

ÉTHIQUE MALMENÉE

LES CAHIERS S.M.T. N°38

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

OCTOBRE 2021

ISSN 1624-6799

SUBIR OU RÉSISTER EN MÉDECINE DU TRAVAIL

RÉSISTER FACE AUX DÉRIVES

RÉGRESSION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL
ET DES ACQUIS PROTECTEURS

RÉSEAU SMT
LAISSER DES TRACES POUR LES PRATIQUES

Éditorial

3

Résister face aux dérives

Éthique et pratiques en médecine du travail à l'heure de la pandémie *Benoît DE LABRUSSE*
Compte rendu du Congrès de l'Association Santé et Médecine du travail, 5 décembre 2020 *Karyne CHABERT*

5

Résister face aux dérives du champ d'intervention et des pratiques *Alain GROSSETÊTE*
Compte rendu de la Journée de Printemps de l'Association Santé et Médecine du travail, 13 mars 2021

10

Secret médical, « Éthique de l'entreprise », Téléconsultation *Nadine KHAYI*
Compte rendu de la Journée de Printemps de l'Association Santé et Médecine du travail, 13 mars 2021 *Alain RANDON*

12

Note technique. Dossier médical en médecine du travail : Conservation, accès et transmission
 Échange d'information sur un patient entre le médecin du travail et d'autres professionnels de santé *Alain CARRÉ*

14

Télémedecine et médecine du travail
 La fin de la clinique médicale. Son inapplicabilité en médecine du travail. *Alain CARRÉ*

18

Femmes dans le BTP sous le climat du virus du SARS-CoV-2 *Jean-Louis ZYLBERBERG*

20

Accompagnement de personnes transgenres et travail *Karyne CHABERT*

23

Régression de la santé au travail et des acquis protecteurs

Audition de l'association Santé et Médecine du Travail par la Commission des affaires sociales pour la branche AT-MP du Sénat *Ass-SMT*

27

La proposition de loi « Pour renforcer la prévention en santé au travail » : fin programmée de la médecine du travail et mise en œuvre d'une sélection médicale de la main d'œuvre *Ass-SMT*

33

Éliminer les inemployables et les irresponsables : La médecine du travail de demain ? *Alain CARRÉ*

41

Audition de l'Ass-SMT par des sénateurs de la commission des affaires sociales du 25 mai 2021 et réponses au questionnaire dans le cadre de la proposition de loi « Pour renforcer la prévention en santé au travail » *Ass-SMT*

43

Plainte d'un tiers au Conseil de l'Ordre des médecins contre un médecin de prévention de la fonction publique *Alain CARRÉ*

53

Réseau SMT,
 Laisser des traces pour les pratiques

L'alerte de risque collectif, une pratique fondatrice en péril *Alain CARRÉ*

54

Projet de biographies de pratiques professionnelles de médecins du travail senior du Réseau SMT *Alain RANDON*

57

Médecin du travail, un métier de militant *Alain CARRÉ*

59

Bilan 2020-2021 *Alain RANDON*

É D I T O R I A L

LA LOI POUR RENFORCER LA PRÉVENTION EN SANTÉ AU TRAVAIL LE PASS SANITAIRE ET LE CONTRAT DE TRAVAIL « LE DIABLE SE NICHE DANS LES DÉTAILS... »

Une fois de plus, la nouvelle réforme de la santé au travail entre au Journal Officiel en pleine trêve estivale (loi du 2 août 2021). Pour mémoire, la précédente était parue en pleine trêve des confiseurs en décembre 2016. Cette thématique serait-elle tant polémique que nos représentants élus des deux assemblées souhaitaient la changer en catimini ?

Dans l'article L.4622-2 du Code du travail modifié par la nouvelle loi, on peut y lire un changement d'un adjectif qualifiant les missions des services de prévention et de santé au travail (ex services de santé au travail) : ils ont pour « (...) mission **principale** d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail (...) », alors que depuis 2012 leur mission était **exclusive**.

Voilà un détail qui permet d'ouvrir la boîte de Pandore, car dans ce même article, on peut y lire qu'ils « (...) contribuent à la réalisation **d'objectifs de santé publique** afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur **compatible avec son maintien en emploi** (...) ».

Une des grandes avancées du Plan National de Santé Publique de 2004 avait été de sortir de l'invisibilité les liens entre le travail et la santé publique. Le Code du travail mentionnait dans les missions principales du médecin du travail puis de l'équipe pluridisciplinaire, les questions de santé publique mais uniquement en lien avec le travail.

Cette loi a pour objectif très clair, non pas de renforcer la santé au travail mais de la faire disparaître dans une santé publique amputée des déterminants professionnels de santé. Dès le mercredi premier septembre, certaines directions de services proposent des webinaires à leurs adhérents pour « (...) évoquer leurs engagements dans le sport santé (...) », à l'initiative du ministère des Sports, « (...) l'entreprise étant l'acteur incontournable de la forme au travail (...) ».

On connaissait les séances d'échauffements matinaux comme moyens « exclusifs » de prévention des troubles musculo-squelettiques, on aura maintenant des travailleurs, prêts à relever les défis sportifs des Jeux Olympiques de 2024 à Paris...

Cette loi modifie aussi le Code de santé publique, en mentionnant dans son article L.1434-12 que « (...) les services de prévention et de santé au travail, concourent à la réalisation des objectifs du projet régional de santé (...) » : *quid des plans régionaux santé travail et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ? Quels arbitrages seront faits par les directions de services entre ces différents plans, avec bien sûr, des moyens constants ?*

L'ajout du terme « prévention » aux services de santé au travail pourrait être, lui aussi, un détail sémantique. Mais il change la nature même des services en gommant définitivement la mission originelle d'ordre public social confiée aux professionnels de santé que sont les médecins du travail et les infirmiers en santé au travail, « (...) éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail (...) », au profit de prestations de services supplétives en matière d'obligations de prévention du point de vue des responsabilités des employeurs.

Ces prestations de services feront l'objet de procédures de certification (article L.4622-9-3 du Code du travail), « (...) réalisée par un organisme indépendant, visant à porter une appréciation à l'aide de référentiels sur : 1°) la qualité et l'effectivité des services rendus dans l'ensemble socle du service, 2°) l'organisation et la continuité du service ainsi que la qualité des procédures suivies (...) ».

Certaines directions de services l'avaient déjà mis en place depuis des années, dans le cadre de démarches dites de progrès pour les uns, des certifications qualité pour les autres mais les représentants élus des deux assemblées ont inscrit dans la loi que les missions des services de prévention et de santé au travail se résument à des prestations de services comme les autres, la santé au travail devenue une simple marchandise ?

Cette loi est particulièrement silencieuse sur les statuts et les formations des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire : que ce soit les infirmiers en santé au travail ou les intervenants en prévention des risques professionnels, ils n'ont toujours pas le même statut de « salarié protégé » que les médecins du travail et leurs formations, en particulier pour les infirmiers, ne leur permet toujours pas d'être infirmiers en pratiques avancées. De nouveaux professionnels, eux aussi sans précision sur leurs statuts et leurs formations, apparaissent dans l'équipe pluridisciplinaire : « (...) les auxiliaires médicaux disposant de compétences en santé au travail (...) ». Renforcer la prévention en santé au travail passe-t-il par une déqualification des professionnels et une absence d'indépendance ?

Dans la version du 9 août 2021 du « Protocole national pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de Covid-19 » du ministère du Travail, on peut y lire : « (...) À compter du 30 août 2021, les personnels intervenant dans les lieux, établissements, services ou événements listés à l'article 1 de la loi relative à la gestion de la crise sanitaire du 5 août 2021 doivent présenter un "pass sanitaire", c'est-à-dire : soit le résultat d'un examen de dépistage RT-PCR, un test antigénique ou un autotest réalisé sous la supervision d'un professionnel de santé datant d'au plus 72 heures, soit un justificatif de statut vaccinal concernant la Covid-19, soit un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la Covid-19... Lorsqu'un travailleur soumis à l'obligation de présenter un pass sanitaire ne présente pas les justificatifs à son employeur, il peut, avec l'accord de son employeur, prendre des jours de congés ou de RTT. Autrement, **l'employeur lui notifie par tout moyen, la suspension de son contrat de travail** (...) ».

Or l'article L.1132-1 du Code du travail n'a pas été encore supprimé par une ordonnance gouvernementale et il mentionne : « Aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte... en raison de son état de santé ». D'autre part, les données de santé individuelles, par un tour de passe-passe, ne seraient plus soumises au secret ?

« (...) Par sa connaissance de l'Homme, le terrain neutre professionnel sur lequel il se place, le médecin du travail dans l'entreprise représente un moyen d'arriver à créer une ambiance, un climat social favorable, en assurant une liaison, une interpénétration entre les différents rouages de l'entreprise (...) » *pouvait-on lire dans le Bulletin des Services Médicaux et Sociaux du Travail de septembre 1943 (première publication du ministère du Travail suite aux ordonnances de 1942 créant les services médicaux et sociaux du travail). La loi pour renforcer la prévention en santé au travail aurait-elle donc un goût de « déjà vu » ?*

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 : Ass. SMT, Alain CARRÉ, Karyne CHABERT, Alain GROSSETÊTE, Benoît DE LABRUSSE, Dominique HUEZ, Nadine KHAYI, Alain RANDON, Jean-Louis ZYLBERBERG

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil

ÉTHIQUE ET PRATIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL À L'HEURE DE LA PANDÉMIE

Compte-rendu du Congrès a-SMT du 5 décembre 2020, en visioconférence

Rapporteurs Karyne CHABERT, Benoit DE LABRUSSE

Il s'agit de mettre en débat la question suivante : comment les équipes médicales ont-elles pu s'organiser ?

Ordre du jour

- ♦ Actualité de la réforme
- ♦ Éthique et Pratiques en santé au travail
- ♦ Fonctionnement de l'association en période de crise sanitaire / Cahiers SMT

ACTUALITÉS

ORDONNANCE N°2020-1502 DU 2 DÉCEMBRE 2020
ADAPTANT LES CONDITIONS D'EXERCICE DES MISSIONS DES
SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL À L'URGENCE SANITAIRE

Extraits Art.1

1-... « les services de santé au travail participent à la lutte contre la propagation de la Covid-19, notamment par

1° La diffusion, à l'attention des employeurs et des salariés, de messages de prévention contre le risque de contagion ;

2° L'appui aux entreprises dans la définition et la mise en œuvre des mesures de prévention adéquates contre ce risque et dans l'adaptation de leur organisation de travail aux effets de la crise sanitaire ;

3° La participation aux actions de dépistage et de vaccination définies par l'État. »

Extraits Art.2

2-... « Le médecin du travail peut prescrire et, le cas échéant, renouveler un arrêt de travail en cas d'infection ou de suspicion d'infection à la Covid-19. »

« Le médecin du travail peut également établir un certificat médical pour les salariés vulnérables en vue de leur placement en activité partielle »

Un décret détermine les conditions d'application du présent I.

II. - Le médecin du travail et, sous sa supervision, d'autres professionnels de santé des services de santé au travail peuvent prescrire et réaliser, (...) des tests de détection du SARS-COV-2. »

Extraits Art.3

3-... « Les visites médicales qui doivent être réalisées dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé (...) peuvent faire l'objet d'un report (...) sauf lorsque le médecin du travail estime indispensable de maintenir la visite compte tenu notamment de l'état de santé du travailleur ou des caractéristiques de son poste de travail. »

« Le report de la visite ne fait pas obstacle, le cas échéant, à l'embauche ou à la reprise du travail. »

DISCUSSIONS AUTOUR DE L'APPLICATION DE CES MESURES

Les SST peuvent appliquer cette ordonnance de plusieurs manières :

- ♦ Soit ils se font relais du ministère pour la mise en œuvre de mesures de santé publique. Cette position peut être envisageable si elle ne présente pas une perte de chance et de droit pour le travailleur.
- ♦ Soit ils répondront aux employeurs en exécutant des directives sous forme de prestations ce qui pose le problème de l'objectif de ces prestations (objectif de santé ou objectif de gestion de l'absentéisme et donc de rentabilité) et de l'indépendance fonctionnelles des équipes médicales.

Certains services ont déjà mis à disposition des entreprises des infirmières de santé au travail pour la réalisation de tests qualitatifs.

La **prescription d'arrêt de travail** par les médecins du travail ouvre une brèche pour aller vers des dispositions illégales. Pour l'instant le cadre de ces prescriptions est limité à la situation de crise sanitaire mais c'est un risque de voir cette disposition perdurer et s'inscrire dans les missions des médecins du travail ce qui poserait un certain nombre de problèmes éthiques et de conflits dans les décisions professionnelles.

Les mesures concernant la **prescription de tests** apparaissent comme une nouveauté alors que la réglementation prévoit de longue date la prescription d'examens complémentaires par les médecins du travail.

De plus quel est l'intérêt des tests en entreprise (hors secteur médical) ?

Pour ce qui concerne la **vaccination anti-Covid**, il paraît raisonnable de ne pas participer aux campagnes de vaccination de masse en dehors des situations d'urgence sanitaire et de réquisition qui donne une protection légitime aux réquisitionnés.

Il existe des cas particuliers qui peuvent être appréhendés au cas par cas.

Exemple, la vaccination antigrippale qui ne devrait être pratiquée par le médecin du travail que pour les salariés à risque de contagion dans l'entreprise.

Si les employeurs veulent vacciner leurs salariés « pour éviter l'absentéisme », ils ont toujours la possibilité d'avoir recours à des médecins libéraux.

Dans cette ordonnance il n'est pas question, contrairement à la règle antérieure, de procédure de délégation de tâche (test et vaccinations) par le médecin du travail aux infirmières.

VISITE DE PRÉREPRISE ET REPRISE PAR LES INFIRMIÈRES (IST)

C'est là où se joue ce qui est le plus important en matière de santé au travail. Et cet acte nécessite un diagnostic médical qui n'est pas de la compétence des IST.

Si cette mesure était appliquée elle pourrait donner lieu à des poursuites judiciaires contre les IST, mais aussi les médecins du travail, puisque les IST travaillent sur protocole du médecin

TEXTE EN PRÉPARATION/NOUVEAU DÉCRET RÉFORME À VENIR

Accord national interprofessionnel (ANI) sur la santé au travail

Texte présenté par le MEDEF aux partenaires sociaux, qui ont tous donné leur accord (à l'exception de la CGT). Quatre objectifs principaux sont annoncés dans ces textes :

- ♦ Promouvoir une prévention primaire opérationnelle.
- ♦ Promouvoir la qualité de vie au travail.
- ♦ Promouvoir une offre de service SPSTI (Services de Prévention de Santé au Travail Interentreprises). Les services s'organiseraient en trois pôles :
 - ❖ un service prévention des risques (évaluation des risques et conseils aux entreprises en matière de sécurité) ;
 - ❖ un service prévention de la désinsertion professionnelle (maintien dans l'emploi)
 - ❖ et un service de santé au travail.

Enfin, une gouvernance rénovée et des finances maîtrisées. Le contrôle social ne semble pas être prévu dans ce projet de décret. L'information sur les modes de financement prévus n'est pas disponible.

Les discussions autour de ces textes entre syndicats patronaux et salariés portent aussi sur la **responsabilité des employeurs en matière de santé et sécurité**. Il serait question de décharger les entreprises de leurs obligations de résultats à partir du moment où elles seraient adhérentes aux SPSTI. C'est donc un transfert de responsabilité de la prévention vers les services et les professionnels de santé au travail.

Ce glissement des missions et ce transfert des responsabilités sont engagés depuis les réformes antérieures avec l'arrivée dans les services des IPRP dont les missions sont parfois orientées vers l'aide à l'évaluation des risques pour les entreprises. Ils se substituent parfois aux employeurs en prenant en charge la totalité de la rédaction du document unique. La confusion est déjà à l'œuvre dans la pratique :

Exemple : **la Fiche d'entreprise**, outil du médecin du travail pour faire un diagnostic collectif à partir d'observations en milieu de travail et d'éléments cliniques, deviendrait un document visant à nourrir le document unique. Or il s'agit de deux documents dont les objectifs sont différents : l'un vise à faire un constat de la santé collective, pour la mise en œuvre d'actions visant à protéger la santé des travailleurs, l'autre (DUERP) a une dimension visant à sécuriser l'entreprise du fait de sa nature réglementaire et de son approche par les risques professionnels.

UNE LECTURE CONTINUE DEPUIS VINGT ANS

La directive CE 89, dans le cadre d'une Europe libérale,

- ♦ Transfère la responsabilité aux SST de la prévention des risques professionnels. L'aptitude prononcée par le médecin du travail vise à décharger l'employeur de sa responsabilité de fournir des conditions de travail saines. C'est le salarié qui doit s'adapter au poste et non le poste qui doit être exempt de risques.
- ♦ Dans l'art.7 de cette directive, l'introduction des IPRP n'a pas pour but de fournir au médecin du travail des connaissances sur les conditions de travail, mais sert d'alibi aux employeurs pour évaluer ces conditions de travail.

Référence : *La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010)*, Pascal MARICHALAR.

LE DÉCOUPAGE DES SST EN TRANCHES (service -prévention des risques -de la désinsertion professionnelle -service de santé au travail) confine le médecin du travail aux visites médicales individuelles où son rôle serait de détecter des susceptibilités individuelles, de prononcer des aptitudes/inaptitudes et de ne pas construire une vision collective de la santé au travail dans l'entreprise.

Rappelons que la question de la santé au travail, est un devoir de l'employeur sur le plan collectif mais non sur le plan individuel.

Ainsi le médecin du travail, seul détenteur du secret médical, est il le seul à pouvoir faire un diagnostic collectif de l'état de santé qu'il transmet à l'employeur pour une action de prévention.

L'APPEL AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

« MÉDECINS PRATICIENS CORRESPONDANTS » (MPC)

Sans accès aux conditions de travail, quel utilité pour la santé du salarié ?

« PROMOUVOIR UNE OFFRE DE SERVICE »

Dans cette proposition de réforme les SST deviennent pour les entreprises des prestataires de services, soumis à la concurrence commerciale, avec une « Certification/Accréditation » qui s'affranchit :

- ♦ d'un contrôle social
- ♦ d'un contrôle étatique (Agrément des DIRECCTEs)
- ♦ d'un contrôle financier puisque « la cotisation unique perçue par les URSAFF n'est pas adéquate ».

« dans une approche de service rendu aux employeurs... »

SECRET MÉDICAL

Ce texte prévoit :

- ♦ L'accès des médecins du travail au dossier médical informatisé c'est-à-dire à toutes les informations de santé du salarié. Ces informations sont elles compatibles avec le pouvoir d'aptitude/inaptitude du médecin du travail ?
- ♦ L'accès du MPC au dossier médical de santé au travail.

Mais cet accord ne prévoit pas l'indépendance professionnelle des IST. Cette fragilité du statut n'est elle pas dangereuse pour la profession ?

ÉTHIQUE ET PRATIQUES EN SANTÉ AU TRAVAIL

Sont évoquées plusieurs questions à discuter lors de notre prochaine journée de printemps :

- ♦ Rôle des « responsables éthiques » et « conseils juridiques » de l'employeur. De quoi parle-t-on quand on parle d'éthique et comment ces « nouveaux » métiers au service des intérêts de l'entreprise amènent une confusion visant à décrédibiliser la notion de secret médical.
- ♦ Remise en question des pratiques dans le contexte de **télétravail** intensif.
 - ❖ La pratique des équipes médicales est-elle adaptée au travail à distance ? Quid de la perception de certains signaux émotionnels pendant les entretiens de santé au travail, quid de l'examen clinique. Quelles conditions de travail pour les professionnels de santé au travail.
 - ❖ Certaines tâches comme l'activité de recherche des expositions professionnelles semblent plus adaptées au travail à distance et moins à risque pour les conditions de travail des professionnels.

Maintien du **secret médical** pendant la période de crise sanitaire :

- ♦ Dans un milieu utilitariste, le secret médical est considéré comme une anomalie. La révélation d'un état de santé considéré comme « vulnérable » est obligatoirement connue de l'employeur qui administre l'arrêt de travail correspondant.
- ♦ Les travailleurs sont régulièrement encouragés à révéler des informations sur leur état de santé. Se déclarer porteur du Covid-19, ou rassurer l'employeur, y compris en lui transmettant des informations médicales confidentielles (*« Regardez mes résultats de sérologie, ce n'est pas la Covid mais bien une mononucléose infectieuse d'après mon médecin »*).

Certaines entreprises travaillent à développer des logiciels spécifiques pour suivre l'état de santé de leurs salariés.

Le secret médical a toujours posé problème aux employeurs. Ils ne peuvent accéder aux informations de santé mais se trouvent (pour l'instant) en situation de responsabilité par rapport à la santé de leurs salariés. L'enjeu est majeur pour l'intérêt du travailleur, il ne le perçoit pas toujours. Les professionnels de santé ont une responsabilité pour expliquer cela : révéler son état de santé peut être lourd de conséquence dans l'immédiat ou pour l'avenir.

La Covid-19 permet d'être plus permissif sur le secret médical. Aujourd'hui il s'agit de l'intérêt collectif de santé publique pour éviter la propagation de la maladie Covid-19 ce qui fait consensus mais personne ne maîtrise comment sont tracées les données révélées par les travailleurs et comment elles pourront être utilisées dans un autre contexte. (Exemple, certains travailleurs se sont déclarés à risque du fait d'une vulnérabilité, comment sera utilisée cette information dans un contexte de crise économique ?).

Les tests en entreprise : même si les textes prévoient l'anonymat qu'en est-il des salariés refusant le test ?

PRATIQUES DE MÉDECIN DU TRAVAIL

Fiche de visite : restriction ou demande d'aménagement de poste ?

La demande d'aménagement permet de respecter la formule « adapter le travail à l'homme » et ne prive pas le travailleur de certaines tâches alors que la restriction l'expose à une possible exclusion de certains postes voire à un « glissement » vers l'inaptitude.

Demandes d'aménagement et nécessité de concertation avec l'employeur : dans la pratique, il est possible de formuler l'avis le même jour que la prise de contact

avec l'employeur (courriel ou téléphone) de manière à répondre à la réglementation sans prendre le risque d'influencer l'avis médical dans l'intérêt du patient/travailleur. Ces « tricheries » ou « savoir-faire de prudence » sont nécessaires à la pratique et au respect de l'éthique professionnelle.

Expérimentation de certains services de santé au travail : mise à disposition des entreprises, des infirmières en santé au travail pour effectuer des tests anti-Covid, avec accord de la DIRECCTE.

Éthique et secret médical

Un exemple de pratique du service RH d'entreprise à propos d'un cas de harcèlement sexuel : intrusion du directeur éthique du groupe pour demander le dévoilement du secret médical (qui est en fait le juriste du groupe).

Suite à l'épisode Covid, il est devenu normal de dire pourquoi on est en arrêt maladie.

Réflexion d'employeurs frustrés par le secret médical en période Covid, qui s'opposeraient à leur devoir de préservation de la santé au travail. Mais, bien souvent ce sont les salariés eux-mêmes qui exposent leur pathologie, parfois suite aux injonctions de leur hiérarchie.

Comment se situe le médecin du travail pour protéger les salariés face à cette injonction ?

Cellules médico-socio-professionnelles et secret médical

Question des cellules médico-socio-professionnelles réunissant plusieurs métiers autour d'une situation professionnelle (assistants de services sociaux d'entreprise, acteurs RH).

C'est un exercice périlleux que d'y participer. L'enjeu est-il clair ? La confiance du travailleur peut-elle être maintenue ? Comment le médecin peut-il apporter des éléments autres que ceux mentionnés sur la fiche de visite ?

Un exemple dans la fonction publique d'une telle commission réunissant RH-Assistante sociale-Médecin du travail dont le fonctionnement, pour respecter le secret médical, est dépendant des acteurs.

Télétravail

Exemple des personnels d'une FPE (Fonction Publique d'État) qui emmènent à domicile leur ordinateur du travail. Si, en région parisienne ce télétravail, économise les transports en commun, il est aussi à l'origine de journées de travail « non bordées »

FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION
EN PÉRIODE DE CRISE SANITAIRE
CAHIERS SMT

CAHIER 37 / PRÉVISIONS CAHIER 38

Remerciements à Jean-Noël Dubois pour la relecture et la mise en page informatique.

Le *Cahier N°37*, consacré aux pratiques des médecins du travail en période de pandémie, a été adressé à 160 parlementaires (sénat et députés). Quelques-uns ont accusé réception.

Ces témoignages mettent en évidence le travail réel des médecins du travail et contredisent les affirmations du ministère du Travail sur l'absence des SST en période d'épidémie de Covid-19. Nous pensons qu'il peut nourrir les pratiques de collègues médecins du travail en place. Il peut être utilisé comme référence bibliographique dans les groupes de pairs.

Le *Cahier N°38* (fin 2021) sera nourri par les interventions de la *Journée de Printemps* du samedi 13 mars 2021.

JOURNÉE DE PRINTEMPS SAMEDI 13 MARS 2021

Nous avons reçu des demandes de participations de cinq personnes (pas tous médecins du travail) qui nécessitent des connaissances préalables, les soubassements, de nos positions. Nous leur proposerons de lire au préalable les *Cahiers du SMT*.

Nous convenons de consacrer une heure trente sur trois heures en début de réunion à les accueillir et leur donner la parole sur le thème « Éthique et pratiques en médecine du travail ».

RENOUVELLEMENT DES INSTANCES DU SMT

Cf. encadré page 68

ABRÉVIATIONS

DIRECCTE : Direction Régionale de La Concurrence et de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

FPE : Fonction Publique d'État

IST : Infirmier(e) en Santé au Travail

IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnel

SPSTI : Services de Prévention de Santé au Travail Inter-entreprises

SST : Services de Santé au Travail

RÉSISTER FACE AUX DÉRIVES DU CHAMP D'INTERVENTION ET DES PRATIQUES

Journée de Printemps 13 mars 2021 en visio conférence

Rapporteur Alain GROSSETÊTE

RÉSISTER FACE AUX DÉRIVES OBSERVÉES DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL VERS DES PRATIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Dans son service de santé au travail une collègue médecin du travail de la fonction publique en service autonome expose son constat. Elle est témoin de la tendance des médecins coordinateurs, parfois médecins plus récemment en poste, qui déclinent les objectifs fixés par la direction, cédant aux injonctions des services RH à diffuser les « bonnes pratiques ». Et ce, d'autant plus qu'ils n'ont pas « l'histoire en tête » de ce qui s'est construit entre les professionnels médecins durant toutes ces années, « sa texture, son étoffe ». Les médecins qui sont en capacité de résister à ces injonctions sont regardés comme « déviants ». Sur un constat d'un recul des pratiques de la clinique médicale du travail, et de la prise en compte du « travailler », comment exposer ce qui sous-tend nos pratiques, comment être en mesure de résister, pour pouvoir continuer à travailler ?

Pour donner à comprendre le soubassement sur lequel nos pratiques se sont construites, il semble donc nécessaire aujourd'hui, « d'expliciter ce qui relevait de l'implicite ». Pour cela, de mettre en débat « le corpus des controverses » sur les pratiques professionnelles construites pendant toutes ces années.

Un médecin du travail est référent pour l'équipe pluridisciplinaire sur la base de l'éthique médicale, et non seulement « animateur ».

RÉTRÉCISSEMENT DU CHAMP D'INTERVENTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL UNE ATTAQUE À SA PROFESSIONNALITÉ

Le projet de loi Lecocq nous cantonne dans le domaine médical circonscrit à l'orientation et l'avis, en éloignant le conflictuel lié à la question du travail et du « travailler ». La tendance au compromis et au « pas de vague », continue de porter atteinte à l'indépendance de la profession.

Le médecin du travail n'est ni un zéro, ni un zorro.

La santé au travail n'est pas qu'une question concernant l'entreprise, mais c'est aussi une question de santé publique. La gestion des conditions de travail est du domaine de l'entreprise. Un compromis est impossible pour la santé au travail mais non sur la gestion des conditions de travail

RISQUE DE DÉLITEMENT DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

L'exercice de la médecine du travail reste marqué par très peu d'écrits de médecins du travail, en lien avec le

très faible nombre de déclarations de maladies professionnelles. La déclaration d'inaptitudes s'accompagne d'une frilosité avec « ouverture de parapluies » destinés à protéger le médecin contre les tracasseries d'un risque juridique.

De fait, les écrits tels ceux recueillis par l'a-SMT, apparaissent déroutants dans les deux sens : par la remise en cause de pratiques professionnelles, ou au contraire, par une certaine incompréhension issue de l'écart entre des pratiques influencées par les directions et ce que cherchent à tenir des médecins du travail du côté du « travailler » des salariés (et du leur).

Le rapport de force en faveur du soutien à nos pratiques s'est profondément modifié. La sélection de la main d'œuvre est quasi ouvertement sur la table, la prévention de la désinsertion est en réalité une menace sur la tenue du poste de travail.

Cependant, comme le dit Alain Supiot, le service de santé est un « phare de balise » ; dans l'instruction du lien santé-travail, il faut l'instruction du médecin du travail : tenir la question de la santé au travail, comme médecin. Or le soubassement des pratiques qui ont amené à la clinique médicale du travail reste très largement ignoré. Il pourrait faire l'objet d'un écrit sur son site.

La SELF (Société d'Ergonomie de Langue Française), par sa commission Histoire, a mis en ligne **78 fiches bibliographiques professionnelles** (exemple celle d'Alain Carré). Elle demande la contribution de biographies de pratiques professionnelles de médecins du travail : un écrit collectif de l'association pourrait lui être adressé.

Des contributions personnelles, sur le modèle de la SELF, pourraient être publiées sur le site de l'a-SMT.

Si nous sommes prestataires de service, nous sommes dans la recherche de la satisfaction du client, et la posture n'offre pas beaucoup de recul, notamment pour investir la question du travail. Par exemple l'addiction au travail amène à questionner qu'est-ce qui dans le travail, peut y conduire, en aidant cliniquement à ouvrir à la compréhension du salarié, de ce qui fait obstacle à son travailler.

Il faut aussi pouvoir être en mesure de se regarder travailler. Or le médecin du travail engagé depuis peu dans un service de santé au travail et souhaitant s'interroger sur sa pratique, peut constater la difficulté « à se regarder travailler ». L'outil informatique peut contribuer à empêcher de penser comme médecin. La clinique médicale du travail n'a pas de place dans l'outil informatique.

ÉMERGE L'IDÉE D'UN TRAVAIL D'ÉCRITURE COLLECTIF

Créer une **commission Histoire des pratiques professionnelles dans l'a-SMT** est une proposition qui donne à comprendre au travers de biographies professionnelles ce qui a sous-tendu notre agir et permet d'appréhender comment la question du travailler au sein de l'activité clinique s'est imposée à nous. La contribution inclut aussi – évidemment – des médecins qui ne sont plus en exercice mais qui furent acteurs et témoins d'une volonté de construire le métier de médecin du travail qui s'exprime aujourd'hui.

SECRET MÉDICAL

« ÉTHIQUE DE L'ENTREPRISE »

TÉLÉCONSULTATION

Journée de Printemps 13 mars 2021 en visio conférence

Rapporteurs Nadine KHAYI et Alain RANDON

Au cours de l'après-midi deux sujets ont été abordés : le secret médical et le responsable éthique en entreprise.

LE SECRET MÉDICAL

Il est dépendant d'une part du respect de l'éthique médicale par le médecin, d'autre part de l'évolution réglementaire liée à l'état de la société et qui organise les domaines de levée du secret.

Le médecin est tenu de ne rien révéler à des tiers de ce qu'il a appris, à moins que la loi ne lui impose certaines révélations. Or la législation multiplie les dérogations et préconise aujourd'hui le partage d'informations entre un grand nombre de professionnels.

Dans le monde du travail, ce secret, fondement de l'exercice médical, est indispensable pour établir un espace de confiance dans l'accompagnement du salarié obligeant le médecin à une grande résistance. Mais les barrières réglementaires sont en train de s'effondrer soit contre des avantages sociaux soit du fait de modifications législatives.

Cette évolution est importante sur le plan législatif, depuis les ordonnances et décrets d'avril 2020, janvier 2021(1).

La crise sanitaire est l'occasion d'une remise en cause de fait du secret médical. Depuis toujours les

.....

1- Ordonnance n°2020-386 du 1^{er} avril 2020, Décret 2021-24 du 13 janvier 2021

services RH veulent tout savoir sur leurs salariés, la survenue de la pandémie Covid-19 a amplifiée le phénomène. Cela passe ainsi par l'exigence de « transparence » des décisions médicales. Des DRH interpellent le médecin du travail en détaillant les facteurs de risques des salariés et s'arrogent le droit de choisir les modalités de test de dépistage pour la Covid-19, prescrivent au médecin la conduite à tenir. La pression exercée sur les médecins est très forte.

Comment faire pour prendre en charge un salarié avec comorbidité tout en respectant le secret médical ?

La prescription par le médecin du travail des arrêts de travail spécifiquement pour la Covid-19 conduit obligatoirement au dévoilement de l'existence de pathologies ou de facteurs de risque que le salarié lui a confié. Effectivement dans ce cadre, cette prescription d'arrêt signe la présence d'un problème de santé pour le salarié ou un membre de sa famille. Or, le secret médical couvre tout ce qui vient à la connaissance du médecin à l'occasion de la consultation, ce qui n'est pas toujours compris par les directions d'entreprises et que certains médecins oublient parfois.

Dans l'esprit du public le secret médical est très mal défini et mal compris autant dans ses buts, sa nature que ses limites.

Les salariés avec comorbidité se sentent obligés de mettre en évidence leur pathologie pour se protéger, ce qui est fréquent dans les TPE et PME. Aussi est-il

difficile de faire comprendre au salarié la nocivité potentielle de la rupture du secret médical.

Il est nécessaire de rappeler au salarié qu'il n'a rien à dire à son employeur sur sa vie privée, y compris sur sa santé et celle des siens. Lorsque le salarié informe son responsable hiérarchique ou son employeur d'un problème de santé, dans le meilleur des cas celui-ci ne sait pas quoi en faire, mais cela peut se retourner contre le salarié (utilisation dans le cadre du management).

Il est utile de rappeler à tous (employeurs et collègues) l'article L.1110-4 du Code de santé publique : « *Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende* ».

Le problème du respect du secret médical se pose particulièrement dans le cadre des commissions de Prévention de la Désinsertion Professionnelles (PDP) proposées par la loi Lecoq. Leur composition n'est pas définie et des responsables des Relations Humaines pourraient y siéger au côté de professionnels relevant du secret médical. Or, le médecin ou le professionnel de santé ne peut rien dire de plus que ce qui est écrit sur la fiche d'aptitude.

Un préalable, sachant que le médecin du travail est « *le responsable de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle* », il est essentiel qu'il définisse les conditions de sa participation à ces commissions. Cela passe par un préambule sur le rappel des missions du médecin du travail. Médecin hors soin, imposé au salarié, l'accès du médecin du travail au dossier médical partagé fragilise le respect du secret médical.

La PDP rentre dans le cadre de la « sécurisation » juridique des employeurs c'est-à-dire de leur désresponsabilisation. La commission de maintien dans l'emploi se substituant à la responsabilité de l'employeur.

« *L'aptitude n'intéresse plus les employeurs qui regardent plutôt les inaptitudes* »

La question est posée du sens donné aux restrictions : est-ce participer à la cogestion ou est-ce une ouverture vers l'employeur qui doit assumer ses responsabilités ? La formulation de l'avis affirme le positionnement du médecin... Le médecin construit avec le salarié l'aménagement du poste ; parfois le salarié présente lui-même cet aménagement de poste. Si le dialogue dans l'entreprise est satisfaisant, le médecin transcrit l'aménagement mis en place par l'employeur en accord avec le salarié. Si ce dialogue est difficile la nécessité de concertation avec l'em-

ployeur est contournée par exemple en envoyant un courriel ou en appelant juste au moment de faire la fiche. Dans les structures où le licenciement n'existe pas, la possibilité de discuter les aménagements est plus facile.

Le cadre juridique est nécessaire s'il faut contraindre l'employeur. En pratique la majorité des aménagements sont imposés à l'employeur (ou au salarié ?).

La visite de pré-reprise permet au médecin du travail de faire des recommandations écrites, avec l'accord du salarié.

Dans les projets de réforme, les visites de pré-reprise pourront être à l'initiative des employeurs avec l'accord du salarié, (mais de quelle liberté celui-ci dispose-t-il pour refuser ?).

Rappelons que lors de la contestation des avis des médecins du travail au conseil des prud'hommes, l'employeur peut demander la désignation d'un médecin expert, celui-ci ayant la possibilité d'avoir accès au dossier médical en santé au travail du salarié.

Le médecin se retrouve à l'interface entre salariat et employabilité, dans le contexte du « *new public management*(2) ».

L'éthique du médecin se base sur ses droits et devoirs envers ses patients et de là doit découler la pratique du médecin du travail en rappelant sa finalité : une mission de préservation de la santé de l'Homme au travail.

LE RESPONSABLE « ÉTHIQUE » DANS L'ENTREPRISE

Depuis l'instauration de la RSE (Responsabilité Sociale des Entreprises) ont été mis en place des *Responsables « éthique »* et les « *happiness manager* ».

Dans les grosses entreprises, ce « responsable » occupe une fonction sociale : se voulant accessible au salarié, il se doit d'être empathique, de fait récipiendaire des choses embarrassantes, non dicibles dans l'entreprise. Il mesure le risque juridique pour l'entreprise de ce qu'il peut entendre ; c'est en fait l'organisation d'arbitrages privés internes. Certains

.....

2- Sur le salariat, le contrat de travail, le droit du travail. Certains, comme Danièle LINHART dans son livre *L'Insoutenable subordination des salariés*, ed ERESt, s'orientent vers un salariat sans subordination ; la subordination serait une clause archaïque, qui entrave l'intelligence collective sur la critique de l'organisation du travail.

<https://www.franceinter.fr/emissions/l-heure-bleue/l-heure-bleue-08-mars-2021>

« *Mais le salariat structure le droit du travail, s'il n'y a plus de subordination, il n'y a plus de droit du travail. L'évolution actuelle fait que l'arbitrage de la loi s'effondre devant la gouvernance par les nombres.* » *La gouvernance par les nombres*, Alain SUPLOT, ed Fayard

responsables « éthique » recherchent un rapprochement avec le médecin du travail et essaient d'accéder aux données couvertes par le secret médical (sous prétexte d'œuvrer pour le salarié). Le responsable éthique n'intègre pas la question du rapport social.

LE TÉLÉTRAVAIL

La question matérielle de son coût, sa négociation sont mises en avant dans les médias mais la dimension collective de l'activité au travail n'est pas abordée.

LA TÉLÉCONSULTATION

La première rencontre en téléconsultation avec le salarié pose problème. L'écoute empathique n'est pas possible. On n'a pas accès au langage corporel, au corps sensible qui est exclusif du médecin du travail. Les conditions pour permettre le surgissement des émotions par la libération de la parole ne sont pas réunies. Elle ne peut donc se substituer à la visite médico-professionnelle en présentiel.

Par ailleurs sur le plan juridique, pour le Médecin Inspecteur Régional du Travail, une inaptitude définitive n'est pas possible en téléconsultation... du fait du risque de contentieux.

NOTE TECHNIQUE

DOSSIER MÉDICAL EN MÉDECINE DU TRAVAIL CONSERVATION, ACCÈS ET TRANSMISSION ÉCHANGE D'INFORMATION SUR UN PATIENT ENTRE LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Alain CARRÉ

UN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL N'EST PAS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

La définition du Code de la santé publique (CSP) réserve cette catégorie à des établissements bien définis : « Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement **des malades, des blessés et des femmes enceintes** et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. »¹

Cela signifie que seul le secteur de soins relève de ces dispositions et qu'un service de santé au travail, qui est

uniquement en charge de la prévention des risques pour la santé, et n'exerçant pas d'activité de soins ne peut se prévaloir de la qualité d'établissement de santé.

Ce fait est corroboré par la nature de la tutelle administrative de ces services qui ne relève pas des ARS mais de la DREETS.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL EST SEUL RESPONSABLE DE LA CONSERVATION ET DE LA TRANSMISSION DES DOSSIERS MÉDICAUX DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Par conséquent, le médecin du travail qui a établi les dossiers est le seul responsable de leur conservation et de leur transmission ainsi que de l'accès du salarié à

son dossier médical². Ainsi, il doit s'assurer du respect du secret et des conditions d'accès par le salarié, conformément aux articles L.1110-4³, L.1111-7⁴ et R.4127-73⁵ du Code de la santé publique et L.4624-8⁶ et R.4624-12⁷ du Code du travail, notamment « *Ce dossier peut être communiqué à un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge, sauf refus du travailleur.* ».

Pratiquement cela signifie que le médecin du travail doit :

- ♦ S'assurer que les dossiers sont conservés dans des conditions qui respectent le secret médical.
- ♦ Donner des instructions au personnel médical concernant les règles de conservation et de transmission des dossiers, ainsi que les règles régissant le secret médical aux assistantes médicales.
- ♦ Permettre l'accès des salariés, ou de leurs ayants droit en cas de décès, au dossier médical dans le respect de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique.
- ♦ En cas de modification de secteur ou de départ du médecin la transmission du dossier doit recueillir l'accord explicite de chaque salarié, dont doit s'assurer le médecin en partance.

LES ÉCHANGES D'INFORMATION SUR UN PATIENT ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

LA NATURE DU SECRET MÉDICAL

Le secret médical concerne le secret des « *informations concernant la vie privée* » de la « *personne prise en charge* » c'est-à-dire non seulement les données de santé mais plus largement tout ce que la personne considère comme étant sa vie privée.

Pour un médecin ce secret concerne « *tout ce qui lui a été confié* » mais aussi « *tout ce qu'il a vu entendu ou compris* »⁸.

LES ÉCHANGES D'INFORMATION SUR LA PERSONNE PRISE EN CHARGE

Les règles de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et notamment le II conditionne l'échange des informations sur la personne prise en charge entre professionnels « *intervenant dans le système de santé* » à la 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* ».

Mais « *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 ». Cela signifie que tout échange entre le médecin du travail et d'autres médecins notamment un médecin du secteur de soin ou un médecin-conseil de la Sécurité sociale et *vice versa*, est conditionnée à l'accord du ou de la salariée.

Concernant le médecin conseil de la caisse de Sécurité sociale⁹, l'autorisation du patient est requise pour que le médecin puisse communiquer « *les renseignements médicaux strictement indispensables* ».

L'ACCÈS DU MÉDECIN DU TRAVAIL AU DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

Conformément à ces principes, jusqu'alors, l'accès au DMP était régi par l'article L.1111-18 du CSP. Celui-ci interdisait l'accès du médecin du travail au DMP. Cela signifiait que les données de santé d'un salarié n'étaient pas accessibles au médecin du travail. La loi du 2 août 2021 modifie l'article L.1111-17 du CSP¹⁰, confirmé par la modification de l'article L.4624-8 et l'article nouveau L.4624-8-1 du Code du travail, en autorisant l'accès au DMP du médecin du travail (qui pourra l'alimenter) « *avec l'accord du patient* » immédiatement et formellement à partir du 31 mars 2022¹¹. Le consentement du patient est obéré par l'absence de libre choix du praticien et dans le cadre de la subordination contractuelle pourrait ne pas être libre et éclairé. Cette modification subreptice pourrait être l'orée d'une sélection médicale de la main d'œuvre.

.....
1- Article L.6111-1 CSP : « *Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et postuniversitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.* »

2- Article R.4127-96 CSP : « *Sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé, les dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis.* »

.....

3- Article L.1110-4 CSP : « I. Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, 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 le concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du Personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

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

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

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

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

V. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 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 et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

4- Article L.1111-7 CSP : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, 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. »

5- Article R.4127-73 CSP : « Le médecin doit protéger contre toute indiscrétion les documents médicaux, concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents.

Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur.

Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement, que l'identification des personnes ne soit pas possible. A défaut, leur accord doit être obtenu. »

6- L.4624-8 CDT : « Un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis, ainsi que les avis et propositions du médecin du travail, notamment celles formulées en application des articles L.4624-3 et L.4624-4.

Ce dossier ne peut être communiqué qu'au médecin de son choix, à la demande de l'intéressé. En cas de risque pour la santé publique ou à sa demande, le médecin du travail le transmet au médecin inspecteur du travail. Ce dossier peut être communiqué à un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge, sauf refus

du travailleur. Le travailleur, ou en cas de décès de celui-ci toute personne autorisée par les articles L.1110-4 et L.1111-7 du Code de la santé publique, peut demander la communication de ce dossier.

7- Art. R.4624-12 CDT : « Lors de cette visite, un dossier médical en santé au travail est ouvert par le professionnel de santé du service de santé au travail mentionné au premier alinéa de l'article L.4624-1, sous l'autorité du médecin du travail dans les conditions prévues à l'article L.4624-8. »

8- Article R.4127-4 CSP : « 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. »

9- Article R.4127-50 CSP : « 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. »

10- Ancien Article L.1111-18 CSP : « L'accès au dossier médical partagé ne peut être exigé en dehors des cas prévus aux articles L.1111-15 et L.1111-16, même avec l'accord de la personne concernée.

L'accès au dossier médical partagé est notamment interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à ce dossier ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application.

Le dossier médical partagé n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail.

Tout manquement aux présentes dispositions donne lieu à l'application des peines prévues à l'article 226-13 du Code pénal.

Le dossier médical partagé est conservé pendant une durée de dix années à compter de sa clôture.

En cas de décès du titulaire, les ayants droit, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité peuvent solliciter l'accès au dossier conformément au V de l'article L.1110-4. L'accès à ce dossier peut également intervenir dans le cadre d'une expertise médicale diligentée aux fins d'administration de la preuve.»

11- Article L.1111-17 CSP. Modifié par LOI n°2021-1018 du 2 août 2021 - art. 15 : « I.-Les professionnels de santé accèdent au dossier médical partagé d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, en présence d'une situation comportant un risque immédiat pour sa santé, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté ou alimenté dans une telle situation.

Le médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels d'aide médicale urgente mentionné à l'article L.6311-2 qui reçoit un appel concernant une personne accède, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté dans une telle situation, au dossier médical partagé de celle-ci.

II.-Le professionnel de santé recueille, après avoir informé la personne concernée, son consentement pour qu'un autre professionnel de santé à qui il serait nécessaire de confier une partie de la prestation accède à son dossier médical partagé et l'alimente.

III.-Tout professionnel participant à la prise en charge d'une personne en application des articles L.1110-4 et L.1110-12 peut accéder, sous réserve du consentement de la personne préalablement informée, au dossier médical partagé de celle-ci et l'alimenter. L'alimentation ultérieure de son dossier médical partagé par ce même professionnel est soumise à une simple information de la personne prise en charge.

IV.-Le médecin du travail chargé du suivi de l'état de santé d'une personne peut accéder à son dossier médical partagé et l'alimenter, sous réserve de son consentement exprès et de son information préalable quant aux possibilités de restreindre l'accès au contenu de son dossier. »

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 42^e Congrès annuel se tiendra au FIAP (Paris), le 11 décembre 2021

30 rue Cabanis 75014 Paris
Métro Glacière Ligne 6

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

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

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir page 23

LA TÉLÉMÉDECINE

LA FIN DE LA CLINIQUE MÉDICALE

SON INAPPLICABILITÉ EN MÉDECINE DU TRAVAIL¹

Alain CARRÉ

Dans les services de santé au travail, avant même l'épidémie, se sont mis en place des cabines de « télémédecine ». Cette contribution est le bulletin diffusé en 2018 par un syndicat de médecins du travail qui trace les limites cliniques et réglementaires de ce type de médecine à distance.

.....
1- Bulletin syndical 2018-12 du syndicat CGT des médecins du travail des industries électriques et gazières

LA TÉLÉMÉDECINE EST-ELLE DE LA MÉDECINE ?

La médecine n'est pas seulement une praxis mais aussi une poiesis, c'est pourquoi il s'agit d'un art, l'art médical. « *S'il y a incontestablement une science clinique, il n'en reste pas moins que le clinicien s'occupe d'individus et doit à chaque instant adapter ses savoirs à une situation particulière. C'est en cela que la clinique est un art...* »¹.

La base de la pratique médicale, sa capacité à démêler le normal du pathologique² repose sur la clinique médicale dont la naissance au début du XIX^e siècle rationalise les techniques qui permettent de construire le faisceau d'indices préalable au diagnostic. La clinique est « *un mélange de savoir théorique, d'expérience de savoir-faire, permettant d'adapter des connaissances réputées universelles à un cas particulier.* »³

Rappelons ici, mais c'est bien inutile pour les praticiens de terrain que sont les médecins du travail, que la médecine est avant tout la rencontre de deux confiances : celle du médecin et celle du patient que le médecin doit faire naître.

Dans cette phase, cette confiance ne naît pas seulement de la parole échangée mais repose aussi sur un langage corporel subtil issu de siècles d'évolution qui ne repose pas seulement sur l'image animée à distance

.....
1- Dictionnaire de la pensée médicale, article clinique médicale, D. LECOURT et all, PUF, 2004

2- Lire à ce sujet *Le normal et le pathologique*, Georges CANGUILHEM, PUF1966

3- D. LECOURT, op. cité

mais aussi sur des signes non verbaux parfois ignorés des protagonistes mais qui sont difficilement perceptibles à distance.

Viennent ensuite les phases classiques de la démarche clinique : l'interrogatoire qui explore le motif de la consultation puis l'anamnèse qui comporte notamment les antécédents.

L'examen physique fait suite à l'interrogatoire. C'est à ce stade que la télémédecine s'écarte également de la médecine.

LA TÉLÉMÉDECINE PEUT-ELLE SE SUBSTITUER À LA CONSULTATION MÉDICALE DE MÉDECINE DU TRAVAIL ?

Même si certaines constantes peuvent être recueillies avec l'aide du patient par des instruments automatiques de mesure, des pans entiers de l'examen physique sont inaccessibles à la télémédecine. **Comment examiner à distance le genou d'un monteur aérien ou sa colonne vertébrale ? Comment explorer l'hypothèse de l'existence d'un syndrome du canal carpien chez un agent chargé de tâches administratives sur ordinateur ?**

C'est devant cette incapacité à effectuer l'examen physique que la télémédecine est (et demeurera) un mode dégradé d'exercice.

Il faut également constater que la télémédecine connaît des exceptions réglementaires pour des spécialités « *avec accès direct spécifique* ». Parmi celles-ci

la psychiatrie. **Comment explorer l'impact sur la santé psychique des risques psychosociaux alors que la spécialité, dont elle relève en partie, est interdite de télé-médecine ?**

Dès lors qu'un médecin accepte d'exercer dans ces conditions, alors que cela compromet son obligation de moyen, il pourrait être tenu pour responsable des erreurs ou des préjudices qui résulteraient de son exercice.

QUELLES SONT LES CONDITIONS JURIDIQUES DE MISE EN ŒUVRE DE LA TÉLÉMÉDECINE QUI LA RENDE INAPPLICABLE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Trois conditions pour effectuer une consultation de télé-médecine sont requises.

- ♦ La première consiste à garantir l'absolue confidentialité de l'échange d'où la naissance d'un marché censé garantir cette condition.

Cette condition est particulièrement délicate à vérifier en médecine du travail dans la mesure où le donneur d'ordre est un tiers absolu à la relation médicale, l'employeur, dont l'intérêt n'est pas toujours de respecter cette confidentialité. Quel médecin du travail n'a jamais été dans l'obligation de refuser de transmettre certains éléments personnels à un employeur insistant ? Cela rend aléatoire la vérification par le médecin du travail de la fiabilité du système dans ce domaine. L'information du patient (ici du salarié) doit être en outre assurée concernant cette confidentialité et il doit avoir accès aux éléments recueillis.

- ♦ La seconde condition est l'accord formel du patient pour chaque acte en télé-médecine. Or en matière de médecine du travail, **le salarié n'a pas le libre choix du praticien**. La relation médicale relève

d'une obligation contractuelle dans laquelle le salarié est contraint. D'autre part le salarié est **sous la subordination de l'employeur** lequel peut, de ce fait, **faire pression sur le libre consentement du salarié**.

- ♦ La troisième condition est l'accord formel du médecin pour la télé-médecine. Nous l'avons déjà signalé : cela engage sa responsabilité. En outre, Le médecin du travail est un médecin salarié sur lequel pèse le poids de l'employeur ce qui n'enlève rien à son devoir d'indépendance mais peut le compliquer notablement. Même sur injonction de l'employeur (qui constituerait par conséquent une atteinte à son indépendance) le médecin du travail peut refuser d'appliquer ce qui compromet la mise en œuvre de ce qu'il estime approprié en matière de surveillance des salariés. **Cela compromet donc toute mise en place organisée obligatoire par un employeur de la télé-médecine**

DE QUELS RECOURS DISPOSERAIT UNE OPPOSITION À LA MISE EN PLACE DE LA TÉLÉMÉDECINE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

- ♦ *Du point de vue des autorités de tutelles (DIRECCTE)* : Dès lors que certains médecins et les IRP refuseraient l'utilisation de la télé-médecine, l'agrément du SST dès lors qu'il l'avaliserait pourrait être contesté dans le cadre des juridictions administratives.

- ♦ *Du point de vue de l'inspection du travail* : Elle pourrait être saisie pour faire respecter les droits individuels des salariés de refuser ce type de rencontre médicale.

- ♦ *Du point de vue des IRP* : Elles sont chargées de la surveillance du fonctionnement des SST et elles pourraient clairement refuser la mise en place de la télé-médecine en médecine du travail.

FEMMES DANS LE BTP

SOUS LE CLIMAT DU VIRUS SRAS-COV-2

Jean-Louis ZYLBERBERG

En France, en 2016, le secteur de la construction comptait environ 1,15 millions de salariés. Environ 138 000 femmes y travaillent, soit 12 % des salariés du BTP.

Deux femmes, parmi elles, d'entreprises de plus de 50 salariés (3 % des entreprises de mon secteur), ont connu des années 2020 et 2021 professionnelles, pour le moins « complexes ».

Je rencontre en consultation de reprise après un arrêt de travail d'un mois, pour la première fois, M^{me} D..., âgée de 45 ans, dessinatrice dans un bureau d'études spécialisé dans les travaux d'électricité d'une filiale d'une grande entreprise. Deux mois auparavant, dans le bureau paysager, un conducteur de travaux, après le repas de midi, alcoolisé, commence par l'insulter devant l'ensemble des collègues, puis prend son bras et la « colle » tout en lui disant « *Viens là, je vais te baiser* ». Le lendemain matin, le responsable hiérarchique de ce conducteur de travaux, vient la voir pour « s'excuser du comportement du collègue ». Devant l'absence de sanction du conducteur de travaux par sa hiérarchie, elle me déclare qu'elle « a craqué » et est allée voir sa médecin généraliste qui l'arrête et lui prescrit un antidépresseur et anxiolytique et l'adresse à une psychiatre.

Je lui demande si elle souhaite mon intervention auprès du directeur d'agence devant ces faits d'harcèlement sexuel. Elle refuse mais accepte qu'on se revoit en consultation dans un mois. Comme souvent dans cette entreprise, la consultation est « oubliée » par le service des ressources humaines et

un mois plus tard la France connaît son « premier confinement »...

Six mois plus tard je reçois un courriel de sa part :

« Bonjour monsieur Zylberberg,

J'ai vu mon médecin traitant hier soir afin d'obtenir une prescription me permettant de télétravailler pendant deux mois. Ceci me permettra de soigner mon psoriasis plus sereinement, en évitant les transports en commun, le frottement des vêtements sur ma peau et les situations de stress.

Cependant je souhaiterais savoir quelle est la démarche à suivre à partir de ce moment vis-à-vis de mon entreprise.

Est-il nécessaire que je vous rencontre ? »

Je la joins par téléphone, le jour même, lui proposant de me voir en consultation en lui rappelant que le certificat médical de sa médecin généraliste ne s'impose pas à son employeur.

Quand je la vois entrer dans le cabinet, elle est « transformée », son visage rayonne et elle n'a plus aucune lésion psoriasique. Elle me raconte qu'une semaine avant le premier confinement, elle était en congé en Savoie et que jusqu'à la fin du mois de mai elle n'a pas travaillé. Pendant l'été, elle a candidaté dans d'autres entreprises et elle débutera dans un mois un nouveau poste de travail dans une autre entreprise. Mais en septembre, elle a eu son entretien annuel d'évaluation avec la nouvelle responsable du bureau d'études arrivée en début d'année : « *Elle m'a reproché que mes problèmes personnels avaient eu des*

conséquences néfastes sur mon travail et m'a proposé une formation pour mieux gérer mes émotions.» Elle me décrit avoir eu dans les jours suivants une poussée de rhumatisme psoriasique et une reprise des lésions cutanées aux genoux et aux coudes uniquement. Devant ses constats, je conclue la consultation : « Pour éviter l'aggravation de sa santé du fait de son poste de travail, aménagement organisationnel suivant : télétravail toute la semaine de travail. À revoir dans deux mois. »

J'adresse cette proposition d'aménagement de poste de travail au directeur d'agence par courriel avec copie à la responsable du bureau d'études et à la salariée. En fin de consultation, je prends connaissance des courriels de la matinée et je découvre le refus de son directeur d'agence, la salariée étant en copie. Quelques minutes plus tard, elle répond au courriel de son directeur, sous le coup de l'émotion, demandant un entretien avec lui et évoquant l'absolue nécessité de cet aménagement pour la préservation de sa santé en rappelant les faits d'harcèlement sexuel avec le nom du harceleur.

J'apprends par la salariée qu'elle a été convoquée par son directeur d'agence, dans les minutes qui ont suivi l'envoi de son courriel. Ce dernier la reçoit avec sa responsable et la responsable des ressources humaines. L'entretien débute par les faits d'harcèlement sexuel, la responsable des ressources humaines s'étonnant d'apprendre ces faits presque un an après et la questionne sur les causes de ce retard, lui assurant qu'ils auraient agi rapidement si elle les avait informé le jour des faits. La salariée, que j'ai quelques minutes après au téléphone, a de grandes difficultés à évoquer la suite de l'entretien.

Dans ce contexte, je lui conseille d'être accompagnée d'un représentant du personnel, afin de déclarer un accident de travail au cours de cet entretien. Devant les difficultés pour trouver un représentant du personnel disponible, la salariée m'informe qu'elle quitte son lieu de travail «se sentant de plus en plus mal» à la suite de l'entretien. Je lui adresse par courriel un courrier pour sa médecin généraliste afin que cette dernière établisse un certificat médical initial d'accident de travail et qu'elle soit arrêtée à ce titre. Trois semaines après les faits, au cours de son arrêt de travail, la responsable des ressources humaines lui écrit - dit-elle - : « que l'entreprise ne souhaitait pas se séparer de moi, qu'elle est très satisfaite de mon travail, que ce ne serait pas me rendre service de procéder à la rupture de mon contrat et qu'une enquête en interne est en cours ». Un mois après, je suis contacté par téléphone par le secrétaire du CSE qui me déclare avoir reçu un courrier

de M^{me} D... relatant des faits d'harcèlement sexuel et qu'une enquête est en cours dans le cadre d'un droit d'alerte pour danger grave et imminent. À ce titre, il souhaiterait m'entendre avec le responsable qualité hygiène sécurité environnement. Un mois s'écoule et quelques minutes avant la visioconférence, le secrétaire du CSE me demande si je suis opposé à la présence d'une troisième personne, le responsable éthique de la grande entreprise. Ce dernier, dès le début de l'entretien, me rassure en déclarant : « Nous sommes tous les trois soumis au secret, vous pouvez, docteur, parler en toute confiance... ». Je répondrai laconiquement aux enquêteurs que j'ai vu à deux reprises en consultation cette salariée et leur rappelant les conclusions des consultations.

Trois mois, alors que M^{me} D... est toujours en arrêt de travail, je la revois en consultation à sa demande. Elle m'annonce avoir adressé un courrier à son employeur pour une prise d'acte de son contrat de travail deux jours auparavant. Les lésions cutanées psoriasiques sont visibles sur ces doigts, son front, son cuir chevelu; elle me décrit des crises douloureuses au niveau des inter-phalangiennes proximales des index, majeurs et annulaires, associées à des douleurs aux deux chevilles.

Les résultats de l'enquête diligentée par le secrétaire du CSE seront présentés, deux mois après cette consultation, en séance ordinaire de CSSCT : « *Aucun élément ne permet de conclure à des faits d'harcèlement sexuel.* »

Avant l'été 2021, j'ai eu un entretien téléphonique avec M^{me} D... Elle poursuit en tant que dessinatrice dans différents bureaux d'études pour des travaux électriques en étant salariée d'une entreprise de prestations de services, avec des amplitudes horaires quotidiennes de dix heures. Dans ce contexte, sa maladie psoriasique s'est aggravée et elle a mis en suspens ses démarches contentieuses vis-à-vis de son employeur, accompagnée de l'association contre les violences faites aux femmes au travail (AVFT).

Je vois M^{me} B., âgée de 35 ans, comptable dans une entreprise de gros œuvre, de plus de 300 salariés, dans le cadre d'une consultation périodique en 2018. Elle a sept ans d'ancienneté dans l'entreprise. Depuis 2016, elle suivait une formation complémentaire en comptabilité et gestion, dans le cadre d'un FONGECIF, deux jours par semaine tout en poursuivant son activité salariée. Mais l'organisation de sa charge de travail n'avait pas été adaptée et des erreurs comptables ont eu lieu entraînant des « tensions » dans l'équipe. Elle fait le lien entre l'aggravation de ses douleurs cervicales

et lombaires et sa nouvelle organisation de son temps de travail depuis deux ans. Elle ne décrit pas à l'époque de troubles du sommeil.

En juin 2020, elle demande à me voir mais, n'ayant pas informée l'employeur de sa consultation, et ayant du retard dans ma consultation, repart sans m'avoir vu. En fin de journée, j'ai un entretien téléphonique avec elle : elle m'apprend que depuis deux mois, elle occupe deux postes simultanés : son ancien poste et un poste de contrôleuse de gestion. Elle me déclare avoir perdu l'appétit et éprouver des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement. Je lui propose de lui adresser le courrier suivant à l'attention de son directeur des ressources humaines afin qu'elle le valide avant envoi :

« Monsieur,

Suite à un entretien téléphonique, avec M^{me} B..., en vue de prévenir l'aggravation de sa santé du fait de sa situation de travail depuis mai 2020, je vous conseille d'envisager avec M^{me} D... une fiche de son nouveau poste de travail qui lui permettrait de mieux comprendre dans quels délais ses tâches dans le service comptabilité vont être remplacées par ses nouvelles tâches dans le service gestion. Je reste à votre disposition pour des informations complémentaires. »

Elle me répond par courriel le lendemain: « J'ai bien réceptionné votre courriel et j'ai pris le soin de réfléchir. Je crains pour mon poste au sein de la société si cet email est adressé à mon DRH. »

Puis elle me décrit dans ce même courriel qu'en février, le Directeur financier et le DRH lui ont proposé le poste de contrôleur de gestion qu'elle a accepté « sans hésiter ». Il est convenu de partager son temps de travail entre le service de gestion et le service comptabilité si une personne n'est pas recrutée avant sa prise de poste. Le DRH évoque une période probatoire ainsi qu'un avenant à son contrat.

Début mars, le responsable du service gestion l'informe ainsi que la responsable du service comptabilité qu'elle débutera en avril.

Elle adresse un courriel à la responsable du service comptabilité, avec l'accord du responsable du service de gestion, afin de le lui rappeler que début avril elle deviendra contrôleuse de gestion. La responsable du service comptabilité, l'appelle au téléphone, « très contrariée » car elle ne pensait pas que la prise de poste se ferait pendant le confinement d'autant plus qu'aucun recrutement n'a été lancé. Chaque service convient que son temps de travail sera partagé à 50 % en gestion et 50 % en comptabilité. Début mai, son responsable de gestion l'informe que la prise de poste

en contrôle de gestion est désormais à 100 % de son temps de travail. La salariée en informe par courriel la responsable du service comptabilité et le directeur financier, avec l'accord de son responsable de gestion.

Le responsable de gestion s'étant entretenu avec la responsable du service comptabilité, l'informe que son temps de travail sera finalement « partagé » entre la gestion et comptabilité du fait de l'absence de recrutement pendant la période de confinement.

En juin, elle n'a plus d'informations sur sa situation malgré ses différentes interventions auprès de chaque responsable de service et n'a pas d'avenant à son contrat de travail. Son temps de travail partagé entre les services comptabilité et gestion qui devait être temporaire commence à se pérenniser. Le DRH et ses responsables finissent par lui annoncer qu'aucun recrutement n'aura lieu d'ici fin septembre.

Elle termine son courriel par : « (...) je tente de faire bonne figure sur les deux postes mais je me sens de plus en plus épuisée ».

Je la revois en consultation en juin 2021 à sa demande. Elle est enceinte de six mois. En reprenant les épisodes des mois précédents, elle m'apprend qu'elle a signé en août 2020 son avenant pour devenir contrôleuse de gestion mais que l'organisation de son nouveau poste de travail n'étant pas claire, « (...) j'avais la boule au ventre tous les matins... », elle a pris la décision en octobre de retourner à son ancien poste de comptable. Malgré deux jours de présence par semaine au siège social de l'entreprise, nécessitant trois heures de transport en commun par jour, les premiers mois de sa grossesse ont été très fatigants. En effet, des travaux très bruyants ont débuté pour réhabiliter le siège social de l'entreprise, fin 2020. Elle souhaite travailler uniquement en télétravail jusqu'à ses congés légaux de grossesse.

Avant la consultation, elle me déclare avoir déjà fait une demande écrite à sa responsable mais elle souhaite « un justificatif médical ». Du fait de mon expérience avec la dessinatrice du bureau d'études de travaux électriques, décrite précédemment, et de la nouvelle organisation du service comptable, obligeant chaque jour qu'un salarié soit présent au siège social pour l'ouverture des courriers, je vais conclure : « En vue d'éviter l'aggravation de sa santé du fait de son poste de travail, aménagement organisationnel suivant : télétravail les lundi, mardi, jeudi et vendredi. À revoir à l'issue des congés légaux de maternité. »

À ce jour, je n'ai pas encore effectué d'actions en milieu de travail des salariés en télétravail...

ACCOMPAGNEMENT

DE PERSONNES TRANSGENRE ET TRAVAIL

Karyne CHABERT

M... est reçu à sa demande en présentiel, dans une période où l'usage est de conduire les consultations de souffrance au travail à distance du fait de la crise sanitaire. Il insiste pour venir. Il est en arrêt maladie depuis quatre mois.

Il occupe depuis presque deux ans un poste de chargé de clientèle dans une *start-up* du secteur de la santé.

Il précise très rapidement qu'il est en cours de transition sexuelle. De femme, il souhaite devenir homme. Il est en fait un homme TRANS. Il est accompagné médicalement et psychologiquement dans cette transition. Il a compris et est rassuré sur le fait que l'objet de sa présence ici n'est pas d'évoquer cette question ; pour notre structure, il s'est fait enregistré avec son nouveau prénom, un prénom masculin. Nous sommes donc bien là pour évoquer ses difficultés professionnelles.

Après un bac+2 en communication, il fait une licence de journalisme. Ne trouvant pas d'emploi, il fait d'abord un service civique. Il est chargé de communication dans un parc naturel. Il apprécie beaucoup ce poste, l'environnement, les objectifs en lien avec la préservation de la nature, la diversité des tâches, l'autonomie. Ses collègues sont plus âgés que lui et il se sent un peu en décalage dans l'appréciation des situations mais il apprécie de travailler à leurs côtés.

Il intègre ensuite un poste de chargé de communication dans une structure de médiation sociale. C'est un poste très administratif, il faut rédiger des comptes rendus techniques pour des bailleurs sociaux, souvent dans l'urgence. Sa responsable lui propose cependant de l'accompagner « sur le terrain » ce qui donne du sens à son travail. À l'issue d'une première période, on lui propose une autre mission dans une région très éloignée. Il refuse. Il vient de s'engager dans son projet de transition sexuelle qui mobilise beaucoup d'énergie et il ressent le besoin de se stabiliser dans sa région.

Il est recruté à temps partiel comme chargé de service client dans une *start-up* en 2019. Il n'a aucune compétence pour le poste ni dans le domaine d'activité mais il est retenu pour ses compétences relationnelles. Il intègre une équipe jeune, avec des collègues et des responsables aux profils et parcours très variés. Pour beaucoup d'entre eux, il s'agit d'un premier emploi. Pour lui c'est une chance, il sera sûrement mieux accepté au regard de sa « différence ». On lui promet des formations et un salaire évolutif. En un mois il est déjà très autonome. Il est chargé de suivre les commandes clients, s'occupe du montage final de l'appareillage, de la livraison client et du service après-vente. Le public est majoritairement des personnes à faibles moyens avec lesquelles il est plutôt à l'aise.

Très rapidement la réalité du travail n'est pas celle qu'il attendait. Son contrat n'a pas évolué et il est toujours à temps partiel, il constate que certains salariés bénéficient d'avantages salariaux qu'il ne s'explique pas, il existe un *turn over* au niveau des salariés et surtout des managers (tous partent en rupture conventionnelle), des histoires de promotions « canapé », des comportements et propos qu'il qualifie de « très limite » selon l'origine ou l'orientation sexuelle, des menaces de licenciement permanentes... Alors qu'il privilégie le conseil auprès des clients, il vit mal la pression permanente pour une rentabilité maximale. La structure a construit son image sur le slogan : « *Vite, bien et pas cher !* »

Les machines tombent en panne et ne sont pas réparées dans les temps, le management est « très particulier », « *On doit s'adresser uniquement au manager direct qui n'a souvent pas la réponse à nos questions, on a interdiction de contacter le service RH par exemple* ». Par contre, quand le grand patron déboule, sans prévenir, « *tout le monde est au garde à vous* », il est méprisant, insultant, y compris devant les clients.

Les relations avec ses collègues sont complexes, il tente de se rapprocher de certains mais l'organisation de travail et le *turn over* ne permet pas de construire des liens. La confiance n'est pas suffisante pour qu'il puisse parler de lui, de qui il est, et s'il ne dit rien, les autres se posent des questions à son sujet. M... se lie d'amitié avec un collègue ce qui lui permet de tenir malgré la pression. Ils se soutiennent, s'épaulent, se couvrent si nécessaire. À l'occasion d'une contestation mineure sur les conditions de travail, le collègue reçoit un avertissement pour insolence.

La situation se dégrade à l'occasion de la crise sanitaire liée à la Covid-19 et au premier confinement. Le volume de travail est sensiblement le même et l'entreprise impose le chômage partiel. « *Nous n'arrivons plus à tenir les délais, le patron était furieux, il venait de plus en plus souvent.* »

En septembre 2020 M... est arrêté car il ne tient plus, il dort mal, il présente des signes anxieux et la boule au ventre pour venir au travail. Il a des idées suicidaires. Les relations se dégraderont ensuite avec son collègue qui finira par lui reprocher ses absences fréquentes.

En octobre 2020, M... est de nouveau en arrêt. Il est sous anxiolytiques et antidépresseur changé récemment car le premier était inefficace. Il est suivi par son médecin traitant et un psychiatre. C'est pendant cet arrêt qu'un contrat à 35 heures lui est proposé mais sous réserve d'un changement de site pour un grand centre commercial. M... avait bien précisé à l'embauche qu'il ne pouvait travailler en centre commercial du fait de son agoraphobie. Il sait que c'est une décision punitive. Il se culpabilise beaucoup de ne pas pouvoir revenir au travail. On évoque alors ses attentes par rapport à ce poste et le décalage avec la réalité de l'entreprise, la fausse « ouverture d'esprit » affichée lors du recrutement pour attirer des profils peu expérimentés et qui présentent certaines particularités fragilisantes dans un contexte de forte charge mentale, d'insuffisance de moyens et de faible soutien hiérarchique et collectif.

M... évoque le scandale médiatique qui a touché son entreprise il y a quelques semaines : un journal national a mené une enquête révélant que la *start-up* est accusée de management discriminant (discrimination raciale, violences sexistes...) avec de nombreux témoignages (anonymes) de ses collègues. L'article évoque des propos transphobes qui auraient été tenus par son patron. C'est comme un soulagement, M... ne serait pas le seul à vivre ce qui est devenu pour lui « un enfer ». Malheureusement, son parcours est semé d'embûches, y compris auprès des professionnels de santé qu'il sollicite et qui ne comprennent pas toujours

sa demande. Par exemple, je l'encourage à rencontrer le médecin du travail en visite de pré-reprise pour évoquer ses difficultés et une éventuelle procédure d'incapacité. Voici ce qu'il m'écrit quelques jours après cette rencontre :

« *Comme promis, veuillez trouver ci-joint l'enquête X sur mon entreprise (...)*

En espérant que cela vous éclaire quant à ma position. À noter que la médecin du travail que j'ai vu lundi ne m'a pas pris au sérieux. Elle a tenu des propos transphobes et psychophobes à mon égard et m'a demandé de la revoir le 8 février afin de me faire reprendre le travail. Je lui ai pourtant tout expliqué... J'ai donc replongé dans une dépression.

Je voulais savoir ce qu'il était possible de faire suite à cela, et aussi de prendre rendez-vous avec un médecin et une aide juridique au plus vite. Tout ce que je souhaite, c'est une rupture conventionnelle SANS PRÉAVIS afin que je ne remette plus les pieds là-bas. »

J... est reçu au début de son contrat pour une consultation de santé au travail. Il prépare une thèse après un parcours sans encombre dans une grande école. Il se laisse appeler « J », prénom masculin, il signale quelques troubles du sommeil. À l'occasion d'une question sur les traitements habituels, J... explique qu'il est sous œstrogènes. J... est suivi par un médecin généraliste spécialisé dans l'accompagnement des personnes transgenres. J... est en début de transition, son apparence physique n'est pas complètement déterminée. J... dit être bien pris en charge sur le plan médicopsychologique mais redoute le regard de ses collègues.

L'environnement de travail est très favorable et l'état d'esprit du secteur est plutôt « ouvert » mais J... appréhende la réaction de ses collègues qui l'ont connu homme quand il aura l'apparence physique d'une femme. Cette question participe à majorer ses troubles anxieux et ses troubles du sommeil. Nous évoquons alors la manière dont J... pourrait l'aborder avec le collectif de travail (d'abord auprès d'un responsable avec lequel un lien de confiance serait suffisant ? ou auprès d'un collègue avec lequel il y aurait une affinité ?). Des questions se posent, faut-il informer largement le collectif au nom de prévention de la transphobie ou faut-il respecter les choix et le rythme de la personne concernée ? D'un commun accord, nous retenons la seconde solution d'autant que le contexte s'y prête et que J... semble avoir les capacités intellectuelles et émotionnelles de mener cette démarche.

J'inscris J... en surveillance médicale renforcée au titre de sa particularité. Mais outre le fait que j'ai noté son traitement et son suivi médical spécifique dans son dossier médical, je n'ai pas noté de mention particulière concernant son état civil. Une deuxième consultation est organisée dix-huit mois plus tard. Je n'ai pas consulté mes dossiers du jour avant de prendre mon premier rendez-vous. Je l'appelle Monsieur dans la salle d'attente. En ouvrant le dossier, je découvre qu'il s'agit de J..., cette fois d'apparence très masculine. Il m'informe avoir arrêté sa démarche de transition et je sens qu'il ne souhaite pas donner d'explication. Il semble aller bien et nous concluons à une compatibilité entre son état de santé et son poste de travail puisque les conditions de travail sont toujours très favorables.

DISCUSSION

DU CÔTÉ DES CONSTATS

Le taux de suicide des personnes transgenre serait sept fois plus élevé que dans la population générale, une personne trans sur quatre déclare s'être limitée dans l'accès à un logement par crainte d'un acte ou d'un propos transphobe.

Selon une enquête menée un tiers des enquêtés trans déclarent avoir perdu leur emploi en cours de leur trans-identité¹.

Les exemples ci-dessus alimentent encore une fois l'idée que les particularités et/ou facteurs de vulnérabilité d'un individu peuvent être facteur d'exclusion dans un environnement de travail dysfonctionnant ou maltraitant.

Au contraire, un contexte de travail ouvert à la réflexion, au travail en équipe et à l'entraide peut être plutôt constructif et inclusif.

Le contexte actuel est souvent celui d'une dérégulation

.....

1— Arnaud ALESSANDRIN et Karine ESPINEIRA, « Sociologie de la transphobie », MSHA, 2015.

des conditions de travail avec des organisations de travail et des modes de management excluant les travailleurs les plus vulnérables en raison des contraintes de rentabilité à court terme. Ce n'est malheureusement pas la dernière Loi qui transpose l'accord national interprofessionnel (ANI) conclu le 10 décembre 2020 qui viendra apporter des réponses satisfaisantes et des moyens efficaces pour les préventeurs en santé au travail. Voir l'argumentaire sur le site de l'association <http://www.a-smt.org/>.

Il est peu probable que le dernier plan national d'action pour l'égalité des droits contre la haine et les discriminations anti-LGBTI 2020-2023 <https://www.gouvernement.fr/dilcrah>, même s'il a le mérite de lever certains tabous du côté des idées reçues, suffise à créer un environnement favorable pour chaque travailleur dans le respect de son identité et de ses particularités.

DU CÔTÉ DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL ET DES PRATIQUES

Quelle place pour l'équipe de santé au travail dans l'accompagnement des personnes transgenre ? Ne faut-il pas analyser la demande spécifique, si elle existe, rarement du côté de la prise en charge de la transition qui relève, si nécessaire (mais pas obligatoirement) d'un suivi médico-psychologique ?

Comment garder une attitude « ouverte » et ne pas présumer de l'identité de genre en fonction de l'apparence physique ou de l'état civil dans un carcan administratif ou tout est déterminé par le 1 ou le 2, par la case M ou F ?

Comment considérer l'individu comme « une personne au travail » sans intégrer les critères de genre alors que des études ont montré comment le genre intervient dans son rapport au travail, à la société, aux autres et dans la construction de son identité au travail ?

Autant de questions que les professionnels de santé au travail sont amenés à se poser pour ajuster leurs pratiques.

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^e Colloque *E-Pairs*) (octobre 2015)
- N°31 Agir pour la seule santé des salariés (octobre 2016)
- N°32 Les Coopérations du médecin du travail avec quatre spécialistes médicaux, du point de vue de la santé du patient (8^e Colloque *E-Pairs*) (novembre 2016)
- N°33 Le soin médical préventif (septembre 2017)
- N°34 La question du travail au cœur de la coopération entre les équipes médicales et la médecine générale (9^e Colloque *E-Pairs*) (septembre 2017)
- N°35 Harcèlement sexuel du fait du travail (septembre 2018)
- N°36 Travail : Pratique médicale, Visibilité des risques professionnels (septembre 2019)
- N°37 Éthique et Pratiques en médecine du travail (octobre 2020)

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>

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2021

QUESTIONS DE M^{me} Pascale GRUNY, RAPPORTEUR DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES POUR LA BRANCHE AT/MP

Audition de l'association Santé et Médecine du Travail
Mardi 20 octobre 2020



Présenter brièvement votre organisation

Ass.SMT Nous sommes honorés de participer à votre audition sénatoriale.

L'association 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. Nos adhérents ont représenté l'association dans plusieurs commissions parlementaires dédiées à des questions de santé au travail.

Notamment nous avons été entendus par une commission parlementaire sur la prévention des risques industriels dont nous vous recommandons l'examen. Sur le sujet des MP nous recommandons également de prendre connaissance de la dernière livraison de la revue « santé travail » qui comporte un dossier sur les MP. Pour l'impact des différentes réformes et les stratégies d'employeurs dans ce domaine nous vous recommandons la lecture de la contribution du sociologue Pascal Marichalar : *La médecine du travail sans les médecins* (<https://www.cairn.info/revue-politix-2010-3-page-27.htm>).

Enfin, les présidents des différents groupes de l'Assemblée Nationale et du Sénat ont reçu ou recevront prochainement le N°37 de la revue de notre association dont certains articles ont directement traité aux sujets que nous évoquons ici. Vous avez également accès à

tous les numéros de notre revue notamment ceux sur ces sujets sur notre site internet (<http://www.a-smt.org/>).

La question des AT-MP est une question dont nous avons souvent débattue dans le cadre de notre association car nous y voyons un parallèle avec la situation de notre exercice professionnel.

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 Nous sommes dubitatifs sur l'efficacité d'un système de bonification avant l'analyse des causes structurelles et conjoncturelles du déficit de dépistage par les médecins généralistes mais aussi du déficit de délivrance des certificats médicaux initiaux (CMI) et si il n'y était pas porté remède. Ainsi :

- ♦ On constate que les médecins d'autres spécialités que la médecine du travail notamment de médecine générale :
 - ❖ ont un très grand déficit de formation. La question des étiologies professionnelles ainsi que le processus complexe administratif et juridique des déclarations ne sont que survolés dans leur cursus.

- ❖ Ainsi le *curriculum laboris* de leurs patients actifs ou retraités qui devrait faire partie du dossier médical à des fins de diagnostic ou de prévention en est souvent absent.
- ❖ Cela les conduit à ignorer l'étiologie professionnelle et donc à ne traiter que la question du soin au détriment de la prévention et de la réparation.
- ◆ Les médecins-conseil de la Sécurité sociale pourraient avoir un rôle clé. L'expérience de repérage des facteurs professionnels des cancers de la vessie a permis une augmentation très significative des déclarations de cancers professionnels de la vessie. Les actions suivantes : *Screening* des pathologies cibles + informations sur la carrière professionnelle + interrogatoire du patient/victime, ont donné de bons résultats.
- ◆ Qu'il s'agisse des médecins d'autres spécialités ou de médecins du travail, s'est mise en place une répression à la rédaction des CMI, à l'appui des déclarations de MP et notamment dans les cadre des alinéa 6 et 7 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale, mais aussi, dans une moindre mesure en alinéa 5 (présomption d'origine). Cette répression vise plus particulièrement les effets des risques psychosociaux.
 - ❖ Elle consiste, à la faveur d'une modification en 2007 de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique, interprétée, selon nous à tort, comme la possibilité pour des tiers étrangers à la relation médicale de porter plainte devant les Conseils de l'Ordre des médecins, à permettre aux employeurs d'attaquer devant les juridictions de l'Ordre des médecins tout médecin qui rédigerait un CMI.
 - ❖ On évalue que ces plaintes concernent 200 médecins par an. Les décisions des chambres disciplinaires composées de médecins libéraux, souvent eux-mêmes employeurs sont majoritairement au bénéfice des employeurs. Les présidences des instances appartenant au corps des conseillers d'État, le Conseil d'État confirme en général les décisions des instances. En outre, Le fonctionnement de ces chambres a été sévèrement critiqué récemment par la Cour des comptes. Cela pose la question du maintien de ces instances dont le fonctionnement est très problématique.
 - ❖ Cette répression a un effet puissamment dissuasif sur la rédaction des CMI ce qui empêche les victimes de MP de déclarer. Obtenir un CMI est en effet devenu très difficile. Cela aggrave no-

tablement le déficit de déclaration de MP. Incidemment, nous remarquons que le code de déontologie médicale (R.4127-50 du Code de la santé publique) prescrit que tout médecin doit « faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit ». Nous observons que, significativement, aucun Conseil de l'Ordre des médecins, si prompt à instruire les plaintes d'employeur, n'a jamais sanctionné le refus par un médecin d'assurer ce droit.

Ces constats nous amènent à indiquer deux pistes de solutions :

- ◆ Introduire dans l'enseignement des autres spécialités médicales dont la médecine générale un certificat obligatoire permettant d'acquérir les bases et la pratique du dépistage des atteintes à la santé liées au travail et de leur prévention ainsi que les possibles déclarations de maladies professionnelles.
- ◆ Réserver, actuellement, le recours des instances disciplinaires du Conseil de l'Ordre aux patients, à leurs associations, aux médecins et à l'administration à l'exclusion de tiers étrangers à la relation médicale dont les employeurs comme avant 2007. Ceux-ci ont en effet la possibilité de saisir les tribunaux communs de ce qu'ils estimeraient être des infractions commises par les médecins.

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 La traçabilité par les entreprises des risques professionnels est assez inégale notamment en fonction de la taille de l'entreprise. Par manque de moyen dans les plus petites, par pusillanimité juridique pour les plus grandes. Ainsi :

- ◆ Cela reste, pour elles, souvent une formalité administrative et non l'instrument de prévention que ces documents réglementaires devraient être.
- ◆ L'évolution de la jurisprudence de la cour de cassation d'une obligation contractuelle des employeurs de « sécurité de résultat » vers une simple obligation de « sécurité » a donné une impulsion pour une prévention et par conséquent une traçabilité plus formelle que réelle. En effet, la chambre sociale a récemment amorcé une évolution dans l'application qu'elle fait de l'obligation de sécurité de résultat à laquelle est tenue l'employeur, en décidant que « 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 l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L.4121-1 et L.4121-2 du Code du travail » (Cass.soc. 25 novembre 2015, n°12-24.444).

- ♦ La carence de moyens des organismes de contrôle qu'il s'agisse de l'IT ou des CARSAT favorise le formalisme et l'approximation de la traçabilité par l'impunité qu'elle entraîne.
- ♦ Au mieux cette traçabilité traduit une évaluation du côté du travail prescrit et ignore le travail réel.
- ♦ Cette ignorance est favorisée par la disparition des CHSCT et leur remplacement par les CSE dont les compétences élargies et le manque de moyens, de temps, d'investigation et d'action sur les conditions de travail par rapport aux CHSCT sont particulièrement perceptibles.
- ♦ Lorsque les médecins du travail repèrent et signalent un risque, notamment dans le cadre de l'article L.4624-9 du Code du travail, mais aussi dans le cadre de la Fiche d'entreprise leurs alertes restent parfois lettre morte et ne sont pas intégrées à la traçabilité de l'employeur.
- ♦ La Fiche d'entreprise (article R.4624-46 du Code du travail) du médecin du travail, que certains préconisent de supprimer, est un document précieux puisqu'il analyse les risques d'un autre point de vue que celui qui préside au Document Unique. En effet elle constitue une analyse des risques du point de vue unique de l'altération (et non de l'atteinte) de la santé des travailleuses et des travailleurs. Cela signifie une alerte très en amont des AT-MP par l'identification des prémices de leurs effets, c'est-à-dire, parfois, avant même que ces risques aient entraîné des atteintes à la santé. Cette prévention primaire prédictive est souvent méprisée mais mérite d'être conservée et valorisée.

Nous préconisons que ces obligations de traçabilité soient maintenues et l'objet d'une vérification de leur véracité par les organismes de contrôle dotés des moyens adéquats.

En particulier, la notice de poste est un outil indispensable à la prévention du risque des agents chimiques dangereux notamment CMR puisque remise à chaque opérateur occupant le poste et indiquant la prévention à observer. En fait elle n'est établie et remise que dans une minorité d'entreprise.

Au-delà de la traçabilité collective, la traçabilité individuelle est un facteur de prévention (on ne trace que ce qu'on est disposé à prévenir). Ainsi par exemple, il est indispensable de rétablir les fiches individuelles d'ex-

position, dont la suppression en 2012 a constitué une perte abyssale en matière de traçabilité des ACD et notamment des CMR. Pour ces risques à long terme, le format informatique ne permet pas une conservation pérenne de longue durée (exemple des cancérogènes sur 40 ans : les logiciels et les supports n'existeront plus). Le format papier conservé par les intéressés, les entreprises, les dossiers médicaux classiques, permet une meilleure conservation.

Il faut rappeler ici que la traçabilité des risques est imposée par la directive européenne 89-291 dont la traduction en droit français a été très tardive.

Laisser l'actuelle situation perdurer, voire comme le préconise le rapport Lecocq supprimer cette traçabilité au prétexte fallacieux qu'elle ne serait pas observée, serait assimilable à de la non-assistance à personne en danger dans la mesure où la prévention ne peut exister sans traçabilité du risque.

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

Ass.SMT La question de la prévention des risques psychosociaux en entreprise reste actuellement particulièrement énigmatique. Longtemps les effets de ces risques ont été imputés à de prétendues susceptibilités psychologiques individuelles confiées à des lignes téléphoniques d'écoute et de soutien sans réelle efficacité sur le cœur du risque.

En effet ces risques sont dans une large mesure consubstantiels des nouvelles formes d'organisation du travail qui sont dominées par la « gouvernance par les nombres » décrite par Alain Supiot, juriste et professeur au Collège de France. Comment par conséquent prévenir les risques psychosociaux sans réformer profondément ce mode d'organisation ?

Faute de cet *aggiornamento*, la prévention en est réduite à user de toiles peintes, par exemple des démarches de qualité de vie au travail (QVT), objet d'un démarchage commercial florissant, dont l'artifice consiste à montrer une façade de bienveillance pour masquer la férocité de l'organisation du travail. De même le *lean management* sous prétexte d'écouter les opérateurs et tenir compte de leur expérience a pour projet l'intensification du travail par la vampirisation des compétences.

Les effets sur la santé des salariés sont dévastateurs car cette prévention factice débouche le plus souvent sur leur culpabilisation de ne pas, malgré tous ces bons sentiments, accomplir pleinement leur vie au travail. D'où les passages à l'acte, objet du procès de *France Télécom*.

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 On constate une sous déclaration massive des MP qui culmine avec les atteintes psychiques et les troubles articulaires et musculo-squelettiques. Les causes de cette sous déclaration sont multiples :

- ◆ Comme pour les AT et dans la mesure où ce sont les salariés qui procèdent à la déclaration, les contrats précaires et la menace sur l'emploi les dissuadent de les déclarer.
- ◆ L'extrême complexité des procédures de déclaration et parmi elles la digitalisation des procédures par les CPAM font de la déclaration un « parcours du combattant » qui relève souvent de l'appui d'associations de victimes.
- ◆ Des modifications, de la responsabilité du législateur, de certains tableaux en particulier le T57 (troubles musculo-squelettiques) les rendent volontairement moins accessibles. Cet esprit est évident actuellement dans la rédaction d'un tableau réparant la Covid-19 extrêmement restrictif et qui ne répare pas réellement cette maladie.
- ◆ Une méconnaissance ou une volonté de dissimulation de certains employeurs vis-à-vis des risques professionnels favorisée par un affaiblissement des organismes de contrôle extérieur (inspection du travail, CARSAT).
- ◆ Une méconnaissance de l'importance de la santé au travail dans le cadre général de la santé publique et le poids financier indu du fait de l'ignorance de l'origine professionnelle des pathologies (ainsi rien que pour les cancers bronchopulmonaires le déficit de la caisse maladie au profit de la caisse AT-MP est chiffré entre 6 et 8 milliards d'euros).

Ce contexte de difficulté est encore plus accentué en matière d'effets des risques psychosociaux professionnels. En effet ces maladies relèvent de l'alinéa 7 de l'article L.461-1 du Code de la sécurité sociale ce qui signifie en pratique qu'aucune présomption d'origine ne s'applique et que c'est à la victime de démontrer le lien « direct et essentiel » entre sa maladie et son travail. Dans un contexte souvent particulièrement conflic-

tuel et celui de victimes parfois en grande souffrance, établir ce lien est particulièrement difficile. Il faut ajouter à cela une limitation des déclarations par le taux d'incapacité prévisible évaluée préalablement par le médecin conseil et qui doit être égal ou supérieur à 25 %.

C'est aussi dans ce cadre que la stratégie de dissuasion des employeurs, décrite dans notre réponse à la question 2, par le recours devant les instances disciplinaires de l'Ordre des médecins, contre le médecin ayant rédigé le CMI, joue son plein effet. Attester dans ce cadre pourrait bientôt relever de l'héroïsme ce qui signifie que les victimes ont de plus en plus de mal à obtenir du praticien un CMI.

C'est pourquoi, dans ce cadre nous préconisons que ces affections relèvent dorénavant d'un tableau de maladie professionnelle dont la rédaction pourrait s'inspirer des travaux de la commission N°4 (maladies professionnelles) du COCT.

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

Ass.SMT Les médecins du travail, spécialistes des liens entre le travail et d'éventuelles atteintes à la santé sont depuis 2004 ballottés de réforme en réforme dont la plupart ont affaibli leur mission d'ordre public social « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », leurs moyens ont été appauvris au bénéfice d'un accompagnement des obligations contractuelles des employeurs. Il y a ici confusion entre les missions de la médecine du travail et le nécessaire appui à la prévention du point de vue des responsabilités de l'employeur qui est le principal facteur de dégradation.

- ◆ Cette organisation propre à la France qui méconnaît à la fois la Constitution de la République (11^e alinéa du préambule) et la stricte séparation entre ces deux missions exigée par la Directive européenne 89-291, entraîne une profonde confusion pour cette profession mais aussi pour les employeurs.
- ◆ Notamment les effectifs irréalistes par équivalent temps plein dans les services de santé au travail interentreprises (SSTI), mais aussi dans une moindre mesure dans les services de santé au travail autonome (SSTA), rendent quasi impossible un suivi médical individuel systématique de prévention et de dépistage des MP.

❖ L'espacement constant des consultations individuelles depuis la réforme de 2012 met un terme définitif à ces pratiques. Seul le renfort des infirmières et infirmiers et des IPRP est venu permettre une éphémère amélioration mais il est limité par la compétence clinique et le statut des paramédicaux (absence de formation en pratique avancée et de statut de salarié protégé). Quant aux IPRP ils sont positionnés trop souvent en appui aux entreprises en matière d'obligation contractuelle de prévention de l'employeur au détriment de l'appui à la mission d'ordre public social.

❖ Cette situation incite certains médecins du travail à quitter la profession et de jeunes étudiants à ne pas s'y diriger, dans une situation d'effectif en baisse constante, on ne peut qu'être pessimiste quant à l'avenir de cette profession pourtant chargée en matière de santé au travail d'accomplir une mission régaliennne. Son affaiblissement ou sa disparition entraînerait rapidement un abandon des questions de santé au travail par la puissance publique et une régression majeure dans le domaine de la prévention.

Ce que nous préconisons pour sortir de cette situation désespérante et attirer de nouveau praticiens est exposé plus loin.

**Quels sont de votre point de vue les principaux enjeux de la réforme annoncée de la santé au travail ?
Quel est votre sentiment sur les orientations qui ont été soumises aux partenaires sociaux ?**

Ass.SMT L'orientation d'une nouvelle réforme qu'expose le document émanant du ministère du Travail et remis aux partenaires sociaux est particulièrement inappropriée pour les raisons suivantes :

♦ Elle survient après d'autres réformes, de nature très semblable, sensées, à chaque fois, améliorer le fonctionnement de l'institution mais qui ont eu pour effet réel de compromettre l'exercice de la médecine du travail et qui ont favorisé une situation catastrophique :

- ❖ Missions d'ordre public social sans en avoir les moyens nécessaires.
- ❖ Inflation des effectifs de salariés suivis par équivalent temps plein.
- ❖ Absence ou abstention des autorités de tutelle.
- ❖ Indépendance professionnelle contrainte dans le cadre des services de santé au travail.

❖ Détournement de l'activité des services vers la gestion du risque.

❖ Absence de possibilité de suivi clinique individuel régulier qui entrave l'accès à la réalité du travail et au vécu des salariés.

❖ Détournement de l'aide des IPRP vers la gestion des risques pour les employeurs qui prive les médecins du travail de visibilité sur l'activité de travail réel.

❖ Répression à la mise en visibilité du lien santé/travail.

♦ Comme nous l'avons déjà énoncé, la confusion entre les missions de la médecine du travail et le nécessaire appui à la prévention du point de vue des responsabilités de l'employeur est le principal facteur de dégradation. Cette confusion est entretenue par le document d'orientation.

♦ La gouvernance préconisée de l'institution et son financement tendent à mutualiser les contributions des employeurs alors que le niveau de risque et la taille de l'entreprise devraient être des facteurs à prendre en compte. La part de la contribution des entreprises dans le financement général est ici opaque.

♦ La consultation individuelle est considérée aussi par le document comme une visite de sélection médicale par l'utilisation de « l'inaptitude » en cas de « contraindication ». Cela relève de l'illégalité, dans la mesure où l'un des principes généraux de prévention prescrits à l'article L.4121-2 du Code du travail consiste à « adapter le travail à l'Homme ». cette consultation doit donc prescrire non « l'inaptitude » mais uniquement « l'adaptation du poste de travail ».

♦ La préconisation de « démarches qualité », est un pur outil managérial, c'est-à-dire en général très éloigné de la réalité du travail et de ce que les professionnels eux-mêmes considèrent comme la qualité. Il s'agit en fait d'une variante de la pression « au résultat » qui pèse actuellement sur la santé des professionnels soumis à ce procédé. La référence à de soi-disants organismes savants, en fait très éloignés du terrain de la santé au travail, renforce notre critique de la mise en œuvre de ce type de démarche.

Loin de demeurer dans une critique stérile notre association veut ici indiquer des voies de sortie de l'ornière où s'embourbe la santé au travail depuis 2004.

Nos propositions sont les suivantes :

♦ Tout d'abord, dans le strict respect de la directive européenne, une césure est indispensable entre la

prévention médicale primaire (« éviter toute altération de la santé ») et l'appui aux obligations de prévention de l'employeur (éviter toute atteinte à la santé c'est-à-dire tout AT-MP). C'est le choix qu'ont fait plusieurs de nos voisins européens (Belgique, Espagne, Italie...).

♦ La protection de la santé étant en France une obligation régalienne, il est parfaitement logique qu'une institution relevant directement de la puissance publique organise et gère la prévention médicale primaire (qu'on nomme la médecine du travail).

♦ S'agissant d'une institution médicale cela implique, dans le respect des principes même du code de la santé publique, que les bénéficiaires, c'est-à-dire les salariés et leurs représentants, soient associés à son fonctionnement.

♦ S'agissant de prévenir des risques générés par les entreprises il est évident que ces dernières doivent être mises à contribution, ainsi que l'état « employeur » dans le financement de ces services.

♦ Ces services de médecine du travail seraient composés, outre d'une structure d'appui administratif technique, de médecins du travail, d'infirmiers diplômés d'État en santé au travail (IDEST) titulaire d'un diplôme en pratique avancée en santé au travail, d'intervenant en prévention primaire en santé au travail (IPPST). Ces trois corps professionnel auraient un statut de salariés protégés.

♦ Afin d'assurer leurs propres obligations de prévention les entreprises pourraient continuer à organiser, dans le respect de leurs principes communs, des services de prévention des risques professionnels dont ils assureraient le financement et la gestion.

♦ Cela permettrait notamment que les services de médecine du travail et les services de prévention des employeurs coopèrent en tant que de besoin, et dans le respect de leurs règles professionnelles spécifiques et en toute indépendance, sur des sujets de santé au travail.

Si nos propositions étaient rejetées on peut craindre, sans jouer les Cassandre, qu'une nouvelle réforme mette un terme aux garanties régalienues constitutionnelles de protection de la santé des citoyennes et des citoyens en matière de santé au travail. Il appartient aux représentants de la Nation d'exiger que cette protection soit effective.

Article 34 – Expérimentation de transferts de compétences aux infirmiers dans des services de santé au travail relevant de la MSA.

Quel regard portez-vous sur l'expérimentation prévue à l'article 34 du PLFSS pour 2021 ?

De votre point de vue, de tels transferts de compétences au sein des services de santé au travail sont-ils susceptibles de réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles ?

Ass.SMT Seulement d'une façon marginale car les médecins du travail sont rarement à l'origine des déclarations de maladie professionnelle et les infirmiers en santé au travail n'ont, dans l'état actuel, que peu de d'expérience dans l'identification des risques professionnels et dans le diagnostic des pathologies. De plus leur absence de protection juridique de leur indépendance professionnelle est un frein envers les employeurs à l'origine de la non prise en compte de risques professionnels.

LA PROPOSITION DE LOI « POUR RENFORCER LA PRÉVENTION EN SANTÉ AU TRAVAIL »

LA FIN PROGRAMMÉE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET LA MISE EN ŒUVRE D'UNE SÉLECTION MÉDICALE DE LA MAIN D'ŒUVRE ATTENTATOIRE AUX LIBERTÉS INDIVIDUELLES



INTRODUCTION

UNE PROPOSITION QUI VIENT DE LOIN

La proposition de Loi déposée le 23 décembre par le groupe *La République En Marche*¹ à l'Assemblée nationale et portée par la députée Parmentier-Lecocq est intitulée « *pour renforcer la prévention en santé au travail* ». Son dépôt en temps de Covid-19 et de trêve des confiseurs augure mal de la bonne foi de ses concepteurs. Elle devrait en effet plutôt s'appeler « *pour en finir définitivement avec la médecine du travail* ».

La profession de foi est particulièrement emphatique et généreuse². L'analyse de la proposition de loi contredit ces louables intentions.

Cette proposition est en effet l'aboutissement d'un long processus de destruction engagé depuis 1971 par les organisations d'employeurs (CNPF, CISME, MEDEF, PRE-

1- https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3718_proposition-loi#

2- « *Dans la gestion de cette crise sanitaire, nous vivons un tournant historique en choisissant de mettre le progrès social avant l'économie. Nous sommes déterminés à porter des réformes dans lesquelles l'humain continue à être au cœur des politiques publiques. Nous croyons dans l'entreprise tournée vers la performance globale, équilibrant les enjeux humains, économiques et environnementaux, une entreprise porteuse de sens et d'avenir.* »

SANCE). Cette persévérance dans l'objectif à atteindre est factuellement établie et ses étapes mises au jour³.

Un précédent article⁴ retrace le calvaire de cette institution systématiquement détruite ce qui a abouti à une pénurie massive de médecins du travail en rendant la pratique de ce métier de plus en plus difficile et de moins en moins attrayante.

Il ne s'agit donc pas de répéter les mêmes arguments mais bien ici de les valider en analysant le passage à l'acte que constitue la proposition. Celle-ci a été préparée par un « accord » récent entre certains partenaires sociaux, sous la plume du MEDEF. Il n'est pas rare que les propositions de loi destructrices soient proposées par les missi dominici des employeurs alors que leur écriture a été préparée par ces derniers. Toutefois, ici le lien est explicitement assumé.

Pour bien comprendre la portée destructrice de ce texte il faut rapidement tracer quelques lignes de force de ce qui est supposé exister actuellement en matière de « *prévention en santé au travail* ».

3- Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *POLITIX*, 2010/3 n°91, pp 27-52 : <https://www.cairn.info/revue-politix-2010-3-page-27.htm> .

4- « La destruction de la médecine du travail, passé, présent, avenir » in *Cahier SMT N°37*, octobre 2020 : <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-37/37-2-04%20AC-destruction.medecine.travail.pdf>

En France les luttes autour de la santé au travail se sont heurtées depuis la fin du 18^e siècle à une « sainte alliance » de l'État, des employeurs et du corps médical⁵. Une pratique médicale de prévention en milieu de travail a été contenue jusqu'au milieu du 20^e siècle par une médecine d'entreprise, érigée en « médecine du travail » par « l'État français » en 1942, promouvant une pratique eugéniste. La finalité profonde de cette médecine était en fait de sélectionner la main d'œuvre et de dissimuler les risques du travail derrière le phantasme des prédispositions personnelles et de « l'hygiénisme ».

La prévention primaire médicale, en rupture avec ces pratiques, naît en 1946. Il s'agit d'appliquer, en milieu de travail, la garantie constitutionnelle de « protection de la santé » portée par le 11^e alinéa du préambule de la Constitution. Cette « mission d'ordre public social » a été confiée à un corps professionnel de médecins : les médecins du travail qui doivent « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »⁶.

Pratique balbutiante très teintée d'eugénisme elle va évoluer à mesure de l'ampleur de la tâche et des transformations sociales et économiques et devient majoritairement effective après 1970.

Les employeurs, après bien des atermoiements et des luttes de retardement, voient leur responsabilité engagé dès lors que surviendrait un accident du travail ou une maladie professionnelle, c'est-à-dire une atteinte à la santé.

L'existence de ces deux responsabilités :

- ◆ l'une de moyen, la prévention des altérations de la santé, c'est-à-dire, la prévention primaire médicale confiée aux médecins du travail ;
- ◆ l'autre de résultat, la prévention des atteintes professionnelles à la santé exigée des employeurs ;

bien distinctes, sont particulièrement dangereuses pour les employeurs.

En effet, dès lors qu'il peut nier avoir eu connaissance du risque responsable d'une atteinte à la santé, l'employeur peut récuser toute responsabilité. Or précisément la prévention primaire médicale consiste à repérer le risque et ses effets mais, encore mieux, les dangers avant même qu'ils ne deviennent des risques !

5- Voir à ce sujet : « La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19^e, 20^e siècle) », Anne Sophie BRUNO et all, 2011 Presses universitaires de Rennes

6- « Altération » et non « atteinte à la santé » (maladie, accident) c'est-à-dire, dans la perspective de prévention primaire, la prévention non seulement des atteintes mais de leurs prémices ou signes annonciateurs et le repérage et prévention des dangers avant les risques.

On conçoit l'irritation du patronat dès lors que les pratiques des médecins du travail déploient cette traçabilité. Le médecin du travail, qui a les capacités d'exercer conformément aux pratiques professionnelles communes, devient donc un risque en responsabilité inacceptable.

Il faut également, au passage, remarquer que, parallèlement, la présente mandature a supprimé l'un des moyens efficaces de visibilité des risques en supprimant le CHSCT et en limitant les possibilités des CSE qui les ont soi-disant remplacés.

D'où les efforts des entreprises qui aboutissent aujourd'hui à la proposition de loi.

Celle-ci a trois objets principaux :

- ◆ Transférer les responsabilités de sécurité et de reclassement des employeurs sur des « services de prévention et de santé au travail ».
- ◆ Démédicaliser la santé au travail.
- ◆ Mettre en place les moyens d'une sélection médicale de la main d'œuvre.

Ces trois objets sont étroitement intriqués et présents en permanence dans la proposition de loi qui prévoit également une diminution des garanties liées au contrôle social des représentants des salariés.

LA MARGINALISATION DES REPRESENTANTS DES TRAVAILLEUSES ET DES TRAVAILLEURS DANS LA GOUVERNANCE DES SST

En matière de contrôle social sur le fonctionnement du service les garanties conférées aux représentants du personnel seraient considérablement réduites ainsi :

- ◆ L'approbation du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens colonne vertébrale de l'action du SST ne serait plus du domaine du conseil d'administration « paritaire » mais de l'assemblée des adhérents c'est-à-dire composée des seuls employeurs⁷.
- ◆ Le directeur du SPST, désigné par l'assemblée des adhérents, ne serait pas seulement chargé de mettre en œuvre le contrat pluriannuel, comme actuellement, son autorité est majorée. Ainsi, « Le directeur prend les décisions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service nécessaires à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des objectifs et prescriptions du contrat d'objectifs et de moyens et du projet de service pluriannuel. »⁸. De simple gestionnaire il devient décisionnaire.

7- Voir article 20 de la proposition de loi
8- Voir article 24 de la proposition de loi

Le contrôle total sur le SPST des employeurs se déploierait sans contrôle efficace des salariés.

LE TRANSFERT DES RESPONSABILITÉS DES EMPLOYEURS SUR LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

*TRANSFERT DE LA RESPONSABILITÉ DE PRÉVENTION
LE SPST : UNE SOCIÉTÉ DE SERVICE EN PRÉVENTION SÉCURITÉ⁹*

La Cour de cassation en 2002, imposait aux employeurs une « obligation de sécurité de résultat », qui impliquait que toute survenue d’une pathologie liée au travail engageait la responsabilité de l’employeur.

Les organisations d’employeurs n’auront donc de cesse d’obtenir des jurisprudences plus favorables de la cour de cassation, notamment en rendant plus compréhensifs ses membres, ce qui aboutira en 2015 à transformer l’obligation de sécurité de résultat en « obligation de sécurité de moyen ». Cela signifie que la responsabilité de l’employeur consisterait dorénavant à se doter des moyens de repérage des risques et de leur prévention.

Les médecins du travail ne peuvent jouer un rôle de fusible, leur responsabilité étant d’autre nature. D’autant plus qu’une directive européenne¹⁰, que comme par hasard l’État mettra plusieurs années à traduire en droit français, sépare les structures mises en place par l’employeur pour l’aider à exercer sa responsabilité (article 7) et les services médicaux du travail (article 14).

D’où l’instrumentalisation des SST comme intermédiaires des moyens de prévention et chargés d’une prestation de service

La modification, dans la proposition de loi, du nom des services de santé au travail en « **service de prévention et de santé au travail** » (SPST) a pour finalité de faire oublier que l’objet de ces services depuis l’origine est d’accomplir l’obligation régaliennne de protection de la santé déléguée sous la forme de mission d’ordre public social aux médecins du travail.

Cette ultime proposition fait suite aux réformes successives :

- ♦ changement du nom de « service de médecine du travail » en « service de santé au travail »,
détournement implicite de l’appui technique des Intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) du SST aux médecins du

.....
9– Voir Article 8 de la proposition de loi

10– Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l’amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

travail vers les responsabilités de prévention sécurité de l’employeur.

Le SPST, comme son nom l’indique, est avant tout un service de prévention, la santé au travail est devenue un objectif accessoire.

La manœuvre consiste, en réalité, en un détournement de la raison sociale des services de médecine du travail, devenus services de santé au travail, et un abandon de leur objet initial : la prévention médicale primaire, ainsi qu’une captation de leurs ressources vers la prévention des atteintes à la santé du point de vue des responsabilités d’employeurs.

Leur statut associatif qui demeure en droit se transformerait en fait en celui d’une société de service qui propose des « offres de service » en matière de prévention.

Comme le prévoit l’organisation néo libérale des entreprises, comme toute société de service : « *Les SPST feront l’objet d’une procédure de certification de la qualité du service rendu, de leur organisation et des cotisations et éléments tarifaires afférents.* ». Le processus de certification des sociétés de service est en fait une manière, pour le donneur d’ordre, d’imposer les critères de qualité qu’il désire. Le caractère polysémique du terme « qualité » permettant cette manipulation.

Les SPST fourniraient aux entreprises des prestations « *d’accompagnement et d’appui dans l’élaboration et la mise en œuvre des politiques de prévention.* »

Cela signifie, en droit, que faisant appel dans le cadre d’une obligation de moyen à un SPST certifié, dans le cadre d’une prestation de prévention, la responsabilité de l’employeur ne pourrait être mis en cause puisqu’il aurait pris les moyens adéquats en sollicitant le SPST et que celle de l’organisme prestataire serait de ce fait engagée.

*S’EXEMPTER DES GARANTIES D’INDÉPENDANCE
DES EXPERTS PRÉVENTION SÉCURITÉ*

L’article 7 de la directive européenne, déjà citée, implique un statut d’indépendance pour les salariés désignés par l’employeur « *pour s’occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l’entreprise et/ou de l’établissement* ». En effet, « *Les travailleurs désignés ne peuvent subir de préjudice en raison de leurs activités de protection et de leurs activités de prévention des risques professionnels.* ». Une jurisprudence confirme l’application de cette disposition dans les entreprises françaises.¹¹

.....
11– 18^e chambre de la cour d’appel de Paris, 25 mars 2004

Jusqu'alors les IPRP des SST (intervenant réglementairement exclusivement dans le cadre de la mission d'ordre public social) ne bénéficient d'aucun statut protecteur. Toutefois l'article L.4644-1 du Code du travail permet, jusqu'alors, ces mises à disposition dès lors que **formellement** un employeur demande l'aide d'un IPRP pour tenir le rôle du « salarié désigné ». En fait cette procédure assez contraignante, puisqu'elle implique l'avis du comité social et économique, n'est pas actuellement appliquée comme elle devrait l'être. Ainsi des IPRP de SST sont prêtés, sans formalité, aux entreprises pour établir le document unique.

Dès lors que la prévention deviendrait l'objet principal des « prestations » c'est dans le cadre de ce contrat de service et non à titre exceptionnel, l'article L.4644-1 devenu sans objet de ce fait, que se déroulerait l'activité de l'IPRP qui deviendrait, de facto, mais non de jure, le « salarié désigné » sans le statut protecteur qui s'y rattache. De même l'obligation de la directive de mettre à disposition « *les moyens personnels et professionnels requis* » aux IPRP incombe dorénavant au SPST.

*LE TRANSFERT DE L'OBLIGATION
DE RECLASSEMENT CONTRACTUELLE*

Actuellement les articles L.1226-2 à L.1226-20 du Code du travail qui traitent des conséquences de l'inaptitude médicale imposent à l'employeur des obligations de recherche de poste et de reclassement loyales sous peine de sanctions financières (autrefois importantes mais récemment diminuées par ordonnance).

La proposition de loi prévoit « *qu'au sein des services de prévention et de santé au travail, autonomes et interentreprises, une cellule sera dédiée à la prévention de la désinsertion professionnelle. Elle pourra notamment proposer des actions de sensibilisation, identifier les situations individuelles et proposer, en lien avec l'employeur et le salarié, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail* ». Parfaitement attentatoire à l'indépendance du médecin du travail et contraire au secret médical tel que défini à l'article L.1110-4 du Code de la santé publique (nous y reviendrons en détail), elle marque aussi le transfert des responsabilités de reclassement par l'employeur sur la pseudo compétence d'une prestation de service extérieure qu'il contrôle de fait et derrière laquelle il pourra s'exempter de ses obligations.

**DÉMÉDICALISER LA SANTÉ AU TRAVAIL
EN FINIR AVEC LES MÉDECINS DU TRAVAIL**

LA DÉVALORISATION DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

L'article 21 de la proposition de loi ouvrirait « *la possibilité de recourir à des médecins praticiens correspon-*

dants, disposant d'une formation en médecine du travail, pour contribuer au suivi autre que le suivi médical renforcé des travailleurs ».

Ainsi, alors que l'exercice de la médecine du travail relève d'un internat de spécialité et constitue un exercice spécifique, impliquant des compétences particulières, s'y substituerait des médecins généralistes sans compétence spécialisée et titulaires d'une formation partielle permettant un exercice dilettante en santé au travail.

Des missions essentielles leur seraient néanmoins dévolues. Ainsi ces « *praticiens en santé au travail* » seraient notamment chargés de l'examen de reprise « *après un congé de maternité ou une absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident* ».

Dans ces conditions l'accès à la profession par la voie des médecins collaborateurs¹² et candidats à l'autorisation d'exercice¹³ deviendrait obsolète et tarirait accessoirement cette filière au profit de médecins de soins ayant une « *formation en médecine du travail* ».

Déjà cette proposition aiguise les appétits : « *...Membre de la Confédération des syndicaux médicaux français (CSMF), le docteur Luc Duquesnel rappelle que le médecin traitant suit les patients "dans leur globalité". "À ce titre, le suivi des salariés rentre dans nos compétences. Et puis, on ne prive en rien les médecins du travail puisque dans la vraie vie, ce sont les infirmières qui font leur boulot pour un coût similaire pour l'entreprise."* »¹⁴

Ce commentaire méprisant se suffit à lui-même. Toutefois il ignore l'obligation déontologique de compétence préalable à tout acte médical¹⁵ ainsi que l'exclusivité d'exercice de la prévention¹⁶.

Qui voudrait dorénavant se diriger vers un métier que tout le monde et n'importe qui pourrait exercer ?

.....
12– **Articles R.4623-25 à R.4623-25-2** du Code du travail
13– **Articles R.4623-25-3 à R.4623-25-5** du Code du travail
14– Journal *L'Opinion* daté du mercredi 16 décembre 2020, numéro 1906, titré « Santé au travail, une réforme explosive pour les médecins ».
15– **Article R.4127-70 du Code de la santé publique** : « *Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* »
16– **Article R.4127-99 du Code de la santé publique** : « *Sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci.* »

Cette proposition de loi est la négation de la complexité d'un métier en milieu difficile, riche de conflits. Il s'agit pour le médecin du travail, dans ce contexte particulier, de protéger le droit des salariés, ses patients, à la protection de leur santé au travail.

L'exercice de la médecine du travail concilie une clinique individuelle notamment inter-compréhensive spécifique des altérations professionnelles de la santé et des investigations et conseil collectifs. Il impose des compétences dans des domaines aussi divers que le droit, la toxicologie, l'ergonomie, la science des organisations, la sociologie, la psychologie. Ce métier passionnant, car au cœur du travail qui structure la société, ne peut exister sans échanges informels et formalisés entre les professionnels médicaux, paramédicaux et spécialistes du champ du travail ce qui contribue, pour une part importante, à la compétence de ces professionnels.

Le réduire à une caricature comme le fait la proposition de loi relève de l'ignorance profonde ou de la malveillance.

LA FIN DE LA SPÉCIFICITÉ DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

La nature de la prévention objet de la prestation du supposé SPST, confirme le retour des actions de diversion en matière de risques professionnels. Il s'agit en effet « de permettre le développement de politiques préventives de santé publique dans le milieu professionnel ». Ainsi, « il pourra être procédé à des actions de campagnes vaccinales, de sport/santé, de lutte contre les addictions dans le milieu de travail. »¹⁷

Le médecin du travail verrait ses missions détournées de la prévention en santé au travail vers l'océan des actions de prévention de santé publique mettant l'accent sur les comportements individuels au détriment des actions de prévention collective des risques professionnels.

Il serait intégré « dans les communautés professionnelles territoriales de santé et les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, afin que le médecin du travail soit partie prenante du parcours de soins »¹⁸. Nous verrons que cette intégration se fait en bafouant les droits fondamentaux des personnes concernées.

L'APPAUVRISSMENT DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL ET DES MOYENS D'ANALYSE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Comme toute clinique médicale, la clinique médicale du travail que pratiquent les médecins du travail repose

17– Voir Article 4 de la proposition de loi

18– Voir Article 5 de la proposition de loi

sur la continuité de la pratique clinique pour un même patient.

Cette continuité a été rompue lors de la précédente mandature par l'espacement des visites médicales et leur séparation entre plusieurs professionnels de santé du service de santé au travail.

La nouvelle dévolution des visites de reprises à des médecins de soin « *correspondants* », outre la question de leur compétence et de leur lien avec les entreprises concernées¹⁹, rompt encore la continuité clinique pour le médecin du travail.

Dans le domaine la prévention de l'inaptitude par l'adaptation du poste de travail elle serait en partie retirée au médecin du travail. S'y substituerait une « *cellule (...) dédiée à la prévention de la désinsertion professionnelle. Elle pourra notamment proposer des actions de sensibilisation, identifier les situations individuelles et proposer, en lien avec l'employeur et le salarié, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail* ». Que deviendrait dans ce contexte l'indépendance professionnelle du médecin du travail en matière de prescription en matière d'adaptation du poste de travail ? La réponse est dans la répartition des tâches que mettrait en place cette nouvelle organisation du SST.

En effet, la proposition comme l'ANI dont elle s'inspire découpe l'activité des SPST en trois secteurs distincts : « la prévention des risques professionnels, (le) suivi individuel des travailleurs et (la) prévention de la désinsertion professionnelle ».

- ♦ Aux IPRP la prévention des risques professionnels.
- ♦ La prévention de la désinsertion professionnelle à la commission *ad hoc*.
- ♦ Resterait à l'équipe médicale du travail, le suivi individuel des travailleurs.

Alors qu'actuellement le médecin du travail anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire composée des infirmiers et infirmières et des IPRP. La proposition de loi prévoit que les médecins du travail pourraient déléguer cette animation sans que les conditions de cette délégation soient définies.

En outre, les aides en matière d'analyse collective des dangers et des risques des postes de travail et des

19– Article R.4127-97 du Code de la santé publique : « Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins. »

Article R.4127-98 du Code de la santé publique : « Les médecins qui exercent dans un service privé ou public de soins ou de prévention ne peuvent user de leur fonction pour accroître leur clientèle. »

conditions de travail et de conseil dans ces domaines, déjà détournés en partie, deviennent inaccessibles du fait du positionnement exclusif des intervenants en prévention des risques professionnels vers des missions d'appui aux entreprises en matière de prévention sécurité.

La proposition a beau garantir que « *le médecin du travail consacre à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail* », la question demeure de l'appui pour cette mission sans IPRP et de l'application de ce tiers temps en matière d'aménagement de poste qui concerne dorénavant la cellule PDP.

LA MISE EN PLACE DES MOYENS D'UNE SÉLECTION DE LA MAIN D'ŒUVRE SUR DES CRITERES DE SANTÉ

L'ABANDON DE LA PRÉVENTION COLLECTIVE DES RISQUES AU PROFIT D'UN ABORD INDIVIDUEL DE LA PRÉVENTION

Rappelons que la réglementation du travail privilégie avant tout la suppression du risque avant sa prévention et sa prévention collective avant la prévention individuelle.

La proposition de loi dénature cette obligation en instituant un passeport individuel de prévention « *listant toutes les formations suivies et certifications obtenues en matière de sécurité et de prévention des risques professionnels, et sa gestion par l'employeur* », « *L'ensemble des formations suivies par le travailleur et relatives à la sécurité et à la prévention des risques professionnels, dont les formations obligatoires, ainsi que les attestations, certificats et diplômes obtenus dans ce cadre, sont mentionnés dans son passeport prévention.* »

Cette disposition a trois finalités :

- ◆ faire oublier le caractère collectif prééminent des responsabilités d'employeur en matière de prévention ;
- ◆ sélectionner à l'embauche les travailleuses et les travailleurs sur leur compliance et leurs supposées compétences ;
- ◆ transférer la responsabilité d'une éventuelle atteinte à la santé sur les salariés, supposés avoir reçu les instructions et la formation appropriées²⁰.

UN ABORD INDIVIDUEL DE LA PRÉVENTION BASÉ SUR LA SÉLECTION MÉDICALE DE LA MAIN D'ŒUVRE

.....
 20- **Article L.4122-1 du Code du travail** : « *Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail.* »

Plutôt que la prévention des risques se mettrait en place une démarche eugénique de sélection des travailleuses et des travailleurs dans une démarche « *de prévention de l'inaptitude et de la désinsertion professionnelle* ».

Ces propositions ignorent les droits fondamentaux des travailleuses et des travailleurs. Plus généralement elle ne tient aucun compte de la situation de subordination contractuelle qui ne peut justifier des atteintes aux droits des personnes et du caractère contraint des relations médecin-patient dans le cadre de la médecine en entreprise.

Serait, à cet effet, mise en place dans le SPST « **une cellule (qui) sera dédiée à la prévention de la désinsertion professionnelle.** Elle pourra notamment proposer des actions de sensibilisation, identifier les situations individuelles et proposer, en lien avec l'employeur et le salarié, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ».

Nous avons signalé précédemment que cette cellule se substitue à la décision du médecin du travail et atteint à son indépendance.

Sa composition est assez obscure²¹ : il s'agirait d'une « *cellule pluridisciplinaire* » qui « *effectue ses missions en collaboration avec les professionnels de santé chargés des soins (et) les services médicaux de l'assurance maladie* ».

Cela pose d'emblée la question du secret médical tel que défini à l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, qui porte sur tous les éléments de la vie privée du patient ou de la patiente et s'impose à tout professionnel de santé, dont personne même le patient ne peut le délier.

Le partage de ces éléments que prévoit l'article entre professionnels de santé n'est possible qu'avec le libre consentement explicite du patient ou de la patiente (impossible à garantir dans la situation de subordination contractuelle en milieu de travail) et « *pour assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* ».

Ne s'agissant pas de prise en charge sanitaire mais professionnelle, la cellule comportant des membres qui ne

.....
 21- Elle est mieux précisée dans l'ANI qui inspire la proposition : « *Les acteurs de la PDP doivent fonctionner en réseau dans une démarche mutualisée, associant : l'employeur, le management de proximité, les IRP, la personne compétente en santé au travail prévention des risques professionnels, les préventeurs, les médecins du travail, le médecin traitant, les médecins conseil de la CPAM, les médecins praticiens correspondants (MPC), les acteurs du handicap, les conseillers de l'emploi, les assistantes sociales, les ergonomes.* »

seraient pas des professionnels de santé, ses participants encourraient des sanctions pénales.

Il en est de même dans la disposition qui permettrait « *Lorsque l'arrêt de travail du salarié mentionné au premier alinéa de l'article L.1226-7 est supérieur à une durée fixée par décret, la suspension du contrat de travail ne fait pas obstacle à l'organisation d'un rendez-vous de pré-reprise entre le travailleur et l'employeur, associant le cas échéant le service de prévention et de santé au travail.* »

Alors que son contrat de travail est suspendu l'employeur avec la complicité du SPST pourrait tenter de prendre connaissance d'éléments de la santé et de la vie privée du travailleur ou de la travailleuse sans que celui-ci ou celle-ci puisse le refuser !

Les fonctions de la cellule de PDP posent elles même question. Elle est chargée « *1° De proposer des actions de sensibilisation ; 2° D'identifier les situations individuelles ; 3° De proposer, en lien avec l'employeur et le salarié, un plan de retour au travail comprenant notamment des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail favorisant le retour au travail* »

La sélection de la main d'œuvre en identifiant (repérant) les salariés fragiles et ou inadaptés est ici explicite.

C'est la même démarche qui prévaudrait dans la « *visite médicale de mi-carrière* » par le médecin du travail et dont l'objet est évident²². Collaborateur zélé de l'entreprise le médecin du travail « *a la faculté de proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mental du travailleur en application de l'article L.4624-3* ».

Le dossier médical devient l'instrument de la sélection « préventive » :

« **L'article 11** organise l'accès, après accord du patient, du dossier médical partagé par les médecins du travail

.....

22- Cet examen médical vise à :

« *1° Établir un état des lieux de l'adéquation entre le poste de travail et l'état de santé du salarié, à date, en tenant compte des expositions à des facteurs de risques professionnels auxquelles a été soumis le travailleur ;*

« *2° Évaluer les risques de désinsertion professionnelle, en prenant en compte l'évolution des capacités du travailleur en fonction de son parcours professionnel passé, de son âge et de son état de santé ;*

« *3° Sensibiliser le travailleur sur les enjeux du vieillissement au travail et sur la prévention des risques professionnels.*

et infirmiers, afin de favoriser la connaissance de l'état de santé de la personne par le médecin du travail (et notamment les traitements ou pathologies incompatibles avec l'activité professionnelle) » en supprimant de l'article L.1111-18 du Code de la santé publique la mention : « *Le dossier médical partagé n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail* » qui précisément tient compte de la situation contractuelle qui pourrait contraindre la volonté du travailleur ou de la travailleuse.

Le dossier de médecine du travail est automatiquement accessible alors que le salarié ou la salariée est suivie par un autre service : « *Lorsque le travailleur relève de plusieurs services de prévention et de santé au travail ou cesse de relever d'un de ces services, son dossier médical est accessible au service compétent pour assurer la continuité du suivi, sauf refus du travailleur* ».

Le fichage et la sélection du travailleur ou de la travailleuse s'affranchissent de tout respect du Code de la santé publique en matière de secret médical. Le dossier médical serait ainsi partagé entre médecin du travail et médecin traitant le premier pouvant ainsi intégrer les renseignements qu'il contient dans un processus de sélection médicale de la main d'œuvre.

EN CONCLUSION

UNE PROPOSITION DE LOI LIBERTICIDE

Ce que cette proposition de loi propose est inacceptable et attentatoire aux libertés publiques.

Si elle était adoptée par le parlement, elle mettrait en place :

- ♦ Par la transformation masquée de raison sociale des SST, la fin de la mission d'ordre public social des médecins du travail, partagée par les SST, au profit exclusif de la prévention du point de vue des responsabilités d'employeur.
- ♦ Un transfert de responsabilité des employeurs en matière de prévention et de maintien en emploi sur les services de santé au travail devenus exclusivement des services de prévention.
- ♦ Dans ce cadre, la consécration de l'abandon de l'obligation de sécurité de résultat à laquelle se substituerait une obligation formelle de moyen.
- ♦ L'abandon de la prévention collective des risques professionnels remplacée par une prévention individuelle et transférée finalement sur le travailleur ou la travailleuse.
- ♦ La fin de la médecine du travail par absence de moyens, empiètement sur l'indépendance professionnelle des médecins du travail, dévalorisation de

leur formation et dénatura-tion de leur métier vers une médecine d'entreprise de sélection de la main d'œuvre.

- ❖ Un fichage des travailleurs et des travailleuses en matière de santé s'affranchissant de leurs droits fondamentaux attachés aux données médicales.
- ❖ La sélection de la main d'œuvre sur de supposés critères de santé et prédispositions individuelles et en fonction de l'âge pour la sélection

des travailleurs et des travailleuses devenus économiquement inemployables.

Il faut appeler à la résistance contre cette proposition particulièrement rétrograde.

Il s'agirait, en fait, d'une régression de 79 ans, d'un retour vers le projet eugéniste professionnel proposé en 1942 par « l'État français ».

La République En Marche est ici sans doute en marche, comme elle le revendique, mais en marche arrière.

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 : Benoît DE LABRUSSE – Nadine KHAYI – Annie LOUBET-DEVEAUX

SECRÉTAIRE : Karyne CHABERT

SECRÉTAIRE-ADJOINT : Gilles SEITZ

TRÉSORIER : Alain RANDON

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, Karine DJEMIL, Catherine GONDRAN, Alain GROSSETÊTE, Michel GUILLAUMOT, Mathieu KERGRESSE, Claire LALLEMAND, Hervé LE SCAO, Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Nathalie PENNEQUIN, Odile RIQUET, Nicolas SANDRET, Claire THOMASSIN

ÉLIMINER LES INEMPLOYABLES ET LES IRRESPONSABLES

LA MÉDECINE DU TRAVAIL DE DEMAIN ?

Alain CARRÉ

Interrogé par un journaliste sur les stratégies à appliquer en matière de prévention collective dans le cadre de la pandémie, un médecin, chef de service de l'AP-HP, déclarait le 24 janvier dernier : « *Aujourd'hui on a à faire des choix très difficiles (...) admettre qu'à 80 ans, tout ce qu'on vit après 80 ans c'est du bonus, est ce que aujourd'hui on peut s'autoriser ces bonus ? Je n'en suis pas certain. Je pense qu'il faut prioriser les jeunes générations les forces actives de la société, les PME et je pense qu'il faut qu'on fasse des choix qui sont difficiles, qu'on les partage et qu'on les verbalise ensemble* » Cette franchise illustre sans doute les futurs choix de tri entre patients en cas de pénurie de soins. Notons qu'alors que la déontologie médicale privilégie, au-dessus de tout, l'intérêt de chaque patient, c'est l'intérêt économique qui sert ici d'argumentaire d'autorité.

On ne peut s'empêcher de penser, en écoutant cette déclaration au film *Soleil vert* dans lequel les plus âgés sont euthanasiés et leurs dépouilles servent, dans un contexte d'effondrement écologique majeur, à confectonner des plaquettes nutritives appelées « soleil vert ».

Dans son ouvrage, *La couleur et la race : Doctrines racistes à la française*, Pierre-André Taguieff démontre que les théories racistes qui ont présidées au programme nazi d'extermination des juifs et des roms mais

aussi des « inutiles » comme les malades mentaux, ont vu le jour en France.

Il distingue ce qu'il appelle le « racisme » pessimiste représenté par le Comte de Gobineau, le racisme évolutionniste, encore appelé darwinisme social, de Gustave Le Bon et le racisme eugéniste de Georges Vacher de Lapouge fondé sur la sélection sociale qui a présidé, notamment, aux théories eugénistes pétainistes. Ces aberrations cheminent en profondeur dans l'inconscient social de la médecine française depuis deux siècles : le phantasme de classes sociales irresponsables et dangereuses, la nécessité d'un eugénisme bienveillant et pour la survie de tous, imprègnent cet inconscient qui resurgit comme stratégie défensive, à l'occasion de la période épidémique.

On pourrait penser que tout cela est bien éloigné de la médecine du travail mais, en fait, on est ici au cœur de la proposition de loi LREM sur la santé au travail. C'est vers le gouffre de cette médecine eugéniste, entre supposés savoirs et éternel pouvoir(1), qu'on dirige la médecine du travail.

Ce qui est l'objet de la proposition LREM relève de ces théories dans la mesure où « *la prévention de la désin-*

.....

1- Lire à ce sujet : « La santé au travail, 19^e-20^e siècles, entre savoirs et pouvoir » ouvrage collectif, Anne Sophie BRUNO, Presses universitaires de Rennes, mars 2011

sertion professionnelle », c'est-à-dire un repérage et une sélection des inemployables et des irresponsables, y est centrale.

Il s'agit ici, dans une perspective pseudo altruiste et qui repose sur la bienveillance supposée de l'entreprise, au motif que leurs choix ne seraient pas rationnels, de se substituer aux libertés fondamentales des salariés.

Cette tâche de sélection, **pour leur bien malgré eux**, serait assurée :

- ◆ par l'employeur dans le cadre d'une visite de pré-reprise avec le salarié ;
- ◆ par le médecin du travail notamment lors d'une visite de mi-carrière pour les travailleurs « vieillissants » tant l'âge des travailleuses et des travailleurs semble être là encore un critère de vigilance mis en avant par la proposition de loi ;
- ◆ dans le cadre d'une « *commission de prévention de la désinsertion professionnelle* ».

Ce projet qui se considère comme bienveillant et rationnel s'affranchit de toutes les garanties qui accompagnent le secret médical, qui paraît aboli dans les commissions et vis-à-vis de l'employeur ou de ses représentants, et impose l'ouverture de l'accès au dossier médical partagé par les membres du SST.

Il y a dans cette proposition la possibilité de repérage des « vulnérabilités personnelles » qui, selon certains(2), rendraient le maintien dans l'emploi « malheureusement » impossible car hors de la responsabilité

.....
 2- Consulter à ce sujet : Sophie FANTONI-QUINTON, « Que deviendrait la faute inexcusable sans aptitude à l'embauche ? » semaine sociale LAMY, 10 novembre 2014, N°1651 et notre réponse : <http://www.asmt.org/actu-archives.htm#2014-12-29>
 Alain CARRÉ, Dominique HUEZ, « Vers une médecine de sélection médicale de la main d'œuvre » semaine sociale LAMY, 29 décembre 2014, N°1658

sociale de l'entreprise, et justifieraient un devoir de sélection médicale du médecin du travail.

Mais on trouve aussi, dans la proposition de loi, comme dans tout projet d'eugénisme social, un versant prévention qui en fait projette sur la victime la cause même du mal. Il s'agit d'obtenir des comportements personnels qui préviendraient, et par là même justifieraient, par leur absence, la nécessité de cet eugénisme.

Le rôle des services de santé au travail consisterait donc dorénavant à proposer des recettes de bons comportements personnels, atouts du maintien dans l'emploi.

La promotion des vertus de la bonne nutrition, de l'exercice physique, de la sieste et du sommeil font donc partie, dorénavant, des actions prioritaires de prévention des SST et s'imposent comme un devoir aux travailleuses et aux travailleurs pour atteindre le « profil de poste » adéquat.

C'est ainsi, qu'anticipant sans doute sur le succès de la proposition de loi, la fédération des services interentreprises de santé au travail d'Île-de-France rendent publics leurs conseils sur le sommeil, l'alimentation, l'hydratation et l'activité physique : « *En 2021 je m'occupe de ma santé* ».

Alors que les risques professionnels physiques, psychiques et sociaux n'ont pas, depuis longtemps, été si présents, cette diversion est le symptôme d'un mal inquiétant : quand les conditions de la survie deviennent moins favorables, l'animal humain ressurgit derrière l'être humain. Plutôt qu'un comportement réellement altruiste et respectueux des personnes, ce sont les égoïsmes, que dissimule une bonne conscience dont la facticité reste inconsciente, qui saturent l'espace public.

La proposition de loi LREM n'est qu'une forme clinique de ce phénomène.

RÉPONSES DE L'A-SMT AUDITION DES SÉNATEURS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DU 25 MAI 2021 ET RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES DE M^{me} P. GRUNY ET DE M. S. ARTANO

Objet : Proposition de Loi pour renforcer la santé au travail



1- D'une façon générale, quelle évaluation faites-vous de la prise en compte de l'enjeu de la prévention dans cette proposition de loi ? Les équilibres proposés en la matière vous semblent-ils satisfaisants ? Si non, quels sont les manques que vous identifiez ?

Nous souhaitons rappeler en préambule les principes qui sont à l'origine de la médecine du travail.

Le 11^e alinéa au préambule de la Constitution de la République précise que « *la Nation garantit à tous (...) la protection de la santé...* ». Afin de garantir ce principe en milieu de travail le législateur met en place dès 1946 une institution : la médecine du travail.

Cette institution, qui n'est pas un service public car gérée de façon commune par les acteurs sociaux sous le contrôle de l'administration, assure néanmoins, du fait de son lien avec le droit fondamental, une mission « d'ordre public social » confiée aux médecins du travail dont le rôle est purement préventif et qui consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du

fait de leur travail » (article L.4622-3 du Code du travail).

Cela signifie que ces médecins conseillent, dans le cadre d'une obligation de moyen, sans exclusive, chacun des acteurs sociaux et les travailleurs à titre individuel sur la prévention en privilégiant la prévention primaire.

La prévention des risques pour la santé au travail est par ailleurs une obligation des employeurs, objet d'obligations réglementaires de résultat, concernant les atteintes à la santé (accidents du travail et maladies professionnelles) et définies par des jurisprudences successives de la Cour de cassation.

Rappelons que d'autres pays européens ont mis en place des institutions distinctes pour assurer ces deux fonctions préventives.

À l'origine, les services de médecine du travail étaient exclusivement dédiés à la mission d'ordre public social. Progressivement, notamment par la mise en place de « services de santé au travail », un transfert de compétence en prévention de ces services vers les obligations

de prévention des employeurs a rendu la mission d'ordre public social, initiale, de plus en plus secondaire dans leur activité.

Nous constatons que la présente proposition de loi, non seulement aggrave ce déséquilibre, mais change la nature même des services de santé au travail qui deviennent quasi exclusivement des structures suppléatives de service en matière d'obligations de prévention du point de vue de la responsabilité d'employeur.

Ainsi nous estimons qu'il ne s'agit pas ici de rétablir un équilibre, totalement détruit par les réformes successives et la présente proposition, mais bien de redéfinir les institutions de prévention du point de vue des principes et des droits des citoyennes et des citoyens en matière de santé au travail.

Nous ne mésestimons pas la nécessité pour les employeurs de bénéficier d'une aide en matière de prévention du point de vue de leur responsabilité. Toutefois, cette aide ne doit pas compromettre la mission d'ordre public social confiée à l'équipe médicale et technique de médecine du travail.

Par exemple comme cela est le cas dans plusieurs pays européens nous estimons que deux pôles distincts du fait de leurs missions spécifiques et dotés chacun de moyens efficaces pourraient constituer une structure, dont nous estimons qu'elle pourrait être publique, et qui serait chargée :

- ♦ d'une part de la prévention médicale primaire liée à la mission d'ordre public social liée aux droits constitutionnels,
- ♦ et d'autre part d'une aide à la prévention du point de vue des obligations d'employeurs en matière de prévention.

Les échanges et coopérations possibles entre ces deux pôles permettraient une meilleure efficacité préventive.

2- Quel est votre regard sur la réforme de l'offre de services et de la tarification des services de santé au travail interentreprises ?

Quelles sont vos observations sur la définition de l'offre socle de services des SPSTI ?

Au-delà du changement de dénomination, cette réforme permet-elle selon vous de réorienter les SSTI vers la prévention des risques professionnels ?

Comme nous venons de le rappeler et comme le démontre le contrôle de l'administration sur leur fonctionnement, les SST sont chargés d'une mission d'ordre

public social. La nouvelle organisation en société de service en matière de prestation de prévention des risques professionnels du point de vue quasi exclusif de la responsabilité de l'employeur s'oppose au principe même qui devrait présider au fonctionnement de ces institutions. Elle aurait deux conséquences principales :

- ♦ d'une part elle marquerait le désengagement de la puissance publique et par la même le refus d'assumer ses obligations régaliennes en matière de santé au travail,
- ♦ d'autre part elle introduirait une relation commerciale de service dans le cadre d'associations d'intérêt public que sont les SST

Le terme « réorientation » du présent questionnaire présuppose que les services actuels ne seraient pas consacrés à la prévention des risques professionnels.

Or nous tenons à rappeler que ces services dans leurs principes de fonctionnement actuel sont bien orientés vers la prévention des risques professionnels pour la santé des travailleurs du point de vue que nous avons défini plus haut.

Il n'est nul besoin de les réorienter. Plutôt que de réorientation la proposition de loi propose de tordre le droit afin de faire oublier la vocation de ces services et les consacrer exclusivement aux obligations des employeurs au détriment des droits à la protection de la santé.

3- Êtes-vous favorable à la généralisation proposée à l'article 2 pour l'ensemble des entreprises, y compris de moins de 50 salariés, de l'obligation de définir un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail regroupant les actions découlant du DUERP ?

Quels sont les moyens, selon vous, de garantir le respect par les employeurs de leur obligation d'élaboration et de réactualisation du DUERP ?

La question de l'évaluation des risques par les entreprises et leur inscription dans les DUERP se heurte à plusieurs obstacles :

- ♦ Sur le plan des responsabilités et du coût qu'elle génère : identifier un danger et en peser le risque a pour conséquence la reconnaissance de l'existence de ce risque et donc l'obligation de le prévenir. Faute de prévention efficace la responsabilité de l'employeur pourrait être engagée. Mais la prévention de ce risque entraîne des coûts organisationnels et financiers. Ainsi la prévention et la gestion écono-

mique peuvent être perçues comme des injonctions paradoxales. C'est ainsi que la prévention primaire (éliminer le risque) est le parent pauvre des DUERP qui préfèrent des préconisations toujours imparfaites de protection individuelle et de « comportement adapté » des travailleurs.

♦ Sur le plan technique de l'évaluation des risques : cette évaluation ne peut reposer sur la connaissance du travail tel qu'il est prescrit mais, comme nous l'enseigne l'ergonomie, elle doit envisager la réalité du travail. Cette dernière pour des raisons diverses est imparfaitement accessible à un employeur car elle constitue un atout essentiel du rapport de force des travailleurs. Ainsi les enquêtes des anciens CHSCT (détruites dorénavant par leur transformation en CSE) étaient un appui indispensable à la connaissance de la réalité du travail et un facteur efficace de prévention de ce point de vue.

Ces deux circonstances expliquent l'euphémisation et ou l'ignorance des risques et par conséquent leur évaluation imparfaite qui caractérise de nombreux DUERP.

4- Dans quelle mesure les services de prévention et santé au travail (SPST) pourront accompagner les entreprises, en particulier les TPE/PME, dans l'élaboration du DUERP ?

La prise en compte de cet accompagnement dans les missions des SST à l'article 4 est-elle, à cet égard, satisfaisante et suffisante ?

Le terme employé « d'accompagnement » utilisé dans le questionnaire n'est pas ce qui ressort de la proposition de loi. Il s'agit plus ici d'un transfert de responsabilité de l'employeur sur une entité chargée d'une prestation de service. Ainsi, en cas d'échec de prévention, la responsabilité du prestataire pourrait se substituer à celle de l'employeur. C'est un des buts essentiels que nous paraît poursuivre cette proposition notamment dans son article 4.

Sans vouloir nous répéter, la fonction principale des SST n'est pas d'accompagner l'élaboration du DUERP mais de faciliter cette élaboration en apportant « au moulin de la réflexion » des éléments d'observations et de signalement. Ces éléments sont parfaitement définis par l'article L.4622-4 (coopération de la médecine du travail avec les employeurs et les représentants des travailleurs), l'article L.4624-9 du Code du travail (signalement de risque et conseil de prévention) mais également la Fiche d'entreprise du médecin du travail ainsi que les conclusions de son rapport annuel. S'il en est le rédac-

teur le médecin du travail cristallise en fait les travaux de l'équipe médicale et technique de médecine du travail.

5- L'article L.4644-1 du Code du travail impose à l'employeur de désigner un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels. À défaut, l'employeur peut faire appel aux intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) ou sur les CARSAT, l'ANACT ou l'OPPBT ?

- tous les employeurs s'acquittent-ils bien de cette obligation et, en l'absence de salariés désignés sur la prévention en santé au travail, s'appuient-ils bien sur les IPRP ou sur les CARSAT, l'ANACT ou l'OPPBT ?

- quelles sont les raisons qui peuvent expliquer que les employeurs (notamment des TPE/PME) ne s'appuient pas suffisamment sur les SSTI, les IPRP ou les CARSAT pour procéder à l'évaluation des risques professionnels au sein de leur entreprise et élaborer ou réactualiser leur DUERP ?

Directement issue de la directive européenne de 1989 sur la prévention des risques professionnels, cette proposition, qui a mis plus de dix ans pour être traduite en droit français, pose la question de l'indépendance de ce salarié protégé qui est une obligation de la directive.

Les organismes cités dans le questionnaire sont à notre avis inégaux devant cette obligation : inégalité formelle (statut de salarié protégé plus ou moins assuré) et inégalité de moyens se conjuguent ici. Toutefois, quelles que soient ces imperfections, ces garanties sont bien supérieures à celles des salariés désignés à l'intérieur des entreprises dont l'avenir dépend souvent de leur compliance. La solution pourrait passer par un statut formel de salarié protégé et une garantie de moyen pour ces salariés et des dispositions imposant des sanctions dissuasives en cas d'atteinte à leur indépendance.

La rédaction du DUERP est une obligation réglementaire. En cas de carence avérée, ne faut-il pas que les services de l'État chargés de faire appliquer le droit, puissent bénéficier de moyens adéquats pour cela.

6- Êtes-vous satisfait des dispositions relatives à la transmission, à la mise à disposition et à la conservation du DUERP ?

La durée minimale de conservation de 40 ans vous semble-t-elle convenir ?

Pensez-vous que toutes les entreprises, compte tenu de leur durée de vie moyenne, seront en capacité de conserver leurs DUERP successifs pour une durée aussi longue ? Ne faudrait-il pas transférer aux SPST la mission d'assurer cette mission de conservation et de mise à disposition des DUERP ?

La conservation des DUER qui devrait s'inspirer de la limite de 50 ans de conservation des dossiers médicaux des salariés exposés aux cancérogènes paraît appropriée. La solution de pérennité serait leur transmission et leur conservation dans les services déconcentrés du ministère du travail dont dépend l'entreprise. Nous préconisons que la conservation de ces documents ne se fasse pas seulement sous forme électronique mais également sous forme matérielle.

7- L'article 2 inscrit l'organisation du travail dans le champ des risques professionnels qui devront être évalués dans le cadre du DUERP, bien que l'ANI ne le prévoie pas. Êtes-vous favorable à cette inclusion ? Les propositions de l'ANI en matière d'amélioration de la qualité de vie au travail vous semblent-elles suffisantes et opérationnelles ?

Dans l'état actuel du *management* des entreprises l'organisation du travail est un facteur important de risques pour la santé. L'inscrire officiellement comme risque professionnel ne suffira pas à aller vers l'efficacité préventive pour des raisons de conflit d'intérêt décrites ci-dessus. Sans acteur de prévention véritablement indépendant (et le principe de la relation commerciale introduite par ce texte s'y oppose), l'employeur n'aura pas la possibilité de faire face aux critiques nécessaires à la remise en question de son mode de management.

La qualité de vie au travail est le plus souvent une toile peinte alibi derrière laquelle se dissimulent des méthodes délétères de management. Comme le « bonheur au travail » que préconise la députée Lecocq, il s'agit de faire croire que seule la qualité (concept par ailleurs polysémique) du travail ou le bonheur des salariés serait une valeur pour l'entreprise alors que, comme le décrit Alain Supiot, professeur au Collège de France, seule prévaut « la gouvernance par les nombres ».

8- La proposition de loi aurait-elle mérité, selon vous, de contenir des mesures

plus poussées en matière de prévention et de traçabilité de l'exposition au risque chimique, s'inspirant du rapport du P^r Frimat de 2018 (simplification de la réglementation, renforcement des sanctions, création d'un dossier d'entreprise pour agréger les données d'exposition...) ? Comment pourrait-on renforcer la traçabilité des expositions professionnelles à des substances dangereuses ? Faut-il envisager de consigner obligatoirement les fiches d'expositions dans le dossier médical partagé et le dossier médical en santé au travail ou est-ce déjà le cas aujourd'hui ?

Bien évidemment cette traçabilité serait et a pu être un facteur important de prévention. Rappelons toutefois que ces fiches et attestations ont été supprimées par l'exécutif en 2012 puis remplacées par le supposé processus dit de « pénibilité », lui-même dégradé par les exécutifs successifs au point de devenir inexistant. Rappelons également que l'attestation d'exposition aux cancérogènes prévue à l'article D.462-25 du Code de la sécurité sociale n'est pratiquement jamais délivrée privant ainsi les travailleurs exposés aux cancérogènes d'une chance à la prévention secondaire des cancers professionnels. La substitution des CHSCT par les CSE aux moyens rachitiques contribue également à cette invisibilité des risques.

9- Dans quelle mesure les médecins du travail et les infirmiers de santé au travail participent-ils aujourd'hui à la sensibilisation à la vaccination (notamment les vaccinations recommandées pour certaines catégories de travailleurs ou les rappels vaccinaux en fonction de l'âge) ? Les médecins du travail sont-ils autorisés à prescrire des vaccins et à les administrer ? Les infirmiers de santé au travail sont-ils habilités à administrer des vaccins à des travailleurs, notamment dans le cadre de vaccinations obligatoires (par exemple hépatite B) ?

La vaccination, notamment les vaccinations recommandées pour certaines catégories de travailleurs en fonction des risques professionnels identifiés fait partie intégrante des missions préventives attribuées aux médecins et infirmiers de santé au travail. La prescription et/ou la mise en œuvre, en fonction des moyens à la

disposition des équipes médicales, ne posent aucun problème.

L'infirmière œuvre, dans le périmètre d'un protocole établi avec le médecin du travail sur prescription du médecin du travail et/ou au titre de sa fonction propre.

Si les professionnels de santé au travail apportent leur contribution aux objectifs de santé publique, celle-ci doit rester secondaire à leurs missions prioritaires de santé au travail c'est-à-dire soit à titre exceptionnel (contexte épidémique et réquisition de l'état sur une période précise) soit occasionnel (vaccination DTP).

10- Peut-on envisager que les médecins du travail puissent être autorisés à prescrire des séances d'activité physique adaptée pour des travailleurs et, si oui, sous quelles conditions ?

Cette proposition va dans le sens d'une vision très individualiste et culpabilisante du travailleur visant à considérer qu'il devrait mettre en œuvre des stratégies individuelles imposées (ou prescrites) pour faire face aux contraintes professionnelles. Ce principe va à l'encontre de tous les principes de prévention primaire sérieux basés d'une part sur la réduction des contraintes à la source (adaptation du travail à l'humain et non l'inverse) et d'autre part sur l'élaboration par les travailleurs eux même de règles collectives validées entre pairs pour faire face aux situations de travail à risque pour leur santé.

Cette mesure nie les principes de l'exercice médical et de sa vision holistique (voir définition de l'OMS et la notion de bien-être physique, psychique et social d'un individu). La question de l'exercice physique (sans commune mesure avec les risques majeurs du travail) est un aspect cependant quasi systématiquement exploré dans le cadre d'une consultation médicale ou d'un entretien infirmier.

11- Quel est aujourd'hui l'état de la réglementation en matière de droit de prescription des médecins du travail ?

Serait-il pertinent d'envisager d'assouplir ce droit afin de leur permettre de mieux s'investir dans la prévention, notamment en leur permettant de prescrire dans le cadre d'une spécialité complémentaire liée à la prévention et justifiée par un DESC (allergologie, addictologie, nutrition, médecine du sport...) ?

Le rôle exclusivement préventif des médecins du travail est justifié par les principes de bases de la Loi de 1946.

Tout acte médical requiert déontologiquement la compétence pour le pratiquer. Or les médecins du travail du fait de leur rôle exclusif de prévention pourraient ne pas avoir les compétences suffisantes pour prescrire.

Pour rappel, l'article R.4624-35 prévoit que le médecin du travail peut réaliser ou prescrire les examens complémentaires nécessaires :

- 1° À la détermination de la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, notamment au dépistage des affections pouvant entraîner une contre-indication à ce poste de travail.
- 2° Au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du travailleur.
- 3° Au dépistage des maladies dangereuses pour l'environnement professionnel du travailleur.

Si la coopération des équipes médicales de santé au travail avec les médecins de soins est tout à fait utile avec l'accord et dans l'intérêt du travailleur, dans le contexte actuel des SST ou la question épineuse de la gouvernance n'est pas traitée et où les objectifs restent influencés par les employeurs eux-mêmes, il serait imprudent d'introduire encore de la confusion dans les missions.

Autre facteur en défaveur de cette mesure, contrairement aux médecins de soins prescripteurs, le travailleur ne choisit pas son médecin du travail or le principe du libre choix du praticien est la base de la médecine dans notre pays.

12- Faudrait-il, selon vous, modifier l'alinéa 3 de l'article 11 de la proposition de loi (IV de l'article L. 1111-17 du Code de la santé publique) afin de ne pas limiter la possibilité d'accès au DMP au seul médecin du travail et de l'élargir à tout professionnel de santé chargé du suivi de son état de santé en application de l'article L.4624-1 du Code du travail, notamment les infirmiers de santé au travail ou les masseurs-kinésithérapeutes employés par le service de santé au travail

L'association SMT n'est pas convaincue qu'il faille ouvrir le DMP aux professionnels de santé au travail dans le contexte actuel où certaines questions préalables ne sont pas réglées comme la question de la clarification des missions (missions exclusives dans l'intérêt de la

santé), celle de la gestion des services de santé au travail, celle de l'inaptitude, et celle de l'indépendance réelle de l'ensemble des acteurs de prévention. Se pose également la question du libre consentement à l'acte contraint en matière de médecine du travail qui rejoint l'absence de libre choix du praticien ainsi que la situation de subordination contractuelle qui peut influencer notablement sur la liberté de choix de la salariée ou du salarié.

13- Avez-vous des observations à formuler sur les dispositions concernant le dossier médical en santé au travail ?

Ne faudrait-il pas également préciser que le médecin praticien correspondant doit avoir accès au DMST afin de le remplir lorsqu'il participe au suivi de l'état de santé du travailleur ?

Voir réponse question 12.

14- Quelles devront-êtré les garanties auxquelles devront répondre les plateformes de téléconsultation que les SPST pourront utiliser ou créer pour assurer le suivi individuel des travailleurs ? Ces téléconsultations pourront-elles être réalisées via un outil de visioconférence en accès libre choisi par le médecin du travail ou le travailleur (Zoom, Skype, GoToMeeting...) ou passeront-elles obligatoirement par des plateformes privées de télémédecine aujourd'hui conventionnées avec l'assurance maladie ?

Il faut rappeler que la téléconsultation a un intérêt manifeste dans le cadre très précis de certains échanges avec le travailleur (entretien de mi-parcours entre deux consultations de santé au travail pour faire le point sur l'effectivité d'un aménagement de poste par exemple, ou informations au sujet de résultats d'examen complémentaires...) ou de situation géographique d'isolement ponctuel, ou de certaines situations d'impossibilité de déplacement pour raison de santé (travailleurs en situation d'invalidité 3^e catégorie pour lequel il faudrait aller vers une procédure d'inaptitude).

Elle ne peut être pertinente que si la relation de confiance avec le praticien est préalablement construite (ce qui implique un historique de consultations en santé au travail organisées dans un cadre classique de cabinet médical) et en complément d'un examen médical mené dans les règles de l'art. L'expérience de la continuité d'activité pendant la crise sani-

taire nous a démontré les limites de ces nouvelles technologies qui ne permettent pas de détecter tous les signaux du côté de la communication non verbale et de l'examen clinique.

Les plateformes de téléconsultations doivent répondre à des garanties optimales de confidentialité spécifiques à l'exercice médical.

15- Peut-on imaginer que des téléconsultations entre le médecin du travail et le travailleur puissent associer le médecin traitant ou le médecin spécialiste (par exemple, oncologue en cas de traitement pour un cancer) ou même d'autres professionnels qui ne soient pas forcément des professionnels de santé (par exemple, les intervenants en prévention des risques professionnels comme les psychologues, les toxicologues ou les ergonomes...), avec l'accord du travailleur ?

Cette possibilité doit-elle être actée dans la loi ou peut-elle être envisagée par voie réglementaire (ou conventionnelle) ?

La téléconsultation n'est qu'un outil technologique permettant d'échanger à distance. Le cadre juridique du colloque singulier avec le travailleur ne doit pas être modifié parce que l'outil de communication est différent.

Les conditions de coopérations avec les autres acteurs de prévention doivent être définies au préalable (objectif, respect des règles déontologiques et de métier de chacun des acteurs, accord du travailleur...) .

Nul besoin de légiférer puisque l'outil ne doit en aucun cas modifier la pratique et le cadre réglementaire.

16- La mise en place de cellules pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) au sein des SPSTI a été préconisée par plusieurs rapports et appelée de leurs vœux par les partenaires sociaux. La proposition de loi vous semble-t-elle suffisamment ambitieuse sur ce point ?

Les cellules auront-elles la capacité d'identifier les situations individuelles problématiques, comme le prévoit le texte ?

La problématique de la désinsertion professionnelle relève de certains aspects qui ne sont pas du tout pris en considération dans les dernières mesures réglementaires :

Cela impliquerait :

- ♦ Une prise en compte des recommandations de prévention primaire et de réels moyens pour favoriser la transformation des conditions de travail quand cela est nécessaire : aucune mesure sérieuse ne va dans ce sens dans les dernières « réformes » ou Loi de « modernisation ».
- ♦ Un suivi médical régulier tout au long de la carrière pour détecter au plus tôt les signes de désadaptation et pouvoir faire des propositions d'aménagement adaptées. Les dernières mesures législatives vont dans le sens d'un recul évident du suivi médical.

Le vécu des professionnels de santé au travail actuellement est plus celui d'une non prise en compte des préconisations face aux situations individuelles problématiques plutôt que celui d'un manque de moyen pour faire un diagnostic médico professionnel de risque d'exclusion du monde du travail.

Il n'est pas raisonnable de penser que la création de « cellules » suffira à réduire l'exclusion des plus précaires et des victimes de mauvaises conditions de travail, sans compter que celles-ci existaient déjà de manière informelle par les liens de coopérations tissés avec les acteurs de proximité géographique (ex. MDPH, CAP Emploi, services sociaux CPAM...)

Se pose également la qualité des membres de cette instance et l'éventuelle atteinte au droit de la vie privée que l'on nomme secret médical et qui est définie par l'article L.1110-4 du Code de la santé publique. En effet les conditions strictes d'accès en santé au travail empêchent toute personne non autorisée par exemple des préposés de l'employeur d'y avoir accès sous peine de poursuites pénales.

17- Le texte ne mentionne pas la composition des cellules PDP. Des exigences minimales ne devraient-elles pas être définies dans la loi, s'agissant notamment de leur coordination ?

Voir réponse question 16.

18- L'article 14 bis, qui prévoit des échanges d'information entre les cellules PDP et le service du contrôle médical des caisses de Sécurité sociale, peut-il selon vous contribuer à améliorer la détection des risques de désinsertion professionnelle ? Faut-il assortir cette procédure de précautions supplémentaires ?

Voir réponse questions 12 et 16.

19- Quel est votre sentiment sur la mise en place du médecin praticien correspondant ? Êtes-vous favorable au maintien de l'interdiction du cumul entre la fonction de MPC et de médecin traitant ?

Il s'agit d'une mesure visant à sous-traiter l'activité des médecins du travail à la médecine de ville déjà surchargée par la demande de soin.

Les médecins de soins ont vu émerger ces dernières décennies de nombreuses pathologies directement en lien avec les contraintes du travail. Ils sont donc souvent amenés à échanger avec le médecin du travail, comme pour tout autre spécialiste, *via* le patient concerné, dans l'intérêt exclusif de sa santé. Ils ont donc un rôle propre à jouer mais n'ont évidemment pas la connaissance ni les compétences d'un spécialiste en santé au travail.

Cette mesure serait dévalorisante pour les jeunes médecins s'engageant dans la spécialité santé au travail et serait discriminante pour les travailleurs selon qu'ils seraient suivis par un spécialiste en santé au travail ou en médecine générale.

Rappelons que l'exercice de la médecine du travail est conditionné à un internat de spécialité qui assure les compétences pour cet exercice. Il est donc particulièrement inapproprié d'y substituer des praticiens d'une autre spécialité. Accepteriez-vous d'être opéré à défaut de chirurgien par un médecin biologiste ?

20- Ne faudrait-il pas préciser que le recours au médecin praticien correspondant doit s'inscrire dans le cadre d'un protocole de coopération conclu avec le SPST, le cas échéant préalablement validé par l'inspection du travail et/ou l'ARS (notamment pour les modalités de prise en charge par le SPST ou l'employeur de la consultation du MPC) ?

L'association SMT défend l'idée que l'exercice de la santé au travail est une vraie spécialité nécessitant à la fois des compétences théoriques spécifiques et l'élaboration d'une pratique reposant sur des règles de métier construites ces dernières décennies. L'association n'est donc pas favorable à un processus de sous traitance de cette activité.

21- Ne pourrait-on pas prévoir la possibilité pour le médecin praticien correspondant de recourir également à la télémedecine, avec l'accord du travailleur, dans le cas où le SPST aurait mis en place un système de téléconsultation ou conclu une convention avec une plateforme de télémedecine ?

Voir réponse question 20 et 14.

22- Quel regard portez-vous sur les dispositions du texte relatives aux différents examens médicaux dont peuvent bénéficier les salariés ?

L'organisation d'une visite de mi-carrière pour tous les salariés l'année de leurs 45 ans vous semble-t-elle pertinente ?

Est-ce réaliste compte tenu de la ressource en médecins du travail ?

L'entretien de liaison pour les salariés en arrêts de travail long vous semble-t-il de nature à permettre une lutte plus efficace

contre la désinsertion professionnelle ?

La présence obligatoire du SPST à cet entretien vous semble-t-elle pertinente ?

Les dernières « réformes » et lois de « modernisation » n'ont pas cessé de réduire les possibilités de suivi médical et d'échanges entre les travailleurs et leur médecin du travail jusqu'à supprimer totalement ces consultations pour certains d'entre eux dans une période où les effets du travail sur la santé n'ont jamais été aussi importants.

Faut-il raisonner sur les ressources en médecin du travail (qui certes sont aujourd'hui très affaiblies du fait d'une non anticipation ou d'une pseudo organisation) ou en terme de besoin de santé ?

Le principe de consultations en santé au travail régulières a des vertus préventives incontestables (lien de confiance entre le travailleur et son médecin ou l'infirmier, connaissance précise du parcours professionnel, connaissance de l'environnement et du collectif de travail...) et pourrait permettre très efficacement la prévention de la désinsertion professionnelle dans de nombreuses situations si les recommandations médicales étaient mises en œuvre.

La proposition d'une visite à 45 ans est peu réaliste et la probabilité de pouvoir en faire un outil efficace est faible. D'autre part en fonction de chaque situation de travail et de chaque parcours professionnel, le risque de désinsertion ne survient pas au même âge. Pour ce qui concerne les arrêts de travail longs, la visite de reprise existe déjà.

Ne faut-il pas plutôt renforcer la formation des médecins et des infirmiers en santé au travail (sur la plan qualitatif et quantitatif), renforcer leur indépendance professionnelle et l'attractivité pour la profession ?

23- L'inscription à l'article 22 de la proposition de loi d'une répartition aussi stricte du temps de travail du médecin du travail ne sera-t-elle pas problématique (quand bien même cette obligation figure déjà à l'article R.4624-4 du Code du travail) ?

Ne pourrait-il pas arriver que, dans certains cas, plus du tiers de son temps de travail doive être consacré aux actions en milieu de travail ?

Dès lors, ne faudrait-il pas prévoir plutôt que le médecin du travail consacre « au moins » un tiers de son temps de travail aux actions en milieu de travail ?

Il est essentiel que le médecin du travail puisse conserver une activité en milieu de travail afin d'enrichir son analyse et la pertinence de ses diagnostics individuels et collectifs en santé au travail. La problématique est surtout liée à l'effectivité de ces dispositions qui dépendra des moyens accordés par les SST pour cela. En l'état le texte paraît spécialiser les IPRP à la prévention sécurité du point de vue des entreprises. Cela prive par conséquent la médecine du travail de moyens indispensables et impose au médecin du travail et à l'infirmière en santé au travail de se substituer à ces spécialistes du champ. Ainsi alors que la présence d'IPRP était un facteur de qualité des prestations en prévention primaire médicale leur « détournement » impose la mission impossible de tiers temps dans un contexte évident de surcharge. Nous estimons qu'il faut réintégrer les IPRP dans les équipes pluridisciplinaires et les positionner exclusivement dans le secteur de la prévention médicale primaire.

24- Plutôt qu'une obligation d'un tiers du temps de travail du médecin du travail consacré aux actions en milieu de travail, ne serait-il pas préférable de privilégier une exigence globale pour l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail (rassemblant tous les professionnels de santé et les préventeurs) d'au moins un tiers des interventions effectuées auprès d'une entreprise adhérente qui doivent être réalisées en milieu de travail ?

Cette question d'un temps minimum dû à une entreprise adhérente évoque la notion de service dans le cadre d'un échange commercial. Elle est en décalage avec la notion de préservation de la santé qui repose sur une identification des besoins, indépendamment de tout contrat commercial.

25- Quel est votre sentiment sur les dispositions relatives au statut de l'infirmier de santé au travail ? Identifiez-vous des manques concernant ce statut ?

Le métier d'infirmier en santé au travail a beaucoup évolué ces dernières années pour aller vers des pratiques spécialisées très pertinentes. Il serait temps que

ces professionnels puissent bénéficier de formations diplômantes et reconnues. Malheureusement, l'indépendance professionnelle des infirmières et infirmiers ne pourra être garantie que lorsqu'elles ou ils disposeront d'un statut protégé.

26- Ne faudrait-il pas préciser dans la loi que l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de santé au travail peut résulter d'une validation des acquis de l'expérience dans des conditions définies par arrêté ?

La validation des acquis de l'expérience peut être une manière de reconnaître les compétences des infirmiers en santé au travail. L'association SMT est plus préoccupée par leurs conditions d'exercice et leurs statuts de travailleur protégés insuffisants.

**27- À l'article 24, en matière de délégation de tâches au sein des SPST, n'y a-t-il pas un danger à lister dans la loi les professionnels susceptibles de participer aux équipes pluridisciplinaires de santé au travail (quid dans ce cas des allergologues, des addictologues, des diététiciens...) ?
L'article L. 4622-8 du Code de la santé publique en vigueur, permettant le recrutement de professionnels après avis du médecin du travail ne suffit-il pas à cet égard ?**

Cette disposition fait référence à une approche préventive basée sur la personne (le travailleur) plutôt que le risque et basée sur l'individu plutôt que sur le collectif. (Adapter l'individu au travail plutôt que d'adapter le travail à l'individu). Il y a un risque évident de dérive à multiplier les spécialistes médicaux et paramédicaux

dans les services de santé au travail dans le contexte actuel ou l'approche médicale ne peut être qu'instrumentalisée.

28- Avez-vous d'autres observations ou propositions à formuler sur la proposition de loi ?

En l'état, cette nième réforme vient confirmer le glissement d'un système de prévention de la santé au travail dont les fondements avaient comme objectif d'éviter l'altération de la santé du fait du travail (mission d'ordre public social) vers un fonctionnement des services de santé au travail de type « prestation » au service des entreprises et visant à leur assurer une sécurisation juridique.

Aucune mesure n'est prévue en faveur de la transformation des conditions de travail, seule issue pour éviter l'exclusion du monde du travail des plus précaires et des victimes de mauvaises conditions de travail.

La protection de l'ensemble des acteurs de prévention, dans leur rôle de conseil et de lanceurs d'alerte doit absolument être abordée. En lien direct avec ce point, plusieurs questions restent en attente de réponse comme celle de la gestion des services de santé au travail ou de l'inaptitude médicale, largement remise en question dans la profession.

La dilution des missions de santé au travail dans un pot commun de missions de santé publique (addiction, nutrition, obligations vaccinales...) et l'approche individualiste de la prévention prévues dans ce texte ne pourront que participer encore à l'invisibilité des atteintes à la santé du fait du travail.

PLAINTÉ D'UN TIERS AU CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS CONTRE UN MÉDECIN DE PRÉVENTION DE LA FONCTION PUBLIQUE

Alain CARRÉ

Cette plainte qui a eu une issue favorable pour des raisons de droit en lien avec son irrecevabilité, dans un cadre que nous exposerons, malgré l'absence d'analyse sur les faits par le conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM), mérite qu'on s'attache néanmoins au fond.

En effet, l'exposé des avocats du plaignant développe l'obstination, confirmée par plusieurs arrêts, que les éléments convergents (que nous appelons le faisceau d'indices cliniques) seraient insuffisants pour permettre au médecin du travail de conclure à l'existence d'un risque.

LES FAITS À L'ORIGINE DE LA PLAINTÉ

Médecin de prévention dans la fonction publique, le D' X..., est l'objet d'une plainte auprès du conseil départemental de l'Ordre des médecins dont il relève. Cette plainte est déposée par un chef de service de l'administration de son secteur d'activité qui est déféré devant une instance disciplinaire interne à l'administration pour des faits supposés de maltraitance du personnel qui est sous son autorité.

Cette procédure a été initiée suite à un signalement au responsable de l'administration par le médecin de prévention.

Dans ce document le médecin décrit des altérations de la santé d'agents qui se plaignent des maltraitances de leur chef de service et de leurs conséquences sur les relations entre les personnels de ce service. Il constate des effets sur la santé que les agents imputent à cette situation.

Une enquête est diligentée et deux inspecteurs de l'administration concernée entendent les agents et le médecin de prévention. Lors de chaque audition un procès-verbal est rédigé et signé par le témoin interrogé y compris par le médecin de prévention.

À l'issue de l'enquête le chef de service est mis à l'écart du poste qu'il occupait et réintégré dans son corps d'origine. Il conteste la décision prise auprès du Conseil d'État et dépose plainte auprès du CDOM contre le médecin de prévention d'une part concernant le signalement initial mais également concernant le procès-verbal de témoignage.

L'ARGUMENTAIRE À L'APPUI DE LA PLAINTÉ

Cet argumentaire exploite les décisions constantes du Conseil d'État qui dénie aux médecins du travail la capacité de faire le lien entre les constats convergents des plaintes et des atteintes à la santé et les risques professionnels notamment lorsqu'ils sont psychosociaux dans la mesure où il n'en a pas été témoin.

Or, tout diagnostic médical est une construction qui relie un faisceau d'indices cliniques (l'anamnèse, les données de l'examen) à une étiologie.

La clinique médicale du travail applique ce principe en matière de risque psychosocial. Ici l'existence de témoignages convergents et l'inflation de pathologies, notamment avec risque de passage à l'acte, en lien avec ces témoignages et le comportement de la personne maltraitante sont à l'origine du diagnostic de risque.

Ce signalement est parfaitement impartial puisqu'il est écrit au conditionnel et les rapports des patients cités

en tant que tel. Ainsi il ne préjuge en rien des responsabilités individuelles éventuelles de la personne qui porte plainte et dont l'enquête administrative démontrera ou non l'implication. De plus « techniquement » le signalement décrit très précisément le faisceau d'indices cliniques (notamment des constats de pathologies) qui le justifie.

Ce signalement s'inscrit dans le cadre de l'article L.4624-9 du Code du travail qui impose au médecin le signalement (« *Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose...* »), ne lui laissant ainsi aucune initiative de ne pas le faire. Il s'agit par conséquent d'une obligation réglementaire.

Cela signifie qu'en cas d'abstention et de conséquences le médecin du travail n'aurait pas répondu à son obligation réglementaire et de moyen et par conséquent devrait en assumer les conséquences. La forme du signalement est prescrite par le texte : « *par un écrit motivé et circonstancié* » Ce qui est le cas de cet écrit strictement conforme.

L'objet est de proposer : « *des mesures visant à la préserver.* » C'est ce que propose le présent signalement « *Il serait souhaitable qu'une enquête de CHSCT soit menée pour mettre à jour ces agissements et analyser les conditions de travail de chacun. Un plan d'action adapté devra être proposé pour amender la situation et ses effets ; et assainir le climat.* »

L'article 223-6 du Code pénal définit le délit de non-assistance à personne en péril. L'obligation de porter secours est renforcée pour les médecins par l'article 9 du Code de déontologie médicale (R.4127-9 du Code de la santé publique). Considérant les effets de la situation putative qu'il décrit, et si des conséquences survenaient, le médecin serait susceptible d'être coupable de ce chef d'inculpation du fait de son éventuelle abstention de cette obligation pénale et déontologique.

La plainte est aussi explicitement motivée par le procès-verbal d'audition du médecin de prévention. Cela paraît inapproprié puisque si le témoignage était contesté il ne pourrait l'être que devant une juridiction d'appel. La saisine du CDOM sur le témoignage paraît donc abusive.

LES SUITES DONNÉES PAR LE CDOM

Suite à la réception de la plainte le CDOM constate son incompétence à recevoir la plainte. En effet le médecin de prévention « *a le caractère d'une fonction publique au sens des dispositions précitées du Code de la santé publique* » Et il indique alors au médecin poursuivi : « *Nous vous précisons que les médecins chargés*

d'un service public et inscrits au tableau de l'Ordre ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance, à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le ministre chargé de la Santé, le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, le procureur de la République, le Conseil National ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit ».

Il pourrait donc se substituer au plaignant. Le CDOM propose alors une réunion de « *médiation* ». L'avocat du médecin de prévention constate qu'une telle réunion implique, en droit, que le médiateur n'ait pas de pouvoir. Or, le CDOM peut reprendre la plainte à son compte ce qui le disqualifie comme médiateur. Toutefois, sur l'insistance du CDOM cette « *médiation* » aura finalement lieu.

Le médecin de prévention sera mis en demeure de rédiger une déclaration pour obtenir l'assurance que le CDOM ne le poursuivrait pas : « *Le Dr X... reconnaît qu'en réponse aux questions qui lui ont été posées dans le cadre de l'inspection (...) (il) n'a fait qu'exprimer une opinion personnelle. Sur le reste des réponses, le Dr X... reconnaît (avoir) oublié de préciser qu'il s'agissait de propos rapportés et non constatés par (lui-même).* »

Ainsi, une nouvelle fois une instance censée représenter, aussi, les médecins du travail nie la possibilité d'un diagnostic fondé sur des témoignages convergents de souffrance et l'observation de pratiques managériales délétères.

Au-delà d'une position idéologique, cela révèle une méconnaissance de la clinique médicale du travail particulière aux praticiens en médecine du travail. Cette clinique demeure incompréhensible par des praticiens dont l'exercice est uniquement centrée sur le patient dans son individualité et incapable d'analyser les constats collectifs de souffrance et leur étiologie.

Notre association avait déjà constaté ce déficit dans les recommandations HAS sur les risques psychosociaux et leurs effets, notamment sur l'épuisement professionnel,¹ sur lesquelles nous avons exprimés un avis critique².

L'attitude de ce CDOM confirme cette méconnaissance préjudiciable. Il serait temps que la médecine de soin mette à jour ses connaissances en matière de clinique médicale du travail.

.....
1- HAS, Fiche mémo, Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, mars 2017 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf

2- Voir la réponse que nous avons adressée, publiée dans le *Cahier SMT N°33* : <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-33/33.1.08-Reperage.burn.out.a-SMT.pdf>

L'ALERTE DE RISQUE COLLECTIF

UNE PRATIQUE FONDATRICE EN PÉRIL

Alain CARRÉ

L'association SMT est née de la volonté de médecins du travail de réfléchir sur l'exercice de la mission d'ordre public social confiée à leur corps professionnel.

En effet, l'héritage de « l'État français » à l'origine de l'institution, notamment la notion d'aptitude, influençait l'exercice et le faisait pencher vers un dépistage de supposées vulnérabilités individuelles au regard des risques et la recherche d'une conformité au « profil de poste » prédéterminé.

C'est, notamment, contre cette adaptation du travailleur ou de la travailleuse au poste de travail et par l'inversion de cette perspective que la communauté de réflexion sur le métier s'est cristallisée dans cette association.

Les pratiques nouvelles en discussion ont bénéficié d'avancées réglementaires favorables :

- ♦ la traduction des directives européennes dans le code du travail imposaient aux employeurs des principes de prévention et parmi eux l'adaptation du travail à l'Homme ;
- ♦ la création des CHSCT allait permettre aux travailleuses et aux travailleurs d'avoir les moyens de devenir des actrices et des acteurs de prévention, notamment en permettant l'irruption du travail réel dans les débats ;
- ♦ l'émergence dans la réforme du Code de la santé publique de droits de patients s'appliquaient aussi aux salariés ;
- ♦ une jurisprudence de la Cour de cassation imposant aux employeurs une « obligation de sécurité de résultat » faisait pencher la balance vers la prévention primaire des risques professionnels, cœur de la mission des médecins du travail.

C'est dans ce contexte qu'il faut replacer ce que les membres de l'association ont nommé, l'alerte de risque collectif. Il suffit, sur le site de l'association, de taper le mot « alerte », dans le module de recherche, dans les *Cahiers SMT* ou les livres publiés par l'association, pour démontrer l'extrême présence de cette pratique dans les débats.

Rapidement, dans la foulée de la mise en place des CHSCT, est apparue la notion d'alerte de risque collectif.

En effet pour rompre avec la sélection individuelle sur les critères de santé et en s'appuyant sur la nature de leur mission, des débats s'organisèrent autour des questions collectives de prévention.

« Éviter toute altération de la santé du fait du travail » commence bien évidemment par le repérage des étiologies de cette altération.

C'est ainsi que sont nées des pratiques :

- ♦ de détection des dangers et des risques ;
- ♦ de repérage de leurs effets supposés ou réels.

C'est notamment autour de la création de fiches de poste que se cristalliseront ces pratiques. Apparaîtront au début des années 1990 dans les entreprises et sur les sites professionnels des fiches de poste élaborées collectivement par les médecins du travail. Dans certains cas elles s'adosseront à des matrices emploi-exposition.

Il faudra attendre 2012 pour que cette mission d'analyse des risques soit explicitement inscrite dans le code du travail, dans le titre réservé aux « actions du médecin du travail en milieu de travail »¹.

.....
1- Article R.4624-1, Version en vigueur du 1^{er} juillet 2012 au 1^{er} janvier 2018

En premier lieu ces analyses nourriront des alertes sur des risques environnementaux emblématiques tels l’amiante et les cancérigènes et les troubles musculo-squelettiques.

Ces alertes permettront aux victimes de revendiquer leurs droits à la réparation en facilitant leur déclaration de maladie professionnelle.

Conformément à la déontologie médicale, dire le risque à la patiente ou au patient est un devoir du médecin. Dès lors que l’étape de l’identification et de la formalisation des risques est franchie, il convient, lors des visites, d’informer la salariée ou le salarié des risques professionnels qu’elle ou qu’il court au poste de travail. Ce que nous appelons l’alerte individuelle va donc de soi pour tout médecin. S’en abstenir c’est engager sa responsabilité personnelle. C’est toutefois l’analyse des risques collectifs qui facilite ce devoir.

Ce qui est spécifique à l’association est l’extrême précocité des débats sur les pratiques d’alerte collective. L’alerte de risque collectif est qualifiée comme une pratique efficace d’obtenir la prévention d’un ou de plusieurs risques par leur mise en visibilité dans l’espace public de l’entreprise et les débats à la fois sur la réalité et l’intensité du risque mais également sur les possibilités de le prévenir.

Les intervenants insistent sur la nécessité pour le médecin du travail de promouvoir exclusivement une prévention primaire et de laisser l’arbitrage sur le niveau de prévention aux débats entre acteurs sociaux. L’alerte du médecin du travail n’est pas seulement la dénonciation du ou des risques mais une approche de leur existence « dans le détail » notamment en matière de travail réel.

L’essor de la pratique d’alerte devient plus important encore quand se mettent en place des méthodes délé-

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

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

tères d’organisation du travail qui génèrent, ce qu’on nomme dorénavant, les risques psychosociaux. À côté de ce que les participants appellent « l’alerte de risque environnemental », se précise de plus en plus « l’alerte de risque psychosocial ».

À partir du début des années 2000 les débats portent souvent sur l’étiologie du risque mais aussi sur la manière de le mettre en visibilité dans l’entreprise.

Cette mise en visibilité a bien entendu pour but d’en promouvoir la prévention mais aussi, et le consensus est quasi immédiat, dans ce cadre spécifique, de donner acte aux victimes de ces risques, qu’elles ne sont pas responsables de la souffrance qu’elles ressentent et qu’elles ne sont pas seules à la ressentir. C’est ainsi à l’honneur des médecins de *France Télécom* d’avoir compris cette spécificité lors de leur alerte sur la vague de souffrance générée par la gestion des ressources humaines de cette entreprise. On remarquera, alors que ces médecins du travail ne soient pas membres de l’association, que l’alerte devient une pratique professionnelle avérée en médecine du travail.

C’est en 2011 que l’alerte, qui est l’aboutissement de près de trente années de réflexion sur les pratiques, va être traduite dans le Code du travail dans les articles L.4624-3² puis L.4624-9.

Ce sont paradoxalement les mesures pour préserver la santé qui sont l’objectif du signalement exigé par le texte et non le risque signalé. Le débat de la communauté de travail et notamment l’examen de la réalité du travail sont éludés au profit d’un avis sapiteur sur de supposées mesures de prévention. Il y a là une hypocrisie à déverser les responsabilités d’employeur sur le médecin du travail. La parade est de conseiller à l’employeur de s’entourer d’avis pertinents en matière de prévention. Le côté positif est d’une part l’obligation de réponse de l’employeur et la transmission des écrits au CHSCT et au service prévention des CARSAT et à l’inspection du travail.

.....
2– Article L4624-3, Version en vigueur du 19 août 2015 au 1er janvier 2017

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

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

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

III.-Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l’employeur, prévues aux I et II du présent article, sont transmises au comité d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, aux délégués du personnel, à l’inspecteur ou au contrôleur du travail, 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. »

C'est la stratégie d'occultation des risques des employeurs qui est mise en péril et l'embellie ne durera qu'un temps. Le législateur complice s'efforcera de mettre un frein à ces réformes par un retour vers le passé qui allait détruire ces avancées médico-sociales.

Plus globalement, va se mettre en place un rapport de force défavorable où l'emploi prime sur la santé au travail et où les droits notamment en matière de secret médical sont compromis.

Le CHSCT, outil essentiel de ce rapport de force en santé au travail va être supprimé et remplacé par le comité social et économique, le dernier terme prenant le pas sur le premier, et ses moyens d'investigation et d'analyse en santé au travail rendus inexistantes.

De nouvelles jurisprudences notamment celles de la cour de cassation vont s'efforcer d'affaiblir les obligations de l'employeur en matière de prévention.

Parallèlement, le législateur a mis en œuvre une politique d'étouffement des médecins du travail par les effectifs et l'inflation des tâches. Cette politique culmine dans la loi du 2 août 2021, récemment promulguée, qui prive les médecins du travail de moyens d'analyse. Elle a été préparée par un Accord National Interprofessionnel dont on peut se demander si les signataires syndicaux ont bien pesé toutes les implications négatives en matière de santé au travail : on a la santé au travail qu'on mérite.

Déjà, la loi « travail » avait mis en place un espacement des visites et leur dévolution à d'autres professionnels de santé. Ainsi l'absence de contact régulier du médecin du travail avec les travailleuses et les travailleurs prive l'analyse du travail de l'expression du vécu du travail que permettaient ces visites.

Depuis la nouvelle loi, dans les « services de prévention et de santé au travail » qui deviennent des sociétés « de service », encadrées par des normes commerciales et dédiées exclusivement à l'appui aux employeurs, la « prévention de la désinsertion professionnelle » devient le pivot réglementaire de l'action du médecin du travail.

La prévention primaire médicale n'est plus qu'une toile peinte. Elle est remplacée par des actions alibi de soi-disant « santé publique » par exemple des « actions de sensibilisation aux bénéfices de la pratique sportive ». Le risque n'est plus collectif et lié au travail: il est individuel et issu de mauvaises habitudes personnelles.

Les IPRP, dont la compétence éclairait le médecin du travail, sont dorénavant quasi exclusivement chargés de tâches d'agent de sécurité des employeurs.

Dans ces conditions, l'alerte de risque collectif paraît un objectif impossible à atteindre.

Ce que notre association a contribué à construire et qui constitue, à nos yeux, une pratique fondamentale de prévention primaire médicale : identifier les dangers et les risques, en dépister les effets, et susciter dans l'espace public de l'entreprise un débat sur la prévention effective de ces risques, est devenu une mission impossible.

Dans ce contexte, le devoir d'alerte est devenu un piège puisque, dans l'impossibilité de l'accomplir, le médecin du travail est un fusible en responsabilité de l'employeur qui pourra toujours affirmer que le médecin du travail ne lui avait pas signalé le risque.

La crainte est que se mettent en place, chez les médecins du travail, dans ce rapport de force défavorable qui les accule à l'impuissance, des stratégies défensives (au sens psychodynamique du terme), de dépistage de supposées vulnérabilités personnelles que facilitera l'accès au DMP, de sélection médicale de la main d'œuvre et de minimisation des risques.

L'objet de cette contribution n'est pas la déploration, mais la dénonciation. C'est un appel à la résistance collective sur les bases fondamentales de nos pratiques d'un métier qui est au cœur des droits fondamentaux à la protection de la santé.

PROJET DE BIOGRAPHIES PROFESSIONNELLES DE MÉDECINS DU TRAVAIL SÉNIORS DU RÉSEAU SMT

Compte rendu de la réunion du 19 mai 2021

Alain RANDON

LE CONSTAT

Dans le contexte de la disparition du métier de médecin du travail, il apparaît nécessaire à l'association *Santé et Médecine du Travail* de donner à voir la pratique de praticiens qui ont à un moment ou un autre contribué à la constitution de notre réseau.

ÉCRIRE POUR QUI ?

Le public ciblé : les médecins du travail, mais plus largement des lecteurs qui s'intéressent à la santé au travail. Il faut donc intégrer cela de façon à ce que l'écrit puisse servir de ressources à des gens qui ne soient pas médecin du travail.

L'OBJECTIF ÉTANT DÉFINI, COMMENT PROCÉDER À SA MISE EN ŒUVRE ?

Tout d'abord par la constitution au sein de l'association d'une « Commission Histoire » qui pilotera le projet. Elle comprend actuellement sept membres : Benoît De Labrusse, Alain Carré, Annie Deveaux, Dominique Huez, Gérard Lucas, Gilles Seitz, Alain Randon.

Sa composition pourra évoluer. Ses membres seront les contacts des auteurs sollicités. Elle sera l'organe décisionnel de la publication des textes. Ces textes seraient des biographies de médecins du travail seniors.

LE PRINCIPE

En préalable, les auteurs devront avoir eu une pratique clinique. À partir de sa biographie personnelle, l'auteur donnera à voir ce qui l'a amené à se déployer dans la médecine du travail, ce qu'il a envie d'en dire et qui donne à comprendre son engagement.

DÉFINISSONS LE CŒUR DE L'ÉCRITURE

Ce qui au travers de ce parcours est susceptible de donner à penser des pratiques professionnelles à d'autres personnes, même si elles ne font pas de médecine du travail ou de donner à comprendre des pratiques de médecins du travail.

Faisons une liste « à la Prévert » des points que l'on aimerait bien aborder.

- ♦ La clinique médicale du travail.
- ♦ L'Alerte, donner à voir dans l'espace public interne ou externe.
- ♦ Travailler avec des pairs médecins, dans son service, des paramédicaux, des IPRP.
- ♦ Travailler en réseau au sens large.
- ♦ La conception que l'on a du conseil à l'employeur.
- ♦ Les rapports que l'on doit forcément avoir avec la représentation du personnel : DP, CHS-CT selon les structures.
- ♦ Les rapports avec les médecins traitants.
- ♦ La question du secret médical, du secret partagé, la transmission des informations.
- ♦ Les traces du médecin, au sens large, et au sein du dossier médical.
- ♦ L'Aptitude.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Ou sous une autre approche :

- ♦ Dans la temporalité de l'exercice de collègues, qu'auraient-ils envie de souligner, de faire émerger

à travers leurs pratiques ou, en fin de compte, comment ayant compris quelque chose cela a fait basculer leur pratique.

- ◆ Ainsi la découverte de la question du travail, du travailler, des alertes, qui a entraîné un tournant dans leur vie professionnelle. De même le caractère risqué de l'exercice, le fait de dire le lien entre pathologie et travail.
- ◆ Il est, en effet, très rare que quelqu'un d'engagé n'ait pas eu maille à partir d'une façon ou d'une autre du fait de son activité, que ce soit des stratégies de plaintes, de menaces directes, de sanctions pour faute.
- ◆ La finalité est de permettre aux collègues de faire émerger quelque chose de trente ans d'exercice, les moments de fierté qui ont marqué leur vie, la temporalité de l'émergence de concepts, de pratiques essai-erreur, qui font que le Réseau SMT est ce qu'il est aujourd'hui.
- ◆ Quelqu'un qui écrit devra forcément parler de lui. Sa biographie pourra être illustrée par des références à des pratiques très concrètes, diverses dans les modalités d'écriture : références à des fragments de textes écrits, des histoires précises.

Au total, on ouvre des questions qui seront des alinéas autour de quelques thèmes :

- ◆ Les pratiques professionnelles.
- ◆ Les trajectoires individuelles.
- ◆ Le travailler ensemble.
- ◆ La question sociale.

LES MODALITÉS D'ÉCRITURE

Elles peuvent être diverses :

- ◆ Soit à partir d'un texte écrit et on restructure le texte par des questions.
- ◆ Soit un long texte comprenant tous les incontournables que l'on voudrait aborder. Mais il serait alors nécessaire de parsemer le texte de sous-titres, de manière à ce que la lecture soit fluide.
- ◆ Une autre modalité serait de solliciter les auteurs en leur donnant un cadre sous forme de questions type interview, ce qui pourrait faciliter la réflexion individuelle, et la réponse.

COMMENT TRAVAILLER

À partir d'une liste préétablie, des auteurs seront sollicités par un courrier de la *commission Histoire* de l'a-SMT qui leur expliquera le projet. Chaque auteur aura un interlocuteur privilégié au sein de la *commission Histoire*. L'auteur échangera avec cet interlocuteur sur l'écrit. Tout ce qui sera écrit le sera par l'auteur.

On attachera une importance à la fluidité du texte et à sa compréhension. La biographie pourra être introduite par une préface de l'association, qui abordera l'originalité, la spécificité de la contribution.

La temporalité du projet serait de deux à cinq ans. La diffusion des biographies se fera progressivement, soit dans les *Cahiers SMT*, soit sur le site de l'association a-SMT.org, index pratiques professionnelles.



*Chère lectrice, cher lecteur,
L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du CAHIER annuel — 5 000 € (impression et routage) — pour un tirage à 500 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.*

Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle.

Voir en page 67

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

MÉDECIN DU TRAVAIL

UN MÉTIER DE MILITANT EN SANTÉ

Alain CARRÉ

Cette biographie professionnelle est née d'une demande de la société d'ergonomie de langue française qui recense sur son site des biographies professionnelles dans lesquelles l'ergonomie a joué un rôle important. C'est le cas ici, mais c'est le côté de l'engagement du point de vue exclusif de la santé, militant de ce point de vue, identifié par Nicolas Dodier, que j'ai tenu à faire figurer au premier plan.

Ce que j'ai essayé de montrer c'est que cette pratique parfois difficile est parfaitement conforme à l'exercice de la déontologie médicale et au cœur du métier.

Dans la droite ligne de notre devise commune : « Les médecins du travail ne sont ni des héros, ni des zéros », la construction d'un rapport de force, dans ce milieu défavorable par définition à la prévention primaire, passe, outre la compétence nécessaire dans des domaines divers, par la mise en visibilité et l'affirmation constante de notre volonté d'accomplir notre mission d'ordre public social. Sans cette position explicite et des actions qui y soient conformes il est impossible d'obtenir la confiance des femmes et des hommes au travail qui sont nos patients et par conséquent d'exercer la médecine.

Enfin, il me faut également préciser que jusqu'à la mise en place de la destruction des entreprises du secteur de l'énergie, le souci partagé de la santé des acteurs sociaux et l'existence d'un corps professionnels de médecins du travail ayant investi dans le travail collectif entre pairs et dans des pratiques de partage d'expérience a rendu possible ce versant militant de l'exercice. Cela est devenu difficile à partir de la déstructuration de l'entreprise et de l'affaiblissement du travail collectif et de la cohésion entre professionnels.

J'ai postulé, en 1974, dans un service interentreprises de l'ouest parisien que j'ai quitté avec fracas, trois mois après, devant les normes de durée de visite médicale qu'imposait le médecin chef. Puis, jusqu'en 1975, j'ai occupé divers postes dans des services autonomes : celui d'une grande entreprise d'import-export, un commerce de photocopieur. Et depuis 1975 dans une municipalité de banlieue « de droite » qui recherchait un médecin du travail, ce qui n'était pas obligatoire à l'époque. C'est sur l'atelier des peintres, à la fois vestiaire, lieu de préparation des mélanges et de nettoyage des pinces, que le conflit est né. Devant mes refus d'aménagement par la municipalité je démissionnais en saisissant l'inspection du travail que je ne savais pas (à l'époque) impuissante pour la Fonction publique.

En 1976, j'étais sans travail. Un poste à la centrale thermique de production d'électricité EDF de Vitry-sur-Seine était vacant et j'y ai postulé et j'ai été embauché. Je succédais à un médecin compétent ayant vingt ans d'exercice. Sans le savoir, je venais d'intégrer un corps professionnel de médecins du travail particulier, car s'appuyant sur l'expérience des anciens et le dynamisme des plus jeunes, et un travail collectif qui permettra de faire progresser ensemble les connaissances et l'exercice du métier.

La médecine du travail du secteur de l'énergie est née dans les entreprises nationales, Électricité de France et Gaz de France, en 1952. C'est le plein essor de l'énergie. Au sortir de la guerre. Le défi est multiple : produire de l'électricité et du gaz, les transporter, installer dans

chaque foyer l'énergie. On rénove et on construit des centrales thermiques et des usines de production de gaz manufacturé, on construit des barrages hydrauliques, les lignes électriques aériennes fleurissent partout.

La médecine du travail naît de la volonté commune des nouveaux responsables des entreprises nationales et des fédérations syndicales. Il faut que des médecins assurent la surveillance de la santé de chaque agent impliqué dans la tâche colossale. En contrepartie, sans être statutaires, ce qui induirait une exclusivité d'exercice, leur contrat et leur convention collective sont protecteurs.

Les effectifs par équivalent temps plein sont très confortables ce qui permet, à côté, une activité personnelle notamment de formation et avec les collègues, notamment, à l'intérieur de groupes de travail.

Une caractéristique essentielle de ces entreprises est l'existence d'un statut du personnel protecteur qui ne permet pas de licencier pour raison médicale. L'emploi étant assuré, la santé sociale et la santé au travail deviennent une revendication, la prévention de toute altération de la santé s'affranchit ainsi de l'obstacle principal à l'aménagement des postes de travail : le risque de licenciement.

À l'origine, l'un des piliers techniques du travail collectif des médecins du travail est, à Électricité et Gaz de France, l'existence d'un service général de médecine du travail (SGMT). Dirigé par un médecin chef. Ce service est au départ plutôt destiné à la gestion des services médicaux locaux mais, petit à petit, avec le temps, il va apporter grâce à l'arrivée de spécialistes du champ du travail, regroupés dans des divisions spécifiques, un véritable appui technique au travail collectif des médecins du travail. Le revers de la médaille est que, truchement entre les médecins et les directions des entreprises, les médecins chefs pourront être circonvenus et devenir le porte-parole de ces dernières.

Les moyens en personnel des services médicaux étaient, là encore, différents de ce qui existait dans les autres services. La règle était deux infirmiers, en l'occurrence pour ce qui me concerne des infirmières, et une assistante (à l'époque secrétaire médicale), pour un médecin temps plein.

J'avais gagné ma vie comme infirmier en intérim durant mes études et mon expérience de la pratique infirmière m'avait appris la frustration de celles et ceux qui exercent ce métier dans leurs rapports aux médecins. C'est pourquoi, dès le début, j'ai décidé d'agir pour instituer de véritables rapports de coopération mutuelle au bénéfice de la santé des travailleuses et des travailleurs.

Ces coopérations ont constitué un élément essentiel de mon métier de médecin du travail.

Personnel statutaire, contrairement au médecin, elles assuraient la permanence du service, les soins d'urgence, le soutien psychologique des agents. Joelle Potier, l'une d'entre elles, qui restera jusqu'à sa retraite à Vitry, deviendra secrétaire du CHSCT de la Centrale. M^{me} Dupont, qui avait connu la cokerie sera précieuse pour me décrire ce qu'elle y avait observé. Martine Mangione, qui me soutiendra vis-à-vis des menaces de mon dernier employeur et s'attirera des représailles, ancienne infirmière psychiatrique, sera indispensable quand nous prendrons en charge, ensemble, les effets dévastateurs du management et de la dénationalisation.

En fin de matinée ou en fin de journée, dans le secrétariat médical, car la secrétaire par son regard profane apportait aussi sa contribution, nous faisons une réunion de service informelle. L'un ou l'une d'entre nous évoquait les aspects cliniques des consultations de la demi-journée. Cela était particulièrement fructueux car nous nous étions rendu compte que les agents ne communiquaient pas de la même manière avec moi ou avec les infirmières (lors de la prévisite devenue aussi une consultation infirmière) et que nos échanges constituaient un précieux éclairage complémentaire.

Nous débattions aussi de ce que j'avais tiré de mes visites de tiers temps sur les lieux de travail, de mes stratégies, et je leur soumettais pour recueillir leur avis mes projets d'écrits. Nous constituions un véritable collectif professionnel pluridisciplinaire avant même son invention.

En 1976, quand je deviens le médecin du travail, le site de Vitry-sur-Seine comporte deux centrales thermiques, l'une datant de 1929, la centrale Arrighi et celle plus moderne du CPT Vitry. Ma première semaine consacrée à la visite de la centrale est semblable à la descente de *Dante aux Enfers* : bruit, chaleur, vibrations, poussières de suie et de charbon, et de l'amiante à foison (400 tonnes dans une centrale thermique). Je me sens infiniment ignorant et impuissant.

Au bout de la semaine, j'ai décidé que je n'y retournerai pas le lundi. Quand je lui dis, qu'en fait, avec les outils que j'ai, je ne peux pas garantir la santé des agents de la centrale dans cet enfer sur terre : C'est Annie, mon épouse, qui me décide « *Tu as milité toute ta vie : et bien continue* ». Elle m'avait donné, avec clairvoyance, les clés de mon métier auquel j'avais si mal été formé.

J'ai donc entrepris d'observer les chantiers ou les salles de commande passant plus de temps en bleu qu'en

blouse et parfois prêtant la main quand les charges à déplacer étaient trop lourdes. J'observais qu'à l'intérieur de ces collectifs exclusivement masculins et qui paraissaient très virils, régnait en fait une grande tolérance notamment pour ceux qui rompaient avec l'hétérosexualité et dont certains allaient succomber à une maladie nouvelle : le SIDA.

Les agents, certains me l'ont dit longtemps après, ont été surpris de mon insistance à venir sur les chantiers et à les observer en me faisant oublier, puis se sont pris de sympathie pour moi. En fait, cela me passionnait. Les voir agir au travail suscitait chez moi la question du pourquoi ? Et celle du comment ? Mais je manquais de toutes les clés pour analyser l'activité de travail.

Parallèlement, l'écriture ayant toujours été pour moi une de mes raisons de vivre, j'écrivais ce que j'avais observé ce qui m'a permis notamment d'alimenter mon article du livre *Les Risques du travail* sur le travail en centrale thermique.

Pour moi, le risque principal était l'amiante. J'étais médicalement sûr qu'elle atteignait profondément la santé des agents : mes examens cliniques me le confirmaient. Je sais au regard de ce que j'ai appris, par la suite, que l'amiante est l'arbre qui cache la forêt et j'allais découvrir bien d'autres risques, mais aussi, a posteriori, que j'en avais omis certains. Je suis régulièrement convié, cinquante ans après cette époque, aux réunions d'anciens de la centrale et je continue à travailler cette question en dilettante.

Face au risque amiante, qui commençais tout juste à émerger en 1976, Je pris contact avec l'équipe de pneumologie et de pathologie professionnelle du Pr Bignon, à Créteil, en pointe à l'époque sur le sujet, qui me conseilla de procéder à un dépistage radiologique.

Je demandais discrètement à voir les responsables des syndicats CGT et CFDT du site et, je vois encore leur regard incrédule devant ce très jeune médecin, je leur demandais s'il était possible de trouver trente militants, parmi les calorifugeurs, les fumistes et maçons fumistes qui accepteraient d'aller passer une radiographie gratuite en dehors des heures de travail et de tenir leur langue. J'avais réussi à convaincre le radiologue de l'OPHS municipal de réaliser gratuitement ces radiographies. Plus d'une quinzaine de ces agents présentaient des signes radiologiques déclarables et je rédigeais un certificat initial pour chacun d'entre eux. J'avais enfin un triste levier pour faire bouger les choses.

Le chef d'établissement et sa hiérarchie n'étaient pas satisfaits. Les agents de la sous-traitance spécialisée interne à EDF - l'ORI - qui intervenaient sur toutes les centrales du secteur, suite à mes interventions, avaient

décidé, en accord avec moi, de débrayer sur le tas et j'avais été sollicité par la direction afin que je leur conseille de reprendre le travail ce que j'avais refusé et justifié devant le responsable de la direction et les agents. Des calorifugeurs professionnels avaient été requis. J'avais aggravé mon cas en dénonçant leurs conditions de travail à la CRAMIF.

Je fus donc, un jour, convoqué sans délai à Paris chez le médecin chef, lequel m'annonça que, devant mon comportement inadmissible, il était envisagé de me licencier. Devant cette première menace, ma réponse immédiate fut de lui dire que j'entamerai un procès dans lequel les preuves de la prévention insuffisante d'un risque, qui entre temps était devenu emblématique, pourraient donner une image négative de l'entreprise. À ma grande surprise des collègues d'autres centrales thermiques, dont le Dr Maumet, se solidarisèrent avec moi. Mieux encore, lors du comité d'entreprise les délégations CGT et CFDT mettaient en garde contre toute action contre moi.

J'appris alors l'importance de construire un rapport de force favorable à la santé dans mon métier. Le rapport de force étant en ma faveur, j'obtins des mesures de poussières, des moyens de prévention, et des possibilités de dépistage. Cette victoire avait un goût amer car en dix ans sur six cent agents techniques exposés, cent cinquante agents, munis de mon certificat médical initial, furent reconnus en maladie professionnelle liée à l'amiante.

Non seulement j'avais acquis une réputation de compétence parmi mes patients mais je croyais pouvoir être respecté des employeurs.

Je considérais que la connaissance du droit du travail avait été mon point faible dans cette affaire et que, sans soutien des syndicats, j'aurais été démuni. Je m'inscrivis donc à la formation permanente d'adultes à la faculté de Créteil en droit du travail. J'eus la chance pendant cette année d'avoir un enseignant remarquable et passionnant qui construisait ses cours autour de la jurisprudence. Avec la sociologie, le droit devint pour moi une passion.

En 1979 je postulais à la centrale gazière d'Alfortville (la cokerie) sur l'autre rive de la Seine, qui ne produisait plus déjà de gaz manufacturé, et je fus pris comme médecin du travail des réseaux de transport de gaz naturel haute pression. Mon prédécesseur avait fait détruire les anciens dossiers médicaux des agents de l'usine de fabrication de gaz manufacturé qui avait précédé ! Et pour les anciens de ces établissements, je mis en place une surveillance pour les anciennes expositions.

Parallèlement, j'avais fait la rencontre de Dominique Huez en 1982, qui venait d'être embauché à Chinon. J'ai été chargé, à son initiative, de rédiger un article sur le travail en centrale thermique pour l'ouvrage collectif *Les Risques du Travail*¹, la revue *Santé Travail* en sera issue.

C'est dans cet ouvrage que Christophe Dejourné avait donné une définition de la santé qui deviendra fondatrice : « *La santé, c'est avoir les moyens d'un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique mental et social* ». Mon métier consistait donc à ouvrir un éventail de moyens pour faciliter ce cheminement pour les travailleuses et les travailleurs.

Dominique, m'ayant vanté l'association SMT, m'avait convié à une réunion, un samedi, et je m'aperçus alors que je n'étais pas le seul à me poser des questions sur notre métier. Les jalons de cette réflexion : la revue de l'association et les ouvrages collectifs sont un témoignage de ce travail collectif toujours actuel² et sont disponibles sur le site de l'association. Dominique et moi militions aussi à ALERT, sous la houlette d'Henri Pezerat, d'où naîtra l'ANDEVA.

Tout semblait bien se passer, mais, en 1984, alors que j'avais dénoncé des horaires au-delà des limites réglementaires sur des chantiers, je m'aperçus, trop tard, que ces travaux extra horaires étaient assortis de primes substantielles et qu'il existait sur les horaires un accord tacite. Aucun soutien syndical ne me fut donc accordé.

Le rapport de force m'était défavorable : mon temps de travail fut recalculé sur la base de mes effectifs, et mon temps d'activité fut diminué de 20 %. Cela signifiait qu'au-delà des deux ans de garantie salariale mon salaire lui aussi serait diminué de 20 %.

C'est alors que je décidais d'employer ces deux ans à perfectionner mon exercice en acquérant encore plus de compétence. J'avais entendu Dominique signaler la pertinence de la formation d'ergonomie du CNAM et j'eus l'idée saugrenue de demander un rendez-vous au Pr Wisner dans l'hypothèse d'un DEA.

J'avais préparé mon CV : demi-certificat de l'Institut d'études bio climatiques de Strasbourg, prélude au calcul des temps d'intervention en ambiance chaude en centrale nucléaire dont avec un collègue nous avions été les concepteurs. Diplôme de médecine agricole de Tours.

.....

1– *Les Risques du Travail*, ouvrage collectif, Éd. La Découverte, 1985

2– *Souffrance et précarité au travail, Paroles de médecins du travail*, Éd. Syros, 1994

Des médecins du travail prennent la parole : Un métier en débat, Éd. Syros, 1998

Femmes au travail, violences vécues, Éd. Syros, 2000

L'accueil fut glacial. Je compris rapidement, mais trop tard, que les médecins du travail n'étaient pas *persona grata* auprès de lui. En fait de DEA, je fus sommé de faire le cursus entier d'ergonomie en commençant par le TP B, puis le cycle C et on verrait ensuite pour le DEA.

J'effectuais mon TP B sur l'activité des opérateurs des salles de commandes de la centrale de Vitry, avec des enseignants dont la compréhension vis-à-vis du sujet « difficile » que j'étais et la compétence m'étonnent encore aujourd'hui : Doniol-Shaw, Dessors, Duraffourg, Guerin dont certains et certaines nous ont quitté.

Le malentendu, que j'interprétais alors comme discriminatoire, portait sur leur « prétention » à déclarer que, moi « qui connaissais la centrale et les métiers comme ma poche », ne connaissais pas vraiment l'activité de travail des agents. Mon indignation cessa quand Ghislaine Doniol-Shaw et Dominique Dessors me prirent à part et m'expliquèrent, dans le détail, mes lacunes et ce que m'apporterait l'ergonomie. Elles le firent avec beaucoup de compréhension et de gentillesse. C'est ce jour-là que je trouvais mon chemin de Damas en ergonomie.

J'allais de découverte en découverte pendant ces deux ans et demi. Je réalisais que ces connaissances allaient rendre mille fois plus efficaces mes interventions et mon appréhension du travail et ses liens à la santé.

Pour le DEA j'avais suivi les cours d'Antoine Laville et du Dr Doray secondé à l'époque par Christophe Dejourné. D'où naîtrait mon appétence future pour la psychodynamique du travail. Mon mémoire de DEA portait sur « Le concept d'image opératoire chez OCHANINE » qui introduisait la subjectivité de l'opérateur et les échanges collectifs autour de ce concept.

Fraîchement émoulu du cursus d'ergonome, je fus recruté, comme tel, pour seconder l'équipe d'ergonomes du service général de médecine du travail, qui jusqu'en 1992, assurera l'aide spécialisée aux médecins du travail de l'entreprise. Annie Drouin et Rachid Kandaroun étaient des professionnels aguerris et m'accueillirent chaleureusement. L'objet de l'étude était l'interface informatique expérimentale des salles de commandes du palier nucléaire N4. Un stage de deux mois sur le simulateur de Paluel, puis des allers et retours sur le simulateur N4 de Bugey se succédèrent. Ce fut non seulement formateur mais très passionnant de mettre ainsi en pratique réelle le cursus d'ergonomie.

J'avais maintenant dépassé la limite des deux ans et mon salaire était maintenant amputé de 20 %. Cela faisait six mois que la situation durait.

En 1987, Un poste devint vacant au Centre de distribution du gaz et de l'électricité de Villejuif. Je postulais.

Quand il me reçut en entretien, avant embauche, le chef d'établissement me dit qu'il n'avait pas l'intention de me donner le poste mais qu'il ne pouvait faire autrement car la CGT et la CFDT ne lui laissaient pas le choix. Quand je lui demandais de s'expliquer sur son refus « rentré » il me répondit : « *Vous êtes trop bon pour la distribution, ici, les risques sont minimes.* » C'est dans cette chaude ambiance que j'entamais les vingt dernières années de ma carrière à Villejuif.

J'avais emporté avec moi mes archives professionnelles liées à mon travail à la centrale. Je le conseillais régulièrement à mes confrères. Je fus très satisfait d'avoir procédé ainsi, lorsque en 2003, sur commission rogatoire d'un juge d'instruction de Dunkerque, je fus convoqué au commissariat de Villejuif par un officier de police judiciaire pour lui exposer quand et comment, à la fin des années 1970, j'avais prévenu l'établissement de Vitry des risques pour la santé de l'amiante et ce qu'avait fait la direction. Je devais donc justifier en 2003 mes actions vingt-trois ans auparavant. L'audition dura de 14 heures à 19 heures car je demandais au policier d'annexer au procès-verbal les pièces de mes archives que je sortais de mon cartable.

À Villejuif, dès mon arrivée je réitérais mon observation de l'activité de travail pour lesquels ma formation en ergonomie pouvait se déployer. Je discutais maintenant pendant les pauses mais aussi lors des visites médicales du comment et du pourquoi, en essayant d'identifier dans les activités de travail, les stratégies collectives et individuelles que j'observais. Sur les gros chantiers, je sponsorisais l'apéro et la discussion se poursuivait autour du zinc.

Rapidement se créa un réseau informel d'informateurs en santé au travail et mes interventions en CHSCT devinrent plus pointues et plus pertinentes.

En fait d'absence de risque, les postes techniques en regorgeaient, port de charge, gestes répétitifs en position forcée, brasage, soudage, exposition au brai, à l'amiante, aux huiles diélectriques usagées, au PCB, aux solvants, aux gaz d'échappement, j'en oublie sans doute. À cela il fallait ajouter les liens avec la clientèle, parfois en difficulté dans ce secteur populaire. Je découvrais aussi la différence d'approche des collectifs de travail techniques et administratifs et les stratégies de genre qu'ils impliquent.

En fait j'avais mis le pied sur une mine (de risques). Ma stratégie d'action reposerait dorénavant sur le CHSCT. Je contactais les syndicats pour les rencontrer avec les secrétaires des CHSCT. J'obtins, qu'avant chaque CHSCT, se tiendrait une préparatoire sans exclusive syndicale à laquelle je participerai. L'effet était particulièrement efficace et quand il y avait un blocage de prévention, le

CHSCT recourait à l'expertise et/ou sur mes conseils alertait l'inspecteur du travail.

L'existence des risques était malheureusement confirmée par une dizaine de déclarations de maladie professionnelle par an, dont j'assurai la rédaction des certificats initiaux. Dès la déclaration, j'insistais auprès de la CPAM, afin d'être audité par l'agent assermenté. Toute déclaration était ainsi reconnue.

Je m'aperçus rapidement que les risques n'étaient pas limités aux métiers techniques. La question de la clientèle pour les agents en interface pouvait être traumatisante. Par exemple, après plusieurs demi-journées d'observation, j'écrivis un rapport dont le titre était : *L'activité d'accueil physique de la clientèle : gérer la file d'attente*. Dans un contexte d'effectif notoirement insuffisant, les stratégies des agents d'accueil changeaient en fonction du nombre de personnes dans la file d'attente, traduisant la dégradation du travail dans ces circonstances. Alors que l'entreprise insistait sur l'excellente qualité du service je décrivais que les stratégies de secours « désespérées » variaient en fonction du nombre de clients attendant dans la file d'attente et les décrivaient comme autant de manifestations de difficultés vécues par ces agents. La question de la souffrance au travail faisait surface dans une étude sur l'activité de travail.

Parallèlement au travail local, j'avais, en 1990, intégré des groupes de travail collectifs de médecins du travail. Grâce aux travaux des épidémiologistes et des ergonomes du SGMT, structurant les groupes de travail des médecins, nous disposions dorénavant d'une matrice emploi exposition (MATEX), c'est-à-dire du lien entre les postes de travail et les expositions qu'ils impliquaient. C'est Dominique Huez qui proposât qu'un groupe de travail (EPREX) élabore des fiches de postes en les intégrant au nouveau système informatique médical. Cela signifiait que, notamment pour les risques des agents chimiques dangereux, nous pouvions déterminer les expositions d'un agent en rentrant son relevé de carrière et en le croisant avec les fiches de poste. Nous devions, Dominique et moi-même, réitérer l'opération au milieu des années 2000 en créant des fiches de postes pour la période ultérieure à 1991.

Jusqu'en 2002, et la séparation des branches d'EDF et de Gaz de France, qui affaiblira notablement la pression syndicale en matière de santé au travail, une succession de groupes de travail de médecins du travail mènera des travaux sur tous les sujets de santé au travail, sous le contrôle social de la CNMT (Commission Nationale de Médecine du Travail) émanation du comité central d'entreprise et du CNHSCT (Comité National d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail). J'y participais

avec d'autres dans un esprit de fraternité professionnelle particulièrement rare dans le milieu médical.

À partir de 1990, la politique de l'entreprise en matière de personnel changea du tout au tout. Elle suivit trois pentes fatales :

- ♦ la substitution au service public, d'obligations de résultat en matière de gestion financière ;
- ♦ la mise en place de techniques de management néolibéral remplaçant les méthodes d'encadrement classique ;
- ♦ une séparation entre les branches de l'entreprise dans l'hypothèse d'une dénationalisation c'est-à-dire d'un dépeçage des entreprises nationales.

Or, la nature de service public du secteur de l'énergie et l'utilité de la contribution de chaque agent à ce projet et son implication, les collectifs de travail cimentant ce système de valeur, étaient l'ADN du travail et du travailler des agents de la distribution du gaz et de l'électricité, directement en lien avec les « abonnés », qu'on appellerait dorénavant les « clients ».

La mise en œuvre du projet de destruction de ces valeurs soulève très rapidement des phénomènes anxieux, par exemple des insomnies de réveil, des manifestations psychosomatiques mais aussi une recrudescence des troubles musculo-squelettiques dont une « épidémie » de syndromes du canal carpien pour les agents administratifs.

En 1992, les agents, au cours des visites, décrivaient les difficultés rencontrées liées au management, L'encadrement négociateur (notamment des moyens adaptés) avait été remplacé par des managers dont la seule motivation était d'atteindre à tout prix l'objectif qui leur avait été fixé.

Dans les réunions biannuelles des cadres de l'établissement dans lesquelles je m'étais imposé, les débats sur les moyens, le faire et la manière de faire, qui rendaient ces réunions passionnantes pour moi, avaient disparus laissant place à un unanimité idéologique. Malheur à l'encadrant qui prétendait défendre les anciennes valeurs ! Il était rapidement sommé, par ses collègues managers de se soumettre ou de se démettre.

Pour donner un exemple d'aberration organisationnelle : il fut décidé que les secteurs des interventions urgentes hors heures ouvrables (l'astreinte), qui étaient jusqu'alors les périmètres sur lesquels intervenaient habituellement les agents d'astreinte, seraient regroupées (passage d'une maille quatre à une maille une). Cela signifiait que le réseau sur lequel ils pouvaient intervenir,

en période de désactivation biologique et de fatigue accumulée, serait inconnu des agents d'astreinte. Armé secrètement d'OCHANINE, j'intervenais auprès du chef d'établissement et tentait de lui faire comprendre qu'un réseau d'énergie est un organisme vivant et que ses particularités techniques pouvaient échapper à des intervenants qui ignoraient ses particularités, n'ayant pas eu le temps et la possibilité d'en déduire une image pour agir. Je prédisais des incidents techniques voire la survenue d'accidents du travail qui malheureusement survinrent, sans pour autant dévier la décision managériale. Je compris qu'il me fallait agir et agir de façon pertinente pour éviter les conséquences grave pour la santé des agents.

Au service médical, les infirmières recevaient des agents anxieux et culpabilisés. Durant les visites, le mal être, les expressions de tristesse, de honte et de peur devenaient de plus en plus fréquentes. La souffrance au travail que je n'avais pas jusqu'alors observée était l'objet d'un constat quotidien.

Je mis au premier plan, alors, mes connaissances acquises au CNAM en psychodynamique du travail et contactait Christophe Dejours. Il fut convenu que, si une expertise était demandée à son laboratoire, il donnerait à cette demande une réponse favorable.

Nous recueillîmes alors avec les infirmières et la secrétaire, les verbatim critiques du vécu des agents. J'eus bientôt une trentaine de pages de témoignages. Je les fis parvenir, en premier, au chef d'établissement et demandai un rendez-vous. Il était en colère et me signifia que tout cela contenait des informations fausses voire fallacieuses. Je lui demandai alors des détails et notai soigneusement ces derniers.

Revenu au cabinet médical, je repris mes notes et intégrai comme telles les dénégations du chef d'établissement dont je pensais qu'il présentait les symptômes d'une stratégie de défense inconsciente.

Je remis le document final au CHSCT et proposai de mettre la question, illustrée par le document, à l'ordre du jour. Les débats furent particulièrement vifs et la demande d'enquête fut déposée par la représentation du personnel unanime.

Deux jours après, je reçus un courrier du médecin chef prétendant que le document était indigne d'un médecin du travail, avait été rédigé à l'insu du chef d'établissement, et que je mériterais d'être licencié. Le courrier était adressé en copie à la direction générale.

Dans la précipitation de l'indignation, le médecin chef avait oublié que, lors d'un désaccord, deux médecins

doivent le régler entre eux, hors des profanes, et son courrier comportait un fait inexact puisque j'avais bien prévenu le chef d'établissement.

Je fis passer, par mon représentant syndical médecin, le message que la décision de confirmer l'enquête de psychodynamique confiée au laboratoire de Christophe Dejours serait accompagnée de ma part d'une crise d'amnésie.

C'est alors que je m'aperçus que le mal était encore plus profond que je ne le pensais. En effet, l'équipe du laboratoire de psychodynamique, avait formellement demandé aux agents de se porter volontaire pour ces groupes de parole. L'équipe prévoyait au maximum une trentaine d'agents volontaires. Ce furent cent cinquante agents, soit plus de 10 % de l'effectif de l'établissement, qui firent acte de volontariat ! De plus, les volontaires demandaient majoritairement que je sois présent dans les réunions des groupes. Or, la méthodologie excluait cette possibilité. Le laboratoire dut alors constituer deux équipes de chercheurs : la première constituée de Philippe Davezies, d'Annie Bensaid et de Rémi Canino et la seconde de Pascale Molinier et de Dominique Desrosors. Il fut convenu que j'assisterais, en mutité complète, aux groupes de paroles. En tout, à la Distribution, jusqu'en 1997 allait se dérouler cinq autres enquêtes dans d'autres établissements de Distribution.

Ce mois de septembre 1993 est toujours présent à ma mémoire. L'intelligence des remarques, leur justesse, la perspicacité à dévoiler les stratégies et la duplicité managériales sont encore d'actualité et me laissent encore admiratif. L'expression des vécus douloureux était confortée par les autres prises de paroles. Alors, que je croyais, avec une minorité, à l'intelligence de l'investissement des travailleuses et des travailleurs dans l'activité de travail et sa valeur de structuration personnelle et sociale, j'en recevais une éclatante confirmation.

Cette communion collective des agents de Villejuif fut renforcée par l'initiative des secrétaires de CHSCT, MMs Boissay et Valente, qui obtinrent une restitution des enquêtes à l'ensemble des agents de l'établissement par groupes de métier et rédigèrent un document de synthèse sur ces réunions. Mon action limitée avait été le simple starter d'une résistance collective aux manœuvres managériales.

En 1994, cette résistance culmina, peu après les enquêtes et leur restitution, dans une grève avec occupation des locaux de deux mois, dont j'assurai avec les infirmières, comme moi grévistes, la sécurité médicale. Cette grève, implicitement de lutte contre le nouveau management, faisait explicitement suite à des suppres-

sions de postes par le chef d'établissement dans l'effectif de l'antenne des œuvres sociales du comité d'entreprise. Malgré un *lock-out*, brisé par la violence, le mouvement obtint gain de cause.

Conscient du caractère puissant des capacités collectives d'action, l'employeur épargna, en partie, notre établissement jusqu'à la fin des années 1990.

Je continuais à mener mon activité locale et la participation au travail collectif. De 2003 à 2006 j'assurai, après élection par mes pairs, la fonction de délégué professionnel des médecins du travail. Cela signifiait que j'assurai, pour un tiers de mon temps, la charge, avec quatre autres collègues, de la coordination et de la représentation professionnelle des cent quatre-vingt médecins du travail EDF-GDF. Car, victime de la politique répressive des médecins chefs, le SGMT avait été remplacé par une autre structure plus technique et l'effectivité de l'action collective était dorénavant assumée par les médecins délégués. J'animais à ce titre plusieurs groupes de travail dont l'un en 2002, récapitulant les expositions à l'amiante et leur niveau pour tous les agents de l'entreprise.

En 2005, des épidémiologistes dont Marcel Goldberg et Ellen Imbernon publiaient leurs travaux sur la mortalité et la morbidité des agents en rapport avec leurs expositions professionnelles. Ils démontraient la pertinence des travaux collectifs des médecins du travail EDF-GDF et des actions de prévention qu'ils avaient promues. Rapidement, la nouvelle gouvernance des IEG allait mettre en œuvre les moyens de contrôle de ce corps professionnel.

C'est ainsi, qu'à partir de 2003, une nouvelle équipe de direction de l'établissement de Villejuif, au profil très particulier, avait été mandatée pour briser l'action collective rebelle de cet établissement et en finir avec une médecine du travail telle que je l'exerçais. La guerre devint totale.

Les attaques personnelles et les chausse-trappes se succédaient. Non seulement le médecin, mais le service était visé. Ainsi, pour avoir suivi mes instructions, Martine Mangione, l'infirmière chef du service, fut accusée de faute professionnelle. Mais le pire était que la répression était générale et s'exerçait sur toute la représentation du personnel y compris sur les secrétaires de CHSCT. Comme je le décris dans ma dernière fiche d'entreprise, les changements incessants de structure brisaient les collectifs en dispersant les agents. Le rapport de force s'étiolait.

Le projet managérial avait aussi une portée symbolique puisqu'il prévoyait explicitement (ce qui fut réalisé) de

procéder à l'horizon 2010 à une démolition physique des bâtiments du siège de l'établissement qui durant la grève de 1994 avaient été occupé ! Les structures et les agents seraient dispersés dans les établissements adjacents.

En 2008, malgré le soutien de Dominique Huez et de Nicolas Sandret, le médecin inspecteur du travail, j'étais réduit à l'impuissance professionnelle.

Au regard de problèmes de santé familiaux et de cette situation dégradée, mon nombre de trimestres étant suffisant, grâce à mes fonctions salariées durant mes études, et à l'époque sans décote, je décidais de partir à la retraite.

Mes derniers actes furent, en guise de « flèche du Parthe » de rédiger un document de 320 pages, la « fiche d'entreprise » récapitulative, sur l'ensemble des risques pour les agents de l'établissement et les failles de la prévention qui pourrait servir de preuve en cas de maladie professionnelle et d'adresser à chaque agent technique une attestation personnelle des risques professionnels basée sur les fiches de postes collectives et dument signée et une attestation identique, expurgée des éléments médicaux, à la direction de l'établissement.

Je louais un petit camion et avec l'aide du personnel du service je chargeais les cartons de dossiers archivés des retraités et, avec son accord, les confiais au médecin inspecteur du travail pour les préserver au prétexte de la destruction physique de l'établissement. J'évacuais par le même moyen, et très ostensiblement, la totalité de mes archives professionnelles y compris les preuves de la négation des risques explicites par les directions de l'établissement.

Je rencontrai le jour de mon départ le chef d'établissement « démolisseur » dans le hall de l'établissement qui me souhaita une bonne retraite. Je lui répondis que j'aurais aimé lui souhaiter la pareille mais qu'au regard de ses actions de prévention je doutais qu'elle puisse être paisible. Il confirma mon diagnostic à son sujet lorsqu'il me répondit : « *Docteur, vous savez, les cancers, ils se produiront dans trente ans et d'ici là je serai mort* ».

Je suis un mauvais perdant. Ainsi, après ma retraite j'ai ouvert un site informatique, accessible uniquement sur invitation, dans lequel j'ai placé tous mes dossiers techniques et mes archives concernant les conditions de travail des secteurs où j'ai eu compétence.

Une structure de « suivi post-professionnel », c'est-à-dire de prévention secondaire des cancers professionnels, avait été créée en 2003, sur mes conseils, par les

œuvres sociales du Comité Central d'Entreprise (la CCAS). Elle était sans titulaire depuis 2005. J'ai proposé de la rouvrir et j'y assure, depuis, soit depuis douze ans, une consultation par mois. Elle assure l'identification des expositions aux cancérogènes professionnels des agents retraités qui s'y adressent afin de bénéficier des examens de suivi prévus à l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale. J'aide parallèlement les sections locales des œuvres sociales à organiser, elles-mêmes, ce suivi. Et, malheureusement, je rédige les certificats médicaux ou des rapports et assure le suivi de la procédure de déclaration de cancers professionnels. À partir de 2016, après avoir, pendant deux ans et demi, élaboré des fiches de postes spécifiques en réunissant des groupes de mineurs et en leur demandant de décrire leurs activités, j'assure la même fonction de suivi post-professionnel et d'instruction des déclarations de maladies professionnelles pour les mineurs retraités.

De 2009 à 2017 j'ai représenté les salariés dans la délégation CGT de la Commission des maladies professionnelles du COCT. Très riche expérience qui mériterait à elle seule un écrit critique. Là encore j'ai conservé soigneusement mes archives que je communique aux chercheurs intéressés par le fonctionnement de cette commission.

Je participe toujours à la vie de l'association SMT et pendant les cinq premières années de ma retraite j'ai été binôme référent de l'association *E-Pairs* de formation continue des médecins du travail portée sur les fonts baptismaux par SMT. Je m'en suis retiré puisque je n'exerçais plus le métier et qu'après cinq ans ma pertinence s'étiolait.

Pour les mêmes raisons, j'ai cessé ma contribution à la formation des membres de CHSCT, institutions dont la disparition est lourde de sens, ou de commission de contrôle que j'assurai comme prestataire pour *Émergences* à la demande de Serge Dufour ou à titre bénévole pour les syndicats de toute obédience qui m'en faisaient la demande.

J'apporte, avec d'autres, mes compétences professionnelles au traitement des dossiers d'adhérents de l'AN-DEVA. Et je participe aux travaux de l'association Henri Pezerat. Une fois par mois, je participe, avec d'autres, à une permanence (ne pas perdre sa vie à la gagner) à la Bourse du travail pour aider les inorganisés qui se heurtent à des difficultés de santé au travail. Ce que j'essaie d'expliquer c'est que la médecine du travail n'est pas seulement une praxis mais une poiesis c'est-à-dire et avant tout une discipline d'action et de persévérance.

Un médecin du travail déploie un exercice médical spécifique reposant sur une clinique médicale : la clinique médicale du travail. Cette clinique fait appel, de façon pragmatique comme toute clinique, en plus des processus spécifiquement médicaux, et du fait de sa spécificité, à des techniques d'analyse et de compréhension de l'activité de travail comme l'ergonomie ou la psychodynamique du travail, mais aussi à d'autres techniques : l'épidémiologie, la toxicologie, la métrologie, etc... si les situations de santé individuelles ou collectives le nécessitent.

Ce choix repose sur une analyse de la situation et de l'action qu'elle nécessite afin de déterminer l'intérêt d'employer ces techniques. Cette analyse est perma-

nente et envisage également les rapports de force et la manière de les faire évoluer.

La clinique médicale du travail est une clinique « compréhensive » qui a pour objet d'aborder l'activité de travail du point de vue de la compréhension de ce qui s'y joue pour la santé du travailleur ou de la travailleuse et d'alimenter la réflexion de celui-ci ou de celle-là, mais aussi du collectif de travail pour leur permettre individuellement et collectivement d'accéder à leur propre compréhension des enjeux de santé parfois différente de celles du praticien. L'action du médecin du travail a ici pour objectif d'ouvrir des marges de manœuvre, des perspectives à l'action des travailleuses et des travailleurs dans l'intérêt exclusif des salariés et de leur santé.

BULLETIN D'ADHÉSION

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 12 Rue Adrien Damalix 94410 ST MAURICE

Tél. 06 79 72 44 30 / courriel : 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 2021.

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°38 m'a intéressé(e) : je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je réserve le CAHIER N°39 (à paraître courant 2022)

Adresser à Ass. Santé et Médecine du Travail

12 rue Adrien Damalix 94410 SAINT MAURICE

ASSOCIATION S.M.T.

– LE BILAN 2020/2021 –

42^e CONGRÈS ANNUEL LE 11 DÉCEMBRE 2021 AU FIAP (PARIS)

⌘ *Éthique et Pratique en médecine du travail*
⌘ *Médecine du Travail : un cadre effondré et de nouvelles obligations
privées de moyens*
(Voir page ___ pour les pré-inscriptions)

RÉUNIONS TENUES

La pandémie a modifié notre organisation de travail et la planification de nos actions en 2020 et 2021.

- ◆ Notre 41^e Congrès annuel s'est tenu en visioconférence le 5 décembre 2020 à Paris sur le thème :

- ❖ *Éthique et pratique en médecine du travail (à l'heure de la pandémie)*

- ◆ La Journée de Printemps s'est également déroulée en visioconférence le 13 mars 2021 sur les thèmes suivants :

- ❖ *Résister face aux dérives observées de la médecine du travail vers des pratiques de santé publique*

- ❖ *Rétrécissement du champ d'intervention du médecin du travail : une attaque à sa professionnalité*

- ❖ *Le secret médical en temps de Covid-19. Le responsable éthique dans l'entreprise*

- ◆ Réunion en visioconférence le 19 juin 2021 sur le projet des biographies professionnelles.

Vous trouverez les comptes rendus dans ce *Cahier SMT N°38*.

ACTIONS

- ◆ Soutien à l'appel de l'ANDEVA : « *Pour la tenue rapide d'un procès pénal de l'amiante* ».

- ◆ Poursuite de notre participation au Conseil National Professionnel des Médecins du Travail.

- ◆ Diffusion de notre analyse de la proposition de loi LREM sur la santé au travail aux présidents de groupes parlementaires et sénateurs (2 janvier 2021).

- ◆ Audition par la Commission des affaires sociales du Sénat sur la proposition de loi « Pour renforcer la prévention en Santé au Travail » : communiqué du 25 mai 2021.

PUBLICATIONS

- ◆ Édition du *Cahier SMT N°37*, octobre 2020 (diffusion à 500 exemplaires). Ce *Cahier SMT N°38* sera édité à 500 exemplaires également.

BILAN DU SITE INTERNET www.a-smt.org

Le site a toujours un rôle majeur dans la diffusion de notre réflexion.

Nous rappelons que l'ensemble des *Cahiers SMT* y est en libre accès, avec un historique et un moteur de recherche.

Nos écrits sont systématiquement mis en ligne ainsi que les actualités en santé au travail et les modifications législatives :

- ❖ les recommandations spécifiques concernant les services de santé au travail ;
- ❖ les contributions professionnelles ;
- ❖ les contributions des structures syndicales.

- ◆ **Quatre Lettres d'informations**, informant des mises à jour du site internet, ont été adressées à plus de 400 abonnés. Les inscriptions sont libres et se font à partir du menu du site internet.

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Le 5 décembre 2020, nous avons procédé au renouvellement de nos instances.

Président : Jean-Louis ZYLBERBERG (75)

Vice-présidents délégués : Alain CARRÉ (75) – Dominique HUEZ (13)

Vice-président(e)s : Benoît DE LABRUSSE (84) – Nadine KHAYI (82) – Annie LOUBET-DEVEAUX (42)

Secrétaire : Karyne CHABERT (69)

Secrétaire-adjoint : Gilles SEITZ (92)

Trésorier : Alain RANDON (94)

Cahiers SMT :

Rédacteur : Dominique HUEZ (13)

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) – Karine DJEMIL (93) – Catherine GONDRAN (92)

– Alain GROSSETÊTE (69) – Michel GUILLAUMOT (52)

– Mathieu KERGRESE (49) – Claire LALLEMAND (37)

– Hervé LESCAO (92) – Gérard LUCAS (44) – Brigitte PANGAUD (75) – Nathalie PENNEQUIN (94) – Odile RIQUET (69) – Nicolas SANDRET (75) – Claire THOMASSIN (44)

ORIENTATIONS 2021-2022

Notre prochain congrès se tiendra au FIAP à Paris le 11 décembre 2021. Thèmes retenus :

- ⌘ *Éthique et Pratiques en médecine du travail*

- ⌘ *Médecine du Travail : un cadre effondré et de nouvelles obligations privées de moyens*