entre médecin du travail et médecin traitant qui doivent être échangés par le truchement du patient. Elles peuvent également concerner des éléments du dossier médical remis par le médecin au patient conformément à l'article L.1111-7 du Code de la santé publique<sup>1</sup>. Ainsi des plaintes ont porté sur « l'étude de

.....

2— *Évolution du nombre de plaintes et doléances aux conseils départementaux de l'Ordre des médecins contre des médecins généralistes pour des certificats en rapport avec le monde travail entre 2011 et 2015, Mathilde BOURSIER; [sous la dir. de] André BADOUL: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/262f5be2-474f-4596-a257-2ae4b335ab4e>*

poste », rendue obligatoire, effectuée par le médecin du travail dans le cadre de l'article R.4624-42 du Code du travail<sup>2</sup>, laquelle constitue la formalisation des éléments diagnostics à l'origine de l'éventuelle décision médico-réglementaire d'inaptitude du médecin du travail et remise, à sa demande, au patient conformément à la disposition ci-dessus citée du Code de la santé publique.

*LA PROCÉDURE D'INSTRUCTION DE LA PLAINTE  
DEVANT LE CDOM*

**Après avoir décidé si la plainte était recevable, le CDOM organise une conciliation entre l'employeur et le médecin mis en cause dans laquelle, même dans ce cadre gracieux, le salarié est absent.**

Dès lors que le médecin relève de l'administration publique (médecin hospitalier) la plainte d'un employeur ne peut être recevable. Dans un certain nombre de cas, nous observons que le CDOM s'est substitué à l'employeur pour poursuivre le médecin en assumant les griefs de celui-ci, contournant ainsi la procédure.

Dans le cas où la plainte est jugée recevable, lors de la conciliation, le médecin mis en cause se trouve confronté à deux injonctions paradoxales :

- ♦ La première découle des nécessaires justifications, par le médecin, de la validité de l'écrit contesté qui permettraient d'écarter le caractère fallacieux et/ou complaisant de l'écrit. Ces justifications reposent sur l'exposition des constatations cliniques effectuées lors des visites médicales qui permettent de construire le diagnostic du lien entre la santé du salarié et les éléments pathogènes de son travail. Or, il s'agit de constatations médicales qui relèvent du secret médical défini aux articles L.1110-4<sup>3</sup> et R.4127-4<sup>4</sup> du Code de la santé publique. Ce secret est absolu. Alors que le médecin ne peut l'opposer à son patient, ce dernier ne peut contraindre un médecin à le transgresser. Par conséquent, s'il décide de justifier son écrit, le médecin trahit le secret médical, ce qui lui est déontologiquement interdit y compris en justice<sup>(3)</sup>. Se défendre ou préserver le secret dû au patient, tel est le dilemme.
- ♦ La seconde injonction est inconstante ne survient que si l'employeur déclare qu'il se satisferait soit d'un écrit annulant le premier, soit d'une modification de la nature de l'écrit. En effet une fois l'écrit remis au salarié le médecin ne peut revenir sur

celui-ci ou le modifier que si il a procédé à une nouvelle consultation médicale avec le patient et échangé avec lui sur les motifs de son changement de diagnostic. En modifiant son écrit lors de la conciliation le médecin contreviendrait donc à cette disposition et pourrait être poursuivi sur ce motif par le patient<sup>(4)</sup>.

*LA TRANSMISSION DE LA PLAINTE À L'INSTANCE  
DISCIPLINAIRE RÉGIONALE ET LA SUITE DE LA PROCÉDURE*

**Si la conciliation n'aboutit pas, le médecin est déféré devant l'instance disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins.**

Le dossier de transmission de la plainte est confié à un rapporteur qui entend les parties.

Contraint par son devoir de secret médical identique à celui qui s'impose à lui en conciliation, tout au long de la procédure et ceci lors de la comparution devant l'instance disciplinaire régionale puis en appel, successivement, devant l'instance disciplinaire régionale puis le Conseil d'état, le médecin va se trouver confronté à la première injonction paradoxale décrite ci-dessus.

Ainsi, dans le cas où le médecin se conforme à la déontologie médicale, le dossier du rapporteur puis la nature des débats dans les différentes instances ne peut envisager la réalité de la situation médicale pathologique qui a été l'objet de l'écrit du médecin.

Par conséquent l'ensemble de la procédure repose uniquement sur les déclarations de l'employeur et le jugement de valeur sur la qualité professionnelle du médecin mis en cause. **À aucun moment, le patient n'est partie prenante à la procédure**, notamment il ne lui est jamais demandé de faire valoir son point de vue. Jamais une expertise médicale ne vient confirmer ou infirmer le diagnostic médical qui précède la rédaction d'un écrit du médecin.

Le résultat des procédures est donc particulièrement aléatoire, plutôt défavorable au médecin mis en cause et leurs attendus souvent contradictoires.

**LES ATTEINTES AUX DROITS DU PATIENT**

*LE DROIT À L'AIDE D'UN MÉDECIN POUR BÉNÉFICIER  
DE SES DROITS SOCIAUX EN MATIÈRE DE SANTÉ (ARTICLE  
R.4127-50 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE<sup>5</sup>)*

**Les plaintes répétées des employeurs contre des médecins ayant rédigé des écrits destinés à faire bénéfi-**

.....  
3— Voir à ce sujet le *Bulletin N°59* du CNOM, page 7 : *Débat le secret médical*, ([https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_bulletin/2019-01-01/bom59.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/2019-01-01/bom59.pdf))

.....  
4— Pour mémoire, une thèse de médecine générale montre que sur 500 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.

**cier le patient de ses droits sociaux légitimes ont un effet dissuasif dans ce cadre.**

Ainsi, des patients décrivent la réticence de certains médecins à leur délivrer des écrits destinés à faire valoir leurs droits sociaux légitimes. Cela atteint donc directement au droit pour ces patients de faire valoir ces droits sociaux.

*LE DROIT DU SALARIÉ À ÊTRE PRÉSENT OU REPRÉSENTÉ  
DANS UNE INSTANCE OU SES INTÉRÊTS  
SONT MIS EN CAUSE N'EST PAS RESPECTÉ*

**Le conflit jugé est en fait celui entre l'employeur et le salarié.**

Le fait que les plaintes ne sont déposées par les employeurs que dans le cas où un conflit existe entre eux et un de leurs salariés démontre que le médecin mis en cause n'est qu'un intermédiaire du conflit et que les instances disciplinaires sont, en réalité, instrumentalisées pour que leur décision retentisse sur des débats portant sur le conflit entre l'employeur et le salarié qui se déroulent en général dans d'autres instances de droit.

**Alors qu'il est en réalité celui qui est mis en cause à travers le médecin, le salarié n'est pas présent ni représenté dans la procédure.**

*LE DROIT DU SALARIÉ AU SECRET MÉDICAL*

**Ce droit pourrait ne pas être respecté dès lors que le médecin estimerait devoir pour présenter sa défense faire valoir des arguments qui relèvent du secret médical.**

En effet, comme toute personne, le médecin pourrait estimer que son droit à une défense équitable prévaut sur son devoir déontologique et transmettre pour sa défense des éléments permettant de justifier son écrit.

*LE DROIT DU SALARIÉ À UNE MÉDECINE INDÉPENDANTE  
ET COMPÉTENTE*

**Ce droit pourrait ne pas être respecté dès lors que le médecin, pour mettre fin à la plainte, contredirait son écrit ou le modifierait sans nouvel examen médical.**

En effet, les droits du patient, dans ce cadre, reposent sur :

- ♦ l'obligation déontologique d'indépendance exigée aux articles R.4127-5<sup>6</sup> et R.4127-95<sup>7</sup> du Code de la santé publique
- ♦ un échange lors d'une visite clinique avec le médecin qui relève de son obligation de moyens et durant lequel ce dernier est tenu de justifier la modification de son diagnostic, conformément aux articles R.4127-32 à R.4127-35<sup>8</sup> du Code de la santé publique.

*LE DROIT DU SALARIÉ À UN PROCÈS ÉQUITABLE*

**C'est en fait le conflit entre l'employeur et le salarié qui est ici jugé par personne interposée.**

**Le point de procédure qui rend la prise en compte des plaintes d'employeurs par les instances disciplinaires de l'Ordre des médecins attentatoires au droit du salarié à un procès équitable est ici l'absence de toute expertise réelle dans la mesure où le salarié est totalement absent de l'ensemble des procédures qu'il s'agisse de l'instruction et de la tenue des juridictions de première instance d'appel ou de recours.**

Ainsi, alors que l'issue de l'instance disciplinaire concernant le médecin a pour objet et pour effet de retentir sur l'issue juridique du conflit entre le salarié et l'employeur, le salarié ne peut s'exprimer dans ce cadre pour défendre ses intérêts. Non seulement il n'est pas représenté mais du fait de son absence dans la procédure **il est empêché de faire valoir des éléments propres à sa défense**, c'est-à-dire de faire connaître des éléments qui confirmeraient le bien-fondé de l'écrit du médecin, ce pour quoi il est le seul à pouvoir agir.

**DEMANDE D'INTERVENTION DU DÉFENSEUR DES DROITS**

**J**usqu'alors, tant cela nous paraît évident, nous avons plaidé sur l'atteinte aux droits du médecin mis en cause devant les instances disciplinaires de l'Ordre des médecins dans le cadre de plaintes d'employeur. Bien que nous maintenons que cette atteinte est réelle, nous désignons aujourd'hui comme médecins des salariés, nos patients, véritables victimes de ces décisions, et afin de répondre à nos obligations déontologiques, notamment celles portées par l'article R.4127-50 du Code de la santé publique, vous demander d'intervenir pour défendre leurs droits.

Nous avons montré ici le caractère d'exception juridique que revêtent les instances disciplinaires de l'ordre des médecins dès lors qu'elles instruisent et décident dans le cadre de plaintes d'employeurs.

**Du point de vue du droit du patient, nous estimons que votre intervention devrait porter sur la suppression de la possibilité pour des tiers étrangers à la relation médicale (ici les employeurs) de se pourvoir devant les instances disciplinaires de l'Ordre des médecins(5).**

Les instances disciplinaires de l'Ordre des médecins doivent être réservées aux règlements des conflits entre les médecins et les patients (ou leurs représentants), les institutions chargées de l'intérêt public et les médecins entre eux.

.....  
5— Cette impossibilité pour les employeurs de se pourvoir devant ces instances n'a pas pour objectif de permettre aux médecins d'échapper à leur responsabilité dans la mesure où le plaignant peut porter plainte dans le cadre pénal.

## **COMPLÉMENT À LA SAISINE DU DÉFENSEUR DES DROITS SUR L’ATTEINTE AUX DROITS DES SALARIÉS ET PATIENTS PAR LA RECEVABILITÉ ET LE TRAITEMENT DES PLAINTES D’EMPLOYEURS PAR LES INSTANCES DISCIPLINAIRES DE L’ORDRE DES MÉDECINS**

**L**ors de notre saisine de Monsieur le Défenseur des Droits le 13 mai 2019 nous avons montré que les instances disciplinaires de l’Ordre des médecins saisies de plaintes d’employeurs ne respectaient pas les droits fondamentaux de tout patient et notamment ceux :

- ◆ De pouvoir bénéficier de l’aide d’un médecin pour assurer ses droits sociaux en matière de santé.
- ◆ À être présent ou représenté dans une instance ou ses intérêts sont mis en cause.
- ◆ Au secret médical.
- ◆ À une médecine indépendante et compétente.
- ◆ À un procès équitable.

Nous observons, en outre, que la protection de la santé est un droit fondamental garanti par la Constitution<sup>(1)</sup>.

Ce droit concerne aussi la santé des travailleurs au travail et en particulier s’incarne dans la prévention des risques pour la santé des travailleurs au travail notamment définie dans le cadre de la Directive Européenne 89/391, intégralement reprise en Droit Français.

La prévention de la santé au travail n’est pas seulement limitée à la prévention primaire, c’est-à-dire à l’élimination du risque, qui demeure l’objectif à atteindre.

Elle consiste, également, en la mise en œuvre de la prévention secondaire c’est-à-dire au diagnostic des effets des risques ce qui a aussi pour effet d’améliorer, par récurrence, la prévention primaire. Or, par leurs décisions, les instances disciplinaires de l’Ordre des médecins et du Conseil d’État dénie la possibilité de diagnostiquer les effets des risques professionnels

.....

1– Préambule à la constitution de 1946 annexé à la constitution de 1958 :

« 10. La Nation assure à l’individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement.

11. Elle garantit à tous, notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l’incapacité de travailler a le droit d’obtenir de la collectivité des moyens convenables d’existence. »

selon la même méthode que les effets de tout agent pathogène sur la santé humaine. Notamment, elles réfu- tent, dans ce domaine, l’importance de l’anamnèse et du faisceau d’indices, ainsi que pour les médecins du travail la connaissance d’éléments concernant la collec- tivité de travail, dans la genèse du diagnostic médical. Elles entravent ainsi la possibilité d’établir le lien entre un risque professionnel et ses effets sur la santé d’un travailleur et par conséquent la prévention secondaire des risques pour ce travailleur et par récurrence la pré- vention primaire de ce risque pour lui et pour les autres travailleurs. Elles entravent aussi la possibilité de trai- tement étiologique. En effet par de multiples ap- proches, la possibilité donnée au patient de comprendre et d’appréhender les mécanismes cau- saux, fussent-ils responsables « partiellement » du pro- cessus morbide, le prive d’être « acteur » du processus de guérison, au côté de son médecin qui « conduit » le traitement auprès d’un patient dument informé.

Dans le domaine des pathologies professionnelles, la reconnaissance du lien entre la pathologie et les risques professionnels participe de la prévention ter- tiaire, c’est-à-dire à la prévention de l’aggravation de la pathologie. En effet cette reconnaissance basée sur le constat du lien effectué par un médecin ne constitue pas seulement en une compensation financière du pré- judice. Elle permet au travailleur d’accéder à des garan- ties concernant son emploi et un droit supplémentaire à un reclassement à l’abri du risque professionnel pa- thogène. En mettant en péril la reconnaissance du lien entre le travail et ses effets sur la santé des travailleurs, facteur important de récurrence sur la prévention pri- maire des risques, notamment par le truchement des organismes de sécurité sociale, les décisions des ins- tances disciplinaires de l’ordre des médecins, dans le cadre particulier des plaintes d’employeurs, atteignent aux droits du travailleur et des travailleurs à la protec- tion de la santé au travail. Là aussi, elles entravent la possibilité de traitement en privant le patient de com-

prendre et d'appréhender les mécanismes causaux. Le médecin ne peut alors conduire un traitement « étiologique » visant la genèse de la pathologie et reste réduit à un traitement symptomatique ou visant l'acceptation d'effets présentés comme inéluctables. Le patient est ainsi privé d'être « acteur » du processus de guérison.

En permettant à l'employeur de se pourvoir, hors de tout débat contradictoire et sans instruction impartiale, sans possibilité pour le travailleur d'être représenté, en niant au médecin sa capacité clinique d'effectuer le diagnostic du lien entre des caractéristiques du travail et la survenue d'une pathologie, et ainsi l'autorisant à s'exempter de ses obligations de prévention des risques pour la santé des travailleurs au travail, l'article R.4126-1 du Code de la santé publique, en l'état, a pour effet d'atteindre au droit fondamental du travailleur et des travailleurs de protection de la santé garanti par le 11<sup>ème</sup> alinéa du préambule de la Constitution de la République.

Nous demandons par conséquent au Défenseur des Droits d'intervenir également pour rétablir ce droit.

**Nous réitérons par conséquent notre demande de suppression de la possibilité pour des tiers étrangers à la relation médicale (ici les employeurs) de se pourvoir devant les instances disciplinaires de l'ordre des médecins.** Sachant que leurs sont toujours ouvertes les possibilités de recours à la justice ordinaire.

En sus, pour rapprocher les instances disciplinaires du droit commun, les faits doivent pouvoir être vérifiés, le contradictoire respecté, l'expertise médicale possible, et le patient doit être systématiquement informé de tout ce qui concerne sa prise en charge médicale, et ainsi doit pouvoir être présent à tous les stades de la procédure tant qu'elle gardera son caractère d'exception au droit ordinaire.

**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 40<sup>e</sup> Congrès annuel se tiendra à Paris, le 30 novembre 2019**

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 12 rue Adrien Damalix 94410 ST MAURICE 06 79 72 44 30*

*courriel : [secretaire@a-smt.org](mailto:secretaire@a-smt.org)*

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

**Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir page 27**

## ARTICLES RÉGLEMENTAIRES CITÉS DANS LA SAISINE

**1<sup>o</sup> Article L.1111-7** du Code de la santé publique, Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels de santé, par des établissements de santé par des centres de santé, par le service de santé des armées ou par l'Institution nationale des invalides qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa. Lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du Code civil, a accès à ces informations dans les mêmes conditions.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

À titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques décidée en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou ordonnée en application de l'article 706-135 du Code de procédure pénale, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue aux articles L.1111-5 et L.1111-5-1, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues au dernier alinéa du V de l'article L.1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

**2<sup>o</sup> Article R.4624-42**, Modifié par Décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 - art. 1

Le médecin du travail ne peut constater l'incapacité médicale du travailleur à son poste de travail que :

1<sup>o</sup> S'il a réalisé au moins un examen médical de l'intéressé, accompagné, le cas échéant, des examens complémentaires, permettant un échange sur les mesures d'aménagement, d'adaptation ou de mutation de poste ou la nécessité de proposer un changement de poste.

2<sup>o</sup> S'il a réalisé ou fait réaliser une étude de ce poste.

3<sup>o</sup> S'il a réalisé ou fait réaliser une étude des conditions de travail

dans l'établissement et indiqué la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée.

4<sup>o</sup> S'il a procédé à un échange, par tout moyen, avec l'employeur.

Ces échanges avec l'employeur et le travailleur permettent à ceux-ci de faire valoir leurs observations sur les avis et les propositions que le médecin du travail entend adresser.

S'il estime un second examen nécessaire pour rassembler les éléments permettant de motiver sa décision, le médecin réalise ce second examen dans un délai qui n'excède pas quinze jours après le premier examen. La notification de l'avis médical d'incapacité intervient au plus tard à cette date.

Le médecin du travail peut mentionner dans cet avis que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.

**3<sup>o</sup> Article L.1110-4**, 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.

III bis.-Un professionnel de santé, exerçant au sein du service de santé des armées ou dans le cadre d'une contribution au soutien sanitaire des forces armées prévue à l'article L. 6147-10, ou un professionnel du secteur médico-social ou social relevant du ministre de la défense peuvent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, échanger avec une ou plusieurs personnes, relevant du ministre de la Défense ou de la tutelle du ministre chargé des Anciens combattants, et ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés, des informations relatives à ce militaire ou à cet ancien militaire pris en charge, à condition que ces informations soient strictement nécessaires à son accompagnement. Le secret prévu au I s'impose à ces personnes. Un décret en Conseil d'Etat définit la liste des structures dans lesquelles exercent les personnes ayant pour mission exclusive d'aider ou d'accompagner les militaires et anciens militaires blessés.

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 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

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.

#### **4 Article R.4127-4 du Code de la santé publique**

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.

#### **5 Article R.4127-50 du Code de la santé publique**

Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

À cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommé désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.

#### **6 Article R4127-5 du Code de la santé publique**

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit

#### **7 Article R4127-95 du Code de la santé publique, Modifié par Décret n°2006-1585 du 13 décembre 2006 - art. 1 JORF 14 décembre 2006**

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

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

#### **8 Code de la santé publique**

Sous-section 2 : Devoirs envers les patients.

#### **Article R.4127-32**

Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

#### **Article R.4127-33**

Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.

#### **Article R.4127-34**

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

#### **Article R.4127-35**

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. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

# MÉDECINE DU TRAVAIL : QUEL AVENIR ?

**Alain CARRÉ**

## **INTRODUCTION : MÉDECINE DU TRAVAIL ET ÉVOLUTION SOCIALE**

**E**n 1998, notre association Santé et Médecine du Travail publiait l'ouvrage : *Des médecins du travail prennent la parole : un métier en débat*(1).

La première partie avait pour titre *Santé au travail, médecine du travail : un présent problématique, des inquiétudes pour l'avenir* et la dernière : *Perspectives pour la médecine du travail, des pistes de réflexion*.

À leur lecture, on est frappé de la justesse des contributions en matière d'inquiétude et de l'absence de traduction concrète qu'ont rencontrées les pistes de réflexion.

Ainsi, il y a fort à parier que la « réforme » préconisée par le rapport Lecocq, et prélude à celle-ci, ne marque la fin de la mission d'ordre public social de prévention médicale primaire de la santé au travail.

L'ensemble des médecins du travail est bien conscient de cet état de fait et leur expression dans le cadre de la SFMT, récemment, est unanimement négative concernant ce projet comme a pu le constater le secrétaire général du COCT présent lors de cette réunion.

Cette euthanasie institutionnelle est volontaire mais collatérale car elle s'inscrit dans la destruction progressive de la République sociale inscrite dans la Constitution de 1946 et confirmée dans celle de 1958.

En effet, elle ne peut être dissociée d'une régression sociale générale qui vise à ramener la société à ce qu'elle était dans la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle.

.....  
1– <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-12/medecins-travail-parole.pdf>

## **UNE INSTITUTION PORTÉE PAR LES TRAVAILLEURS**

**D**ifficile dans ses débuts, la médecine du travail, telle que nous l'exerçons, a émergé à la fin des années soixante dans un contexte politique marqué par des luttes sociales centrées sur la santé au travail. Le rapport de force devient alors plus favorable à l'émergence d'un véritable exercice et à la constitution collective par les médecins du travail d'une clinique médicale spécifique : la clinique médicale du travail.

Si on remonte dans le temps, cela n'allait pas de soi. L'establishment médical avait fait alliance depuis le début du 19<sup>e</sup> siècle avec les employeurs et l'État(2) pour maintenir la santé au travail dans une zone d'invisibilité en matière de risques et d'effets de ceux-ci.

La création en 1946 de la médecine du travail se déroule dans un contexte de sidération du patronat, compromis dans la collaboration, et d'un État en reconstruction.

Toutefois, la formation même des praticiens traduisait toujours cette emprise. La médecine du travail était, à l'origine, la seule spécialité médicale pour laquelle les enseignants, contrairement à ceux des autres spécialités médicales, n'avaient pas, ou de façon très accessoire, exercé le métier de médecin du travail. La formation initiale, courte et théorique, n'apportait pas les éléments essentiels du métier et jeté dans l'arène, le médecin du travail fraîchement émoulu devait d'une part se former par lui-même et d'autre part construire des stratégies dans un milieu qui pouvait lui être hos-

.....  
2– Voir : *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19<sup>e</sup> 20<sup>e</sup> siècles)*, ouvrage collectif, Presses universitaires de Rennes.

tile. Il devait comprendre que l'exploitation de la santé des travailleurs au travail est une des composantes de l'exploitation de la force de travail et parfois que la mise à disposition de sa force de travail et sa rémunération impliquent l'acceptation d'y jouer sa santé(3).

La médecine du travail a longtemps été cantonnée au dépistage de la tuberculose et à un accompagnement des employeurs en matière d'employabilité que recouvre la notion d'aptitude. C'est parce que les aspirations des travailleurs portaient dorénavant sur l'amélioration de leur santé au travail et de leurs conditions de travail que les médecins du travail vont avoir pendant une trentaine d'années les moyens de tenter d'exercer leur mission de médecins engagés(4) du point de vue exclusif de la santé des travailleurs.

Bien évidemment, leur regard dérange les employeurs et ceux-ci vont progressivement mettre en place les conditions d'une « médecine du travail sans médecins »(5).

Toutefois, les scandales sanitaires successifs, celui des cancers professionnels dont l'amiante, celui des risques psychosociaux, vont motiver les travailleurs et leurs organisations pour centrer une partie de leurs revendications sur leur santé au travail. C'est dans ce contexte qu'ont pu se déployer des exercices de médecins du travail conformes à leurs missions et favorisés par une réflexion collective dans des associations militantes avec les syndicalistes ou les victimes (ALERT, ANDEVA, FNATH), des syndicats spécifiques à la fois catégoriels et de réflexion professionnelle, des associations professionnelles échangeant sur les pratiques et les métiers (la nôtre mais aussi certaines sociétés de médecine du travail).

Ces nouveaux exercices n'ont pas, bien sûr, été de tout repos mais ils étaient rendus possibles d'une part par une montée en compétence clinique, technique et stratégique des praticiens et d'autre part par les soutiens des travailleurs et de leurs organisations. Au même moment, la mise en place des CHSCT ou des DP, qui démontre l'intérêt des salariés pour leur travail et leur capacité à revendiquer dans le domaine de la santé, ouvre la porte à une visibilité de la réalité du travail et à une compréhension de ce qui s'y joue.

Ce qui est jugé particulièrement contre-productif pour les employeurs et l'État-employeur est la capacité des médecins du travail à mettre en évidence individuelle-

.....

3— Voir : *Santé et travail à la mine, 19<sup>e</sup> 21<sup>e</sup> siècle*, ouvrage collectif, Presses universitaires du Septentrion

4— Voir : *L'expertise médicale*, Nicolas DODIER, Ed. Métalié

5— *La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010)*, Pascal MARICHALAR dans *Politix 2010/3 (n° 91)*, pp 27-52

ment et collectivement les risques leurs effets et leurs liens. Cette compétence est lourde de conséquence sur le coût du travail et en termes de responsabilité notamment en nourrissant les revendications en matière de conditions de travail.

## LE DÉCLIN PROVOQUÉ DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL LES STRATÉGIES

On ne peut comprendre l'évolution de la médecine du travail depuis la fin des années quatre-vingt dix si on ne la replace pas dans un contexte de montée en puissance du néolibéralisme. Sa prise de pouvoir dans la société repose sur un changement radical dans les entreprises.

Toutes les techniques de management reposent sur une culture du résultat chiffré qui nie l'importance de la qualité du travail, sur une mise en concurrence entre les salariés et une précarité de l'emploi. Le professionnalisme et de la fierté de la belle ouvrage sont mises à l'index. Le résultat est particulièrement délétère et les nouvelles organisations génèrent la peur et la honte vécues dans l'isolement. Les collectifs professionnels s'étiolent, les collectifs syndicaux se réduisent. La vision politique du travail s'affaiblit au profit d'une conception économique. La question de l'emploi prend progressivement le pas sur celle de la santé au travail.

C'est, bien sûr, l'objectif essentiel du patronat et de l'état libéral. Mais, parallèlement, un effet secondaire est la possibilité de mettre en œuvre un affaiblissement de la visibilité sur les risques du travail et leurs effets et d'en finir avec les lanceurs d'alerte, voire de dévoyer l'institution.

Il s'agit de dénaturer le métier. En tout premier lieu saper les effectifs de médecins du travail. La mise en place du *numerus clausus* ne joue qu'un rôle accessoire, celui de la formation des médecins du travail n'étant, d'année en année, pas rempli. Ce sont les difficultés de l'exercice qui vont dans un premier temps dissuader les médecins de se diriger vers cette spécialité.

Deux stratégies patronales vont se mettre en place en fonction de la nature du service médical.

Dans les grandes entreprises en service autonome, qui donne aux médecins une plus grande capacité de manœuvre, vont se mettre en place des stratégies de captation des médecins vers le management et ses objectifs. Cela va être particulièrement attentatoire à la confiance des salariés et donc générer une moins bonne compétence du médecin du travail. Un effet cliquet se met en place vers une pure médecine d'entreprise, c'est-à-dire une médecine de connivence et

d'accompagnement des politiques d'exploitation de la santé au travail. L'absence de soutien technique pour le médecin dans ce type de service tend à lui faire croire que les préposés de l'employeur en matière de gestion de la santé et de la sécurité joueraient ce rôle, aggravant encore la coupure du médecin de la réalité du travail. Des exercices défensifs se mettent en place du côté de la prévention générale vers la nutrition, les addictions (voire la promotion de la sieste au travail !)

Dans les services de santé au travail interentreprises étroitement contrôlés par les employeurs la stratégie est tout autre. Dans ces services la présence syndicale de contrôle, déjà très évanescente, va devenir purement théorique. Il s'agit, dans ce contexte, de rendre l'exercice impossible en organisant une surcharge par les effectifs et le nombre d'entreprises suivies qui rendent improbables la maîtrise de la visibilité des risques et de leurs effets. D'où une culpabilité de ne pas y arriver et pour certains le repli sur une supposée « autorité médicale » sur l'équipe pluridisciplinaire génératrice de mésentente et donc d'inefficacité. En effet, dans ces services les réformes successives de 2001-2002 et 2010-2011 vont instituer une sous-traitance des missions collectives du médecin du travail par des spécialistes du champ du travail, justifiée explicitement par un soutien aux missions du médecin mais en fait détourné par les employeurs vers la mission d'appui à leur gestion de la santé et de la sécurité. Alors que l'apport de ses professionnels aurait pu être décisif pour améliorer l'exercice, la surcharge, la crispation et le détournement des compétences vont le compromettre.

### **LE DÉCLIN DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL EMPÊCHER LE RÔLE DE LANCEUR D'ALERTE DU MÉDECIN**

**D**ans ce contexte de fonctionnement des services, de désamour des structures syndicales pour la question de la santé au travail, les médecins qui persistent à vouloir exercer leur mission d'ordre public social sont l'objet de pressions qui les incitent à fuir en départ négocié. S'ils résistent, les provocations assorties de reproches, les menaces, le harcèlement sont fréquents et peuvent aboutir à des licenciements souvent refusés par les autorités de tutelle mais contestés pour dégouter les récalcitrants et apeurer les autres. Parfois, leurs propres collègues empêtrés dans leur propre processus défensif d'un exercice inefficace ou complaisant font cause commune avec les employeurs.

Une deuxième stratégie des employeurs consiste, avec la complicité des conseils de l'Ordre des médecins et des juridictions d'appel, notamment le Conseil d'État

et la Cour européenne des droits de l'homme, à porter plainte pour contraindre le médecin à retirer un écrit sur le lien entre la santé du travailleur et son travail. Les instances ordinaires nient la pertinence diagnostique et la clinique médicale qui valident l'établissement de ce lien par le praticien. Les décisions incompétentes et partisans n'ont pas seulement pour objet de punir les récalcitrants mais là encore de décourager celles et ceux qui constateraient un lien santé travail délétère, d'en attester.

### **LE DÉCLIN DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL EN FINIR**

**I**l était temps pour les employeurs de mettre un point final à la visibilité des risques professionnels. C'est à quoi s'appliquent la loi travail (dite El Khomri) et les ordonnances de la présente mandature.

- ◆ Substitution du CHSCT, spécialisé en risques professionnels et garant de la présence de la réalité de travail dans la prévention, par un comité social et économique ubiquitaire et dans lequel la compétence économique serait prépondérante.
- ◆ Sous-traitance de tâches cliniques individuelles du médecin du travail par des IDE, en déficit de formation dans ce cadre, sans que soit prévu, comme dans le secteur de soin, une formation en « pratique avancée » et sans statut de salarié protégé.
- ◆ Espacement des visites cliniques et apparition de la catégorie des salariés à risque pour les autres ou pour eux-mêmes du fait de leurs caractéristiques individuelles ou de leur âge.
- ◆ Possibilité pour les médecins du travail de déclarer que « *tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi* » permettant ainsi à l'employeur de le licencier pour motif personnel
- ◆ Transfert de la contestation des avis du médecin du travail à la juridiction prud'homale avec des délais plus courts et des problèmes liés à la publicité des débats et à l'expertise. Ce qui était du domaine de la garantie régaliennne liée, auparavant, à l'intervention de l'inspection du travail dans le contentieux, devient un conflit contractuel privé.

Cette situation a donc pour conséquence, en matière d'exercice, une perte de visibilité sur la réalité du travail dont il bénéficiait, un déficit clinique en matière de surveillance individuelle et dans ce contexte de compétence dégradée une impossibilité de signalement de risque collectif et de repérage du risque professionnel

individuel et un possible infléchissement vers une médecine de sélection de la main-d'œuvre.

### **EUTHANASIE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ?**

Le rapport sur la santé au travail de la commission Lecocq(6), qui devrait se conclure sous la forme d'ordonnance après un simulacre de négociation accentue le trait du côté de la construction de l'invisibilité des risques et de leurs effets :

- ♦ Les organismes de contrôle en matière de santé au travail seraient dépouillés de leurs structures techniques d'investigation transférées dans ce qui serait des services régionaux privés d'appui à la gestion de la santé et de la sécurité contrôlés par les employeurs. Ils deviendraient ainsi inefficaces.
- ♦ La coercition en matière de prévention se transformerait en conseil bienveillant.
- ♦ L'évaluation du risque serait annihilée par la suppression du document unique d'évaluation des risques.
- ♦ La fiche d'entreprise dans laquelle le médecin pouvait exposer sa propre évaluation des risques du seul point de vue de la santé serait supprimée.
- ♦ La réparation serait rendue plus difficile.
- ♦ Certaines activités cliniques des médecins du travail seraient transférées sur les médecins traitants déconsidérant ainsi la notion même d'activité spécialisée.

.....  
6— On notera que c'est pour une organisation syndicale le même représentant qui assurera le mandat de négociation en 2002 et 2012 et la participation à la commission Lecocq.

- ♦ Un contrôle renforcé par les médecins conseils mettrait la pression sur les médecins du travail sommés de conclure sur l'aptitude.

Qui pourra s'opposer à cette destruction ?

### **EN CONCLUSION : RETOUR VERS LE PASSÉ ?**

Le constat dressé ici, même s'il est particulièrement sombre n'est pas nouveau. Notre association a régulièrement alerté sur les stratégies ici décrites sans rencontrer forcément la compréhension des intéressé(e)s.

Si l'on observe actuellement la nature et la forme de la contestation sociale on ne peut que constater l'absence du travail et l'extrême atomisation individuelle des contestataires.

Il est vrai qu'ils ont fort à faire et que la réforme de l'assurance chômage, celle de l'assurance sociale, celle des services publics, la fiscalité et le pouvoir d'achat pèsent d'un tout autre poids que nos alertes sur la dégradation de la santé au travail.

Nous ne parviendrons à renverser cette tendance et à redonner sens à une action de prévention des risques du travail que si les travailleurs sont persuadés qu'il est dramatique de perdre sa vie à la gagner.

La médecine du travail n'est pas née de rien. Elle doit son essor à quelques médecins, dont Guy Hausser, qui ont apporté leur compétence au mouvement syndical.

L'avenir de notre profession n'est donc pas celui de la complaisance et de l'accompagnement des politiques d'employeur mais bien de l'engagement avec nos patients, les travailleurs, pour préserver leur santé.

# ASSOCIATION S.M.T.

– LE BILAN 2018/2019 –

## RÉUNIONS TENUES

- ♦ 39<sup>e</sup> Congrès annuel les 24 et 25 novembre 2018 (Paris)
  - ❖ *Harcèlement sexuel au travail*
  - ❖ *Nouvelles pratiques en santé au travail de la médecine du travail*
- ♦ Journée de Printemps le 14 mars 2019
  - ❖ *Pratiques actuelles au regard des changements législatifs*
  - ❖ *Un exercice clinique bousculé*
  - ❖ *Des coopérations à réinventer*

Vous en trouverez les comptes rendus dans ce *Cahier SMT N°36*.

## ACTIONS

- ♦ Participation au Conseil National Professionnel des Médecins du Travail (CNPMT)
  - Définition des orientations prioritaires du Développement Professionnel Continu
- ♦ 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'Etat, Cour Européenne des Droits de l'Homme, Défenseur des Droits).
- ♦ Nous avons été reçus en audience au Sénat, le 17 octobre 2018, dans le cadre de la Commission des affaires sociales sur le volet des accidents de travail et des maladies professionnelles et le 14 mai 2019 par la mission d'information santé au travail. Contributions publiées dans ce *Cahier SMT N°36*.

## PUBLICATIONS

- ♦ Édition du *Cahier SMT N°35*, septembre 2018, (diffusion 600 exemplaires)

## NOTRE SITE WEB [www.a-smt.org](http://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 24 novembre 2018, nous avons procédé au renouvellement de nos instances.

*Président* : Jean-Louis ZYLBERBERG (75)  
*Vice-présidents délégués* : Alain CARRÉ (75) – Dominique HUEZ (38)  
*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 (38)  
*Maquettiste* : Jean-Noël DUBOIS (2B)

*Administrateur du site Web* : Benoît DE LABRUSSE (84)  
*Conseil d'administration* : Bernadette BERNERON (37) – Martine BESNARD (38) – Marie-Andrée CADIOT (69) – Josiane CRÉMON (38) – 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 (44)

## ORIENTATIONS 2019-2020

- ♦ 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. Recours à la CDEH, saisine du Défenseur des Droits
- ♦ En coopération avec *E-Pairs*, colloque sur *De la clinique individuelle à la prévention collective* qui se tiendra le 4 octobre au FIAP
- ♦ Publication du *Cahier SMT N°36*
- ♦ Journée d'élaboration réalisée au printemps 2019

40<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL  
LE 30 NOVEMBRE 2019  
À PARIS

⌘ *Pratiques actuelles au regard des changements législatifs*  
⌘ *Des coopérations à réinventer*

(Voir page 85 pour les pré-inscriptions)