

**VIOLENCE ET DOMINATION**

# **LES CAHIERS S.M.T. N°39**

**Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL**

**DÉCEMBRE 2022**

**ISSN 1624-6799**

## **CENTRALITÉ DU TRAVAIL CLINIQUE DU TRAVAIL ET QUESTION SOCIALE EN MÉDECINE DU TRAVAIL**

---

---

**C**OLLECTIF DE TRAVAIL, DÉLIBÉRATION OU ÉPUISEMENT

**C**ENTRALITÉ DES MP

**PRÉSUMPTION D'ORIGINE - INVISIBILITÉ**

**L**AISSER DES TRACES POUR LES PRATIQUES

**STYLE GENRÉ**

---

---

	<b>Éditorial</b> <i>Jean-Louis ZYLBERBERG</i>	<b>3</b>
<b>C</b> ollectif de travail, délibération ou épuisement		
Pratique et éthique en médecine du travail. Cadre effondré et obligations de la médecine du travail <i>Compte rendu du Congrès de l'Ass. Santé et Médecine du travail, 11 décembre 2021</i>	<i>Karyne CHABERT Alain RANDON</i>	<b>5</b>
La misère des surveillants pénitentiaires, une génération sacrifiée	<i>Karine DJEMIL</i>	<b>9</b>
Formation par analyse des pratiques Expérience avec collaborateurs médecins de l'université d'Angers	<i>Gérard LUCAS</i>	<b>15</b>
Évolution de l'image opératoire et management dans la conduite des installations électronucléaires À propos d'une expertise réalisée au milieu des années 1990	<i>Alain CARRÉ</i>	<b>18</b>
Médecine du travail, des praticiens en souffrance Analyse de ses causes et de ses formes cliniques	<i>Alain CARRÉ</i>	<b>20</b>
Mécanismes, acteurs et complicités Des maltraitances institutionnelles touchant les médecins du travail	<i>Alain CARRÉ</i>	<b>24</b>
Un arrêt dissuasif pour les plaintes d'employeur au Conseil de l'Ordre des médecins	<i>Ass-SMT Alain CARRÉ</i>	<b>27</b>
Le bilan de la législature 2017-2022 en matière de la santé au travail. En finir avec le droit constitutionnel de protection de la santé au travail. Rendre invisibles les risques et leurs effets	<i>Alain CARRÉ</i>	<b>30</b>
<b>C</b> entralité des MP – Présomption d'origine – Invisibilité		
Les conséquences d'un viol et d'actes de violence reconnus en maladie professionnelle	<i>Karine DJEMIL</i>	<b>41</b>
Blocage de la reconnaissance des MP. Causes techniques et politiques <i>Compte rendu de la Journée de Printemps de l'Association Santé et Médecine du travail, 12 mars 2022</i>	<i>Benoît DE LABRUSSE</i>	<b>55</b>
Les visites de fin de carrière en pratique	<i>Jean-Louis ZYLBERBERG</i>	<b>59</b>
Une conception erronée de la responsabilité des médecins du travail	<i>Ass-SMT Alain CARRÉ</i>	<b>61</b>
La commission pathologies professionnelles (n°4) du COCT. Bilan 2009-2016	<i>Alain CARRÉ</i>	<b>64</b>
<b>L</b> aisser des traces pour les Pratiques – Style genré		
Une histoire de genre	<i>Jean-Louis ZYLBERBERG</i>	<b>69</b>
Madame Fleur, ouvrière endurente	<i>Bernadette BERNERON</i>	<b>71</b>
Médecin du travail, un métier d'engagement, un métier de coopération	<i>Bernadette BERNERON</i>	<b>74</b>
	<b>B</b> ilan 2021-2022 <i>Alain RANDON</i>	

## É D I T O R I A L

# **LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI D'AOÛT 2021 POUR RENFORCER LA PRÉVENTION EN SANTÉ AU TRAVAIL DES PRESTATIONS DE SERVICES DE QUALITÉ CERTIFIÉE AVEC DES « TÉLÉ PROFESSIONNELS »**

**D**epuis avril 2022, les Services de Prévention et de Santé au Travail (SPST) ont la feuille de route réglementaire de la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail. De façon originale, le décret du 25 avril 2022 relatif à l'approbation de la liste et des modalités de l'ensemble socle des SPST interentreprises contient en annexe la délibération d'une « nouvelle » institution paritaire, le comité national de prévention et de santé au travail, du premier avril 2022.

Ce faux poisson d'avril met tout de suite les points sur les i : « ...il est nécessaire de faire évoluer cette offre socle de services, dans une approche de service rendu aux employeurs, aux salariés et à leurs représentants et dans la perspective d'une démarche de progrès en prévention... ». Les professionnels de santé au travail deviennent donc enfin, de véritables prestataires de services, clés en mains, estampillés qualité totale.

Les directions de SPST interentreprises n'avaient pas attendu ce merveilleux décret pour imposer à leurs professionnels des groupes de travail pour décliner la partition « démarche de progrès » mais elles ont enfin une caution réglementaire et paritaire.

Reprenons les services que les SPSTI doivent assurer à leurs clients, euh pardon, leurs adhérents :

- ♦ Le P de prévention des risques professionnels sera décliné, par les intervenants en prévention des risques professionnels, en rédigeant au kilomètre des documents uniques d'évaluation des risques professionnels et mettront ainsi les employeurs dans une nouvelle « sécurité juridique » : les risques psychosociaux n'ont pas été évalués ! mais adressez-vous à mon prestataire de service qui m'a rendu un service de piètre qualité...
- ♦ Le S de suivi individuel de l'état de santé sera décliné par des professionnels de santé, sans statut de salarié protégé et avec des formations rapides en santé au travail, qu'ils se nomment, médecin praticien correspondant ou infirmier-e en santé au travail et infirmier-e en pratiques avancées : mécontent de leurs prestations n'atteignant pas des quotas de qualité, on les mutera dans un autre secteur géographique ou on les remerciera...

Enfin, le Graal de la « prévention primaire », la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) sera décliné par une cellule PDP, aussi efficace qu'une cellule antiterroriste, pour repérer précocement les inemployables et ainsi désamorcer les futurs attentats contre la productivité de qualité des entreprises.

*Mais comment savoir si le service rendu est de qualité ? Rien de plus simple depuis la parution du décret du 20 juillet, ce sera la Certification. Elle a pour objet, notamment (adverbe qui permet déjà d'envoyer devant le conseil de l'ordre des médecins, les rédacteurs de certificats de complaisance), de vérifier la qualité et l'effectivité des services rendus, la gestion financière, la tarification proposée ainsi que l'interopérabilité des systèmes d'information. Car c'est bien connu, la modernisation de la vieille dame qu'était la médecine du travail passe par une rénovation complète de ses systèmes d'information bien trop obsolètes.*

*Nous sommes modernes et depuis la pandémie liée au SARS-CoV-2, la télémédecine a le vent en poupe et est garante d'un service rendu de qualité. Observez comment « un pionnier de la numérisation de la santé au travail » va vous moderniser vos prestations de services rendus en « facilitant les interactions entre les acteurs ». Dans un premier temps, « simplifier » vos prestations en vous passant de certains professionnels « loin du cœur de métier », par exemple un vieux métier à dépoussiérer la secrétaire médicale, « virtualiser »-le et ainsi rationaliser votre masse salariale ! Le consentement des salariés sera facile à obtenir en leur mettant en avant le côté ludique de l'interaction homme-machine : « Vous êtes l'acteur de votre santé au travail et vous avez des équipements individuels de protection qui vous permettront de franchir une à une les étapes du game of work et ainsi d'obtenir votre passeport prévention ».*

*Comment ne pas être enthousiaste devant un suivi individuel de la santé, efficace et efficient en limitant la perte de temps des déplacements des salariés devant des professionnels de santé qui ne proposent même pas de véritables dépistages par mammographie et encore moins par coloscopie. Enfin des services rendus en santé au travail dignes de notre époque agile et de qualité !*

*Oui, mais... le côté obscur de la force se dévoile quotidiennement dans l'activité réelle des SPST et les professionnels de santé dont les professionnels de santé au travail vivent comme les autres travailleurs une perte de sens de leur travail. La gouvernance par les nombres n'est pas une nouveauté organisationnelle des SPST mais elle est légitimée par une réglementation faisant table rase des fondations de notre état de droit constitutionnel. La santé au travail n'est constitutionnellement pas une marchandise comme une autre.*

*Le 20 septembre, le Conseil d'État reconnaissait au « droit de chacun de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé » le caractère d'une liberté fondamentale. Certes cette décision ne concernait pas l'environnement de travail mais rien n'empêche les professionnels de santé dans les SPST de s'adosser sur cette décision pour défendre au quotidien des pratiques professionnelles et une approche clinique basée sur la clinique médicale du travail.*

*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, Bernadette BERNERON, Alain CARRÉ, Karyne CHABERT, Karine DJEMIL, Benoît DE LABRUSSE, Dominique HUEZ, Alain RANDON, Jean-Louis ZYLBERBERG****Maquette : Jean-Noël DUBOIS****Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil**

# ***PRATIQUE ET ÉTHIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL***

## ***CADRE EFFONDRE***

### ***ET OBLIGATIONS DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL***

***Compte rendu du Congrès a-SMT du 11 décembre 2021***

***Rapporteurs Karyne CHABERT, Alain RANDON***

#### ***ACTUALITÉ JURIDIQUE DE L'ASSOCIATION***

Plusieurs affaires juridiques concernant des membres de l'association ont été analysées. En particulier celle concernant le vice-président de l'association.

Celui-ci a mené plusieurs batailles dont certaines liées aux conflits autour de la rédaction d'attestations médicales qui font le lien santé/travail. Certaines affaires sont allées en Conseil d'État et Commission Européenne des Droits de l'Homme sans issue favorable.

Le médecin avait demandé à son employeur de prendre en charge les frais d'avocat (comme prévu par son statut). L'employeur a refusé au titre qu'il serait intervenu « à titre personnel ». Le médecin a fait appel.

Retour du jugement : un employeur doit la protection juridique pour tous les actes du médecin dans l'exercice de ses fonctions. C'est donc une avancée significative et une jurisprudence.

**Un médecin de site industriel se doit d'agir comme médecin quel que soit l'employeur du salarié pris en charge dans le cadre de l'urgence médicale, dès lors qu'il y a un contrat de sous-traitance ou un lien juridique justifiant l'intervention du travailleur sur le site.** Ce serait probablement applicable à tout type de site bénéficiant de locaux médicaux permettant la prise en charge des urgences. La détresse psychique est finalement bien retenue comme une situation d'urgence mé-

dicale. C'est bien au médecin de déterminer s'il y a situation d'urgence ou non.

Bien évidemment, le médecin qui agit obéit aux règles de confraternité et se doit d'informer le médecin du travail qui suit habituellement le salarié.

À l'inverse, on pourrait supposer qu'un médecin qui refuse de recevoir un travailleur en détresse, au motif qu'il n'est pas lui-même son médecin du travail, pourrait être mis en cause.

Il est important de formaliser son intervention et le contexte de son intervention par des traces écrites.

Il paraît également important de formaliser l'organisation et la prise en charge des urgences au sein des services médicaux du travail.

Sur une problématique collective incluant des salariés intérimaires, il faut pouvoir agir en tant que médecin sur l'ensemble des travailleurs. (Exemple d'un cluster de Covid-19).

#### ***MISE EN ŒUVRE DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES***

*LOI DU 2 AOÛT 2021*

Cette loi supprime encore l'avantage de l'action guidée par les besoins au bénéfice d'une action guidée par les moyens

Les derniers textes constituent un basculement conséquent des missions des acteurs de santé au travail dans

un contexte où il y a transfert de responsabilité vers les services de santé au travail sous forme de prestations commerciales. Si les employeurs peuvent justifier qu'ils ont adhéré au service et sollicité des prestations (formation sur les risques par exemple...), ils ne pourraient pas être mis en cause pour défaut de prévention.

Cette « évolution » intervient après des décennies de sabordage de l'institution médecine du travail : étouffement par surcharge d'effectifs à suivre, introduction de préventeurs managés par les directions de service, objectifs chiffrés sur l'activité des équipes...

Dans les nouvelles dispositions, la **prévention de la désinsertion professionnelle** est basée uniquement sur une approche sélective (réorienter ou sortir du monde du travail les plus faibles, les cassés et les « usés » par le travail). Il faut craindre que les commissions de prévention de la désinsertion professionnelle se substituent aux procédures de reclassement ou d'inaptitude jusque-là construites avec le travailleur par le médecin du travail dans le respect de la déontologie médicale. Le préalable est la possibilité de construire un niveau de confiance suffisant avec le travailleur pour permettre cette réflexion et cet accompagnement souvent de longue haleine. Aucune mesure préventive n'est proposée dans les derniers décrets ce qui laisse penser que c'est bien le traitement individuel des travailleurs précaires qui va faire office de variable d'ajustement.

Une pratique est donc à reconstruire à partir de ces nouvelles dispositions. Il est à craindre que la marge de manœuvre soit extrêmement étroite pour une pratique incluant les règles éthiques et déontologiques de notre métier et basée sur la clinique médicale du travail. Ces dispositions favorisent de nombreuses situations d'injonction paradoxale pour les équipes médicales.

Pour exemple et pour ceux qui l'ont déjà pratiqué, la **visite de fin de carrière**, qui permet aussi de faire le point sur les expositions professionnelles passées, est une visite longue (plus d'une heure pour une approche constructive et exhaustive avec le salarié). C'est parfois fastidieux et il faut faire avec le déni du salarié par rapport aux risques auxquels il a été exposé. Les médecins disposeront-ils de ce temps ?

On a ainsi chargé le médecin d'une responsabilité d'employeur, à savoir le récapitulatif des risques, des attestations sans lui en donner les moyens ou même en lui les retirant.

Un autre exemple : enjoindre le médecin à **participer à la commission d'évaluation des risques pour l'élaboration du document unique des risques**, est aussi une manière de lui en faire porter la responsabilité.

Cela va rentrer en conflit avec d'autres types d'actions comme la rédaction des fiches d'entreprises. Aujourd'hui souvent réduites à une approche par les risques avec une gestion comptable en pourcentage de fiches réalisées, les médecins ont encore la possibilité d'utiliser cet outil pour transmettre leur diagnostic collectif au regard des risques et conditions de travail d'une entreprise. Cet outil va-t-il perdurer ?

Sera-t-il toujours possible de travailler éthiquement avec ce rétrécissement des marges de manœuvre ? Il nous reste le rempart du Code de la santé publique (CSP) qui nous impose une responsabilité individuelle de médecin opposable à la responsabilité du service de santé au travail. Ex : le CSP nous impose d'informer le salarié sur les risques qu'il encourt.

### **MALADIES PROFESSIONNELLES ET POLYEXPOSITION**

Sur la question des maladies plurifactorielles (cancers et TMS), le P<sup>r</sup> Frimat a proposé à la Commission spécialisée du COCT fin octobre de créer un groupe de travail « pour l'accès aux droits sociaux des maladies professionnelles multifactorielles ». Ce qui serait en jeu serait l'introduction de la notion de **fraction attribuable à l'origine professionnelle** (exemple pour l'amiante, il s'agirait d'évaluer la part liée à l'activité professionnelle et la part liée à d'autres facteurs comme le tabac). Ce serait une remise en cause de présomption d'origine. Si cette idée est retenue, les dossiers passeraient tous en CRRMP. Un des arguments serait de faire évoluer le traitement des dossiers en fonction des connaissances scientifiques. Mais ce serait une remise en question des principes fondamentaux de reconnaissance des AT/MP sur la notion de **présomption d'imputabilité** qui est souvent en défaveur des employeurs. Il n'est donc pas certain que le patronat accepte cette remise en cause car la présomption d'imputabilité est le fondement du compromis sur la loi de réparation des MP. Sa suppression engendrerait la saisine des tribunaux civils par les victimes comme dans les systèmes anglo-américains. Le projet pourrait différencier les démarches AT des démarches MP.

Des projets visant à revoir l'ensemble des **barèmes d'indemnisation AT/MP** sont en cours, en particulier concernant les maladies respiratoires et les troubles musculo-squelettiques. Au nom de l'équité entre bénéficiaires, il s'agirait d'affiner l'analyse des dossiers de demandes en fonction de l'évolution des connaissances et de la technicité des examens complémentaires, et d'harmoniser les indemnisations selon les régions. Cette réforme se ferait à « budget constant ».



## ÉTHIQUE ET PRATIQUES EN SANTÉ AU TRAVAIL UN CADRE EFFONDRE ET DE NOUVELLES OBLIGATIONS

LOI N° 2021-1018 DU 2 AOÛT 2021

POUR RENFORCER LA PRÉVENTION EN SANTÉ AU TRAVAIL

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884445>

Cette loi est en cours de déploiement dans les services de santé au travail, plus ou moins rapidement et de manière inégale selon les services. Certains points ont été accélérés du fait de la crise sanitaire (téléconsultations, actions de santé publique comme la vaccination...).

Cette loi est caractéristique de la stratégie mise en place depuis 2012 qui impose de nouvelles obligations aux médecins du travail que nous approuvons et même dont notre association a été porteuse (par exemple le signalement collectif de risque ou la mention dans le dossier médical des expositions auxquelles a été soumis le ou la salariée) mais en même temps qui les prive des moyens d'assumer ces obligations (inflation des effectifs, diminution de la périodicité des visites, confiscation des IPRP pour aider spécifiquement les entreprises dans la gestion du risque...) les mettant ainsi face à des missions impossibles. D'autres obligations impossibles transfèrent la responsabilité de l'employeur sur le médecin du travail. L'exemple le plus récent est la mise en place de la « visite de fin de carrière » à l'issue de laquelle la traçabilité des expositions, obligation de l'employeur, est transférée sur le médecin du travail. Il est même prévu de supprimer l'article D.461-25 du CSS, dernière obligation de l'employeur d'attester des expositions aux cancérrogènes. Dans ces conditions on comprend que sous diverses formes cliniques les médecins du travail soient en souffrance.

Des dérives sont déjà constatées comme l'arbitrage des demandes de **télétravail** par les médecins du travail. Sauf situations particulières ou le travail à domicile (partiel ou total) serait une mesure d'aménagement du poste de travail temporaire ou à long terme pour raison de santé (salariés en situation de handicap ou non), le médecin n'a pas à intervenir sur les accords de télétravail qui sont des mesures organisationnelles dont les conditions sont définies par la réglementation, le règlement intérieur et l'employeur.

Concernant la **classification des travailleurs en surveillance médicale particulière**, les professionnels de santé au travail constatent toujours une nette sous déclaration par les employeurs. Pour exemple, la silice qui est

intégrée à la liste des substances, mélanges et procédés cancérrogènes, (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042483502>) et nécessite à ce titre un suivi médical particulier avec prescription d'examens complémentaires (cf recommandations HAS), certains employeurs refusent de déclarer leurs salariés comme exposés. Une pratique proposée serait de faire un courrier à l'employeur pour rappeler les obligations réglementaires en matière de suivi médical et donner un avis sur le type de surveillance médicale à prévoir en tant que médecin du travail « conseiller de l'employeur, des travailleurs et de leurs représentants ». Cette recommandation pourrait être inscrite dans la fiche d'entreprise.

### TÉLÉCONSULTATION

Issue de la période de crise sanitaire, une réflexion s'engage sur l'évolution des outils en santé au travail. La pratique de la téléconsultation fait émerger de nombreux témoignages et réflexions : apport de cet outil pour compenser l'absence de visite médicale ou d'entretien dit « classiques », et ses limites (nécessité d'un outil informatique fiable sur le plan de la sécurité, lieu dans lequel se trouve le travailleur (au bureau, seul ou en espace partagé, à domicile, seul ou en présence du conjoint ou de la famille...), type de relation construite avec le professionnel de santé (première visite ou visite de suivi...)

Certains signaux pourraient ne pas être perçus en téléconsultation (en particulier les signaux relatifs à la manifestation des émotions ou à l'incorporation). N'ampute-t-elle pas l'empathie ? L'accès au corps, pour/par les médecins est parfois un élément facilitateur de la libération la parole sur le travail et de l'expression de la souffrance.

Faut-il considérer cette pratique comme une pratique « extrême » ou de « l'exceptionnel » pour faire face à un contexte exceptionnel ? Ou faut-il intégrer cette pratique à la pratique existante comme un « complément » acceptable dans certaines situations ? On s'accorde à dire qu'il s'agit d'un mode dégradé de consultation médicale s'il est exclusif et qu'il est utilisé pour faire face à un défaut de moyens à long terme.

### L'ACCÈS AU COLLECTIF

#### DU FAIT DE L'ESPACEMENT DES VISITES MÉDICALES

Une autre faille repérée et déjà discutée entre nous est la question de l'accès au collectif du fait de l'espacement des visites médicales. Même si nous construisons une compréhension à partir des éléments accessibles (travailleurs qui nous sollicitent, éléments de synthèse transmis à partir des entretiens infirmiers...) nous voyons bien que la pratique en est modifiée.

C'est le manque de moyens, notamment l'espace des visites médicales, qui ne permet plus la connaissance du travail réel des collectifs. N'est-il pas possible d'adosser nos pratiques à des éléments tangibles tels que les obligations légales.

### **EN CONCLUSION**

**N**ous faisons le constat que nous avons des difficultés à identifier précisément les conséquences pratiques de cette dernière réforme même si nous en voyons les dangers.

La première préoccupation serait de considérer qu'il s'agit d'une ultime étape vers la disparition totale de l'approche préventive médicale dans les services de santé au travail. Le patronat est-il prêt à se passer de médecin du travail, seul professionnel à avoir accès aux éléments intimes qui expliquent la construction ou la déconstruction de sa santé au travail ?

Malgré les nouveaux outils technologiques et des tentatives pour travailler en réseau, les professionnels se trouvent très souvent isolés. La réflexion collective, parfois orchestrée par les directions de services est souvent stérile sur le plan de la construction ou consolidation des pratiques.

Il est probablement trop tôt pour évaluer précisément ce qui va s'effondrer et ce qui pourra être sauvé en termes de pratique. Un des obstacles est constitué de nos propres réactions défensives.

Nous avons besoin de nous réassurer sur le fait que nous ne pêchons pas du côté de l'éthique. La construction de nouveaux repères, à partir des valeurs de métier communes, ne pourra s'effectuer qu'en poursuivant le débat collectif, en discutant des pratiques professionnelles adossées à la clinique médicale du travail.

**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 43<sup>e</sup> Congrès annuel se tiendra au FIAP (Paris), le 3 décembre 2022**

30 rue Cabanis 75014 Paris

Métro Glacière Ligne 6

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

Association SMT, 61 avenue Camus 44000 NANTES 06 79 72 44 30

courriel : [secretaire@a-smt.org](mailto:secretaire@a-smt.org)

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

**Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir page 14**



# LA MISÈRE DES SURVEILLANTS PÉNITENTIAIRES UNE GÉNÉRATION SACRIFIÉE

*Karine DJEMIL*

**M**on exercice de médecin du travail en service entreprise en banlieue parisienne, ne m'avait pas familiarisée avec le suivi médical des agents de la fonction publique d'État. Rétrospectivement il m'a semblé important de revenir sur une organisation du travail qui m'a questionnée et me questionne encore, même si avec le recul, et plus forte d'autres expériences, je trouve quelques réponses aux conséquences de l'organisation de ce travail sur la santé des agents. Depuis longtemps je suis interpellée par la limite de notre exercice : quelle est-elle ? Lorsque je suivais le certificat (DU) de psychopathologie du travail de Christophe Dejours et de Marie Pezé, une des élèves a posé une question que je me pose également encore maintenant : notre rôle est-il d'intervenir dans les organisations du travail des entreprises ?

Dans l'exercice du métier de médecin du travail, chaque cas est un cas particulier, chaque salarié et chaque situation de travail étant unique, compte tenu de la diversité des organisations du travail dans des entreprises bien différentes. C'est un exercice singulier que celui de médecin du travail : il doit inventer pour chaque personne dans la situation où elle est, en faisant avec les « outils » de bases qu'il a tirés des enseignements et de son expérience, « outils » qui ne sont pas forcément suffisants, pas forcément utiles, parfois nuisibles si on essaye de plaquer des

enseignements tout faits à une situation, souvent parce qu'on ne sait pas dans quelle « case » la ranger ou parce que l'on applique sa morale personnelle sur une situation qui échappe au contrôle habituel que l'on peut parfois avoir dans le cabinet médical... L'exercice de la médecine du travail est une invention et une découverte de chaque jour. Aurais-je pu mieux, aurais-je dû faire différemment, dans cet établissement de la fonction publique d'État, une maison d'arrêt, dont j'ai pu suivre très brièvement les agents ? Je m'interroge encore.

J'aurais eu du mal à faire plus par manque de temps, n'ayant pu me maintenir à mon poste de médecin du travail auprès de l'employeur fonction publique ; celui-ci, après deux tentatives pour changer de médecin du travail, ayant réussi à la troisième tentative (avec il faut bien le dire, l'aide du Conseil de l'Ordre).

Le temps était limité : il a fallu réfléchir rapidement pour essayer de comprendre la situation des agents de la pénitencière dans une maison d'arrêt que j'ai suivie pendant deux années consécutives, après une absence de suivi régulier de plus de sept ans (manque de médecin du travail dans la fonction publique d'État). Quelques visites médicales de reprise de travail après un arrêt prolongé avaient été effectuées par un médecin de prévention d'un autre centre pénitencière ;

une infirmière très dévouée d'un autre établissement judiciaire qui avait travaillé quelques années dans cette maison d'arrêt, avait accepté d'être la gardienne de la confidentialité des dossiers médicaux des agents en les stockant dans son infirmerie.

Je n'eus pas le temps d'anticiper, ni de réfléchir, à une organisation optimale de mon activité auprès des agents de cet établissement : les agents se présentaient d'eux-mêmes avec des situations administratives bloquées (depuis sept ans pour certains) par leur état de santé : arrêts maladie de longue durée, multiples arrêts maladie de courte durée avec les contrôles systématiques lancés par l'employeur au domicile des agents dans... le Nord de la France ! Ainsi donc, la plupart des agents pénitentiaires venaient du département le plus au nord de la France ! Pourquoi venir travailler si loin de chez soi et pourquoi ne pas demander sa mutation dans un établissement pénitentiaire proche de chez soi ?

Pour ce qui était de la question de la mutation, je découvris le système officiel de la CAP (Commission Administrative Paritaire) mais aussi son fonctionnement officieux où les syndicats bien souvent décidaient de qui était prioritaire pour peu que l'agent ait un minimum de dix ans d'ancienneté ou qu'il s'agisse d'une situation très grave, etc.

À mon arrivée, tous les agents avaient l'ancienneté requise, et quasiment tous avaient des situations d'éloignement de la famille et du domicile, même certains gradés. Je compris un peu mieux le fonctionnement parallèle du système officiel par la situation d'une agente en arrêt pendant huit mois, qui voulait à tout prix reprendre son poste dans l'établissement, retour que l'employeur ne souhaitait absolument pas en argumentant qu'elle avait fait des scandales, qu'elle avait eu des pertes de connaissance (PDC) qui, pour lui était de fausses PDC pour obtenir un arrêt longue durée et pouvoir ainsi retourner chez elle dans une île lointaine... Elle était d'ailleurs en attente de passer devant le comité médical pour savoir qu'elle allait être son devenir. Entre temps l'agente vint me voir, m'expliquant sa situation, (seule avec deux enfants en primaire), loin de ses parents qui pourraient l'aider et en attente de passer en CAP pour une mutation. Effectivement, quand elle avait été en arrêt maladie, elle avait emmené ses enfants chez ses parents qui s'occupaient d'eux à présent car, ici en métropole, elle n'avait plus de logement et dormait soit dans la salle de garde lorsqu'elle travaillait de nuit soit chez des amis durant ses repos, changeant régulièrement pour ne pas trop « s'imposer ». Elle avait fait un accident vasculaire aussi rare que grave, très bien pris en charge en

urgence mais son scanner cérébral restait inquiétant à ce jour malgré sa très bonne récupération physique, mentale et intellectuelle que j'avais pu constater. Je lui proposais alors de lui faire refaire tout le parcours neurologique avec l'avis des spécialistes y compris au niveau imagerie pour soutenir et enrichir son dossier auprès du comité médical. Tous les spécialistes furent unanimes, elle avait très bien récupéré. Le comité médical suivit mes préconisations argumentées ainsi que sa demande et accepta qu'elle reprenne son poste. Je la suivais régulièrement. Elle m'expliqua avoir des amis qui siégeaient à la CAP qui l'avaient assurée que son nom était en bonne place pour l'obtention d'une mutation. Quelques mois plus tard, elle obtint en effet sa mutation et put rentrer chez ses parents.

Sa situation avait duré plusieurs années et il pouvait y avoir une relation de cause à effet entre son accident vasculaire et sa situation de vie dégradée (travail et hors travail). Je pensais alors que cette agente était un « cas isolé », extrême.

Mais tout au long de cette première année, entre les visites périodiques, les demandes des agents, celles de l'employeur, je m'aperçus que trois quart des agents n'avaient pas de logement proche ; la plupart travaillaient le nombre de jours de travail imposés par mois d'une seule traite auxquels s'ajoutaient des jours de travail en plus (parfois plus de cent heures supplémentaires par mois) pour remplacer les collègues absents (souvent dans le collimateur de la direction) puis quittaient la région à quatre ou cinq dans une voiture pour rentrer chez eux dans le Nord et y rester le reste du mois avant de revenir à leur poste pour une nouvelle période de travail. Il ne s'agissait pas d'un système D pour quelques-uns, mais bien de toute une organisation qui s'était mise en place en parallèle de l'organisation officielle. Cette organisation parallèle très rigide, ne fonctionnait que parce que chacun en respectait les règles scrupuleusement ; cette organisation était connue de la direction qui voulait absolument la faire disparaître, en refusant de continuer à payer des heures supplémentaires. L'objectif affiché était de diminuer les arrêts de travail à tout prix mais l'objectif moins affiché, bien réel et sans doute prioritaire était réduire les dépenses dans le cadre des RGPD. La direction n'avait pas de prise sur cette organisation parallèle et craignait que toute tentative de changement brutal ne provoque des réactions immédiates des agents (mouvements de grève...).

De fil en aiguille, je découvris qu'on ne louait pas un appartement, ni un studio, encore moins une chambre mais un lit pendant un temps donné dans un

appartement des HLM voisins : un même lit pouvait être occupé en journée par un agent qui travaillait la nuit et la nuit par un agent qui travaillait en journée et compte tenu des plannings un même lit loué était utilisé par six agents. Il ne fallait donc pas changer d'équipe ou le moins possible sous peine de se retrouver sans lit et sans endroit où dormir... ainsi un appartement était « loué » à plusieurs (par une bonne vingtaine d'agents à tour de rôle) ce qui permettait de réduire considérablement les dépenses. Le système était très organisé, très bien huilé, mais aussi très figé : il permettait de ne quasi rien dépenser.

La plupart des agents présentaient des hernies discales ou des TMS surtout des membres supérieurs (tendinopathies qu'ils mettaient sur le compte d'avoir à déverrouiller manuellement, ouvrir, refermer et reverrouiller les multiples portes des différentes ailes de l'établissement). Là aussi tout était connu et officiellement c'était comme ça, mais officieusement « on » (la direction) me signalait les rares agents qui dormaient dans leurs voitures car les places dans un lit étaient rares. Quand les agents n'en pouvaient plus, ils accolaient un arrêt maladie d'une semaine à quinze jours à leurs jours de congés pour essayer de rester plus longtemps chez eux ; alors le contrôle médical payé par la direction dès le troisième jour d'absence avait lieu. Bien souvent le médecin contrôleur estimait que l'arrêt n'était pas justifié et l'agent devait revenir immédiatement au travail sous peine de sanction y compris financière puis administrative. Les arrêts de travail étaient, par principe, supposés de complaisance.

Dans cette prison, au fil des ans, il y avait eu une augmentation de plus de 200 % (presque 250 %) du nombre de détenus qui dormaient à quatre dans une cellule pour deux dans le quartier des arrivants (avec deux matelas par terre) puis à trois dans une cellule pour deux dans des cellules censées être temporaires mais dans lesquelles certains étaient depuis plus de cinq ans après leur condamnation.

L'établissement était prévu pour des hommes mais compte tenu de l'égalité des sexes y compris dans les métiers traditionnellement masculins, il y avait désormais 30 % de femmes dans les effectifs. Il y avait des plaintes pour discriminations d'agentes contre agents, les agents accusés de « discrimination » expliquant manquer de confiance en elles, argumentant que leur vie dépendait de leurs équipiers ; que ces derniers se devaient donc d'être à la hauteur, faire leurs preuves et ne pas avoir peur. Quand une agente ne pouvait tenir la posture virile imposée par l'organisation ou qu'elle avait peur, c'était fini elle entrait dans un cercle vicieux qui la conduisait vers une

dépression sévère et il n'y avait plus qu'une solution : la mutation dans un autre établissement si possible de femmes (deux agentes furent ainsi mutées au motif de « harcèlement », et deux autres par peur de mourir et de laisser leurs enfants seuls après une agression grave).

Certains agents vivaient avec la peur au ventre car les agressions imprévisibles et souvent graves survenaient très régulièrement. Beaucoup ne montrait pas cette peur mais la ressentait bel et bien. Le nombre de surveillants affectés à l'établissement n'avait pas augmenté depuis sa création, malgré l'augmentation du nombre de détenus. L'absentéisme permanent amenait les agents à faire des heures supplémentaires, intéressantes en termes financiers et/ou heures et jours de récupération ; la direction quant à elle voulait revenir à des horaires réguliers avec les deux jours de repos consécutifs, mais deux jours de repos consécutifs ne permettaient plus aux agents de rentrer chez eux dans le Nord de la France compte tenu du trajet trop long. Les agents tenaient à leur organisation informelle coûteuse sur le plan de leur santé physique et mentale mais qui leur permettait de faire vivre leur famille dans des conditions décentes dans une région où il y avait un taux de chômage important. Certains m'ont clairement dit qu'ils préféreraient se sacrifier pour leur famille. Le moindre sou était économisé, et c'était si ancré et si primordial que je n'ai pas relevé le jour où la directrice me parla de sa volonté de faire mettre des légumes au self pour « éduquer » les agents à mieux manger et qu'elle aimerait mettre en place un programme nutritionnel équilibré basé sur des légumes... c'était comme pour le changement d'organisation du travail ; une directrice si peu à l'écoute, entièrement prise dans sa volonté de mettre en place une gestion économique qu'elle n'avait pas remarqué une chose pourtant simple. Ayant mangé au self, j'avais remarqué que beaucoup d'agents remplissaient littéralement leur plateau de frites ou de féculents et « mangeaient beaucoup » : certes ils marchaient beaucoup dans la prison mais cela n'expliquait pas tout. J'avais compris que c'était le seul vrai repas consistant de la journée, une nourriture pas chère, abondante et de qualité suffisante pour apporter de la viande, un féculent et un dessert. Les légumes, ça ne tient pas au corps, en effet : on en absorbe peu et on a très rapidement faim ce qui entraîne des dépenses supplémentaires... Je ne cherchais donc pas à m'inscrire dans le « programme nutritionnel » que la directrice voulait mettre en place.

La peur était omniprésente du fait de conditions de détention très dégradées pour les détenus et les agressions éclataient régulièrement sous forme auto-

agressive (TS chez les détenus), envers les agents, tentatives d'éborgements à plusieurs reprises et finalement suicide d'un agent chez lui. Le lien du suicide avec le travail pas forcément évident au départ a été tout de même clairement établi lorsqu'au moment des funérailles, la famille informa la direction de la pénitencière qu'elle refusait que la supérieure hiérarchique de l'agent assiste à l'enterrement conformément aux dernières volontés de leur fils. Celle-ci le vécut très mal (j'ai dû la recevoir à plusieurs reprises) mais ne le montra pas à ses collègues, temporairement exclue du collectif. Il fallait rester forte disait-elle. Mais elle m'expliqua les décisions qu'elle avait dû prendre et les arbitrages qu'elle avait dû faire seule ; la direction au mieux fermant les yeux sur une organisation du travail qu'elle désapprouvait mais qui l'arrangeait bien également et ne se préoccupant que de pallier le manque d'effectif lié à l'absentéisme. Aucune directive sur le contenu du travail, les visées éducatives, l'amélioration des conditions de détention et/ou de travail des agents : ce n'était pas la préoccupation principale de la direction. Tous les agents se plaignaient de la perte du sens de leur travail, de la perte du sens de la détention pour les détenus : douches insuffisantes, souvent bouchées, accessibilité aléatoire à la salle de sport, pas de place d'hospitalisation pour les détenus le nécessitant, suivi psychiatrique et/ou psychologique épisodique, etc. ). Saleté, tuberculose, puces, poux et gales étaient des maladies qui nécessitaient régulièrement dépistage et désinfection chez les détenus et les agents.

Un jour en CHSCT, la direction présenta le nouveau projet qu'elle comptait mettre en place immédiatement : un nouveau quartier fermé avec des mesures spéciales et des détenus triés sur le volet. Le double intérêt était à la fois le taux de récidive moindre par cette méthode venue d'un autre pays européen disait-elle mais aussi, du fait du tri des détenus, la possibilité d'affecter moins d'agents pour un nombre de détenus plus grand... Très dubitative, je continuais le suivi des agents des unités classiques durant plusieurs mois, et épisodiquement je voyais quelques agents triés sur le volet pour travailler dans cette unité. En les interrogeant, tous me disaient que tout allait bien, qu'ils préféraient être dans cette unité et effectivement je n'entendais parler d'aucune agression ni entre détenus ni envers les agents. Malgré moins d'agents, ceux-ci semblaient aller bien et plutôt contents d'y travailler. De mon côté je m'efforçais surtout de « faire le tri » des agents dont la situation était la plus dramatique pour appuyer leur mutation par des certificats médicaux avec ou sans passage devant le comité médical, tri car nombre restreint de

postes disponibles, participant ainsi à une organisation très délétère qui ne se remettait pas en question. La direction cherchait surtout à appliquer les consignes ministérielles de diminution des dépenses (refus de continuer à payer les heures supplémentaires, quota d'heures supplémentaires maximales récupérables imposées, etc.). Car bien évidemment, même si depuis sa construction, le nombre de détenus accueillis avait bien augmenté, le nombre d'agents pénitenciers attribués à la prison était toujours resté le même malgré l'inflation de 250 % de détenus !

Puis un jour, je reçus en visite médicale périodique un agent pénitencier qui travaillait dans cette unité spéciale. Je profitai de cet entretien pour essayer de mieux comprendre l'organisation du travail dans ce secteur, quel était son avis sur la sécurité et ses conditions de travail dans l'unité et enfin qu'en pensait-il notamment par rapport à son ancien poste en unités classiques de détention ? Je fus édifiée : il m'expliqua qu'au vu de la diminution d'effectif dans cette unité spéciale, les surveillants pénitenciers en nombre moindre en fait n'assuraient plus la sécurité dans les allées : elle était assurée par les détenus les plus anciens, ceux qui avaient des longues peines et qui étaient là depuis longtemps, choisis déjà eux même pour leur conduite tranquille et exemplaire. En gros les détenus longues peines qui n'avaient pas grand-chose à perdre faisaient régner l'ordre en faisant la police vis à vis des autres détenus... ! et dans cet « ordre » était compris, m'expliqua-t-il, la sécurité des surveillants pénitenciers. Ainsi les agents ne subissaient plus d'agression, tant que cela se passait bien avec les plus anciens détenus. L'agent qui m'expliquait cela dans le cabinet médical avait un air désabusé et employa le mot de « caïds » pour ces détenus longue peine qui assuraient la sécurité, et je compris que lui-même avait acheté la paix, la tranquillité, la prime et les horaires concentrés sur un petit nombre de jours pour rentrer dans sa famille sans être embêté par sa direction...

Désabusé car le prix à payer était celui de la perte du sens du travail car comme me l'expliquaient régulièrement les agents, la prison n'était pas juste une privation de liberté mais aussi une nouvelle éducation à vivre en société notamment quand le détenu retrouvera la liberté, pas seulement pour limiter les récidives mais aussi pour qu'il puisse se réinsérer avec plus de chances dans la société ; il s'agissait de donner des outils aux prisonniers pour prendre un nouveau départ sur de meilleures bases. Et ce travail là se faisait au quotidien dans le relationnel en dialoguant avec les détenus, en instaurant une vraie relation de respect mutuel et pas seulement avec le travail, la



bibliothèque, les ateliers, les apprentissages et les études... l'un n'allait pas sans l'autre. C'est bien souvent ces mêmes surveillants qui faisaient le point, les évaluations, appréciaient les besoins et les désirs des détenus une sorte de « bilan de compétence » mais aussi de lien humain pour ensuite monter un projet avec eux et être force de propositions auprès de la direction qui pouvait s'avérer bénéfique également pour leur avenir, notamment lors d'une libération anticipée. Il faut comprendre que bien souvent, avec ou sans famille, pour certains détenus, c'était la première et parfois la seule relation « normale » basée sur une forme de bienveillance, d'intérêt et de respect mutuel où le détenu était traité comme un sujet grâce à un espace de paroles, d'écoute et soutien. C'est ce qui avait été perdu, selon les agents, et qui retirait du sens à leur travail. Cela faisait partie des chevaux de bataille des organisations syndicales ainsi que des surveillants pénitentiaires qui n'avaient pas renoncé. D'autres agents achetaient la paix sociale en laissant passer aux détenus, téléphones, shit, etc. qui mettaient les photos sur réseaux sociaux consultables par tout le monde...

Sacrifice, c'est le mot qui revenait le plus souvent dans la bouche des agents, le sacrifice de leur vie, de leur santé pour leur famille, pour assurer un revenu financier le plus élevé possible et de bonnes conditions de vie, au niveau des enfants, des conjointes, des parents, de la maison en cours d'acquisition, etc. ainsi les agents tenaient le plus longtemps possible jusqu'à ce qu'ils arrivent à obtenir leur mutation au niveau de la CAP nationale, dont le délai d'attente variait entre dix et quinze ans en moyenne pour le Nord, vingt ans pour les DOM-TOM. En attendant, ils essayaient de tenir dans un enfer quotidien où chacun trouvait des stratégies de contournement, d'évitement, de non-investissement et de survie. Car pour certains, la survie était au prix d'un émoussement affectif au travail et d'une banalisation de la déshumanisation, sauf au niveau de la violence envers les surveillants qui était régulièrement dénoncée et reprise au niveau sanction du détenu et protocoles de sécurité rappelés systématiquement. Tout cela ne pouvait tenir que grâce à une solidarité très forte entre agents et un collectif très soudé, collectif auquel la direction se gardait bien de toucher sous peine de voir l'établissement complètement paralysé par l'effondrement progressif d'une majorité d'agents, les pathologies étant fréquentes notamment hernie discale, tendinopathies chroniques, syndrome dépressif et/ou anxieux, burn out en plus des accidents du travail fréquents.

Devant le constat de cette misère besogneuse et laborieuse des agents pénitentiaires, face à laquelle

certain agents étaient résignés, et face à des conditions de travail particulièrement dégradées, j'ai pu constater qu'un collectif des agents particulièrement fort avait pu se mettre en place débouchant sur la mise en place d'une organisation officieuse et parallèle particulièrement efficace, sur laquelle reposait tout entier l'accomplissement possible du travail, organisation sur laquelle la direction n'avait aucun pouvoir mais qu'elle était obligée de tolérer car sans cette organisation parallèle, pas de surveillant pénitentiaire en nombre suffisant et ni de travail efficace non plus...

En parallèle, j'ai pu constater que l'organisation du travail officielle que la direction tentait de mettre en place ne pouvait que casser le collectif et l'organisation parallèle des salariés ainsi que le clivage imposé par la direction, particulièrement palpable avec le décalage relevé lors de la tentative de mise en place du « programme nutritionnel ».

J'ai pu également constater combien la direction utilisait la notion de culture de la mission publique pour imposer des conditions de travail très dégradées sans se préoccuper des modalités d'exécution de ces missions au niveau des agents ni de leur efficacité au niveau des conditions de vie des détenus, notion de culture dévoyée et détournée de ses missions nobles pour servir des objectifs beaucoup moins avouables telle qu'une gestion économique des et de la prison, objectif imposé par l'autorité de tutelle avec impossibilité de remise en question des objectifs financiers d'économie imposés. Ainsi la direction remettait à peine en question le nombre largement insuffisant de surveillants pénitentiaires nécessaires pour assurer de bonnes conditions de travail et de détention, cherchant plutôt à faire avec ce nombre au lieu de réclamer le double d'agents au minimum, appliquant bien scrupuleusement les économies exigées en mettant en place une nouvelle organisation du travail réduisant les heures supplémentaires et créant une unité prototype où les agents seront encore moins nombreux ! Pour la direction et sa hiérarchie, il est certain que c'est une réussite... situation particulièrement classique dans la fonction publique où les responsabilités sont diluées de façon institutionnalisée, dédouanant à l'avance les directions de leurs actes, projets et management, en institutionnalisant de fait une déshumanisation automatique (absence de corrélation entre décision et conséquences des décisions par absence de responsabilité ; généralement il y a des résultats à court terme, et de la casse à long terme en termes humains, mais il ne s'agit plus de la même direction et les missions sont relancées... ) et un clivage obligatoire

avec les surveillants, les directions de fonction publique n'ayant pas l'obligation de tenir compte de la réalité des conditions de travail mais uniquement de l'atteinte des objectifs fixés par l'autorité hiérarchique

C'est dans ce contexte que ce collectif s'était créé, irréductible, avec son organisation parallèle indestructible ; ces deux instances officielles permettaient aux agents de survivre voire d'arriver à vivre au prix du sacrifice de plusieurs années de vie et pour certains de diminution prévisible de l'espérance de vie, ce qu'ils savaient, mais pour eux c'était le prix à payer pour que leur famille vive bien !

J'ai estimé que je n'avais pas à collaborer avec la direction dans la mise en place de la nouvelle organisation qui m'est apparue délétère et inhumaine ; ni en tant que médecin du travail en SSTI, ni en tant que médecin du travail en autonome, ni en tant que médecin de prévention dans un établissement de la fonction publique. Mon rôle est bien sûr d'aider les agents en priorité, de les aider à faire évoluer leurs conditions de vie au travail vers une amélioration, en leur proposant un espace d'écoute indépendant, en rappelant qu'il faut le double de poste d'agents pénitentiaires, plus de cellules, plus de douches pour les détenus, faire hospitaliser en psychiatrie les détenus qui en relèvent et qui sont dangereux (pour ne pas

exposer inutilement les agents), obtenir des logements de fonction pour les agents, la possibilité de rentrer plus vite chez eux par mutation prioritaire, créer des prisons dans le Nord, etc. Mon rôle n'était pas de m'occuper de la gestion budgétaire de l'établissement, ni des restrictions financières imposées ; je n'avais pas à en tenir compte.

Mon rôle était également de ne pas participer à l'effondrement de la culture de métier des surveillants ; ce qui m'a fait conclure pour le suicide de l'agent que certes il y avait bien des facteurs personnels mais que le travail y avait bien sa part (conflit important sur la mise en place de projets pour des détenus « spéciaux » entre membres de l'unité qui s'affrontaient verbalement, conflit sur la conception du métier de surveillant pénitentiaire). La pseudo culture de l'établissement dont parlait la direction n'avait absolument pas joué un rôle soutenant parce que jamais discutée entre pairs, ce qui avait participé à pousser au suicide cet agent. Cet agent avait repris une ultime fois la parole face à sa direction en imposant dans ses dernières volontés, d'interdire la présence de sa supérieure hiérarchique à ses obsèques ; la supérieure hiérarchique, le rouage sacrifié par la direction devant le risque de colère et de barrage du collectif.

## BULLETIN D'ADHÉSION

**Coupon à renvoyer à :**

Association SMT 61 avenue Camus 44000 NANTES

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

- ❖ Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et je vous joins mon adhésion.
- ❖ Je suis adhérent(e) à l'association et je règle ma cotisation 2022.

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°39 m'a intéressé(e) : je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je réserve le CAHIER N°40 (à paraître courant 2023)**

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

**5 rue de Miséricorde 44000 NANTES**



# FORMATION PAR ANALYSE DES PRATIQUES

## EXPÉRIENCE AVEC COLLABORATEURS MÉDECINS

### DE L'UNIVERSITÉ D'ANGERS

Gérard Lucas

À l'occasion de la formation des collaborateurs médecins du travail en 2016, le professeur de médecine du travail de l'université d'Angers recherchait une adaptation à ce nouveau public déjà médecin. Alors que pour leur formation, il avait déjà favorisé la mise en place d'ateliers de prévention avec ergonomes et psychologues du travail, il a répondu favorablement à la proposition de réalisation d'ateliers d'analyse des pratiques en s'inspirant des dix ans d'expérience de l'organisme de formation continue *E-pairs* à l'éclairage de la clinique médicale du travail.

#### DÉFI

Dès le départ deux défis principaux sont à résoudre :

- ♦ Comment associer le caractère obligatoire du cahier des charges universitaire avec un des principes d'*E-pairs*, à savoir le volontariat de tous les membres d'un Groupe d'Analyse des Pratiques Entre Pairs (GAPEP) comme base de la confiance dans les échanges où l'on s'expose et se confronte.
- ♦ Comment suivre le travail de ces promotions de collaborateurs médecins, si ce n'est par une présence d'un référent formateur ? Les relecteurs *E-pairs* des travaux des GAPEP ne sont pas dans le groupe et commentent *a posteriori* et à distance par leur compréhension et leurs questionnements sur l'écrit compte rendu de la séance. Là, le médecin du travail « formateur » serait un animateur discret, tout en étant confrère, sans que sa position de

guide méthodologique n'impose ses repères et n'empêche l'expression de tous les questionnements des participants.

D'autres limites sont évoquées : un ergonomiste de l'équipe de formateurs des collaborateurs médecin du travail trouve dommageable ces ateliers entre médecins à l'époque du développement de la pluridisciplinarité et propose sa présence à chaque atelier comme témoin ressource, évitant l'entre soi. Et un psychologue du travail nous interpellait sur les risques de transfert...

#### CONCEPTION

Pour lancer l'expérience en 2017, les principes suivants ont été appliqués pour les collaborateurs médecins des premières et secondes années du deuxième cycle :

- ♦ les groupes sont dimensionnés de 5 à 12 participants ; à moins, ce sont des individualités, trop de participants assistent sans s'impliquer activement.
- ♦ L'accompagnement de chaque séance sera assuré non pas par un mais deux médecins du travail « expérimentés » et dans un rôle de guide méthodologique
- ♦ Trois autres médecins du travail expérimentés, dont deux avaient plusieurs années de participation à un GAPEP *E-pairs* se sont engagés dans cet « enseignement ».

La grille guide de travail de ces séances de formation des collaborateurs médecins par analyse des pratiques a été conçue à partir des fiches d'évaluation que l'organisme *E-pairs* élaborait pour l'évaluation des GAPEP pour le Développement Professionnel Continu.

- ◆ L'exposé du cas clinique permet-il de comprendre, de « visualiser » l'activité de travail ?
- ◆ L'exposé du cas clinique permet-il de saisir l'état de santé du travailleur, de le catégoriser ?
- ◆ Le lien santé/travail est-il identifié ?
- ◆ Quelle perception en a le travailleur ?
- ◆ Quels partenaires ont été impliqués dans le suivi de ce cas clinique, ou pourraient l'être et comment ?
- ◆ Les conclusions, décisions et interventions du médecin sont-elles conformes aux règles de métier ? Notamment sur les écrits dans le Dossier Médical en Santé au Travail et aux partenaires ainsi que sur la restitution au travailleur.
- ◆ La discussion ouvre-t-elle un questionnement sur le cas clinique, et des ouvertures sur d'autres interventions ? Des repères sont-ils déclinables ?

Nous avons choisi de répartir les cas cliniques exposés selon les quatre orientations prioritaires de développement professionnel continu avancées par le Conseil National Professionnel de Médecine du travail et validées par le ministère de la santé : TMS, RPS, handicap et travail, cancers professionnels, ce qui a l'avantage, de notre point de vue, sans être totalement exhaustif, de balayer la majorité des situations courantes de problèmes de santé au travail.

Chaque journée de travail était divisée en quatre séances d'environ une heure trente, une pour chaque orientation prioritaire, intégrant la présentation et la discussion d'une situation clinique. L'attribution de la préparation des exposés des cas cliniques de cas réels et concrets a été programmée avant les séances pour une présentation d'environ dix minutes.

### **RETOUR D'EXPÉRIENCE**

Il s'est avéré rapidement que la préparation écrite de l'exposé était essentielle à la qualité du travail de tout le groupe, sans laquelle les approximations ne permettent pas une analyse du réel. De plus la rédaction de l'exposé s'est révélée elle-même comme une approche laborieuse mais productive sur notre appréhension des situations de travail et notre connaissance de nos pratiques réelles.

Lors des premières séances, quelques collaborateurs médecins ne prenaient pas ou peu la parole lors des discussions des cas cliniques, certains par timidité,

quelques autres semblaient ne pas vouloir s'impliquer en marquant une distance soit sur leur besoin de formation, soit sur la méthode. Ces réserves, rares, ont été levées après une ou deux journées de travail, au moins lors de la présentation de leur propres cas clinique. D'autres au contraire embolisaient la séance de leurs interventions. Les années suivantes le binôme modérateur dépistait très vite ces retraits ou ces envahissements et levait plus vite ces résistances par la distribution de la parole.

Très rapidement est apparu, tout en respectant certaines spontanités de prise de parole, la nécessité de tenir le déroulement de la discussion selon la séquence du guide de travail cité plus haut, pour éviter des digressions ou les discussions de couloir ou de comptoir, qui évitaient en fait de traiter le sujet à fond.

La crainte de manque de références scientifiques et réglementaires a rapidement été balayée par le recours, en cas de doute, par internet en direct aux ressources bibliographiques et réglementaires. C'en est devenu, même en restant occasionnel et limité dans le temps, une formation pratique notable en évitant les sources trop relatives voire fausses, soit par des commentaires bibliographiques partiels et encore plus en matière de réglementation, où souvent la recherche numérique dirige sur des commentaires ou des interprétations restrictives ou abusives.

Parmi d'autres sujets abordés dans ces travaux, quelques exemples :

- ◆ On peut noter le fréquent « court-circuit » de la reconnaissance d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail alors que le lien entre le travail et l'atteinte de la santé était consensuel.
- ◆ La perception et la compréhension du lien entre santé et travail du salarié étaient favorisées en lieu et place de conduites à tenir qui se révèlent souvent partielles et spéieuses.
- ◆ Le questionnement sur la position du médecin du travail permettait souvent de constater en pratique l'intérêt du respect de la loi du 3 mars 2002 sur le droit des patients, en accompagnant le pouvoir d'agir et la responsabilité du salarié avec son collectif de travail.
- ◆ L'identification et la compréhension des controverses est plus importante que la recherche d'un consensus.

Dès la fin de la première année, le retour d'évaluation très favorable des collaborateurs médecins en fin 2017 nous a convaincu de reconduire l'expérience. Et les ateliers ont été étendus aussi à la deuxième année du premier cycle, et à quatre journées par an pour les

premières années du deuxième cycle. Pour 2018 et 2019 trois autres médecins du travail expérimentés ont pu être cooptés pour assurer l'accompagnement de chaque séance en binôme associant un ancien et un nouveau pour consolider la maîtrise de ce type d'accompagnement. La motivation n'était pas facilitée par les limites de la reconnaissance administrative d'une indemnisation tardive à moins de trente euros horaires pour les sept heures de chaque journée.

### **ET LA VISIO ?**

L'équipe des sept « formateurs » se sentait opérationnelle pour 2020, en reconduisant le principe des thèmes fidèles aux orientations prioritaires du DPC, mais la Covid-19 a évidemment coupé l'élan, et aucune des quinze journées programmées pour le premier semestre n'a pu avoir lieu. Nous avons toutefois à l'automne pu mettre en place, pour chaque groupe, des demi-journées d'analyses des pratiques en visio conférences organisées par le service de formation continue de l'université d'Angers.

Nous avons ajouté aux quatre thèmes des orientations prioritaires, le questionnement des pratiques par rapport à la Covid-19, qui a donné lieu à des exposés plusieurs fois choisis par les trois promotions.

Le bilan de ces visio-conférences est mitigé. Les visio-conférences ont pu se tenir, mais avec des limites de connexion, choisies parfois avec exclusion de l'image par manque de réseau ou aléatoire en pleine séance. Les binômes ont souvent fait l'effort d'être à deux en présentiel, dans la salle de l'université d'Angers, avec masque FFP2, pour mieux se coordonner. Bref le présentiel semble être bien plus riche pour les échanges... même si nous avons dû poursuivre le programme majoritairement par demi-journée en distanciel en 2021 avec la succession des vagues contagieuses.

### **FORMATEURS ?**

Pour 2022, trois animateurs dont les deux animateurs piliers et référents par l'expérience des GAPEP *E-pairs* annonçaient leur démission par épuisement et besoin

d'autres projets. Un appel à candidature a été lancé avec l'aide du carnet des adresses courriel de la Société de médecine et de santé au travail de l'ouest et de l'inspection régionale du travail. Sur douze candidats, six ont été sélectionnés, dont deux avaient déjà une expérience de travail en GAPEP. Pour l'initiation à la méthode et la finalisation de l'adhésion des six nouveaux à la démarche, nous avons organisé en tout début 2022 une journée d'analyse des pratiques sur des situations cliniques réelles et vécues préparées par les quatre anciens ou six nouveaux. La confirmation de l'engagement et la répartition des journées en binômes d'animateurs a pu être réalisée dans la foulée.

Il est trop tôt pour évaluer cette transmission du savoir-faire, pour laquelle une séance spécifique aura lieu prochainement, mais déjà l'évaluation par les collaborateurs médecins se confirme favorable à la poursuite du dispositif.

La prise en compte administrative de ce travail n'est pas aboutie avec l'université. Les rémunérations par indemnisation horaire sont à la fois complexes et incomplètes. Une tentative de convention entre l'université et les services de médecine du travail est en gestation et devrait enfin faciliter l'intégration des médecins du travail en activité à cette contribution d'enseignement de la spécialité.

### **SUITE ?**

Le développement de ce dispositif de formation de médecins du travail par analyse des pratiques est-il transférable dans d'autres universités ?

Chaque année la question du tutorat est abordé par des collaborateurs médecins. Si certains apprécient leur accompagnement comme ressource, d'autres en signalent la carence ou, à l'opposé, une rigidité inadaptée entravant des marges de manœuvres qui seraient utiles aux salariés. Au-delà de tout jugement qui ne nous revient pas, le déploiement, l'encadrement et l'évaluation des tuteurs en médecine du travail sont une vraie question.

# ÉVOLUTION DE L'IMAGE OPÉRATOIRE<sup>(1)</sup> ET MANAGEMENT DANS LA CONDUITE DES INSTALLATIONS ÉLECTRONUCLÉAIRES À PROPOS D'UNE EXPERTISE RÉALISÉE AU MILIEU DES ANNÉES 1990<sup>(2)</sup>

**Alain CARRÉ**

.....  
1- L'image opérative (ou opératoire) est une expression de l'ergonome Ochanine qui « désigne la représentation mentale que l'opérateur se fait de l'objet qui concourt à l'action » (Ochanine, 1986)

2- Cette contribution reprend en grande partie un article publié en 2021 sur le site de la revue Travailler au futur

L'expertise que relate l'ouvrage, *Exister au travail, les hommes du nucléaire*<sup>(3)</sup>, a été demandée par EDF, au milieu des années 1990, et avait pour objet d'élucider les raisons de la récurrence revendicative des agents chargés de la conduite des réacteurs des centrales nucléaires que rien ne paraissait satisfaire. Elle est donc centrée sur ces agents.

Ce qui est particulièrement remarquable dans cette recherche-action de plusieurs années est la mise en œuvre de références croisées à un catalogue impressionnant de sciences humaines. Tour à tour, les observations sont passées au crible de l'ergonomie, de la sociologie, de la philosophie, de la psychanalyse, de l'économie, de l'anthropologie, de l'ethnographie.

Elles sont interprétées en faisant appel à des disciplines diverses et parfois concurrentes telle la clinique du travail Yves Clot) et la psychodynamique du travail (Christophe Dejours).

.....  
3- *Exister au travail, les hommes du nucléaire*, Guy JOBERT, éditions ERES, 2014. Lire également : Marie PONNET Dans *Travail et emploi* 2016/4 (n° 148), pp. 110 à 114

Ainsi, tel un paysage dont la description est plus précise selon le nombre de points de vue depuis lesquels on le regarde, ces différents points de vue épistémologiques permettent une description fine et pertinente des situations observées.

La première hypothèse du chercheur est l'identification dans l'activité des opérateurs de conduite d'une frustration en matière « d'agir au travail » du fait des automatismes experts qui gèrent, sans faille, le fonctionnement de l'installation. Cela ne laisse aucune place à l'initiative habile, ainsi qu'à la construction d'une œuvre originale susceptible d'être reconnue par les collègues de travail ou l'encadrement. Les tentatives de surpasser la gestion informatisée de la conduite en contournant les automatismes sont autant de transgressions risquées, car fautive, comme le décrit le chercheur par un exemple tragique.

La deuxième hypothèse du chercheur est l'existence de l'impact émotionnel de cette activité d'exploitation, quasi démiurgique, de la réaction nucléaire, d'un poids symbolique et de danger pour l'extérieur (moins de dix

ans après Tchernobyl). Il remarque, toutefois, que l'expression des opérateurs sur ce sujet est censurée par une idéologie défensive de métier qui permet de tenir à distance une partie de ce poids émotionnel.

Il signale enfin ce qui constitue un don (au sens qu'en donne Marcel Mauss) des opérateurs dans le cadre d'un service public indispensable : la fourniture d'électricité à la nation, mission première portée par l'ensemble des agents des entreprises nationales de l'énergie et ciment de l'implication et de la sociabilité entre les travailleurs de ce secteur. C'est cette mission qu'assurent les opérateurs et qui s'ancre dans la conviction de l'utilité sociale de leur action. Or ce don est un don sans réciprocité.

Ni la frustration devant l'interface de conduite tout puissant, ni le poids émotionnel de l'activité, ni le sentiment de l'utilité sociale de l'activité ne peuvent, par conséquent, recevoir de contre-don, d'où les revendications récurrentes et insatisfaites des opérateurs de conduite.

Bien que publié en 2014, l'ouvrage a été rédigé au cours des années 1996-1997, malgré le peu de distance des changements organisationnels en cours dans ce secteur et au-delà, ceux-ci ayant commencé à l'orée des années quatre-vingt-dix, l'ouvrage les évoque mais n'en pèse pas complètement les implications pour les opérateurs de conduite, faute d'un recul suffisant.

Les changements de nature politique dans ce secteur sont liés à la prise de pouvoir des gestionnaires néo libéraux sur les ingénieurs. La rentabilité prend le pas sur la technicité. Le cout du kilowattheure est l'indice de référence. La gestion technique cède le pas devant la « gouvernance par les nombres ». C'est ainsi que se met en place une sous-traitance « au moins disant » de la maintenance(4). Cela va engendrer des conséquences qui vont avoir un impact sur le travail des agents des centrales nucléaires de production d'électricité, notamment ceux de la conduite, en rompant le lien avec la maintenance des installations.

Comme le constate l'ouvrage, la maintenance est depuis le début des années 1990 en grande partie confiée à des sous-traitants. Même si la compétence technique des travailleurs de la sous-traitance n'est pas en cause, les temps d'intervention insuffisants, le caractère nomade de ces travailleurs, la précarité de leur emploi, l'existence de risques qu'ils assument en substitution

4- Ghislaine DONIOL-SHAW, Dominique HUEZ, Nicolas SANDRET, *Les intermittents du nucléaire*, éditions Octares, 1995

5- Lire à ce sujet la thèse de Marie GHIS-MALFILATRE, *Santé sous-traitée. Ethnographier les mobilisations contre les risques du travail dans l'industrie nucléaire en France (1968-2018)*  
<http://theses.fr/2018PSLEH176>

des agents EDF(5), ne sont pas propices à des échanges « en confiance » avec les agents de la centrale.

Autrefois, la maintenance était assurée par des services internes. Le renfort en cas d'incident et lors des maintenances programmées, lors des arrêts de tranche était confié à des intervenants internes, professionnels de très haut niveau d'expérience(6).

Cela avait pour conséquence, pour ces professionnels, une connaissance fine et en quelque sorte vécue de l'installation : de ses différences avec d'autres installations de même modèle, de ses qualités mais aussi de ses faiblesses.

Au cours des échanges avec les professionnels du site, notamment avec les rondiers, lors de leurs semaines d'entretien, cette connaissance était partagée et parvenait ainsi aux opérateurs de conduite. Cela était essentiel. En effet, une installation technique est une singularité et une entité vivante. À sa naissance, elle n'est jamais complètement identique à une de ses « sœurs » et elle ne vieillit pas de façon identique à chacune d'entre elles. La perception précise de cette singularité participe pour les professionnels qui y interviennent (ou régissent son fonctionnement) à la construction pour chaque opérateur de ce qu'on désigne comme l'image opératoire de l'installation, au sens qu'elle est le gage de la pertinence d'une action sur le process technique.

Faute d'une construction de cette image, la maîtrise de l'installation peut ne pas être appropriée.

Du fait de la sous-traitance quasi complète notamment lors des arrêts de tranche, alors que le vieillissement des installations est maintenant une évidence et réclame une compétence accrue en matière de conduite, les agents de ce secteur ne sont sans doute pas en possession de tous les éléments nécessaires.

Spécifiquement pour eux, la maintenance sous traitée a rompu la chaîne de compétences communes qui permettait d'identifier les particularités techniques des installations qui participent à l'appréhension fine des caractéristiques, indispensable à la conduite d'installations « vieillissantes », notamment en situation d'incident.

Il faut ajouter à cette question technique une modification significative de l'encadrement(7). Celui-ci, traditionnelle interface entre l'entreprise et l'exécution, est

6- Organisation Régionale d'Intervention (ORI) puis Agence de Maintenance Thermique (AMT)

7- Dans ce cadre l'ouvrage évoque (p. 237) la disparition de l'ancienne fonction « d'ingénieur sûreté-radioprotection » et sa substitution par la fonction de « chef d'exploitation » qui cumule les fonctions de production, de management et de sûreté.



remplacé par un management des « ressources humaines » destructeur des collectifs professionnels garants de la qualité du travail.

Enfin, aux difficultés d'« exister au travail » s'ajoutent dorénavant pour les opérateurs de conduite, mais aussi pour tous les agents du service public de l'énergie, l'atomisation de ces entreprises ce qui affaiblit la notion d'œuvre commune des agents de ce secteur et la reconnaissance symbolique de l'utilité du travail.

L'euthanasie programmée du service public de l'énergie, se déroule dans une double perspective de privatisation et d'éclatement de ces entreprises en une myriade d'entités mises en « libre » concurrence. C'est le résultat attendu du projet dit « Hercule », nom particulièrement révélateur, pour qui connaît un tant soit peu la mythologie et l'issue suicidaire de l'aventure du héros.



# **MÉDECINE DU TRAVAIL**

## **DES PRATICIENS EN SOUFFRANCE**

### **ANALYSE DE SES CAUSES**

### **ET DE SES FORMES CLINIQUES**

**Alain CARRÉ**

**C**omme pour celles et ceux qui y sont exposés, l'organisation du travail néolibérale malmène les médecins du travail. Il n'est donc pas étonnant que celles et ceux qui exercent ce métier souffrent de cette situation.

Toutefois, chargés de la prévention de ces effets délétères sur la santé des travailleurs et des travailleuses, la situation des médecins du travail est paradoxale.

À la fois préventeurs et victimes de ce qu'ils et elles ont pour mission de prévenir, on peut estimer que la forme de leur souffrance et comment ils et elles s'en défendent revêt une spécificité particulière. Il n'est pas ici question d'être exhaustif mais de tracer certaines de ces spécificités.

Deux lieux d'observation sont ici convoqués : d'une part, la participation à une permanence de nature syndicale à la Bourse du travail qui permet à travers les témoignages de salarié.es en difficulté, d'apprécier les décisions de certains médecins du travail et de les in-

terpréter de ce point de vue, d'autre part une observation de l'évolution des pratiques en médecine du travail par les médecins du travail d'entreprises des industries électriques et gazières.

Avant d'en venir, aux effets, il convient d'en décrire les causes.

#### **LES STRATÉGIES DES EMPLOYEURS POUR EN FINIR AVEC LA MÉDECINE DU TRAVAIL**

*UNE INSTITUTION DEVENUE UN OBSTACLE  
À UNE GESTION ÉCONOMIQUE DES RISQUES PROFESSIONNELS*

L'évolution du système de réparation des effets des risques du travail est emblématique d'une conception du travail dont les conséquences sur la santé seraient inéluctables. De ce point de vue se pose d'emblée la question de leur poids économique à la fois pour les employeurs et pour certains salariés.



Cette inéluctabilité justifie les politiques visant à diminuer les risques, mais cette prévention patronale ne se détachera jamais du primat de l'économique : selon l'employeur, trop de prévention tuerait la rentabilité et il y aurait un juste milieu entre prévention des risques et objectif économique. C'est la position du curseur entre ces deux variables que vont défendre les employeurs et leurs organisations.

Dès lors que prévaudrait la question de la rentabilité, caractéristique de l'organisation actuelle des entreprises, la prévention des risques professionnels est réduite à la portion congrue.

Le second volet de cette « idéologie du risque » est directement lié aux théories eugénistes qui occupent le pavé à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et dans la première moitié du 20<sup>e</sup> siècle. C'est le fantasme qu'il y aurait des caractéristiques individuelles qui rendraient plus vulnérables les individus aux effets des risques professionnels. Jusqu'à récemment des publications spécialisées mettent en avant l'existence de ces « susceptibilités individuelles » comme facteur aggravant du risque professionnel. C'est, notamment, la source d'une pratique médicale de sélection de la main d'œuvre.

Or, à partir des années 1970, les médecins du travail choisissent majoritairement d'exercer leur mission d'ordre public social de prévention primaire en s'affranchissant d'une analyse économique et en laissant les différentes parties la négocier. La création des CHSCT en 1984 donnera un socle efficace à ces pratiques.

Cette obstination d'une prévention médicale primaire repose également sur l'acquisition individuelle et collective de nouvelles compétences et la naissance d'une « clinique médicale du travail ».

Pour les employeurs et leurs représentants ces prétentions à repérer les risques et leurs effets et à les rendre publics dans l'entreprise sont inacceptables car elles sont susceptibles d'altérer la construction d'un rapport de force qui leur soit favorable, d'autant plus qu'elles reposent sur des compétences incontournables.

Dès lors le patronat et les exécutifs gagnés à sa position idéologique vont décider d'en finir avec cette institution, autrefois de façade, devenue un obstacle à l'exploitation de la santé des travailleuses et des travailleurs. Le financement et la gestion des services de santé au travail qui est concédée aux employeurs, leur donnent ainsi des moyens puissants de peser sur l'institution.

*ENTRAVER L'ACTION DES MÉDECINS DU TRAVAIL  
AVEC LA COMPLICITÉ DES EXÉCUTIFS SUCCESSIFS(1)*

Pour une description précise et circonstanciée de cette destruction, il convient de se reporter aux références situées en bas de page. Ces stratégies reposent sur des principes d'action qui souvent vont retentir les uns sur les autres en les amplifiant. La perversion de ces mesures et leur effet cliquet sont évidents.

♦ **Faire oublier la mission d'ordre public social de la médecine du travail.** Ainsi les services vont dans un premier temps perdre leur spécificité et voir disparaître leur étiquette strictement médicale. Tout d'abord ils deviendront « services de santé au travail » puis plus récemment, en 2021, des « services de prévention et de santé au travail », la prévention du point de vue des responsabilités d'employeur en devenant l'objet principal.

♦ **Supprimer la mission d'ordre public social.** Il ne s'agit pas seulement de la faire oublier, il faut la faire disparaître. Plusieurs moyens sont mis en œuvre, ils diffèrent toutefois selon les types de services :

❖ **Dans les services interentreprises** c'est l'inflation des effectifs et du nombre d'entreprises qui va étouffer l'exercice. Les moyens d'analyse supplémentaires des intervenants en prévention des risques professionnels, indispensables pour maintenir l'analyse du travail dans ce contexte vont être détournés. Ainsi dans un premier temps l'appui des IPRP va, en partie, se substituer au tiers-temps d'action en milieu de travail puis, leur détournement en 2021 vers la prévention du point de vue de l'employeur, laisse les médecins seuls face à l'impossibilité d'action en milieu de travail les plaçant ainsi en situation d'injonction paradoxale. Leur décision, en matière collective ou individuelle, va donc reposer sur de compétences fragilisées et de ce fait devenir souvent inadaptée aux situations.

❖ **Dans les services autonomes** qui, rappelons-le, ne bénéficient pas de l'aide de spécialistes dédiés, le moteur de la destruction est l'individualisation des médecins c'est-à-dire le brouillage puis l'empêchement du travail collectif. L'un des moyens que nous avons observé dans une de ces entreprises est la substitution

.....  
1- Pour plus de détails :  
MARICHALAR Pascal, *La médecine du travail sans les médecins : une action de longue haleine*, 2010, Politix <https://www.cairn.info/publications-de-Pascal-Marichalar-60866.htm>

CARRÉ Alain, *La destruction de la médecine du travail en France passé, présent, avenir*, 2020, Cahiers du SMT N°37 : <http://www.asmt.org/cahiers/cahiers/cahier-37/37-2-04%20AC-destruction.medicine.travail.pdf>

d'un logiciel médical, adapté à ce travail et aux pratiques, par un logiciel de pure gestion dont le versant permettant le repérage collectif des risques professionnels est inadapté. C'est dans ces services qu'à travers des « comités santé/travail », exempts de toute représentation du personnel, des collaborations avec les préposés à la sécurité et l'employeur sont induites, entravant le libre arbitre professionnel du médecin et pesant sur son indépendance.

❖ **Résultat institutionnel** : alors que la *numerus clausus* d'étudiants n'est pas rempli, ces conditions d'exercice dissuadent les jeunes médecins de se diriger vers la profession et, les effectifs de médecins du travail étant en chute libre, cela sert de prétexte à augmenter les effectifs et pour y pallier à espacer les visites (loi El Khomri) ce qui perturbe cette source de connaissance sur le travail, diminuant ainsi la compétence des médecins.

♦ **Substituer à la mission d'ordre public social une médecine d'entreprise d'appui au management.** L'incitation d'un universitaire de médecine du travail publiée en 1986(2) et peu crédible à l'époque, est désormais la référence dans ce domaine. Elle trace un argumentaire rationnel dans lequel le service à l'entreprise est le seul objectif de la profession. Elle offre ainsi une voie d'évitement défensif aux médecins du travail.

Un des volets de cette nouvelle manière d'exercer est, pour le bien de tous, la sélection médicale de la main d'œuvre sous la forme du concept managérial de « prévention de la désinsertion professionnelle ».

Parallèlement, se développe une individualisation du risque et une responsabilisation individuelle des effets des risques du ou de la salariée. Alors que les employeurs mettent en place une « qualité de vie au travail », c'est, selon eux, faute de compétence (passeport prévention), voire de « résilience » que se produiraient les effets des risques.

*CIRCONVENIR LES REPRÉSENTANTS DES TRAVAILLEUSES ET DES TRAVAILLEURS CONTRE LA MÉDECINE DU TRAVAIL*

À la lecture de l'ANI qui a servi de prétexte à la destruction avancée de la médecine du travail par la loi Lecocq, c'est la consternation qui prévaut. Comment des représentants de confédérations syndicales représentants les travailleuses et les travailleurs ont-ils pu accepter cette

.....  
2- P<sup>r</sup> Lorient : *La médecine du travail française face à l'Europe*, Le Concours Médical, 21 mai 1988 : <http://www.a-smt.org/2020/1988-Lorient.pdf>

régression historique de la prévention des risques professionnels ?

Nous y voyons la convergence de plusieurs phénomènes :

- ♦ La désaffection des travailleurs et des travailleuses pour la défense de la santé au travail au profit de thèmes de « survie » que sont l'emploi et les ressources. Les revendications des gilets jaunes sont, de ce point de vue, significatives.
- ♦ Dans un contexte de lutte pour le leadership de certaines de ces organisations, l'abandon de la santé au travail comme thème porteur, dans une période dans laquelle le rapport de force est devenu défavorable, constitue un retour vers les périodes moins fastes.
- ♦ La promotion de politiques à l'allemande de négociation directe entre employeurs et représentants syndicaux sur le sujet, dans lesquels les considérations économiques sont au premier plan et donnent lieu à des « compromis ».
- ♦ L'effet destructeur de la substitution par les ordonnances Macron de 2017 du CHSCT par le CSE, privé de moyens d'analyse et dont l'objectif principal est économique. Cela ne permettant plus au médecin du travail d'avoir un point d'appui en matière de prévention et l'éloignant de l'organisme qui permettait de donner plus de visibilité à ses activités.
- ♦ La dégradation de l'exercice du médecin du travail du fait des pénuries de toute nature et pour certains le positionnement en appui du management ou en sélection médicale de la main d'œuvre qui leur ôte toute crédibilité. Pour les autres leur impuissance par manque de moyens passe pour de l'incompétence et déconsidère leur exercice.

**LES MÉCANISMES GÉNÉRATEURS DE LA SOUFFRANCE CHEZ LES MÉDECINS DU TRAVAIL**

*LA MISE EN PLACE DE STRATÉGIES D'INTIMIDATION FAIRE NAÎTRE LA PEUR*

L'un de ces mécanismes est bien entendu l'inflation des plaintes d'employeurs auprès du Conseil de l'Ordre des médecins : tout acte de reconnaissance (certificat, courrier, extrait de dossier médical) du lien entre des éléments de l'organisation du travail et leurs effets notamment sur la santé psychique, donne lieu à plainte. Nous ne reviendrons pas sur la complicité d'intérêt entre l'ordre des médecins et le patronat, ni dans le détail sur ces plaintes. Leur résultat majoritaire est le retrait, lors de la conciliation, par le médecin poursuivi de

ce qu'il a attesté. La rédaction d'un certificat de constats de maladie professionnelle y compris dans le cadre des tableaux est devenu quasi exceptionnel. La perte à l'estime de soi fait basculer, alors, de la peur à la honte et son cortège de stratégies défensives.

Un autre mécanisme institutionnel est la répression qui s'abat sur les médecins du travail qui prétendent continuer à exercer selon les principes et pratiques de leur métier.

Ce qui est particulier, est que cette répression est fondée sur des reproches qui portent non pas sur les exercices mais sur le comportement des médecins, soit vis-à-vis du personnel infirmier, vis-à-vis des employeurs, voire de salariés. Les démiurges managériaux excellent à mettre les collectifs de travail en porte à faux et à créer des conflits interpersonnels afin de les exploiter.

Bien évidemment, personne n'est dupe et même si ces tentatives sont, finalement, sans conséquence, cela est clair : prétendre vouloir exercer réellement la médecine du travail c'est aller vers les ennuis. Peu importe que ces manœuvres n'aboutissent pas car leur but est, d'une part d'apeurer, et si possible d'amener les réfractaires à résipiscence.

LES CONSÉQUENCES DE CÉDER À LA PEUR  
LA PERTE DE L'ESTIME DE SOI ET LA HONTE

L'exercice de la médecine implique un arrière-plan déontologique particulièrement exigeant moralement. Choisir d'exercer la médecine d'entreprise en trahissant ses obligations d'indépendance et de motivation exclusive de protection de la santé de ses patients, en cédant à la peur ou à l'intérêt, est susceptible d'engendrer perte de l'estime de soi et honte. C'est ainsi qu'on observe des mécanismes d'évitement habituel et de conséquences sur la santé assez semblables à ce qu'on observe pour les autres salariés confrontés aux mêmes mécanismes délétères :

- ♦ La fuite : C'est ainsi que dans l'entreprise citée en introduction on observe des mouvements de *turn-over* inhabituel dont l'origine est probablement la démission ou plus probablement le départ négocié. L'espoir d'être moins bousculé ailleurs est souvent illusoire.
- ♦ Les mécanismes défensifs : Ainsi, parmi de nombreuses stratégies, aussi diverses qu'il y a de situations, et dont nous avons pu observer les effets à travers des décisions dont se plaignent celles et ceux qui viennent demander l'aide de la permanence de la Bourse du travail ou dans les réactions observées

suite à répression dans l'entreprise considérée ici :

- ❖ la répression toucherait des collègues ayant une personnalité particulière à la limite de la maladie psychique ;
  - ❖ il s'agirait de collègues dont l'idéologie politique s'est substituée à une pratique professionnelle rationnelle ;
  - ❖ favoriser l'appui à l'entreprise c'est, en dernière analyse, protéger les intérêts des salariés qui la composent. Ne pas soutenir le management risque d'en compromettre les résultats ce qui pourrait avoir des conséquences sur l'emploi.
  - ❖ Mettre inapte un salarié à son poste c'est prendre la meilleure décision pour lui qui n'a pas tous les moyens de l'apprécier et puis il pourra bénéficier de la PDP
- ♦ L'épuisement psychique : comme on peut l'observer, certains médecins du travail vont au bout de leur résistance psychique, et leur épuisement retentit sur leur santé : faute de moyens et à bout de force ils ou elles décompensent. Ainsi, nous avons observé un tel phénomène qui a contraint le médecin du travail de notre collègue épuisé à le mettre inapte. Fait révélateur, le médecin du travail ayant prononcé l'inaptitude démissionnera peu après cette prise de décision.

## DES STRATÉGIES DE RÉSISTANCE POSSIBLES

Bien que la souffrance et ses manifestations y compris paradoxales soit majoritaires il convient de s'intéresser à la situation de celles et ceux qui continue à pratiquer leur mission malgré les aléas.

Ce qu'on observe est plutôt encourageant. En effet, on observe que celles et ceux qui résistent et prétendent exercer leur métier, même quand ils ou elles sont soumis à répression, sont moins en souffrance.

Certes les tentatives de licenciement, le dénigrement des collègues sont particulièrement difficiles à vivre, mais malgré les vicissitudes ils et elles maintiennent leur cohérence psychique et leur estime de soi.

Néanmoins, seule une résistance collective dans laquelle les travailleuses et les travailleurs s'empareraient de la question de la santé au travail serait susceptible d'aboutir et pourrait notamment libérer la médecine du travail de la tutelle des employeurs, passage obligé de la renaissance d'une médecine du travail indépendante et accomplissant sa mission d'ordre public social.

# MÉCANISMES, ACTEURS ET COMPLICITÉS DES MALTRAITANCES INSTITUTIONNELLES TOUCHANT LES MÉDECINS DU TRAVAIL

*Alain CARRÉ*

**L**e travail peut être un lieu où construire sa santé. C'est parce qu'ils ou elles estiment que le travail devrait être un lieu où la construire que des médecins ont choisi d'en faire un métier.

Il existe sans doute des employeurs qui partagent la même volonté et qui mettent en place des conditions du travail qui vont dans ce sens ou évitent les situations délétères.

Malheureusement, depuis que la raison économique mène le monde, en particulier dans sa version néolibérale, l'idéologie a pris le pas sur les sentiments humains et on traite les « ressources humaines » de la même façon que les ressources naturelles, c'est-à-dire jusqu'à épuisement. Comment, au passage, s'étonner que dans certains secteurs maltraitants on ait du mal à recruter.

Il est des secteurs toutefois où les risques pour la santé au travail sont pires qu'ailleurs. Comparaison n'est pas raison, et sans vouloir qualifier ce secteur de « Qatar en France », le secteur du bâtiment dans notre pays ne brille pas par la qualité de ses résultats en matière de prévention. Ainsi, c'est le secteur où les accidents du travail et leur gravité sont au plus haut et celui qui emploie un très grand nombre de travailleurs étrangers pauvres.

Prétendre exercer la médecine du travail dans ce secteur est donc un pari à haut risque.

En effet, les conditions de l'exercice sont souvent dégradées par exemple du fait du nombre important des effectifs par ETP, les éventuelles pénuries en personnel paramédical et en IPRP, la maîtrise imparfaite de la langue pour les travailleurs étrangers, transformant la consultation en exercice de médecine vétérinaire, les nouvelles dispositions réglementaires.

Comment reprocher dans ces conditions aux médecins du travail de ce secteur de se réfugier, comme nous l'avons décrit dans un précédent article, dans des stratégies défensives ?

Quelques-uns et quelques-unes vont toutefois, notamment pour préserver leur estime de soi, ne pas baisser pavillon et tenter malgré les difficultés de se conformer aux règles du métier. S'abat alors sur eux une répression coordonnée.

Cet article a pour objet de décrire les mécanismes et les acteurs impliqués dans ces pratiques répressives et de mettre en pleine lumière la chaîne de complicité qui participe à une maltraitance systématique d'un médecin du travail, de ce secteur, victime de ces agissements.

En cinq ans ce médecin a subi :

- ♦ deux entretiens préalables en vue d'un licenciement ;
- ♦ alors que ces licenciements ont été refusés par les autorités de tutelles plusieurs jours de mise à pied en substitution de l'un d'entre eux ;



♦ une plainte au Conseil de l'Ordre pour un avis d'aptitude

**UNE DIRECTION « MÉDICALE » DES SERVICES EXERÇANT DIRECTEMENT LA MALTRAITANCE**

*DES ATTEINTES RÉPÉTÉES À L'INDÉPENDANCE*

Cette direction est souvent confiée à d'anciens médecins du travail, dont on peut légitimement se demander la motivation, tant leurs actions s'éloignent parfois des valeurs professionnelles et de la déontologie. L'intérêt personnel ne peut être écarté dans ce qui les motive, mais la culpabilité de ne pas avoir eu le courage de résister, l'irritation vis-à-vis de celui qui prétend faire un métier qu'ils ont abandonné, tout cela sans doute y participe.

Ils ou elles se positionnent dans une posture d'autorité hiérarchique qui empiète sur l'indépendance des médecins. Ainsi certains reproches portent ici sur la durée des consultations. Dans le cas précis il faudra au médecin inspecteur rappeler que l'indépendance du médecin doit être respectée y compris par un directeur « médical »(1).

Dans les faits, « *missi dominici* » des adhérents employeurs, ils vont mettre en œuvre une série de maltraitance en fonction des opportunités.

*UNE PREMIÈRE MALTRAITANCE AU MOTIF DE PLAINTES D'EMPLOYEURS*

La première séquence de maltraitance avait pour objet d'obtenir le licenciement, mais aussi de servir d'exemple pour les autres médecins du travail qui seraient tentés par le même exercice,

Elle repose ici sur des avis critiques portés opportunément à la connaissance du directeur « médical » pour organiser des changements de secteur à la demande des employeurs mécontents des avis du médecin du travail, lesquels n'ont pas fait l'objet d'une contestation dans les formes réglementaires.

Elle instrumentalise également de réelles difficultés d'exercice liées à l'absence de traducteur pour les salariés maîtrisant mal la langue pour accuser le médecin d'être xénophobe. Là encore, alors qu'ils ont du mal à maîtriser la langue, ces travailleurs produisent des

.....

1- Plusieurs arrêts du Conseil d'État de 1999 devraient être toujours présent à leur esprit : la fonction de médecin préposé d'un employeur pour diriger un service ne peut s'exercer valablement que si il n'est « ainsi porté atteinte à aucune des dispositions relatives aux attributions des médecins du travail et à celles garantissant leur liberté et à leur indépendance dans l'exercice de leur art ». Conseil d'État statuant au contentieux. Lecture du 15 janvier 1999, (séance du 14 décembre 1998) n°189568

Mais aussi : Conseil d'État, statuant au contentieux Lecture du 24 février 1999, (séance du 18 janvier 1999) n°190694

courriers dont le rédacteur semble la maîtriser, sans que cela soulève de question.

Aucune investigation impartiale n'est mise en œuvre par le préposé « médical ». L'instruction se fait à charge. Ces avis et reproches sont le prétexte pour organiser un entretien préalable pouvant déboucher sur un licenciement.

Elles ont été précédées et suivies par des demandes des employeurs de changement de médecin du travail. Les changements de secteurs ayant été contestés avec succès par le médecin du travail, un employeur se désinscrira du SPST et ré-adhèrera ensuite ce qui sera utilisé à charge du médecin.

Cette première tentative échouera du fait du refus de l'inspection du travail et du ministère en appel. Toutefois le directeur du SPST sanctionnera le médecin de trois jours de mise à pied toujours en cours de contestation par le médecin.

*UNE DEUXIÈME MALTRAITANCE INSTRUMENTALISANT DES PROBLÈMES D'ORGANISATION DU SPST*

Il est reproché au médecin un « *comportement agressif volontaire et répété* » à l'occasion d'un échange entre lui et un personnel paramédical.

Le contexte est en fait ici celui d'un climat relationnel perturbé qui naît sur des conditions de travail matérielles et organisationnelles inadéquates qui est le symptôme d'une souffrance au travail des personnels. Il est également influencé par des absences de moyens signalées mais non prise en compte pour les activités cliniques.

Aucune analyse contradictoire des faits ne sera produite par le directeur « médical ». La nature des reproches sera amplifiée par la répétition de reproches d'employeur identiques à ceux de la première séquence.

Opportunément, le texte de la saisine de la commission de contrôle, rappellera l'appartenance syndicale du médecin du travail, ce qui ne sera sans doute pas sans effet sur le résultat du vote assez contrasté.

Là encore le licenciement sera refusé par l'inspection du travail.

**LE CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS À LA RESCOUSSE**

*UN CHANGEMENT DE STRATÉGIE*

Il est rendu opportun par l'échec des deux précédentes tentatives. Il est à disposition depuis 2007, repose sur une modification scélérate de l'article R.4126-1 du Code de la santé publique et largement utilisé contre

les médecins traitants et les médecins du travail réfractaires.

Il est tellement efficace qu'il est maintenant difficile pour une victime de maladie professionnelle d'obtenir un certificat médical initial.

Les avocats des employeurs donnent une réelle publicité, notamment sur internet, pour ce procédé que nous considérons comme illicite(2).

Ainsi un employeur porte plainte devant le conseil départemental de l'Ordre, contre ce médecin du travail contre un avis d'aptitude qualifié de certificat de complaisance.

*UNE PLAINTÉ IRRECEVABLE POUR DE NOMBREUX MOTIFS*

La plainte dans son principe et son motif est entaché d'irrégularités :

- ◆ un certificat médical ne peut être rédigé qu'à la demande du patient ou d'une autorité publique habilitée. Il énonce un diagnostic médical si nécessaire en le justifiant. Il doit être remis exclusivement au patient lequel est en mesure de l'utiliser librement. un avis d'aptitude est un document de nature administrative et publique(3) ce qui contredit la nature supposée de certificat médical.
- ◆ La contestation d'un avis d'aptitude est rendue possible et encadrée réglementairement par les articles L.4624-7 et R.4624-45 du Code du travail. L'employeur qui désire contester, sur le fond ou la forme, un avis d'aptitude doit saisir le tribunal des prud'hommes en formation de référé dans les quinze jours suivant la délivrance de l'avis. **Cela signifie que la seule instance qui peut juger de la validité ou de l'absence de validité d'un avis d'aptitude est le tribunal des prud'hommes éclairé par une expertise médicale du médecin inspecteur régional du travail.** Par conséquent, les instances disciplinaires du Conseil de l'Ordre des médecins n'ont ni qualité, ni compétence, pour juger de la validité ou de l'absence de validité d'avis d'aptitude ou d'inaptitude. Or l'entreprise plaignante n'a pas contestée dans les formes réglementaires les avis d'aptitude objets de la plainte. La seule instance réglementairement habilitée n'ayant pas été saisie, la

.....

2- <https://www.lexplicite.fr/saisir-le-conseil-departemental-de-lordre-des-medecins-un-levier-au-service-de-la-defense-des-employeurs/>

3- L'article R.4624-25 du Code du travail précise : « Cet examen ainsi que son renouvellement donnent lieu à la délivrance par le médecin du travail d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude rendu conformément aux dispositions de l'article L.4624-4. Cet avis d'aptitude ou d'inaptitude est transmis au travailleur et à l'employeur et versé au dossier médical en santé au travail de l'intéressé »

**plainte auprès du Conseil de l'Ordre des médecins constitue un abus de droit.**

*UNE CONCILIATION ENTACHÉE D'IRRÉGULARITÉ, UN CONSEIL DE L'ORDRE « AUX ORDRES »*

Lors de la conciliation la représentante de l'Ordre des médecins refusera de porter au procès-verbal les arguments d'irrecevabilité de la plainte ce qui amènera le défenseur confraternel à refuser de signer le procès-verbal.

À l'issue, le conseil départemental se joindra à la plainte devenant ainsi complice d'un abus de droit.

L'affaire en est là.

**CONCLUSION**

**S**i on en juge par des situations semblables on peut s'attendre à une longue bataille en perspective. En effet les conseils de l'ordre et les instances disciplinaires sont composées de médecins libéraux eux-mêmes employeurs ou actionnaires d'établissements de soins privés.

Il y a donc évidemment conflit d'intérêt, puisque les « juges » sont aussi partie.

Ces faits sont particulièrement révélateurs.

Nos médias évoquent avec une indignation, que nous partageons, la justice de pays dans lesquels la démocratie est absente.

Pourtant, dans nos contrées, les lanceurs d'alerte institutionnels sur des risques et des atteintes à la santé liés au travail, que sont les médecins du travail, sont traités comme les dissidents russes ou chinois :

- ◆ Une maltraitance institutionnelle impunie est exercée par les employeurs.
- ◆ Ils sont condamnés par des juridictions d'exception dont le fonctionnement même est jugé problématique par la Cour des comptes.

Il est temps que cela cesse. Commençons par interdire aux employeurs de déposer plainte devant les instances ordinaires. Que l'agrément administratif des SPST maltraitants leur soit retiré.



# UN ARRÊT DISSUASIF POUR LES PLAINTES D'EMPLOYEURS AU CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS



Association SMT

Alain CARRÉ

Un arrêt de la chambre sociale de la cour d'appel d'Orléans rappelle les obligations de protection fonctionnelle que doivent ses employeurs au médecin du travail salarié. Toutefois, cet arrêt va bien au-delà. Tout d'abord, il confirme que, contrairement aux dénégations partiales et dénigrantes du Conseil de l'Ordre des médecins, le médecin du travail a compétence pour faire le lien entre une urgence psychosociale individuelle et ce qu'il connaît de la situation des RPS dans les entreprises concernées. Enfin, en faisant porter les frais de juridiction à l'employeur du médecin, il pourrait avoir un effet dissuasif quant aux plaintes d'employeur contre des médecins du travail.

## INTRODUCTION

« Investi par la loi du pouvoir de direction et de contrôle des salariés placés sous sa subordination juridique, l'employeur est tenu de garantir ceux-ci à raison des actes ou faits qu'ils passent ou accomplissent en exécution du contrat de travail.

L'employeur doit ainsi prendre en charge les frais exposés pour assurer sa défense par un salarié qui a agi dans le cadre de son activité professionnelle et sans avoir abusé de ses fonctions à des fins personnelles (Soc., 5 juillet 2017, pourvoi n°15-13.702, Bull. 2017, V, n° 113) »

Par un arrêt du 23 novembre 2021(1), la chambre sociale de la cour d'appel d'Orléans rappelle que, comme tout salarié, un médecin du travail bénéficie de la protection fonctionnelle garantie du fait de l'existence du contrat de travail.

Cet arrêt est l'épilogue de dix années de procédure.

La réaffirmation de ce droit est particulièrement importante mais les motifs de l'arrêt dépassent cet objectif.

C'est en fait une avancée majeure dans la lutte contre la stratégie des employeurs qui consiste à intimider les médecins du travail (et plus largement les médecins) en portant plainte au Conseil de l'Ordre des médecins. Les médecins sont ainsi accusés de rédiger des certificats de complaisance, notamment, lorsqu'ils constatent les effets sur la santé mentale des risques professionnels organisationnels et relationnels (les risques psychosociaux).

Le Conseil de l'Ordre des médecins, composé majoritairement de médecins libéraux, employeurs ou potentiels employeurs, c'est-à-dire, à la fois, possiblement, juge et partie, prête en général une oreille attentive aux doléances des employeurs.

.....  
1- Arrêt du 23 novembre 2021, Minute N° : - 21 N° RG 19/00899 - N° Portalis DBVN-V-B7D-F4MR

Rappelons, ici, que, par an, 300 plaintes d'employeurs contre des médecins(2), notamment des médecins du travail, sont traitées par des instances extra judiciaires d'exception que sont les instances disciplinaires de l'ordre des médecins.

**LE RAPPEL DES FAITS**

**L**e 2 décembre 2011, Le D<sup>r</sup> Huez, médecin du travail de la centrale nucléaire EDF de Chinon, reçoit en urgence, à sa demande, M. A..., salarié de l'entreprise sous-traitante Orys S.A., dont il constate qu'il souffre d'une pathologie anxio-dépressive.

Au cours de cette consultation il rédige, principalement pour donner acte au salarié, c'est-à-dire agir positivement sur cet état anxio-dépressif, un certificat médical dans lequel il trace le lien entre cet état de santé et la situation professionnelle.

Cette situation sera plus tard confirmée comme déléterre par le tribunal des prud'hommes qui condamnera l'entreprise à indemniser de façon conséquente M. A... qui bénéficiera ensuite d'une rupture conventionnelle avec une montant de départ élevé.

Le lien entre la situation d'urgence et ses causes professionnelles est donc non seulement cliniquement évident mais attesté par des instances de justice.

Dans l'attente de sa condamnation la société Orys qui cherche à se garantir dans l'hypothèse d'un procès, dépose plainte auprès du Conseil de l'Ordre des médecins pour « certificat de complaisance » contre le D<sup>r</sup> Huez.

Comme d'habitude, le Conseil de l'Ordre qui reçoit cette plainte est dans la totale ignorance (volontaire ?) de ce qu'est le diagnostic en médecine du travail qui se construit sur un faisceau d'indices émanant à la fois de la clinique individuelle mais aussi de la clinique collective, c'est-à-dire de ce que le médecin du travail recueille lors des consultations individuelles d'autres salariés et lors des observations sur les lieux de travail. C'est ce faisceau d'indices qui a permis au D<sup>r</sup> Huez de faire le diagnostic du lien entre ce qu'il observe de la santé du patient et ce qu'il a constaté de la situation des salariés de cette entreprise sous-traitante.

Condamné en 2014 à un avertissement par l'instance disciplinaire régionale le D<sup>r</sup> Huez fera appel successivement auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins puis auprès du Conseil d'État. Il sera débouté de ces appels. Finalement, il se pourvoira devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) contre les dispositions réglementaires qui permettent qu'un employeur, tiers absolu à la relation médicale, porte plainte devant l'Ordre des médecins. Là encore l'arbitraire prévaudra.

.....

2- Ce chiffre est confirmé par une thèse de médecine.

Le caractère odieux de l'entreprise plaignante se matérialisera autour du recouvrement des amendes.

En effet, la Chambre nationale disciplinaire de l'Ordre des médecins avait confirmé à l'encontre du D<sup>r</sup> Huez la sanction de l'avertissement et une amende de 1 000 € au profit d'Orys. En décembre 2016, le D<sup>r</sup> Huez avait fait « Recours de sa sanction » devant le Conseil d'État

Le D<sup>r</sup> Huez décidait d'attendre l'avis du Conseil d'État concernant cette amende. Le 9 janvier 2017, Orys signifie par huissier au D<sup>r</sup> Huez un « Commandement de payer aux fins de saisie-vente » qui a pour conséquence la séquestration de ses véhicules et de ses cartes de crédit.

C'est alors que, sur les conseils de son avocat, il demande à EDF, l'employeur au moment des faits, d'assumer les frais d'avocats au motif que salarié de cette entreprise il bénéficiait d'une protection fonctionnelle. Débouté aux prud'hommes, il saisit la cour d'appel.

**L'ARRÊT DE LA CHAMBRE SOCIALE DE LA COUR D'APPEL D'ORLÉANS CONFIRME QU'UN MÉDECIN DU TRAVAIL, QUI AGIT DANS LE CADRE DE SA MISSION, BÉNÉFICIE D'UNE PROTECTION FONCTIONNELLE**

**L'**arrêt est parfaitement clair :

*« (...) dans les faits, l'activité professionnelle du docteur Huez consistait non seulement à effectuer un suivi médical des agents EDF visés dans son contrat de travail et à opérer une surveillance de l'exposition aux rayons ionisants des salariés intervenant sur le site du CNPE de Chinon mais également à recevoir en consultation des salariés d'entreprises prestataires de services (...) Même si le statut du médecin du travail présente des spécificités, M. Dominique Huez était salarié de la S.A. EDF lorsqu'il a établi le certificat du 2 décembre 2011. Il peut donc prétendre à bénéficier de la garantie de l'employeur à raison de cet acte accompli en exécution du contrat de travail. »*

Contre l'avis d'EDF qui cherchait à ne pas assumer ses obligations contractuelles d'employeur vis-à-vis des médecins du travail, cet arrêt garanti dorénavant à tout médecin du travail, accomplissant sa mission, y compris en situation d'urgence, vis-à-vis d'un salarié d'une entreprise prestataire, intervenant dans son secteur, la garantie fonctionnelle liée au contrat de travail.

**UNE CRITIQUE VOILÉE DES INSTANCES DISCIPLINAIRES DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MÉDECINS ET DU CONSEIL D'ÉTAT**

**B**ien que l'arrêt ne comporte aucune critique directe, la cour d'appel interprète l'acte médical du D<sup>r</sup> Huez par

rapport aux poursuites dont il a été l'objet et tiens apparemment les conclusions des instances du Conseil de l'Ordre comme peu consistantes.

Ainsi :

- ♦ Il confirme l'existence d'une « *urgence psychosociale* »(3) ayant justifié l'acte médical du médecin ; les supposés « *manquements à ses obligations déontologiques* » n'impliquent pas que le médecin n'agissait pas « *en dehors du cadre de l'exécution de son contrat de travail* ».
- ♦ En agissant ainsi il ne fait pas preuve de « *complaisance* » : « *Il ne ressort d'aucun élément du dossier que M. Dominique Huez aurait abusé de ses fonctions à des fins personnelles.* »(4) ;
- ♦ Les circonstances justifient pleinement ses actions : « *Contrairement à ce que soutient la S.A. EDF, le certificat médical porte par conséquent sur l'état de santé du salarié. Il ne résulte d'aucun élément du dossier que la situation d'urgence, justifiant la consultation, n'était pas caractérisée, étant précisé que la notion d'urgence ne saurait être appréciée uniquement à l'aune des commentaires du code de déontologie médicale ou du risque d'exposition aux rayons ionisants. En effet, le médecin du travail a une marge d'appréciation pour déterminer si la situation d'un salarié, au regard notamment des risques psychosociaux, présente ou non un caractè-*

.....

3- « (...) dans les faits, l'activité professionnelle du docteur Huez consistait non seulement à effectuer un suivi médical des agents EDF visés dans son contrat de travail et à opérer une surveillance de l'exposition aux rayons ionisants des salariés intervenant sur le site du CNPE de Chinon mais également à recevoir en consultation des salariés d'entreprises prestataires de services, notamment en cas « d'urgence psychosociale » ».

4- « il ne saurait être déduit de ces manquements à ses obligations déontologiques qu'en rédigeant ce certificat médical, le médecin du travail a agi en dehors du cadre de l'exécution de son contrat de travail. Il ne ressort d'aucun élément du dossier que M. Dominique Huez aurait abusé de ses fonctions à des fins personnelles. »

***ère d'urgence justifiant de le recevoir en consultation*** » (souligné par nous).

Ce commentaire fait référence à la compétence du médecin à apprécier le caractère d'urgence au regard des risques psychosociaux (terme générique qui relie la situation à des causes professionnelles).

Ce pouvoir d'appréciation, fondé sur la clinique médicale du travail, est systématiquement jugé inexistant par les instances disciplinaires de l'Ordre des médecins. Cela signifie que dorénavant plutôt que d'affirmer l'incapacité du médecin du travail à diagnostiquer le lien santé-travail, il faudra aux instances du Conseil de l'Ordre apporter la preuve que le faisceau d'indices collectifs et individuels est inexistant. Cela ne va pas faciliter la tâche des instances disciplinaires.

### **« L'ARROSEUR ARROSÉ » : TOUTE PLAINTE D'UN EMPLOYEUR CONTRE UN MÉDECIN DU TRAVAIL PÉNALISE DORÉNAVANT FINANCIÈREMENT L'EMPLOYEUR DU MÉDECIN**

La reconnaissance du droit à une protection fonctionnelle au médecin, mis en cause par une entreprise, et reposant sur une plainte au Conseil de l'Ordre engagera la prise en charge des frais de justice par l'entreprise employeur du médecin. Outre, la nouvelle difficulté des instances disciplinaires, dorénavant, toute plainte d'employeur aura des conséquences financières pour un autre employeur.

Si tant est qu'un principe déontologique existe d'entreprise à entreprise, ce qui est sans doute difficile à affirmer, cela pourrait avoir un effet de freinage dans la stratégie de mise en cause systématique du médecin du travail (« *Ce pelé, ce galeux d'où vient tout le mal* ») attestant en conscience et en compétence du lien entre le travail et ses conséquences, notamment, sur la santé mentale des travailleuses et des travailleurs.

# LE BILAN DE LA LÉGISLATURE 2017-2022 EN MATIÈRE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL<sup>(1)</sup> EN FINIR AVEC LE DROIT CONSTITUTIONNEL DE PROTECTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL RENDRE INVISIBLES LES RISQUES ET LEURS EFFETS

**Alain CARRÉ**

.....  
1– Cet article traite uniquement de la situation du secteur privé, le secteur public mériterait une contribution spécifique.

## INTRODUCTION

La mission d'ordre public social de la médecine du travail « d'empêcher toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », issue du 11<sup>e</sup> alinéa au préambule de la Constitution de la République, a toujours, depuis sa mise en place, été un obstacle à une conception de la prévention des risques professionnels limitée par son coût économique.

Cette conception a notamment utilisé des concepts d'évitement tels que celui de RPS(1) (risques psychosociaux) ou de QVT (qualité de vie au travail), toiles peintes pour dissimuler les risques les plus redoutables.

Nous ne reviendrons pas ici sur la longue série de capitulations du législateur pour accompagner les stratégies d'entrave et de manipulation. Avant même la mise en place de la globalisation néolibérale et de sa gouvernance par les nombres, la longue marche contre le camouflage des effets de l'amiante et les manœuvres de minimisation de ses risques sur la santé est là pour en témoigner. C'est au passage la parfaite démonstration que risques pour la santé au travail et pour l'environnement sont étroitement liés.

.....  
1– On lira avec intérêt à ce sujet : *Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008)*, Marlène BENQUET, Pascal MARICHALAR, Emmanuel MARTIN dans *Sociétés contemporaines* 2010/3 (n° 79), pp.121 à 143

Toutefois, depuis le déploiement de la globalisation, le sabotage de la prévention et de la réparation est devenu majeur.

En effet, les deux postes de dépense résultant de la prévention des risques sont : le coût de la prévention elle-même et celui la réparation quand la prévention est insuffisante. Les deux moyens de les réduire consistent à rendre invisible la réalité des risques et de leurs effets. À noter que la visibilité de la réparation implique un coût supplémentaire lié à la possible récurrence de la réparation sur la prévention.

Du côté de la prévention, les témoins gênants doivent être mis hors d'état d'agir. Mieux encore, cela permet d'en faire de parfaits fusibles en responsabilité.

Du côté de la réparation qui apporte la preuve de l'échec de la prévention il faut rendre difficile, voire impossible, son accès et allumer des contrefeux pour transformer les victimes en responsables de leur malheur ou en profiteurs du système.

C'est ainsi que s'obscurcissent les engagements de la République sociale de protection de la santé au travail et de compensation loyale des préjudices qu'elle subit.

Nous avons précédemment démontré comment la médecine du travail a été rendue impuissante et pourquoi la baisse constante des effectifs de médecins se consa-



crant à cette spécialité est le résultat de la guerre constante contre celles et ceux qui prétendent faire le lien entre le travail et la santé : il s'agit de rendre impossible leur exercice. La complicité active de l'Ordre des médecins est ici un fait acquis, rendue possible par le législateur ayant ouvert les vannes des plaintes d'employeurs.

Nous avons choisi de mettre en lumière comment les décisions réglementaires en matière de santé au travail et de réparation de la législation précédente (2017-2022) s'inscrivent dans ces stratégies destructrices.

Il faut dire ici que les deux législatures précédant cette dernière (et d'autres avant elles) ont parfaitement préparé le terrain notamment en effaçant une très grande partie de la traçabilité individuelle en particulier celle des risques des agents chimiques dangereux (décret n°2012-134 du 30 janvier 2012[2]) et, sous prétexte de pénurie de praticiens, en entravant à l'extrême les moyens de la médecine du travail (loi travail) (ce qui dissuade accessoirement d'éventuel futurs praticiens) et en introduisant l'inaptitude « à tout emploi dans l'entreprise » permettant ainsi le moyen d'une sélection de la main d'œuvre sur des prétendues raisons médicales, tout en rendant plus complexe la contestation des avis du médecin du travail.

Faut-il rappeler également le tournant néo libéral des grandes institutions judiciaires ou de surveillance que sont : la Cour de Cassation (jurisprudences détruisant l'obligation de sécurité de résultat), le Conseil d'État (compliance aux décisions du Conseil de l'Ordre des médecins), la Cour des Comptes (gestion néolibérale des finances de l'État et demande de réforme de la réparation « à coût constant »).

Nous démontrerons ici que la précédente législature a, non seulement, suivi ses prédécesseurs dans ce domaine, mais qu'elle a consciemment et puissamment mis en place des conditions qui entraînent la fin de toute prévention des risques pour la santé au travail.

**CONSTRUIRE L'INVISIBILITÉ DES RISQUES  
DISSIMULER LA RÉALITÉ DU TRAVAIL**

Ordonnance n°2017-1386 du 22 septembre 2017(3) relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales : La suppression des CHSCT et leur substitution par les CSE)

*LA FIN DE LA VISIBILITÉ DU TRAVAIL RÉEL*

L'une des premières décisions de la précédente législature a été de supprimer les CHSCT, organisme compé-

2- <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025241565/>  
3- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035607348/>

tent et ayant les moyens d'agir, du point de vue des intérêts de la santé des travailleuses et des travailleurs. Le CSE empêtré dans plusieurs missions et privé du temps, de la formation et des moyens d'investigation du CHSCT ne peut plus identifier la réalité des risques et peut être plus facilement manipulé par l'employeur.

Le document unique d'évaluation des risques s'exempte ainsi d'une critique construite sur le travail réel et peut s'en tenir au prescrit et à la fuite de la réalité qu'il représente.

La prévention devient alors purement formelle.

*LA FIN D'UN POSSIBLE RELAIS DES SIGNALEMENTS  
DE RISQUE DU MÉDECIN DU TRAVAIL  
ET LA POSSIBILITÉ D'INJONCTION PARADOXALE*

Le signalement de risque par le médecin du travail (L.4624-9 du CDT) concernant le constat d'un nouveau risque transmis à l'employeur est un exercice dangereux puisqu'il implique pour l'employeur soit une réfutation argumentée du risque, soit sa reconnaissance atteignant ainsi directement à l'invisibilité de ce risque.

Le danger pour le médecin était jusqu'alors contenu par la transmission du signalement au CHSCT lequel pouvait le confirmer ou engager des investigations pour l'explorer. Le CSE ne pouvant plus jouer ce rôle de relais, le médecin du travail est à la merci de la négation du risque voire de représailles de l'employeur. Il est ainsi mis en situation d'injonction paradoxale, entre la peur de le faire et la honte de ne pas l'avoir fait. Bénéfice secondaire : l'absence de signalement du risque permet à l'employeur de rejeter la responsabilité de l'invisibilité sur le médecin du travail « qui ne l'avait pas prévenu ».

**CONSTRUIRE L'INVISIBILITÉ DES RISQUES  
LA FIN DE LA TRACABILITÉ INDIVIDUELLE  
DES RISQUES PAR L'EMPLOYEUR  
LA MISSION IMPOSSIBLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

Décret n° 2021-1065 du 9 août 2021(4) relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite modifié par le décret n°2022-372 du 16 mars 2022(5) relatif à la surveillance post-exposition, aux visites de préreprise et de reprise des travailleurs ainsi qu'à la convention de rééducation professionnelle en entreprise, Décret n° 2022-696 du 26 avril 2022(6) relatif à la surveillance médicale post professionnelle des salariés ayant été exposés à certains facteurs de risques professionnels

.....  
4- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043927208>  
5- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045365883>  
6- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668659>

LA FIN DE TOUTE TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE  
PAR L'EMPLOYEUR NOTAMMENT EN MATIÈRE D'AGENTS  
CHIMIQUES DANGEREUX À EFFET DIFFÉRÉ

Nous avons tracé dans l'introduction les allègements des obligations des employeurs mis en place depuis quinze ans en matière de traçabilité individuelle.

Notamment, a été supprimée la traçabilité individuelle concernant les agents chimiques dangereux (ACD) incluant les cancérrogènes. Pour ces derniers, l'état des lieux avant le 26 avril 2022 était le suivant : la traçabilité individuelle des expositions par l'employeur en matière de risque chimique reposait sur :

- ◆ La délivrance d'une attestation aux agents chimiques dangereux (ACD ce qui inclue les CMR) pour les expositions situées entre 2004 et janvier 2012 (décret n° 2012-134 du 30 janvier 2012, article 4[7]) ;
- ◆ L'attestation d'exposition aux cancérrogènes prévue à l'article D 461-25 du Code de la sécurité sociale.
- ◆ Pour l'amiante, les fiches d'exposition dont on sait que la délivrance est plus formelle que réelle et réservée aux expositions de nature strictement professionnelle.

Il est rarissime, pour ne pas dire inexistant, que ces attestations soient spontanément remises par un employeur à un salarié concerné.

Une autre traçabilité du domaine de compétence de l'employeur, qu'on peut définir dans ce domaine comme « collective-individuelle », **la notice de poste collective** (article R.4412-39 du CDT) remise individuellement aux salariés occupant le poste et traçant les risques et leur prévention, n'est que très exceptionnellement remise.

Depuis le 26 avril 2022, seule demeure la première attestation, qui n'est jamais spontanément fournie, car un décret supprime « opportunément » l'article D.461-25 du CSS(8) organisant la prévention secondaire des cancers professionnels (diagnostic précoce augmentant les possibilités de rémission), en modifiant et y substituant l'article D.461-23 du même code(9).

L'arrêté du 28 février 1995(10), lié à l'article D 461-25, qui fixait la liste des examens complémentaires de suivi

.....

7- [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000025241582](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000025241582)  
8- [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032672170](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032672170)  
9- [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000045680765](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045680765)  
10- <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005618087/>

pour chaque cancérrogènes est, *de facto*, abrogé et c'est dorénavant le médecin-conseil des CPAM qui valide la nature des examens de surveillance.

Alors que l'article D.461-25, prévoyait l'existence de l'attestation d'employeur aux cancérrogènes rendue obligatoire dans le cadre de l'arrêté qui l'accompagnait, ainsi qu'une attestation du médecin du travail, **son abrogation exempte dorénavant l'employeur de cette obligation.**

Bien évidemment s'agissant de risques différés, la survenue de leur éventuelle conséquence qui devrait donner lieu à réparation échappe dorénavant à cette possibilité du fait de la difficulté de faire la preuve des expositions. Le cycle prévention-réparation-prévention est ainsi rompu.

LA MISSION IMPOSSIBLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le médecin du travail est dorénavant seul en charge de la surveillance post-exposition et post-professionnelle c'est-à-dire de la traçabilité individuelle des risques.

La seconde surveillance, déjà inscrite à l'article L.4624-8 du Code du travail(11), est dorénavant formalisée.

Ces surveillances sont concrétisées lors de la visite de fin de carrière ou lorsque le salarié quitte l'entreprise (notamment par le truchement du dossier médical). Le médecin se doit de rédiger un « état des lieux » des expositions et de conseiller sur les conditions du suivi nécessaire, notamment à l'attention du médecin référent.

La nature des expositions, objets de cet état des lieux, a été définie comme répondant aux dispositions de l'article L.4161-1 du CDT(12) cela comporte notamment outre les ACD, les contraintes physiques et les contraintes de rythme. Bien que tout à fait légitime, cette liste majeure notablement la nécessité de tracer individuellement le risque par le médecin du travail.

Ces dispositions substituent une obligation de l'employeur de traçabilité individuelle (qui avait les moyens de l'accomplir) par une obligation du médecin du travail de même nature.

Or, la plupart du temps, celui-ci privé des moyens (dont le détournement des spécialistes du champ du travail que nous décrivons plus loin), submergé par les effectifs en inflation constante du fait de la pénurie de praticiens, confronté à la précarité des emplois, c'est-à-dire au turn-over des salariés, ne pourra, sauf exception, accomplir cette obligation.

Cela signifie que l'État met en place les moyens d'une invisibilité non seulement des risques professionnels

.....  
11- [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043894110](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043894110)  
12- [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000035640694/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000035640694/)



individuels mais une occultation de leurs effets, l'absence de traçabilité engendrant un défaut de reconnaissance d'éventuels effets, déclarables en maladies professionnelles.

Là encore, en injonction paradoxale, entre la peur d'attester et la honte de ne pas le faire, le médecin du travail devient ainsi un parfait fusible en responsabilité.

Cette nouvelle obligation des médecins du travail fait l'objet d'une très contestable recommandation de la SFMT. Nous émettons, comme l'a fait l'association *a-SMT(13)*, les plus extrêmes réserves sur l'argumentaire développé dans cette recommandation qui pourrait avoir pour effet de dissuader les médecins du travail d'établir cet état des lieux.

En effet, cette recommandation propose un « calcul de risque juridique », entre celui qu'un travailleur pourrait constituer en cas d'absence d'attestation, et celui qu'un employeur pourrait présenter en cas d'attestation de risque. Le rappel « opportun » de la stratégie des employeurs, consistant à porter plainte au Conseil de l'Ordre des médecins, contre celles et ceux qui tracent le lien santé-travail, pourrait dissuader d'attester.

Il faut ici rappeler, tout au contraire, que c'est le devoir professionnel du médecin du travail d'attester le plus loyalement possible des expositions professionnelles de celles et ceux qui sont ses patientes et ses patients. Ne pas le faire c'est faire obstacle à la fois à la possibilité de prévention secondaire du risque différé et à la possibilité de reconnaissance si ce risque a eu des effets. Perte de chance, non-assistance à personne en danger, refus d'assurer la possibilité de droits sociaux légitimes de ses patients, l'implication pourrait être civile, pénale et déontologique.

Là encore, dès lors qu'il n'attesterait pas d'expositions existantes, le médecin devient un fusible en responsabilité pour celle de l'employeur. Là encore, le cycle prévention-réparation-prévention est rompu.

**CONSTRUIRE L'INVISIBILITÉ DES RISQUES  
IMPLIQUER LA RESPONSABILITÉ DU TRAVAILLEUR  
EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET DE SECURITÉ  
ET DÉTOURNER LA MÉDECINE DU TRAVAIL  
VERS LA PRÉVENTION DES RISQUES SANITAIRES  
ET LA SÉLECTION MÉDICALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE**

Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail(14)

*REJETER LA RESPONSABILITÉ DU RISQUE SUR LE TRAVAILLEUR*  
Art. L.4141-5 du CDT(15)

.....

13– <http://www.a-smt.org/2022/2022-04-SPP.Critique.recommandation.SFMT.pdf>

14– <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884445>

15– [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043907990/2022-](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043907990/2022-)

Cette loi, pilier de la stratégie de destruction de la médecine du travail, institue également la responsabilité du travailleur dans un éventuel échec de prévention.

En effet, dorénavant, chaque professionnel peut (doit ?) constituer un passeport de prévention attestant des formations à la prévention mises en place par son employeur ou suivies à sa propre initiative.

Il est à craindre que cette possibilité ne devienne rapidement un élément conditionnant une éventuelle embauche ou constitue un facteur de progression dans l'entreprise.

En cas « d'échec de la prévention » la responsabilité du ou de la salariée, dument estampillée comme compétente en prévention, viendra minimiser la responsabilité préventive de l'employeur.

*LA DÉNATURATION DES MISSIONS DU MÉDECIN DU TRAVAIL  
LA PERTE DE MOYENS, DES OBLIGATIONS IMPOSSIBLES  
LA DÉVALORISATION DU MÉTIER*

Le basculement des services de santé au travail d'appui aux obligations d'employeurs en matière de prévention du risque, que révèle leur nouvelle appellation de « services de **prévention** et de santé au travail » (SPST), déjà bien engagé par les législatures précédentes est ici devenu exclusif.

Il s'agit ici d'en finir avec la mission unique d'ordre public social de prévention médicale primaire qui constituait à l'origine le seul objectif des « services médicaux du travail »(16).

Des diversions pour faire oublier la mission d'ordre public social sont portées par le texte :

- ♦ Celle de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) que nous examinons ci-dessous et qui, rendue quasi obsessionnelle dans l'exercice clinique individuel du médecin du travail, dirige la profession vers la sélection médicale de la main d'œuvre ;

- ♦ Dorénavant (article 7 de la loi) les SPST « *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* » et « *Participent à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, dont des campagnes de vaccination et de dépistage, des actions de sensibilisation aux bénéfices de la pratique sportive et des actions d'information et de sensibilisation aux situations de handicap au travail,*

.....

10-01/

16– « *Les services médicaux du travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de "médecins du travail" »*

dans le cadre de la stratégie nationale de santé prévue à l'article L.1411-1-1 du Code de la santé publique ». L'exclusivité d'intervention en santé au travail est ici oubliée au profit d'une prévention de risques généraux.

♦ Notamment le médecin du travail peut dorénavant prescrire des arrêts de travail et des soins (article 32 de la loi) « Cette prescription est subordonnée à la détention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires ou à la validation d'une formation spécialisée transversale en addictologie, en allergologie, en médecine du sport, en nutrition ou dans le domaine de la douleur. »

Cela a deux finalités :

- ♦ Tout d'abord, ramener les risques pour la santé du côté de la responsabilité individuelle de chaque salarié.
- ♦ Mais aussi, permettre au médecin du travail en souffrance une échappatoire vers des actions moins risquées que celles de la prévention primaire des risques du travail.

Ces diversions s'accompagnent d'une perte des moyens d'investigation sur les risques du travail dans la mesure où les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) seront détournés de l'appui au médecin du travail par leur positionnement quasi exclusif vers l'appui à la prévention du point de vue des responsabilités d'employeur dans le cadre de « l'offre de service ».

C'est sans doute pourquoi, alors qu'il avait disparu des radars, revient réglementairement le « tiers temps » d'activité en milieu de travail du médecin du travail (article 33 de la loi) qui, dans les conditions d'inflation des effectifs par équivalent temps plein, devient une mission impossible, créant ainsi une nouvelle injonction paradoxale pour ce praticien.

Cela s'accompagne d'une dévalorisation de la spécialité dans la mesure où peut se substituer en partie au médecin du travail (article 31 de la loi), « un médecin praticien correspondant, disposant d'une formation en médecine du travail, (qui) peut contribuer, en lien avec le médecin du travail, au suivi médical du travailleur prévu à l'article L.4624-1, à l'exception du suivi médical renforcé prévu à l'article L.4624-2 ». Alors que l'exercice de la médecine du travail exige un internat de spécialité, il est maintenant partiellement ouvert à tout praticien.

LA TÉLÉMÉDECINE DU TRAVAIL

Article 21 de la loi

C'est dans le même article que se met en place une médecine du travail « à distance » : la télémédecine et la suppression du rapport annuel du médecin du travail.

Mise en place dans le secteur de soin au prétexte de pandémie, mais en fait destinée à gérer la pénurie de praticiens (notamment résultat de l'institution d'un numerus clausus) mais aussi facteur de profit pour les entreprises d'informatique, la télémédecine n'est pas de la médecine car détruisant ce qui fait la pertinence de la clinique médicale(17). Le consentement requis du travailleur ou de la travailleuse est ici, encore, de pure forme dans la situation de subordination contractuelle. Comment, à distance, explorer le travail réel et le travailler du ou de la salariée, hors de la confiance déjà difficile à construire dans le cabinet de consultation ? Comment évoquer la souffrance au travail alors que la télémédecine ne s'applique pas en psychiatrie ? Comment gérer à distance la détresse psychologique ? C'est à une parodie de médecine du travail que conduit cette disposition.

LA SUPPRESSION PROGRAMMÉE  
DU RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Article 21 de la loi

C'est subrepticement que la dernière ligne de l'article 21 supprime de la loi le rapport annuel du médecin. Un projet de décret est actuellement en discussion ce qui présage sa publication, car en général aucun avis ne décourage les complices des employeurs dans la destruction de la médecine du travail.

Ce projet de décret supprime les paragraphes qui traitent du rapport annuel au prétexte de sa disparition de la loi. Or, cela n'a rien d'automatique. **Ainsi, la fiche d'entreprise n'est pas inscrite dans la loi mais définie par décret.**

La suppression du rapport annuel :

- ♦ Serait une entrave au mandat représentatif des délégués du personnel. Comment en effet accomplir sa tâche de contrôle social du SPST si aucun rapport indépendant émanant du médecin du travail n'est disponible ; le rapport annuel du SPST ne saurait se substituer au rapport personnel du médecin.
- ♦ Ne permettrait plus aux représentants et représentantes des travailleuses et des travailleurs d'évaluer le travail du médecin du travail. Or, dans la mesure où ils et elles représentent ces derniers, ils et elles doivent pouvoir vérifier que certaines dispositions sont respectées. Ainsi, notamment, les articles 49, 50, 71 et 95 du Code de déontologie impliquent un certain nombre d'obligations qui méritent examen.

.....  
17- <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-38/1.5%20Cahier%2038-telemedecine.pdf>  
<http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-38/2.4%20Cahier%2038-Questionnaire-senat.pdf>

- ♦ Compromettrait l'accès de l'administration, responsable de l'agrément, à des éléments dont dépend l'agrément du SPST ; sa décision perdant ainsi une partie de sa pertinence.
- ♦ Compromettrait, alors qu'on vient de rétablir le tiers temps du médecin du travail, tout bilan de l'action en milieu de travail.
- ♦ Empêcherait le médecin de faire part de ses résultats notamment en matière de prévention primaire, de l'existence et de l'évaluation de risques, mais aussi de moyens de toute nature nécessaires à son exercice et le laisserait sans contrepoids aux éventuelles décisions, voire pression, des employeurs.
- ♦ Empêcherait les infirmier(e)s de donner leurs appréciations sur leur activité à travers le chapitre du rapport annuel qui leur est consacré.
- ♦ Atteindrait directement à l'indépendance du médecin du travail, devoir déontologique du praticien exigé par l'article R.4127-95 du Code de la santé publique, mais précisément défini par un rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des médecins (*Rapport adopté lors de la session d'octobre 1999, D<sup>r</sup> François-Xavier Mercat : « L'indépendance technique des médecins salariés »*) qui définit les trois conditions de l'indépendance des médecins salariés : « *la fixation personnelle de leur programme de travail ; l'administration de leurs moyens de production ; la liberté d'expression de leurs avis et de la mise en œuvre de leurs décisions* ». Ainsi, entraver la présentation de ses actions et leurs résultats par la suppression du rapport annuel d'activité atteindrait donc directement à l'indépendance du médecin du travail.

Pour ces raisons, la suppression du rapport annuel du médecin relèverait d'un recours devant le Conseil d'État.

*LA PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE  
RENDANT POSSIBLE UNE SÉLECTION MÉDICALE  
DE LA MAIN D'ŒUVRE, ET UN RETOUR VERS UNE MÉDECINE  
EUGÉNISTE D'ENTREPRISE*

Il faut rappeler ici que des pratiques de cette nature ont perduré après la mise en place de la médecine du travail. Ainsi, le manuel, référence en matière de formation, jusqu'au milieu des années 1970, préconisait d'utiliser en matière de technique, lors de l'embauche, un profil de poste permettant de jauger l'aptitude au poste en le comparant au « *profil* » du ou de la salariée. Sous couvert de prise en charge et de prévention, dans un climat où la bienveillance des entreprises reste une exception, les nuages noirs de l'exclusion pour raison de santé surplombent la présente législation.

Ainsi, dans ce retour vers le passé que constitue la loi du 2 août 2021, plusieurs dispositions s'entrelacent et concourent au possible repérage des salariés considérés comme inemployables ou irresponsables et présentant un nouveau risque, le « *risque d'inaptitude* » (article 28 de la loi) :

- ♦ L'accès du médecin du travail au dossier médical partagé (article 15 de la loi modifiant l'article L 1111-17 du Code de la santé publique), le possible refus du salarié de cette accès est de pure forme car il pourrait avoir pour effet de rendre le médecin du travail suspicieux quant à l'état de santé du ou de la salariée et de l'inciter à différer l'aptitude ;
- ♦ Transmission du dossier médical en santé au travail d'un SPST à un autre SPST (article 16 de la loi) cela constitue une continuité de surveillance permettant le repérage d'éventuelles « vulnérabilités ». Là encore l'accord du salarié pour cette transmission est de pure forme tout refus entraînant suspicion.
- ♦ Animation et coordination par un médecin du travail du SPST d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) (article 18 de la loi) chargée notamment « *d'identifier les situations individuelles* » en collaboration, notamment, avec les médecins de soins, le contrôle médical de la CPAM, les spécialistes de Pôle Emploi et de la Maison du handicap. Cela est l'aboutissement d'un processus d'exclusion pour des motifs de santé qui sécurise l'employeur en matière de licenciement.
- ♦ Transmission par le contrôle médical des CPAM des « *informations relatives aux arrêts de travail* » au SPST (article 19 de la loi) sous certaines conditions de durée ou de répétition des arrêts de travail, ce signalement, soumis à l'accord théorique du ou de la salariée, permet un repérage d'une éventuelle in-employabilité. À titre de réciprocité, le SPST transmet au service de contrôle médical « *des informations relatives au poste et aux conditions de travail de l'intéressé* ».
- ♦ Une visite médicale de mi-carrière est organisée par le SPST au plus tard à 45 ans (article 22 de la loi). Elle a notamment pour objet : d'« *Évaluer les risques de désinsertion professionnelle, en prenant en compte l'évolution des capacités du travailleur en fonction de son parcours professionnel, de son âge et de son état de santé* ». Là encore le repérage peut se transformer en exclusion par exemple *via* la cellule de PDP ;
- ♦ Enfin, lorsque l'arrêt de travail dépasse une certaine durée, l'employeur peut, avec l'aide du SPST, organiser un rendez-vous de liaison (article 27 de la loi). Cet entretien, auquel le salarié peut refuser de

se soumettre, vise notamment à l'informer des possibilités de PDP.

Cet arsenal impressionnant n'augure rien de bon en matière de maintien dans l'emploi. La collusion entre employeur, médecin du travail, médecin du contrôle médical, organismes sociaux divers, au mépris du secret médical et du libre consentement à l'acte, constamment en potentiel péril, pose la question du basculement de l'institution vers une médecine de sélection médicale de la main d'œuvre.

**RENDRE INVISIBLE LES EFFETS DES RISQUES : COMPLIQUER LA DECLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES POUR LES VICTIMES ET LEURS AYANT DROITS**

Ce sont des procédures, de la responsabilité de la CPAM, qui ont pour effet de dissuader la déclaration des maladies professionnelles par les victimes ou leurs ayants droit. Il est difficile de démêler dans ces manquements ce qui relève de l'influence des employeurs sur les CPAM et ce qui serait dû à un manque de moyens ou de compétences.

La liste n'est pas close mais parmi les procédures dilatoires certaines sont répétées, par exemple :

- ◆ Refus de prendre en compte une déclaration d'un retraité en le renvoyant à la CPAM de son dernier employeur.
- ◆ Demande itérative de pièces déjà envoyées par la victime.
- ◆ Absence de toute réponse (laissant la possibilité d'une reconnaissance implicite).
- ◆ Requalification en alinéa 6 ou 7 d'une demande relevant de la présomption d'imputabilité (alinéa 5).

Il faut ajouter également la numérisation des procédures devenue obligatoire sous la précédente législature (déclaration et enquête questionnaire) qui laisse sur le bas-côté les victimes qui ne maîtrisent pas l'informatique.

**RENDRE INVISIBLE LES EFFETS DES RISQUES EN FINIR AVEC LA PRÉSUMPTION D'IMPUTABILITÉ DES MALADIES PROFESSIONNELLES (sabotage des tableaux, arbitrage factice, inégalité de traitement au CRRMP, chantage au barème, difficulté à l'accès à la réparation complémentaire)**

*LE SABOTAGE INSTITUTIONNEL  
DES TABLEAUX DE MALADIES PROFESSIONNELLES (MP)*

Ces tableaux reposent sur le principe de la présomption d'imputabilité : est déclarée imputable au travail, la maladie dont le diagnostic, le délai entre la fin du travail

et son apparition et les tâches effectuées répondent aux conditions fixées par un tableau (alinéa 5 de l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale).

Faute de répondre strictement aux conditions d'un tableau c'est au ou à la salariée de faire la preuve soit du lien direct (alinéa 6), soit du lien direct et essentiel (alinéa 7) devant un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

◆ LES DIFFICULTÉS DANS L'ÉLABORATION DES TABLEAUX DE MP

Rappelons que les tableaux de MP sont élaborés ou modifiés dans le cadre d'une commission du conseil d'orientation des conditions de travail du ministère du Travail qui comprend notamment des représentants de l'administration, des employeurs, et des travailleurs et travailleuses.

Le fonctionnement de cette commission est problématique ainsi, en 2017, la procédure contradictoire dans le cadre de groupes de travail pour chaque élaboration ou modification a été supprimée et remplacée par un rapport de l'ANSES qui est présenté en plénière ce qui restreint le temps de critique et la possibilité de véritable contradictoire.

◆ MINIMISER LA RÉPARATION POUR DIMINUER LES COÛTS  
Il faut ajouter la volonté de l'administration de réduire les couts de la réparation. Ainsi en 2010 a été compliqué, autoritairement et sans concertation, le tableau réparant les troubles musculo squelettiques de l'épaule qui est un exemple du scandale de la gestion de la réparation par les couts.

◆ RETARDER LA PUBLICATION DU TABLEAU  
Un autre procédé dans ce cadre est le retard mis à la publication d'un nouveau tableau. Ainsi le tableau 101 réparant le cancer du rein lié au trichloréthylène a mis quatre ans à être promulgué.

◆ RÉDUIRE L'ACCÈS AU TABLEAU PAR SA RÉDACTION  
Entrepris depuis des années ce sabotage repose aussi sur plusieurs procédés de rédaction et est destiné à restreindre le nombre de reconnaissances et par conséquent l'ampleur des effets des risques, leur coût direct et le coût d'une éventuelle prévention.

Ces procédés sont parfaitement à l'œuvre dans le cadre du tableau 100 des MP(18), publié par la précédente législature, et concernant les « Affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS-Cov2 » devenu le parfait exemple de la duplicité de l'État et de son administration dans ce domaine :

.....  
18- <https://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%20100>



- ❖ Limiter les maladies relevant du tableau par le titre de celui-ci : ici seules les manifestations respiratoires (à l'exception de tout autre organe) et les affections aiguës (ce qui exclut les suites chroniques de l'infection) relèvent du tableau ;
- ❖ Complicquer le diagnostic pour rétrécir le champ des maladies susceptibles d'être reconnues et/ou en contraignant les preuves du diagnostic : ici le diagnostic restreint aux formes graves ;
- ❖ Diminuer le délai de prise en charge (temps écoulé entre la fin de l'exposition aux risques et l'apparition de la maladie) : ici 14 jours, dans un contexte d'incertitude entre exposition et apparition des symptômes ;
- ❖ Instituer une liste limitative des travaux alors qu'il est possible de mettre en place une liste indicative qui laisse l'opportunité de reconnaître dans d'autres circonstances d'exposition : ici seuls les métiers de nature médicale sont pris en charge, les autres professions particulièrement exposées (en contact avec le public, éboueurs, égoutiers...) n'ont pas accès au tableau.

Ainsi, tout est fait pour ne pas reconnaître les MP dans chaque maillon de la chaîne du processus : retard à la publication de tableaux de MP, sabotage des tableaux existants et nouveaux, fin du contradictoire à l'intérieur de groupes de travail de l'instance du ministère chargée des MP.

*LITIGES MÉDICAUX : FIN DE L'EXPERTISE INDÉPENDANTE, LA COMMISSION MÉDICALE DE RECOURS AMIABLE (CMRA)*

Décret n° 2019-1506 du 30 décembre 2019 relatif à la simplification du contentieux de la sécurité sociale(19), Code de la sécurité sociale modifié(20)

Les litiges d'ordre médical étaient jusqu'alors arbitrés soit, pour les contestations de prescription, par un expert choisi par le médecin conseil et le médecin prescripteur soit, pour les litiges concernant l'incapacité, par le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI).

Dorénavant, tous les litiges d'ordre médical sont du domaine d'une commission médicale de recours amiable. Cette commission régionale est composée d'un médecin conseil et d'un expert désigné par le contrôle médical. Ainsi, l'expert n'a plus l'aval du médecin traitant de l'assuré dont la prescription est contestée. La proximité de l'expert et du contrôle médical fait craindre un déficit d'indépendance. Les conclusions de l'expert sont transmises à un médecin désigné par l'employeur.

.....  
19– <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039696739>  
20– [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006156517/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006156517/)

Les appels des décisions de la CMRA sont dorénavant du domaine du pôle social du tribunal d'instance.

*LES INÉGALITÉS DE TRAITEMENT DES COMITÉS RÉGIONAUX DE RECONNAISSANCE DES MP*

Ils sont composés de trois membres : un médecin conseil, un universitaire en pathologie professionnelle, un médecin inspecteur régional du travail. Ce dernier peut pour diverses raisons être absent et parfois les décisions ne sont prises que par deux membres présents dont la connaissance du milieu de travail est moins fréquente.

Le décret 2022-374 du 16 mars 2022(21) permet de remplacer le médecin inspecteur par un médecin du travail ou collaborateur médecin ou interne en médecine du travail et l'universitaire actif par un homologue retraité. Là encore la qualification des membres est problématique et cette substitution vise plutôt à boucher les carences qu'à assurer une loyauté de reconnaissance.

Les différences de reconnaissance en alinéa 6 et 7 et notamment celles concernant les effets des RPS sont importantes d'une région à l'autre. Les différences entre les extrêmes peuvent atteindre voire dépasser 50 %. Les effets des RPS traités en alinéa 7 doivent pour avoir pour conséquence une incapacité prévisible de 25 %. Cela limite drastiquement leur reconnaissance.

Cette inégalité est caractéristique de la loterie que constitue ce mode de reconnaissance hors présomption d'imputabilité et augure mal d'une éventuelle disparition de celle-ci.

*LES DIFFICULTÉS DE L'INDEMNISATION COMPLÉMENTAIRE DÉFINITION DE LA FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR (FIE) ET DIFFICULTÉS D'ACCÈS AU FOND D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE*

Nous avons évoqué dans l'introduction les aléas de la définition juridique de la faute inexcusable de l'employeur rendue plus difficile d'accès par la cour de cassation.

La fin du tribunal du contentieux de l'incapacité et des tribunaux des affaires de sécurité sociale (décret n°2018-772 du 4 septembre 2018[22]) a été décidée et a renvoyé, en appel, tous les processus de reconnaissance spécialisés de contentieux des MP aux pôles sociaux des tribunaux de grande instance.

Concernant l'indemnisation des victimes de l'amiante par le FIVA, la précédente législature a tenté de l'amal-

.....  
21– <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045365965>  
22– <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037367894>



gamer avec un autre fond d'indemnisation (ONIAM) et a dû reculer devant la réaction des victimes et de leurs associations. La tentative destinée, non seulement encore une fois à réduire les coûts, mais à rendre moins visible l'impact de l'amiante et la responsabilité de l'État n'augure rien de bon dans ce domaine.

Parallèlement, a été mise en place au FIVA une « expertise médicale » qui a pour effet de diminuer les bénéficiaires des indemnisations par la contestation de l'existence des lésions dont certaines sont, pourtant, reconnues par les CPAM.

*LE CHANTAGE AU BARÈME D'INDEMNISATION  
MEILLEURE INDEMNISATION CONTRE PART ATTRIBUABLE*

La Cour des comptes minimise, depuis la nuit des temps, la réversion annuelle de la caisse AT-MP vers la caisse maladie(23). Cette réversion est le constat que les MP sont dramatiquement sous évaluées et sous reconnues en France. Or, la Cour conseille une réforme du barème d'indemnisation à « coût constant ». Or « l'iniquité » du système d'indemnisation, est le cœur de la question dès lors qu'on s'intéresse aux barèmes et à leur évolution.

En fait, la réforme du barème est l'occasion d'un chantage des employeurs : « meilleure indemnisation » contre « réforme du système de reconnaissance ».

Il s'agit d'un chantage inacceptable, car contre une meilleure indemnisation sombrerait la présomption d'imputabilité, seule digue contre la submersion de la reconnaissance du préjudice subi par les victimes du travail.

Il faut en finir avec cette confusion entretenue entre barème et système de reconnaissance.

- ◆ D'une part, il y a des barèmes inéquitables dont l'imperfection doit être réglée dans le cadre du système actuel, du seul point de vue de l'équité de réparation du préjudice subi par les victimes. Car souffrir ou perdre la vie du fait du travail est inacceptable dans la soi-disant « patrie des droits de l'Homme » dans laquelle le 11<sup>e</sup> alinéa du préambule de la Constitution de la République garantit « à tous » la « protection de la santé ». Cela signifie que celles et ceux qui profitent économiquement de ce malheur doivent en assumer le prix.

- ◆ D'autre part, existe un sabotage des processus de reconnaissance des maladies professionnelles (MP) mis en place, notamment, à partir de 2009 par les

.....  
23- 1 milliards d'euros alors que l'évaluation scientifique pour les seuls cancers professionnels estime la malversation à environ 6 milliards d'euros indument pris en charge par la caisse maladie, sans tenir compte des TMS et des effets des RPS !

exécutifs successifs, tous fervents partisans de « la gouvernance par les nombres » et par leur bras armé (de mauvaises intentions ?) de la Direction générale du travail qui s'attaquent avant tout à la reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé au travail.

Il faut « en même temps », mais séparément, d'une part rendre le barème plus équitable, et d'autre part réformer les procédures de reconnaissance sans atteindre aux principes fondamentaux du système actuel, notamment à la présomption d'imputabilité.

*TENTATIVE D'AUTONOMISATION DE LA BRANCHE AT/MP*

Le 11 juillet 2022 s'est ouverte une négociation sur l'avenir de la branche AT/MP à l'initiative des associations patronales. Celles-ci ont pour projet d'autonomiser la branche par rapport à la Caisse nationale d'assurance maladie en créant une instance paritaire. On peut craindre que :

- ◆ Cette initiative ait pour objectif d'empêcher les réversions annuelles d'une branche à l'autre.
- ◆ Mais surtout de faire jouer à plein le chantage indemnisation meilleure contre abandon de la présomption d'imputabilité.

Si ce projet réussissait la réparation deviendrait une mission impossible et la visibilité des effets des risques professionnels inaccessible. L'avenir est lourd de menace.

**LE BILAN : INVISIBILITE DES RISQUES  
ET DE LEURS EFFETS  
ET MISE A MORT DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL**

**C**e panorama des décisions réglementaire de la précédente législature met en lumière l'abandon par l'Etat de son obligation constitutionnelle de protection de la santé au travail.

L'invisibilité des risques et de leurs effets, déjà largement mise en place par les législatures précédentes, a été poursuivie avec obstination par la dernière législature.

Celle-ci porte, aussi, la responsabilité du coup de grâce dont est victime la médecine du travail.

Elle parachève ainsi le projet des employeurs mené avec constance et la complicité des exécutifs successifs depuis 1980(24).

.....  
24- Pour plus de détails :  
Pascal MARICHALAR : *La médecine du travail sans les médecins : une action de longue haleine*, 2010, *Politix*,  
<https://www.cairn.info/publications-de-Pascal-Marichalar-60866.htm>  
Alain CARRÉ, *La destruction de la médecine du travail en France*

Cette mauvaise action a été perpétrée avec l'accord de certaines organisations syndicales dont nous énonçons les possibles mobiles dans un autre article(25), et parmi eux la dégradation constante organisée de l'exercice des médecins du travail.

Être médecin du travail, exercer ce métier au cœur des questions qui structurent la santé publique, alors que la santé au travail est le continent volontairement ignoré de la santé en France et ailleurs, ce métier passionnant de lanceur d'alerte individuelle et collective au cœur du travail, centre de la vie personnelle et sociale de chacune et de chacun, ce métier a vécu.

À de rares exceptions, coincés entre la peur et la honte, étouffés par les injonctions paradoxales constantes, se

.....

passé, présent, avenir, 2020, Cahiers du SMT N°37 :  
<http://www.asmt.org/cahiers/cahiers/cahier-37/37-2-04%20AC-destruction.medecine.travail.pdf>  
 25– <http://www.a-smt.org/2022/2022-01-29-Medecins.travail.souffrance-SMT.pdf>

réfugiant dans des processus défensifs, ces médecins deviendront de purs collaborateurs du management pour mettre à l'écart de prétendus « inemployables » et « irresponsables ».

Le projet républicain généreux de 1947, que « personne ne perde sa vie à la gagner », en confiant une mission exclusive d'ordre public social de prévention médicale primaire à un corps de médecins engagés du seul point de vue de la santé des travailleurs et des travailleuses, a été méthodiquement saboté.

Cette contribution, qui pourrait être étendue aux décisions contestables prises par l'État depuis le début de ce siècle, même si elle est douloureuse, a aussi pour objet de faciliter, en cas de retour vers un état véritablement social, l'abolition de ces mesures par leur repérage précis.

*« Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre ni de réussir pour persévérer ».*

## LES CAHIERS S.M.T.

Les CAHIERS SMT ci-dessous sont épuisés,  
 mais l'accès à chaque article est accessible sur le site internet de l'association  
<http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

- 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) –

## LES CAHIERS S.M.T.

- N°9 Les dérives de l'organisation du travail. Quelles pratiques pour les médecins du travail ? (mai 96)
- N°10 Pluralité, éthique commune, un métier en quête de sens (mai 97)
- N°11 Médecine du travail, un débat nécessaire (avril 98)
- N°12 **Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat (juin 98), Éditions Syros**
- N°13 Poursuivre la Refondation de la médecine du travail (juin 99)
- N°14 **Femmes au travail, violences vécues (mai 2000), Éditions Syros**
- N°15 Rendre visible les expositions. Témoigner des risques (juin 2000)
- N°16 Articuler accompagnement clinique et identification exhaustive des expositions (juin 2001)
- N°17 Organisation du travail. Santé mentale (mai 2002)
- N°18 Clinique médicale du travail. Éthique et pluridisciplinarité (juin 2003)
- N°19 La Clinique au cœur de nos pratiques. Construire du sens (juin 2004)
- N°20 Somatisation, les mots du travail (juin 2005)
- N°21 Évaluation des Pratiques Professionnelles (juin 2006)
- N°22 Maltraitements organisationnelles, quelles pratiques cliniques ? (novembre 2007)
- N°23 Quelle évolution pour la médecine du travail ? (juin 2009)
- N°24 Préserver la médecine du travail ? (juin 2010)
- N°25 Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle (juin 2011)
- N°26 Quelle médecine du travail demain ? (mai 2012)
- N°27 Clinique médicale du travail. Écrits du médecin du travail (octobre 2013)
- N°28 Les Écrits des médecins du travail. Liens santé/travail (octobre 2014)
- N°29 Quels métiers et Pratiques en médecine du travail (octobre 2015)
- N°30 La coopération médecin et infirmier en santé au travail (7<sup>e</sup> Colloque *E-Pairs*) (octobre 2015)
- N°31 Agir pour la seule santé des salariés (octobre 2016)
- N°32 Les Coopérations du médecin du travail avec quatre spécialistes médicaux, du point de vue de la santé du patient (8<sup>e</sup> Colloque *E-Pairs*) (novembre 2016)
- N°33 Le soin médical préventif (septembre 2017)
- N°34 La question du travail au cœur de la coopération entre les équipes médicales et la médecine générale (9<sup>e</sup> Colloque *E-Pairs*) (septembre 2017)
- N°35 Harcèlement sexuel du fait du travail (septembre 2018)
- N°36 Travail: Pratique médicale, Visibilité des risques professionnels (septembre 2019)
- N°37 Éthique et Pratiques en médecine du travail (octobre 2020)
- N°38 Subir ou Résister en médecine du travail (octobre 2021)

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>

# LES CONSÉQUENCES D'UN VIOL ET D'ACTES DE VIOLENCE RECONNUES EN MALADIE PROFESSIONNELLE

**Karine DJEMIL**

Cette histoire est tirée de faits réels. Seuls les noms, prénoms et lieux ont été changés.

## LE TOUT DÉBUT

Je suis médecin du travail depuis une quinzaine d'années dans un service de santé au travail interentreprises de moyenne importance d'une ville moyenne de banlieue réputée pour ses quartiers difficiles. Mon effectif de médecin du travail comprend majoritairement des PME et TPE pour lesquelles j'assure le suivi des salariés au niveau de leur santé, des risques auxquels ils sont ou ont été exposés et comme mes collègues, je conseille et j'essaie de conseiller tous les employeurs du mieux possible avec l'équipe médicale et l'équipe pluridisciplinaire du service de santé. Le mieux possible nécessite de l'inventivité dans l'exercice quotidien pour faire face aux situations très diverses rencontrées dans ces petites et très petites entreprises aussi bien lors des consultations médicales des salariés (visite périodique, visite à la demande du salarié, visite de reprise et visite à la demande de l'employeur) qui permettent de détecter les risques réels auxquels le ou la salarié(e) est exposé(e), de s'enquérir des moyens de prévention mis à disposition et/ou utilisés à l'échelle individuelle et/ou collective, des conditions de travail et enfin des répercussions éventuelles sur sa santé. Le rôle de conseiller de l'employeur est le moment de parler avec lui du travail et des risques dans son entreprise, de visiter la réalité des conditions de travail des salariés, d'y prendre la température, d'évaluer en catimini aussi bien la bonne foi de l'employeur que son degré de collaboration surtout quant à ce fameux document unique qui doit

impérativement identifier tous les risques de l'entreprise, y compris les risques psychosociaux pour lesquels l'employeur doit obligatoirement présenter ce qu'il a mis en place pour réduire ces risques au minimum.

Pour cela nous sommes une équipe solidaire au centre, certes avec une surcharge de travail pour nous trois : mon assistante médicale Isabelle qui est aussi chef de centre, et Laure ma seconde assistante médicale, « sans médecin du travail ». Elles sont expérimentées et ont l'habitude de me donner leur avis, mais surtout de prendre le temps de parler avec les salariés en détresse ou en pleurs, ce qui me permet d'avoir une vision beaucoup plus réelle que ce que m'en dit le salarié. Nous nous déplaçons très souvent à deux également dans les entreprises à la fois comme témoin mais aussi parce que bien souvent l'employeur est plus sincère avec une assistante médicale qu'avec le médecin du travail assimilé souvent à un contrôleur « venu pour l'embêter plus qu'autre chose ».

Nous avons l'habitude de ces situations, « d'en voir des vertes et des pas mûres » dans les entreprises et d'entamer un dialogue le plus vrai possible avec l'employeur pour arriver à faire passer un message de prévention et éviter la désinsertion professionnelle du salarié en souffrance ou malade de ses conditions de travail...

Mais nous n'avions jamais imaginé ce que nous allions découvrir dans une entreprise et qui allait durer plusieurs mois ! Une affaire sordide et à rebondissement digne d'un film policier m'a-t-il semblé et pour laquelle nous allions à la fois tenir notre rôle de

prévention mais aussi aller au-delà de notre rôle habituel d'équipe médicale de santé au travail ? Le débat est ouvert.

Tout a commencé lors de la visite médicale d'embauche largement hors délais d'un apprenti de 25 ans d'une PME d'usinage de pièces métalliques. Lorsque nous abordâmes la question de ses conditions de travail au sein de l'entreprise, il me rétorqua qu'il finissait son apprentissage dans quinze jours et qu'il ne voulait pas compromettre la validation de son stage d'apprenti. Je lui expliquais de façon habituelle que tout ce qui se disait au sein du cabinet et durant la consultation resterait secret, couvert par le secret médical tout à fait classique. Un peu rassuré, il me dit qu'il était outré par ce qui se passait dans cette entreprise, qu'il n'était pas normal qu'un salarié soit traité de cette façon... Devant mes interrogations, il commença à m'expliquer que depuis son arrivée il y a quelques mois, il avait vu un salarié se faire crier dessus, que l'employeur et son bras droit passaient leurs nerfs sur plusieurs salariés mais surtout en attachaient un régulièrement sur les fourches du chariot élévateur et montaient les fourches à 5 m le laissant plus d'une heure dans cette situation ! Les deux acolytes rassemblaient tout le monde dans l'atelier et « s'amusaient » avec M. S... Il était tellement indigné qu'il avait pris des photos en cachette avec son portable, photos qu'il accepta de me montrer. Et là, en effet, je vis un homme « saucissonné » avec du film d'emballage utilisé habituellement pour filmer les palettes en partance. Son tronc et ses bras étaient attachés à l'arbre du gerbeur et ses jambes aux deux fourches. Les fourches avaient été élevées à leur maximum, plus de 5 m, avec le salarié attaché. Son visage, sur les photos, exprimait de la souffrance et visiblement il était en train de hurler, totalement impuissant et à la merci de son employeur et de son bras droit... ! En colère je demandais à mon interlocuteur s'il était d'accord pour me faire parvenir les photos. D'un ton bourru il me réaffirma que s'il m'en avait parlé, c'était parce qu'il était indigné, qu'il ne trouvait pas ça normal et pour que j'intervienne pour faire cesser ce que subissait M. S... régulièrement. Mais il devait aussi obtenir la validation de son stage de ce même employeur et de son adjoint, pour pouvoir être enfin diplômé. Il estimait que si son employeur se doutait qu'il avait vendu la mèche sur ce qui se passait dans l'entreprise, il verrait tous ses espoirs s'envoler et n'aurait plus qu'à recommencer son stage ! Je savais par expérience qu'il disait vrai, bien sûr. Il était donc hors de question pour lui de me transmettre par courriel ces photos mais après plusieurs dizaines de minutes de discussion, il fut d'accord qu'il s'agissait de preuves et il accepta de les faire parvenir à M. S... qui jugerait alors

lui-même de ce qu'il ferait de ses photos, notamment me les transmettre, toujours à la condition que son nom ne soit pas cité.

Reconnaissante qu'il m'ait informée de ces événements, et n'ayant pas le choix, j'acceptais ce compromis.

### RÉFLEXIONS SUR UNE STRATÉGIE

**E**ncore effarée et en colère de ce que je venais d'apprendre, j'informais Isabelle et Laure de cette situation. Elles étaient expérimentées en matière de souffrance au travail et bien au courant de ce qui se passait dans les entreprises. Combien de fois m'avaient-elles informée de la situation de souffrance de tel(le) ou tel(le) salarié(e) que j'allais voir, ou de certaines « pratiques anormales » d'employeurs qui généraient de la souffrance. Formées à la souffrance au travail, Isabelle et Laure avaient plusieurs avantages sur moi : n'ayant pas le couperet de l'aptitude, inaptitude ou aptitude avec restrictions, le salarié se confiait beaucoup plus facilement à elles sur ses conditions de travail et sur ce qu'il pouvait vivre dans son entreprise. Combien de fois certains se mettaient à pleurer dans le secrétariat et restaient sur la réserve dans le cabinet médical. Si l'une ou l'autre ne m'avait pas alertée, je serais passé à côté sans même m'en rendre compte et le salarié aurait été à revoir dans un laps de temps minimum de deux ans, ce qui aurait largement contribué à la dégradation de sa santé et de sa situation dans l'entreprise.

C'est d'ailleurs un problème et j'ai pu me rendre compte au fil du temps que la fonction de médecin du travail... qui peut imposer un avis d'inaptitude ou d'aptitude avec restrictions, peut faire basculer la vie d'un salarié croyant protéger la santé de ce dernier. J'ai pu me rendre compte que je suis passée à côté de beaucoup de souffrance, de faits graves, de maltraitances dans les entreprises que je n'ai découvert que tardivement, lorsque la ou le salarié n'en pouvant plus, s'effondre dans le cabinet, ou a des idées suicidaires, ou en arrêt maladie vient me voir en pré-reprise sur les conseils de son médecin traitant qui ne peut plus prolonger l'arrêt de travail mais se dit bien sûr, à juste titre qu'il ne peut pas laisser son patient revenir à son poste de travail... Le travail en équipe est très précieux pour cela, même sans que j'effectue une consultation, car lorsque le centre médical du travail est identifié par les salariés comme un lieu où l'on peut appeler, passer pour avoir des renseignements, poser des questions et avoir une écoute au moins attentive et amicale, le salarié sait qu'il a un endroit où il n'est pas dénié en tant que personne et être humain, qu'il n'est pas fou, que ce qu'il raconte est bien la vérité, sa vérité de sujet qui souffre et dont il attribue sa souffrance à ce qu'il subit au travail et à



ses conditions de travail maltraitantes... Il n'y avait pas d'infirmière et mes deux collègues faisaient pratiquement tout en plus de leur secrétariat. Et quand on reprenait avec le salarié l'histoire de sa souffrance, on avait l'habitude de dire qu'il finissait par échouer dans le service de médecine du travail, parfois seul endroit où il pouvait souffler et se poser, endroit où on écoutait son histoire et où il pouvait commencer à mettre des mots sur ce qui lui arrivait et qu'il ne comprenait pas et que personne autour de lui ne comprenait non plus... Ainsi on avait pris l'habitude, quand un salarié allait trop mal de lui proposer un verre d'eau, un café, de s'asseoir, de prendre son temps et de passer un petit moment avec mes collègues parfois avec moi lorsque j'avais le temps... Ainsi certains et certaines avaient pris l'habitude de passer « dire un petit bonjour ». Mais c'était bien notre rôle : arriver à instaurer une relation de confiance puis de soutien à un salarié qui avait pu commencer à dire sa souffrance... Il faudrait s'étendre un peu plus sur le sujet pour savoir ce qu'apporte cette façon de travailler, mais il est certain que cela ne peut pas se formaliser puisque ça dépend de la capacité des personnes à être touchées par la souffrance de l'autre, à créer un climat de confiance pour transformer cet échouage en un début de demande d'aide...

Isabelle et Laure ont cette capacité d'écoute : capacité qui a pu au fil des ans se transformer en expérience professionnelle et authentique savoir-faire de métier.

Ce qui n'est pas forcément le cas de tout le monde. J'ai vu des assistantes médicales faire totalement fusion avec le salarié en souffrance au point de s'identifier complètement à lui, bien souvent la souffrance du salarié faisant écho avec la leur comme salariée dans une entreprise et une organisation maltraitante aussi au sein du service médical du travail, au point de se disputer avec l'employeur et de violer le secret médical... Bien évidemment c'est contre-productif puisque vous récupérez dans le cabinet un salarié en souffrance et méfiant, un employeur choqué qui vous appelle à l'aide et une assistante en colère, outrée qui vous dit qu'elle comprend le salarié parce qu'elle l'a vécu aussi... Vous avez aussi les assistantes médicales compatissantes qui disent au salarié : « mais non, ça va aller, votre employeur n'est pas si méchant que cela » jusqu'à ce qu'elles prennent conscience que malheureusement ça ne s'arrange pas et qu'elles se retrouvent elles-mêmes prises dans des conflits de loyauté face à la souffrance d'autrui devenue visible et insupportable (conflit de loyauté puisque certaines directions de service formatent, parfois manu militari, les assistantes à écouter et répondre aux demandes des

employeurs et pas obligatoirement à celles des salariés). Certaines sont d'emblée compatissantes et donnent des conseils avisés aux salariés mais sont obligées de changer de posture devant les rappels à l'ordre de la direction du SIST. Dans certains cas, cela engendre une grande souffrance chez l'assistante médicale, voire des somatisations graves. En général, plus la souffrance des salariés est importante, plus il y aura de retentissement pour l'assistante médicale. Le pire étant le déni systématique de souffrance dans lequel, soit le salarié est soupçonné de simuler pour obtenir un « avantage » du médecin, soit il a un problème personnel et de toutes les façons il n'a qu'à aller se faire soigner mais est prié de ne pas l'embêter. Et l'assistante prend les devants parfois en vous disant qu'elle n'est pas pro-employeur... alors pourquoi vouloir le préciser ? C'est certainement le mode de défense qui a le plus de coût psychique et d'expérience cela se solde souvent par le départ de l'assistante vers un autre centre ou SIST... la position finissant par être difficile à tenir. Bien évidemment il ne s'agit pas du seul motif de départ, un autre étant en effet les trop grandes pressions de certaines directions pour ne pas engendrer « trop de problème avec le ou les employeurs » souvent selon la taille de l'entreprise...

C'est déjà plus facile à gérer pour l'assistante quand la direction du SIST reconnaît que l'entreprise est maltraitante tout en reconnaissant son impuissance face à l'entreprise en question car apparaît en filigrane le montant important de la cotisation payée et/ou le besoin d'avoir des adhérents...

Bien évidemment vous avez la même chose au niveau médecin bien sûr. On peut même raisonnablement penser que les mésententes médecins-assistantes médicales du travail proviennent des divergences d'appréhension des risques et de la souffrance des salariés, conjugués aux rapports avec la direction ainsi que l'orientation de cette dernière. Sans un travail de cette direction, sans une volonté de remise en question de l'assistante et du médecin du travail, sans une gestion des désirs, des vécus et des modes de défenses, difficile voire impossible de travailler efficacement, d'arriver à remplir nos missions.

La première conclusion est que sans une même longueur d'onde, sans la volonté de cette efficacité, impossible de créer une émulsion d'équipe, impossible de travailler ensemble.

La deuxième conclusion est que cela ne s'enseigne pas et n'est pas transmissible ; cela se vit et se construit ensemble.

*Enfin la dernière conclusion est que cela ne demande pas de connaissance particulière. Point n'est besoin d'avoir fait de longues études voire même des études particulières pour cela, puisqu'il s'agit entre autres d'une question de transfert d'un côté, de société de l'autre... Cela relève plus d'une prise de conscience de son inconscient et d'une lecture au-delà de l'entreprise et de l'organisation imposée à l'Homme, de notre société, de la cité.*

*Dans ce domaine-là, est-ce que ces modes de pensée très courants finalement sont l'apanage des assistantes médicales ? On pourrait le penser. Mais il n'en est rien car il ne s'agit pas de connaissance ou de diplôme. Cela peut même être un handicap si l'on pense que la connaissance apporte la capacité à entendre, et à analyser la souffrance au travail et à prendre en compte l'inconscient du salarié au travail. Mais alors de quoi s'agit-il ? D'une prise en compte de l'inconscient d'un sujet dans ses rapports avec son travail dont le professionnel du travail est l'intermédiaire, le catalyseur, parfois l'interprète. C'est pourquoi ce même professionnel va devoir composer avec son propre inconscient ? Au travail : avec ses propres rapports avec son organisation, ses propres peurs et défenses, ses propres désirs. Donc cela s'applique à toute personne qui travaille dans un service de santé au travail et qui devra tôt ou tard faire face aux demandes des salariés et à leurs souffrances.*

Quant à M.S..., il s'agissait pour notre petite équipe de comprendre ce qui se passait dans cette entreprise, puisque nous tombions toutes les trois des nues : pouvoir aider ce salarié qui n'avait encore rien demandé. Ensuite analyser ce qui serait recueilli de la parole du salarié et peut être d'autres...

Rien de tel qu'une réunion formelle et informelle sur le sujet, autour d'un café ou non, toujours conviviale pour présenter les premières données recueillies.

Je partageais avec Isabelle et Laure ce que je venais d'entendre et qui concernait M. S..., que je n'avais pas rencontré récemment. Il s'agissait d'une PME de dix salariés dont l'activité était l'usinage de pièces métalliques à façon. Le chef d'entreprise assurait au quotidien la fonction commerciale. Outre les postes d'usinage, il y avait des postes de nettoyage manuel, d'emballage, mise en cartons et/ou palettisation, et expéditions. Outre le « patron », l'encadrement était assuré par le chef d'atelier, dit son « éminence grise » et d'un adjoint au chef d'atelier, particulièrement efficace dans l'organisation de la production. Nous avons le suivi de cette petite entreprise et rien n'avait transpiré.

Tous les salariés avaient déjà été convoqués par le passé, étaient venus à leur visite médicale du travail (étonnamment pas d'absence). Nous avons décidé de tricher en avançant la date des visites périodiques et en convoquant tous les salariés sur quinze jours, à commencer par M. S... Nous l'avions déjà suivi dans une autre entreprise d'intérim il y a plusieurs années et nous avons fait venir son dossier papier archivé. Pas de plan d'action préétabli : la deuxième étape allait être d'entendre la parole de chaque salarié à un double niveau dans deux endroits différents: dans le bureau de l'assistante médicale qui le recevra puis dans celui du médecin du travail, et ce au-delà des questions et échanges d'usage habituels en santé au travail.

M. S... fut donc convoqué. Il n'était pas en arrêt maladie. Il s'exprimait d'une manière simple et directe et d'emblée, déclara indigné à mes collègues que « ça n'allait pas au travail et qu'il subissait des "choses" qui n'étaient pas normales ; que des collègues à lui, notamment l'adjoint au chef d'atelier M. R... et un jeune apprenti, lui avaient dit que ce n'était pas normal et qu'ils l'avaient incité à déposer plainte, que eux confirmeraient ce qui se passait et ce qu'il disait ». Il était en colère et appréhendait le retour des tournées commerciales du patron : s'il ne ramenait pas de commandes, il était de très mauvaise humeur et c'est là qu'avec son bras droit, ils s'en prenaient aux salarié(e)s présent(e)s et pratiquaient des « choses » pas normales !

Ainsi d'emblée dans le bureau de l'assistante, Isabelle et Laure avaient pu par leur écoute particulière de la parole de M. S... instaurer une confiance favorisant une demande de M. S... ou du moins créer le climat pour cela. Je pris le relais mais pas tout à fait de façon protocolaire puisque je vins d'abord dans le bureau d'Isabelle. Je choisis ce moment pour venir dans le bureau d'Isabelle et après m'être présentée à M. S..., je m'immisçais dans la conversation, montrant ainsi que nous étions une équipe. Puis je lui demandais de préciser quelques points, et en accord tacite avec mes collègues, je lui proposais de venir dans le cabinet médical pour continuer la discussion, ce qu'il accepta sans problème.

Il m'expliqua alors, qu'à plusieurs reprises, son employeur aidé de son « bras droit » l'avait maintenu de force sur les fourches du chariot élévateur, l'avait « saucissonné » avec le plastique de filmage des palettes, les bras et le torse attachés à l'arbre du chariot élévateur, les jambes allongées sur les fourches. Alors qu'il criait pour qu'ils le libèrent, ils riaient et élevaient les fourches jusqu'à plus de 5 m de hauteur le laissant là plusieurs heures ! Il avait très peur et cela se déroulait devant les autres salariés ! Il avait des photos

qu'un collègue apprenti avait prises en catimini et lui avait envoyées par courriel et me les montra sur son téléphone. C'était édifiant, et bien ce qu'il m'avait décrit, on le voyait hurler sur les photos à au moins huit mètres de haut dans le vide attaché au chariot élévateur ! Il y avait beaucoup de photos prises à des dates différentes, ce qui confirmait également la répétition des faits. C'était bien des actes de violence qu'il qualifiait de son côté de tortures gratuites, parce que son patron était de mauvaise humeur et que son bras droit qui était le chef quand l'employeur n'était pas là, était son copain d'enfance et faisait tout ce que le patron voulait. Il décrivit cet adjoint comme un colosse très baraqué auquel personne ne résistait car il n'avait aucun scrupule à utiliser la force et la violence dans l'entreprise. Il était craint dans l'entreprise par les autres salariés également... !

Ce premier rendez-vous dura une heure et je proposais à M. S... de demander un arrêt maladie à son médecin traitant en lui expliquant ce qui se passait car il n'avait pas osé lui en parler, ni à personne d'ailleurs hors de l'entreprise. Il accepta et finit par accepter également de m'envoyer par courriel les photos qu'il avait reçues du jeune apprenti. Il semblait avoir la hantise qu'on ne le croit pas et répétait qu'on avait qu'à demander à M. R... qui lui aussi avait tout vu chaque fois, avait tenté de le défendre en vain, et l'avait incité à plusieurs reprises également à déposer plainte. Mais même maintenant il n'y arrivait pas car d'un côté il avait peur de représailles violentes à son encontre, et de l'autre il avait surtout peur de perdre son travail. Je lui expliquai alors que le plus important dans l'immédiat était de le soustraire à ce genre de risques et pour cela qu'il était important qu'il prenne un arrêt maladie dès aujourd'hui et que nous serions amenés à nous revoir. Malgré ses réticences, il accepta de nous faire confiance à toutes les trois, et je lui proposais de repasser nous voir le lendemain puisqu'il n'habitait pas très loin du centre médical.

Me servant alors de tout l'attirail de dispositifs légaux évoluant régulièrement, je précisais sur la fiche de visite que M. S... devait consulter son médecin traitant en urgence et qu'il devrait passer une visite de reprise préalablement à sa reprise de travail auprès de nous avant de reprendre le travail. Je me fendis d'un courrier pour son médecin traitant demandant un arrêt maladie pour M. S... sans trop entrer dans les détails mais lui précisant que ce dernier lui expliquerait lui-même la raison de cet arrêt impératif. Ainsi je plaçais deux garde-fous afin que le salarié ne retourne pas dans l'entreprise dans l'immédiat.

Dès le lendemain, nous convoquons M. R...

Grâce aux informations données par M. S..., nous avons la deuxième ligne d'action : convoquer M. R... qui semblait beaucoup plus prêt à parler spontanément, ce qui fut fait dès le lendemain.

Ce dernier se présenta d'emblée comme une personne prête à parler à mes collègues que je rejoignis et là aussi les révélations commencèrent spontanément dans le bureau de l'assistante médicale en présence de nous trois. Il était adjoint au chef d'atelier, titulaire d'un BTS, et il expliqua que « *M. S... avait subi des actes de torture par l'employeur et son sbire. Cela se passait la plupart du temps quand l'employeur était "de mauvaise humeur" et avait envie de "se distraire", ce qu'il qualifiait lui-même comme "juste des blagues et pas la peine d'en faire tout un plat"*. Cela faisait rire l'employeur et son adjoint » nous expliqua M. R... « *L'employeur ordonnait à tous les salariés de venir dans l'atelier, et personne n'osait broncher. Quand tous étaient réunis, les actes qui suivaient dépendaient des jours. Parfois l'employeur allait chercher un gros bloc de glace qu'il lâchait sur un salarié du haut du premier étage ouvert de l'atelier, et il trouvait cela très drôle. Comme par exemple, quinze jours plus tôt, c'était M<sup>me</sup> A... qui avait reçu le bloc de glace sur l'épaule et avait encore du mal à retrouver l'intégralité de ses mouvements !* » M. R... expliqua ensuite que son employeur ne regardait même pas si elle arrivait à faire les gestes répétés sur la machine et si elle arrivait à faire le nombre de pièces, « *il s'en foutait* ». M. R... était outré ; déjà plutôt mal vu pas la direction mais il ne se laissait pas faire, et « on » le laissait tranquille.

Mais aucun salarié, malgré les incitations de M. R..., ne parlait ni ne voulait dénoncer les choses, Il me relata ensuite les moments où « *pris de fureur, l'employeur et son bras droit attrapaient M. S... et le ligotaient sur le chariot élévateur en le filmant avec le plastique d'emballage et montaient les fourches à grande hauteur laissant ainsi M. S... qui avait très peur et était en grand danger de tomber car il essayait de se libérer !* » Ainsi tous les témoignages et documents recueillis jusqu'à présent convergeaient sans même une seule dissonance pour l'instant ! M. R... accepta de mettre par écrit tout ce qu'il nous avait raconté, sur ce qui se passait dans cette entreprise, dont il était témoin depuis son arrivée dans l'entreprise, déjà deux ans ! Il cherchait un autre travail depuis déjà plusieurs mois.

Je commençais à comprendre que dans cette entreprise, en plus de la peur et des menaces, l'employeur et son acolyte adjoint faisaient régner une sorte de sidération bloquant la parole et paralysant les corps, obligeant les salariés à être les spectateurs voire les acteurs d'un scénario ourdi par l'employeur et

perfectionné et/ou mis en scène par les deux « metteurs en scène ». Cela me faisait évoquer fortement une perversité typique qui pouvait aider à cette omerta autour d'actes qui d'un point de vue extérieur, seraient qualifiés assez facilement d'aberrants et au minimum d'anormaux. Nous verrons plus tard qu'on pourrait ajouter, de monstrueux.

Après le départ de M. R..., nous réalisons qu'il y avait tout de même une salariée en dissonance dans les témoignages que nous avons entendu jusqu'à présent, M<sup>me</sup> A... Celle-ci avait été reçue en visite de reprise hors délais pour un arrêt de plusieurs semaines. À aucun moment elle n'avait évoqué l'agression, du fait de son employeur qu'elle avait subie quinze jours plus tôt selon M. R...

En reprenant le dossier médical de M<sup>me</sup> A... (en ce temps-là, j'écrivais beaucoup et tentais de tout balayer durant la visite, de l'état de santé à l'examen clinique, en passant par le poste de travail, les conditions de travail, mais aussi l'organisation et l'ambiance dans laquelle évoluait le salarié, tels qu'il les décrivait), je m'aperçus que la visite de reprise était consécutive à une chimiothérapie pour un cancer du sein avec curage ganglionnaire ! Cette dernière n'avait rien dit : pour elle tout allait bien, elle souhaitait reprendre son travail. Quelle ne fut pas alors ma stupéfaction de réaliser *a posteriori* que j'avais moi-même participé au scénario de l'employeur en remarquant bien la limitation des mouvements de l'épaule chez M<sup>me</sup> A..., mais en attribuant cette limitation au curage ganglionnaire et sa cicatrisation ! J'avais d'ailleurs émis une restriction temporaire en mentionnant la nécessité d'un aménagement de poste sur sa fiche d'aptitude. M<sup>me</sup> A... avait donc une bonne raison d'avoir mal à l'épaule ! M. S... me confirmera également la maltraitance physique qu'avait subi M<sup>me</sup> A... ; lui aussi avait été témoin de ce qu'il qualifiait d'agression envers M<sup>me</sup> A... ! J'avais demandé par prudence à revoir M<sup>me</sup> A... un mois après sa reprise afin d'évaluer avec elle les réajustements (aménagements) nécessaires en fonction de l'évolution de son état de santé et de son poste. Je me promettais d'essayer de tirer les choses au clair avec elle sur ses conditions de travail, sans la brusquer, malgré la fermeture perçue chez elle que je ne qualifierais pas néanmoins de réticence. Âgée d'environ 51 ans, elle avait une ancienneté de vingt années dans l'entreprise... ! Avec mes collègues, nous avons eu le pressentiment que nous n'étions pas au bout de nos difficultés et qu'il allait falloir avancer doucement.

M<sup>me</sup> A... vint au rendez-vous, égale à elle-même. Mais moi, je ne la voyais plus de la même façon, me demandant si son silence et même ses dénégations

concernant ses conditions de travail potentiellement dégradées relevait du déni, de la peur, d'un conflit de loyauté ou bien s'il ne s'agissait pas de son point de vue de conditions dégradées... L'examen clinique montrait une petite amélioration au niveau de l'épaule, je repris l'entretien et je revins sur son poste, les relations et l'ambiance au travail. « *Tout allait bien* » disait-elle laconiquement sans s'étendre.

Puis je revis M. R... qui me rapporta son témoignage écrit sur les faits dont il avait été témoin. Tout y était : les actes des deux personnages envers M. S... fréquemment pris à parti, décrit comme véritablement « *tête de turc* », avec la description « *des actes de tortures* » disait-il où M. S... qui hurlait, était laissé durant des heures en haut du chariot élévateur, sa vie en danger, et qui hurlait. Il expliqua que l'employeur et son complice minimisaient en permanence et M. R... ayant voulu intervenir, il n'avait pas seulement été menacé de licenciement mais aussi de représailles physiques par l'adjoint décrit comme particulièrement grand (2 m environ) et fort.

J'avais assez d'éléments pour intervenir mais comment ? M. S... appréciait le contact avec mes collègues et revenait régulièrement passer un petit moment avec elles, prendre un café et discuter sur la vie, ses difficultés familiales et bien sûr sa dépression et sa révolte qui commençait tout doucement à poindre maintenant qu'il avait un espace de parole où sans menace sur sa vie, il pouvait verbaliser, reprendre un début de maîtrise sur sa vie grâce à l'écoute attentive de mes collègues. Elles n'étaient pas compatissantes, elles échangeaient avec lui, l'écoutaient autour d'un café, générant ainsi un espace de confiance mais aussi de normalité et de prise en compte de ce que disait M. S... Parfois il m'arrivait d'échanger avec M. S... mais toujours sur des sujets banaux, de la vie courante, parfois du temps. Il était fier de ses deux filles et sa femme très compréhensive, le soutenait dans sa souffrance, et l'encourageait à faire cesser ce qu'il subissait... J'écoutais, je voyais aussi M. S... dans le cabinet de façon plus formelle en pré-reprise ou à la demande du salarié ; il était alors en arrêt de travail... Il ne reviendra jamais à son travail... bien sûr ai-je envie de dire !

Il fallait que ces entretiens soient formalisés, pour poser un cadre clair et pouvoir approfondir les choses. Je savais que chaque entretien allait provoquer un peu plus de souffrance pendant un certain temps pour M. S... dans la parole libérée et les échanges que j'aurais avec lui... Cela pris au moins trois mois. Je m'assurais que son médecin traitant et son psychiatre étaient soutenant au minimum, ce qui était bien le cas



Au fil des consultations j'en appris un peu plus sur ce qui se passait dans l'entreprise, quelle était l'ambiance et la situation de M. S... Il avait été embauché six ou sept ans auparavant en tant que travailleur handicapé à un poste d'ouvrier à tout faire ; son travail consistait essentiellement à usiner des pièces métalliques parfois, à nettoyer et emballer les pièces, faire le nettoyage de l'atelier. Très reconnaissant de son embauche, il apportait régulièrement des gâteaux que sa femme faisait, parfois des plats entiers pour tout le monde, et me disait-il, tous mangeaient autour de la table. Et ce malgré le « *mauvais caractère* » de l'employeur et de l'adjoint qui « *parlait mal* ». Les deux pourtant mangeaient volontiers autour de la table ce qu'il amenait, pour faire plaisir disait-il. La situation avait commencé à se dégrader quand l'entreprise eut moins de commandes et l'employeur des difficultés financières. L'employeur était le seul commercial itinérant et partait régulièrement en prospection. Je n'ai pas d'information sur la façon dont l'employeur s'organisait. Il revenait de plus en plus de mauvaise humeur parce que pas de client et pas de commande, et il commençait alors à hurler sur les salariés pour la moindre petite chose de travers. Ce n'était pas la première fois que j'observais ce phénomène en entreprise et généralement cela s'arrêtait à ce stade. Mais ici, avec cet employeur et son « sbire », les choses allèrent plus loin, puisqu'ils commencèrent à mettre au point des « jeux » physiques de plus en plus violents dont les victimes étaient les salariés. Personne ne disait rien ; tout le monde était tenu d'assister à ces « jeux » même *manu militari*... !

M. S... raconta souvent longuement ce qu'il avait subi à plusieurs reprises, étant devenu la tête de turc préférée de l'employeur et de son adjoint, parce que, et cela les deux sbires en étaient informés par M. S... lui-même, son statut de travailleur handicapé ne recouvrait pas seulement une hernie discale mais aussi une déficience mentale depuis l'enfance dont il me racontera plus tard l'origine traumatique à l'âge de quatre ans. « *Cette déficience était intellectuelle et faisait qu'il était naïf et qu'il ne voyait que le bien chez les gens. Mais ces deux-là étaient des gens très méchants* », disait-il.

Au fil des entretiens, mon écoute attentive, parfois mes questions ou mes commentaires, l'amèneront à m'expliquer n'avoir rien dit et tout supporter car c'était parce qu'il avait un vrai travail, une vraie rémunération, et qu'il était fier de faire vivre sa famille comme un mari et un père chef de famille. C'est pourquoi il n'avait jamais rien dit, ni à sa femme ni à ses filles de ce qu'il subissait au travail essayant de paraître toujours de

bonne humeur... Néanmoins comme il pleurait en cachette chez lui, sa femme et ses filles avait fini par découvrir la vérité. Elles furent tout de suite soutenantes. Parfois M. S... pleurait dans le cabinet, parfois il éprouvait de la colère et de la révolte. De fil en aiguille il racontait avec de plus en plus de détails les tortures qu'il subissait au travail du fait de ces deux individus.

Ici je fais une parenthèse pour préciser que ce statut de travailleur handicapé, dont le terme ne préjuge pas s'il y a un ou plusieurs handicaps ainsi que des diagnostics ayant permis de l'obtenir, fut une source d'erreur pour le juge, puisqu'alors que les deux agresseurs furent condamnés pour actes de barbarie, le juge passa à côté du facteur aggravant de majeur protégé puisqu'il jugea que l'employeur ne savait pas forcément que M. S... était porteur d'une hernie discale et que par conséquent il ne retenait pas le facteur aggravant d'actes de barbarie sur une personne handicapée. Sauf qu'il fut bien confirmé plus tard par M. S... que la RQTH était pour la déficience mentale au départ même si au fil des ans s'était rajoutée la hernie discale, et que son employeur et son adjoint étaient parfaitement au courant de sa déficience mentale et de son désir d'avoir un travail normal...

Je repris par la suite les certificats médicaux présentés et compris que la déficience mentale de M. S... fut masquée par les experts car ils mirent son état intellectuel sur le compte d'une profonde dépression grave avec idées suicidaires. Le motif de la RQTH s'était perdu au fil du temps... et le simple statut lui-même n'avait pas suffi aux yeux du juge pour qu'il retienne les circonstances aggravantes... Mais il y eut d'autres rebondissements par la suite !

Au fil des entretiens, M. S... dévoilait de plus en plus le détail des « tortures » qu'il subissait au travail ; jusqu'à pouvoir dire comment ils l'avaient également violé à plusieurs reprises ! ! Je gardais une apparence calme et stupéfaite mais au fond de moi-même j'étais abasourdie de découvrir cela et je compris que sans obstacle devant eux, les deux agresseurs n'avaient eu aucune limite ! On était bien au-delà de la simple banalisation du mal : non seulement M. S... avait servi de bouc émissaire aux deux acolytes, mais ils l'avaient également réduit à la position de simple objet, le niant comme être humain et c'est cela, m'expliqua-t-il, qui l'avait le plus détruit, d'être nié comme être humain, d'être moins qu'un chien disait-il, lui qui pensait avoir trouvé enfin sa place d'homme dans la société... ! J'étais doublement horrifiée par les viols mais aussi cette négation d'un être humain par d'autres êtres humains qui me rappelait tellement les origines de la



naissance de la psychopathologie du travail ! C'était comme des voiles qui se déchiraient petit à petit ; et je n'aurais jamais imaginé rencontrer cela dans une entreprise à notre époque ! M. S... venait toujours avec sa sacoche pleine de papiers. Il me permit de lire les certificats du médecin de l'UMJ (Unité médico-judiciaire). Sa femme avait réussi à le convaincre d'aller consulter : ces certificats mentionnaient en détail des lésions anales et péri-anales. Avec son accord, j'en gardais une copie. Lorsque je fis part de tout ce que m'avait raconté M. S... à mes deux collègues, elles n'eurent pas la même réaction, dans le sens où elles ne furent pas étonnées... visiblement plus aguerries que moi. Que les choses aient pu aller jusqu'à des actes de violences sexuelles imposées ne les étonnait nullement, car M. S... avait expliqué qu'il était maintenu de force par un des individus pendant que l'autre tentait de lui baisser son pantalon pour le pénétrer avec un tuyau, détaillant que des fois il arrivait à maintenir son pantalon malgré la pénétration du tuyau, et d'autres fois, non. Le non-étonnement devant la nature humaine de mes collègues et leur attitude professionnelle me permirent de remettre les pieds sur terre et la profonde humanité de mes collègues et leur professionnalisme me permirent de reprendre le cours des actions ; il n'était pas question d'en rester là. Je suis consciente après coup que ces échanges professionnels avec mes collègues m'ont certainement permis de garder la tête froide et de pouvoir continuer le travail. J'anticipe un peu, mais par la suite M. S... lui, n'a plus jamais pu reprendre un travail.

### **LA DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

**M.** S... passait toujours régulièrement voir mes collègues, prendre un café et discuter avec elles. De temps en temps, j'en prenais également. C'était une sorte de répit pour lui. Mais les choses n'avançaient pas ; M. S... était toujours paralysé par la peur. Même s'il arrivait à exprimer sa souffrance de plus en plus librement devant nous trois, il ne semblait pas être en mesure de se projeter dans l'avenir, ni de chercher une réparation, ni de pouvoir entamer une quelconque action. Cela ne me posait pas de problème d'entamer moi-même les démarches en commençant par un signalement collectif à l'inspection du travail qui avait la possibilité de saisir le procureur. Dans tous les cas, les salariés seraient probablement interrogés, sachant qu'ils n'auraient pas d'obligation de parler ; et même si nous avons déjà eu des situations de peur dans les entreprises, jamais l'omerta n'avait été aussi forte. Laure, Isabelle et moi étions d'accord : M. S... n'était

pas prêt à faire face à « la bagarre » que cela allait déclencher, à raconter à nouveau son histoire, à faire face à ce qui s'était passé maintenant qu'il avait pu en être extrait et s'en extraire lui-même. Il était touchant car bien décidé à se reconstruire psychologiquement maintenant qu'il n'était plus seul et que des personnes « officielles » comme il disait, le croyaient et le soutenaient. Il expliquait revivre à nouveau. Il nous amenait parfois des gâteaux, du café quand il venait. Il savait que la porte lui était ouverte et qu'il pouvait passer autant qu'il voulait. Parallèlement il était suivi très régulièrement par son médecin traitant et son psychiatre : l'un prolongeait sans difficulté les arrêts de travail, M. S... le décrivait comme très à l'écoute et même indigné ; l'autre prescrivait les psychotropes, les entretiens permettaient à M. S... d'exprimer ses difficultés, c'était une thérapie de soutien.

Car M. S... présentait une profonde dépression avec un ralentissement important et des troubles du sommeil majeurs. Bien sûr au départ pour sa sécurité j'avais recherché des idées très noires voire suicidaires qui lui avaient bien traversé l'esprit mais sans aller jusqu'à chercher à mettre à exécution par rapport à sa famille avait-il dit. En fait à ce moment-là, avec l'émoussement affectif lié aux médicaments, c'était la composante anxieuse qui ressortait le plus, allant parfois jusqu'au tremblement de son corps, des difficultés à parler, voire des difficultés à sortir de chez lui. Il avait d'importants troubles de mémoire qui faisaient qu'il ne pouvait pas aller se promener n'importe où sous peine de ne pas retrouver son chemin pour rentrer chez lui. Il lui était déjà arrivé de devoir appeler sa femme ou une de ses filles afin qu'elles viennent le chercher car il était perdu. C'est sa femme qui lui avait montré le chemin pour venir au centre et c'était un des rares lieux qu'il avait mémorisé. Néanmoins il venait toujours avec son adresse écrite sur un papier « au cas où » disait-il. Mes collègues continuaient à l'accueillir, attentives et professionnelles à la fois, pendant que j'avais l'impression d'être dans un marasme, ne sachant ni quoi faire ni quelle décision prendre, puisque quoiqu'il soit fait, cela aurait toujours des conséquences pour M. S... Ce fut M. S... lui-même qui m'apporta finalement la solution. Il allait mieux, il commençait à accepter l'idée qu'il n'avait pas à culpabiliser, que ce qui lui était arrivé n'était de son fait, n'était pas mérité et que quel que soit son comportement à lui, M. S..., c'était bien ses agresseurs qui n'avaient pas à lui infliger tout ce qu'ils lui avaient fait endurer, qu'ils n'en avaient pas le droit ni dans, ni hors de l'entreprise, que M. S... ait une

déficience mentale ou non. Ils étaient bien hors-la-loi même si nous étions dans le monde du travail et qu'ils étaient employeur et adjoint. C'est un peu le discours que l'on tient à tout salarié au bout de quelques entretiens, essentiellement pour l'aider afin de le mettre sur la voie de la « sortie » de la dépression, de la « guérison », afin de le déplacer un tout petit peu psychiquement par rapport à sa culpabilité et son statut de victime, concomitamment avec sa prise en charge psychiatrique. Lorsque cela marche « très bien », le salarié passe de la dépression et de la culpabilité aux accusations et à la revendication... bien sûr le travail n'est pas fini, mais il ne se voit déjà plus tout à fait comme victime impuissante et a une grande hâte de reprendre la maîtrise de sa vie... vis-à-vis de son harceleur ou employeur ! Avec M. S..., je n'avais pas tout de suite remarqué que lorsqu'il parlait de ses agresseurs, il employait rarement leurs noms (peut-être un peu plus pour l'adjoint) mais bien souvent c'était plutôt le patron, M. Untel et M. Untel, et étonnamment c'était bien l'employeur qui était mis en avant...

*Alors que d'habitude, dans les « affaires de harcèlement moral » au travail, le plus souvent le salarié se polarise sur le supérieur hiérarchique maltraitant qui emploie des méthodes perverses certes pour atteindre les objectifs fixés par sa propre direction, le fameux et habituel « Voici les objectifs financiers cette année, avec contrôle mensuel voire journalier » en comparant au chiffre d'affaire de l'année précédente le même jour, et qui donc doit être l'année suivante même jour de l'année, à + 5 ou 10 % par exemple. Je l'ai souvent vu, notamment chez les commerciaux ou dans les chaînes de magasins de vêtements, cosmétiques, et même alimentaires... Et là, avec ces objectifs, la plupart du temps voire toujours, il n'y a aucune directive d'organisation donnée (sauf le merchandising et le merch comme on dit, qui est la présentation imposée du magasin [disposition des arrivages de nouveautés mensuelles ou hebdomadaire à changer avec des photos venant de la direction nationale voire européenne parfois]). Mais rien de l'organisation, du comment atteindre les objectifs, quelle stratégie adopter, ni de l'organisation concrète du travail excepté le nombre de salariés imposés par cette même direction nationale, qui répond de façon tout à fait dans le vent et de façon uniforme aux conclusions du management par le dégraissage, le fameux Lean management qui plaît tant aux employeurs par ses résultats spectaculaires immédiat !, qui ne tiennent compte ni de la quantité de travail, ni des congés, ni des absences ainsi que des surcharges de travail auto-générées par la méthode elle-même qui consiste en moins de salariés*

*que plus en nombre, et donc dont finalement au bout d'un temps certain, le système fonctionnant en roue libre et totalement autonome consomme les salariés, les « brûlent de l'intérieur » en burn-out et toutes sortes de pathologies comme disent nos chers homologues américains, et finit par aggraver la vie des salariés en la rendant parfois jusqu'à l'impossible du travail (!) en tout cas jusqu'à l'absurde, organisations prises dans ce même système de consommation que ses fameux produits liftings qui font miraculeusement disparaître les rides et qui ont tant de succès qui sont vendus dans certains de ses mêmes magasins. C'est très probablement la même fibre. Mais entre les objectifs imposés, la fixité des salariés, il n'y a bien souvent rien, c'est le vide sidéral, la carte blanche tacitement ou parfois carrément donnée aux managers, le libre court à son imagination, ce qu'il a vu, ce qu'ils échangent alors comme pratiques sous le manteau avec les autres managers, bref c'est le système D pour atteindre les objectifs, garder son poste, avoir son avancement, bref encore vers la reconnaissance suprême dans ce système en roue libre qui s'auto-régénère... Et faire entendre au salarié que ben, finalement, son harceleur est peut être lui-même pris dans un système qui le consume probablement aussi au moins un petit peu, ce n'est pas chose évidente et la pilule est un peu dure à avaler au moins au départ. Pourtant c'est un troisième temps qui peut être important pour le salarié afin qu'il passe du statut de revendicateur à celui de salarié rebondissant sur un autre travail, dans une autre entreprise mais avec ce vécu avec lequel il fera dorénavant, si nous professionnels du travail arrivons à faire avec nous aussi, sans rien imposer au salarié (le terme approprié serait alors plutôt sujet).*

Si on revient à M. S..., il s'est avéré que pour lui ça ne fonctionnait pas comme ça, puisque dans son cas, on pouvait légitimement penser qu'il s'agissait bien d'agressions, d'actes délinquants voire plus qui relèveraient du pénal du fait de deux personnages « pervers », voire « pervers narcissiques », terme très à la mode actuellement, voire d'actes psychopathiques ? Actes innommables sans réellement d'excuses à nos yeux, encore moins celles d'employeurs... et ce à quoi je m'attendais : des accusations en direct contre les personnes. Mais M. S... au fil des entretiens me surprenait car il n'allait pas vers cette voie-là, car il « manquait » le temps de « l'accusation » personnelle. On avait bien la dépression et la culpabilité avec la honte, le temps de l'accusation sur... l'employeur et son adjoint, tout étant de leur faute, mais il manquait le temps de la « personnalisation » des accusations, la faute du harceleur, ici agresseur... Comme si on passait

directement du constat des faits et lésions au travail, à la réflexion du lien avec l'organisation du travail ! Ce qui est plutôt très rare chez le salarié victime ! Pour ma part je ne retrouvais pas mes repères et le salarié ne passait pas au stade « plainte judiciaire » même s'il allait mieux, ce qui m'occasionnait des inquiétudes car je savais que nous ne le suivrions pas éternellement ici en médecine du travail. Cela pose la question de la fin du suivi du salarié, pour lui, pour le médecin du travail et même dans notre cas, pour les assistantes médicales et pour l'équipe de santé au travail.

Donc les entretiens continuaient au rythme d'un par semaine à tous les quinze jours selon les impératifs de M. S..., parfois entrecoupés du temps d'un café ensemble, et plusieurs semaines et voire quelques mois se sont ainsi écoulés, ce qui pour nous est un temps très long dans notre profession, sachant qu'on avait fait une évaluation avec Isabelle et Laure du déroulement entre la première visite où le salarié s'effondre et la dernière officielle (on proposait toujours de repasser nous dire bonjour et donner quelques nouvelles, ce que certains faisaient parfois, plusieurs mois après, façon de temporiser la fin de la prise en charge), en passant par les « temps de dépression – coupure immédiate du lien avec le travail par l'arrêt, temps de verbalisation de ce qui lui est arrivé au travail - survenue des symptômes - temps de culpabilité vers l'externalisation de la faute vers l'autre, puis dernier temps appelé classiquement « reconstruction » avec ou sans reconnaissance officielle de ce qu'il avait vécu mais bien reconnu par lui et nous, mais qu'on a plutôt au centre médical appelé « faire avec et pas se refaire avoir », avec tout un travail ensuite, temps à la fin du duquel le salarié est le plus souvent en capacité de transporter ses connaissances ailleurs et de rebondir sur un autre travail hors de son ancienne entreprise, le temps de l'inaptitude médicale définitive, tous ces temps, nous avons calculé que cela durait un an en moyenne selon le salarié.

Pour M. S... le temps passait et rien ne changeait qui ne rentre dans ce déroulement classique. Nous ne forcions rien bien sûr, même s'il m'arrivait d'avoir des réflexions ouvertes avec M. S...

J'écoutais donc M. S... au fil des entretiens, n'ayant plus d'idée, laissant aller pour voir où tout cela allait mener. M. S... était demandeur des entretiens, revenait parler à mes collègues ; je lui proposais toujours des rendez-vous : il venait toujours, ponctuel ou en avance. Il y avait bien une demande de ces rendez-vous par M. S... À la longue, faut-il croire qu'à force d'écouter les mots de M. S..., quelque chose avait fini par pénétrer dans

ma conscience ? Toujours est-il que je finis par me rendre compte que le mot qui revenait le plus souvent dans les paroles de M. S... était le mot travail. Je finis par réaliser que c'était ça le plus important pour lui et donc sa plus grosse perte : le TRAVAIL. Depuis le début il en parlait, du travail, et je l'écoutais mais je n'entendais pas ce qu'il disait, je n'entendais pas au-delà restant dans mon schéma. Combien de fois m'est-il arrivé de dire au salarié : si quelqu'un vous agressait dans la rue, est-ce que vous vous laisseriez faire ? Non, me répondait-on régulièrement, j'irais à la police, voire je me défendrais, réponse possible aussi. Or ici dans ce contexte évident d'affaire qui finalement relevait du pénal, M. S... mettait en avant le travail. Car c'était ça le plus important pour lui et ce qui l'avait le plus meurtri. Et c'est bien quand il parlait du travail que M. S... pleurait, ce qui lui avait permis de dépasser la honte et la culpabilité des agressions sexuelles et de pouvoir raconter ce qui s'était passé. Mais ce qui bloquait sa parole, dont il avait du mal à parler en pleurs, c'était bien du travail, avec tout ce qu'il mettait derrière ce terme, qu'il avait en partie évoqué et que l'on pourrait explorer beaucoup plus en profondeur. Mais c'est justement une de nos limites en médecine du travail sur laquelle je reviendrai. Et là je retombais sur quelque chose qui m'était déjà un peu plus familier, puisque qui dit travail, lésion, reconnaissance, réparation, c'est bien de maladie professionnelle dont il s'agit entre autres. Et tout naturellement je proposais alors à M. S... de faire une déclaration de maladie professionnelle sur la base d'un certificat médical que je rédigerai et enverrai à la CPAM branche professionnelle, idée à laquelle il adhéra d'emblée. Cette déclaration de maladie professionnelle était faite parce que des faits graves s'étaient produits au travail qui avaient bien entraînés la dégradation de la santé de M. S... en effet mais surtout parce qu'au vu de la place que représentait le travail pour M. S..., c'était bien l'attaque de son idéal de travail par ses deux agresseurs qui avait entraîné M. S... dans une spirale de descente aux enfers, sur le plan psychique. En fait, il était très important pour lui que la reconnaissance et la réparation de ce qu'il avait vécu se situe au niveau du travail, voilà ce qui m'apparut comme important pour qu'il puisse ensuite remonter la pente.

La rédaction du certificat médical fut simple : objet, description de l'état de santé de M. S... et des faits qui s'étaient déroulés dans l'entreprise, chronologie, présence de témoins ayant confirmé les faits, mention du statut RQTH, sans préciser la déficience mentale de M. S... par pudeur ? respect de la volonté de M. S... ? Toujours est-il que c'est bien mon certificat qui s'est retrouvé dans le jugement pénal par la suite avec la



discussion autour de l'employeur sur les facteurs aggravants ou non.

Je terminais le certificat en précisant que j'alertais également l'inspection du travail sur ce qui se passait dans l'entreprise pour les salariés. À peine une page et demi tout compris. Naturellement, avant de l'envoyer par LR /AR, j'en donnais une copie à M. S... et je le fis relire également par Isabelle et Laure.

### LE PROCÈS

Cette déclaration de la maladie professionnelle finalement classique d'un point de vue strictement réglementaire eut des effets inattendus. C'est M. S... qui vint quelques semaines plus tard me raconter la suite, tout excité et enthousiaste. Car le courrier à peine arrivé, M. S... avait été convoqué à la CPAM auprès d'une assistante sociale qui arriva à le convaincre de rencontrer un inspecteur de la CRAMIF. Ce dernier s'empara de l'affaire probablement à double titre : au nom de la CPAM, s'agissant de faits causés par un tiers mais aussi sur le plan pénal. M. S... me rapporta avoir eu plusieurs rendez-vous avec cet inspecteur qui finit par le convaincre que ce qu'il avait subi n'était ni normal ni à banaliser, que bien au contraire il devait y avoir sanction et réparation devant la justice. C'est ainsi que l'inspecteur de la CRAMIF convainquit M. S... de déposer une plainte au commissariat de police. Son médecin traitant fit également un certificat médical pour appuyer les dires de M. S...

Ainsi M. S... passa de la dépression à un stade plus revendicateur et accusateur contre les deux personnages, de plus en plus décidé à aller au bout de la plainte. M. S... semblait être sur la voie d'une guérison possible mais je savais que cela serait certainement plus long que prévu, que M. S... restait fragile et que plus rien ne serait comme avant pour lui... et probablement pour nous aussi.

C'est ainsi que son médecin traitant et moi-même reçûmes une convocation d'un lieutenant de police afin d'être entendus sur cette affaire, convocation émanant du procureur du tribunal qui avait décidé d'ouvrir une enquête. M. S... me rapporta que son médecin traitant avait été malmené par les questions du policier mais ne s'était pas laissé déstabiliser, la sempiternelle question étant bien sûr : comment pouvez-vous affirmer ce que vous écrivez dans votre certificat puisque vous n'y étiez pas... Il n'était pas question que l'affaire retombe comme un soufflet au motif que dans une enquête policière, seules les preuves physiques comptaient et étaient recherchées. Or outre le fait qu'en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles, la présomption d'imputabilité

prévalait quant à la véracité des faits, des lésions, et de la réparation, et donc de la reconnaissance, en matière de santé au travail, nous ne fonctionnons pas non plus selon le déroulement d'une enquête policière puisque ce sont nos connaissances, notre savoir-faire, notre expérience ainsi que notre connaissance de l'entreprise, des salariés qui nous permettent en médecine du travail de pouvoir non seulement établir le lien entre les lésions constatées chez le salarié et son travail mais également d'en imputer la responsabilité à l'employeur sans avoir besoin d'en apporter des preuves physiques puisque dès lors que les conditions sont réunies (risque existant dans l'entreprise, salarié exposé au risque, absence de moyens de protection, de prévention et de moyens d'éradication face à ce risque, laissant le salarié démuni se débrouiller seul face à ce risque généré par le travail et l'entreprise), nous considérons que l'employeur est bien responsable des lésions constatées sans avoir à en apporter une preuve matérielle au sens policier du terme. Ce que les institutions extérieures ont du mal à comprendre même si nous avons bien effectivement des preuves physiques difficiles à utiliser sous peine de violer ce qui est dit et appris dans le secret du cabinet médical. Nous reviendrons sur l'intérêt de conserver cette démarche par nous médecins du travail sous peine de voir s'appauvrir la spécificité de la clinique de notre spécialité qui comprend le champ de l'entreprise mais également la singularité de l'individu pris dans une collectivité encore plus resserrée autour de lui que la société dans laquelle nous vivons puisqu'il est obligé de faire avec et même de s'adapter à une cité dans la cité, dont les règles et les lois peuvent être différentes de celles de la société civile ; elles peuvent même être à l'opposé comme nous le constatons dans l'après-coup dans l'entreprise de M. S... que ce qui est interdit par des lois pénales est permis dans le vase clos qu'est l'entreprise. On est bien dans notre spécificité de médecin du travail puisque nous avons accès aux tréfonds de cette cité dans la cité pour peu que nous en fassions une lecture correcte y compris de ce que nous adresse et nous apporte le salarié en souffrance dans l'entretien...

Cette fois-ci, la Loi avait donc été saisie ; M. S... avait réussi à déposer plainte au commissariat de police avec les photos et les preuves qu'il avait déjà rassemblées (photos, certificats médicaux et son propre récit), ce fut à mon tour d'être convoquée au commissariat de police. Le lieutenant écouta mon récit, lui expliquant que chaque fois il y avait beaucoup de témoins, que je les connaissais tous en plus de ceux nommés par M. S... ? Oui, est ce que je pouvais les nommer, mais pas à ce moment-là, il me fallait une levée du secret

médical. Cette dernière arriva l'après-midi même, par courriel de la procureure de la République. Je m'exécutais comme cela m'était demandé. C'est ainsi qu'entre les témoignages de M. S..., de son médecin traitant, du médecin légiste, des témoignages spontanés et de ceux des salariés convoqués de d'entreprise, le procès commença.

M. S... n'assista pas aux différents débats et réquisitoires, très bien représenté par son avocat qui ne laissait rien passer, et petit à petit, lentement mais sûrement, la Loi finit par s'imposer sur les lois de l'entreprise. L'affaire n'était pas terminée ; M. S... et son avocat se rendirent compte que le nom de jeune fille de la greffière était le même que celui du contremaître de l'entreprise... ! Il s'avéra que c'était bien sa fille qui était la greffière du procès de l'employeur de son père lui-même complice de son employeur. Elle nia lors de l'enquête avoir décidé elle-même de la localisation de ce procès dans la chambre du juge avec laquelle elle travaillait car elle ne travaillait pas le jour d'attribution des affaires. Néanmoins l'enquête démontra que son père, contremaître dans l'entreprise de M. S... avait investi financièrement dans l'affaire de son patron, et avait donc un intérêt certain à ne rien dire, à laisser faire au minimum, voire à être complice, et à suivre les dessous du procès pour tenter de rectifier le tir. Comme les choses ne se déroulèrent pas comme prévu pour le contremaître et sa fille, nous ne saurons pas quel était le plan initial. Toutefois nous pouvons sans trop nous tromper subodorer que le but était de préserver leurs intérêts financiers. L'avocat de M. S... demanda immédiatement le dépaysement du procès, joli terme pour dire que ce serait un autre tribunal de grande instance plus aguerri d'un autre département qui jugerait l'affaire. La Cour de cassation l'autorisa immédiatement. L'avocat de M. S..., saisit également la Cour européenne de justice. Et la juge dans tout cela ? Elle affirma ne pas avoir été au courant des dessous notamment d'attribution de cette affaire dans son tribunal, ignorant le lien de parenté entre sa greffière et un des potentiels complices des accusés d'une part et d'autre part ne jamais s'occuper des attributions aux chambres puisque c'était les greffières qui les attribuaient. Peut-être aurait-elle pu remarquer les similitudes de nom ?

Le procès délocalisé put enfin avoir lieu en chambre pénale et les deux accusés furent condamnés à six mois de prison avec sursis pour acte de barbarie, et lorsque je demandais pourquoi ils n'avaient pas été condamnés pour viol, la juge répondit que c'était déjà compris dedans. Pourtant cela me semblait être tout de même différent et pas du même registre que celui du travail.

Je restais donc sur mes interrogations, car je pressentais que quelque chose, tout un pan, était occulté. Était-ce une limite de notre fonction de médecin du travail ? Car de toute évidence les liens ne s'arrêtaient pas là... C'est au civil surtout que la réparation fut la plus forte puisqu'ils furent condamnés à indemniser M. S... de 150 000 € par la suite.

Mais avant, M. S... demanda au juge et à son avocat à être entendu au procès. Il voulait absolument s'exprimer, que ces deux agresseurs et violeurs l'entendent cette fois-ci et ne puissent pas faire autrement que de l'écouter lui et ce qu'il avait à dire. Son avocat et le juge finirent par accéder à sa demande. Mais quand il me fit part de son projet, mon instinct de médecin « facilitateur de décision » pour le bien du patient, repris le dessus et je sursautais, connaissant la rigidité et la dureté à laquelle les victimes peuvent être confrontées au cours d'un procès pendant les débats, notamment par les parties adverses et parfois par les juges eux-mêmes et sachant comment cela peut être une épreuve très dure, insupportable, je craignais vraiment que M. S... ne décompense au niveau de sa santé mentale, et bascule dans un système délirant ou dépressif plus grave qu'au départ. Toujours est-il que j'essayais de le dissuader au cours de nos entretiens d'aller prendre la parole au procès même en dernier, lui en expliquant les raisons avec le plus douceur et d'empathie possible même en étant « préparé » comme il disait, rien n'y fit. Ce n'est que bien après que je compris que l'on ne peut pas forcément empêcher les choses d'advenir, notamment si l'évolution du psychisme d'un patient est d'aller vers une décompensation notamment délirante. Ce ne fut pas le cas pour M. S... : il fit une tentative de suicide par ingestion de médicaments. Sa femme me donna l'adresse de la clinique psychiatrique où il était hospitalisé, et j'allais l'y voir. Très content de me voir il m'expliqua que tous y compris son psychiatre, étaient bienveillants à son égard. L'épreuve avait été trop dure pour lui ; il avait eu le sentiment d'être confronté à un mur, quelque chose d'impossible et d'insupportable et qu'il avait alors craqué de colère, de peur et surtout d'angoisse. C'est maintenant que je comprends que M. S..., du fait de l'espace récréé pour lui par le procès en sa faveur, avait voulu s'inscrire dans le langage, de la même fibre ? qui l'avait poussé à se taire, pour s'inscrire comme chef de famille et père dans sa propre famille et dans la société par le travail. Simplement cette fois c'était plus direct. Avait-il pensé que l'espace bienveillant qu'il avait trouvé auprès de nous, de son avocat pouvait être celui qui lui serait fait au procès ? Je compris que confronté en direct sans fioriture et sans aucun voile, au réel, de façon tout à fait crue,



l'épreuve avait été insupportable et insoutenable pour lui. Néanmoins à l'issue de cette confrontation, il avait fait le deuil d'un travail idéalisé, il ne reviendrait jamais dans cette entreprise. Sa famille par son soutien lui avait montré qu'à leurs yeux il avait bien sa place dans la famille, et c'étaient ses filles suffisamment grandes maintenant qui le soutenaient comme il disait avec sa femme... Il y avait encore d'autres enjeux pour lui après. Alors qu'il allait progressivement mieux, est ce qu'on pouvait dire qu'un peu de la réalité avait pu trouver place dans son imaginaire ? Ou dans le symbolique ? Par quel mécanisme ? Celui du renoncement ? Toujours est-il que c'était bien l'amour porté par sa famille, le transfert qu'il avait établi avec notre équipe dont nous n'avons certainement pas encore mesuré tous les effets ainsi qu'avec son avocat, et certainement par ce décalage d'objet ? que cela avait pu se produire. Comment s'inscrivait alors la Tentative de Suicide pour M. S... dans son processus psychique et son processus de guérison ?

### ÉPILOGUE

Le dossier médical en santé au travail de M. S... que Laure et Isabelle avaient fait désarchiver et rapatrier dans le centre arriva dans le centre mais je n'en pris connaissance qu'en cours de cette affaire.

Ainsi quelle ne fut pas ma surprise de me rappeler parfaitement bien de cette journée où j'avais été faire l'étude du poste de travail de M. S... intérimaire en mission dans une entreprise située dans une petite ZI en rase campagne. Je l'avais vu en visite médicale, il m'avait décrit faire la réception de fûts contenant des solvants et son travail consistait alors à les ranger. M'étonnant qu'un intérimaire soit en contact avec des produits chimiques et voulant m'assurer de ses conditions de travail puisqu'on m'assurait qu'il n'était pas exposé, je demandais à faire son étude de poste sur place et la chargée de mission de l'agence, après avoir obtenu un rendez-vous avec l'employeur. Nous partîmes donc chacune à bord de notre voiture à notre rendez-vous situé à une demi-heure de route. Mais malheureusement ce jour-là, un motard se fit renverser par une voiture juste devant nous et nous dûmes nous arrêter pour éventuellement porter secours. Même s'il y eut plus de peur que de mal, la chargée de mission n'avait plus le temps d'aller au rendez-vous et je me rendis seule dans l'entreprise. Effectivement le travail de M. S... consistait à réceptionner des fûts d'environ 10 l de solvants qui étaient déposés par le livreur dans l'espace devant l'entreprise et tout le travail de M. S... consistait à porter ces fûts à l'intérieur de l'entrepôt dans leurs zones de stockages sur cuve. Comme EPI M. S... avait des chaussures de sécurité, des gants épais

mais pas forcément en nitrile et un bleu de travail. L'employeur et moi étions seuls et je me rendis compte qu'il s'agissait d'une TPE. Je fus surprise que ce soit un intérimaire qui soit affecté à ce poste compte tenu de la dangerosité des produits, mais l'employeur plutôt coopérant me montra qu'il n'y avait pas de produit sur les fûts eux-mêmes ni sur le sol ni au niveau des cuves, qu'aucun liquide n'était en contact avec les employés, et que si un accident se produisait, ils avaient ordre de s'écarter immédiatement à grande distance et de ne pas y toucher. J'avais finalement accepté que M. S... fasse sa mission car je me souvenais de cet intérimaire qui insistait pour terminer sa mission quand je l'avais vu lors de cette unique visite, insistance malgré le risque que j'avais mis sur le compte de la précarité habituelle des travailleurs intérimaires à laquelle nous avons tous été confrontés et qu'on le veuille ou non, situation face à laquelle nous avons tous à moment donné ou un autre, accepté des compromis au-delà des risques et des lois, notamment devant la motivation du salarié.

Ce n'est qu'en relisant le dossier médical que j'ai réalisé que ce salarié intérimaire et M. S... n'en faisait qu'un, que je l'avais bel et bien déjà rencontré une fois auparavant, que j'avais remarqué à l'époque sa motivation et sa volonté de travailler sans chercher à aller un peu plus loin au niveau des risques, les minimisant plutôt « afin de ne pas nuire au salarié ». C'était cinq ans auparavant. Il était possible également que la « bienveillance » à afficher en médecine du travail et la maîtrise à avoir en termes de contre-transfert m'avait aveuglée et avait masqué la déficience mentale de M. S... qui malgré sa dépression, m'avait pourtant par la suite sauté aux yeux !

Après sa sortie de la clinique, M. S... revint nous voir, prendre un café et nous annonça qu'ils allaient sa famille et lui partir en vacances dans le Sud dans une ferme que possédait un de ces cousins où cela se passa très bien : il s'était occupé des animaux et avait adoré faire ce travail. Son cousin lui avait proposé de revenir et il hésitait à quitter la région pour s'installer définitivement dans le sud. Quand il parlait de ses ex-employeurs, M. S... avait toujours un sentiment de haine impuissante par rapport à ce qu'ils lui avaient fait. Mais quelque chose était né en M. S... ou recommençait à circuler : son désir, son envie d'autre chose de bien plus calme et maîtrisable que le monde du travail auquel il avait été confronté ces dernières années. Il avait également suffisamment d'argent dorénavant, obtenu en réparation du préjudice subi pour pouvoir en vivre sans avoir besoin de travailler.

Beaucoup plus tard, continuant de suivre l'entreprise, je vis en visite de reprise après accident de travail un jeune apprenti de 21 ans : il m'expliqua avoir eu cet accident du travail en travaillant pour son rapport de stage sur une « nouvelle machine » prototype conçu entièrement par son employeur, machine qui, si elle était aboutie, devait produire en série des pièces métalliques. Là encore mes deux collègues ne furent pas surprises puisque l'employeur et son acolyte avaient été condamnés avec sursis, sans condamnation concernant son statut d'employeur. Très banalement, l'entreprise avait continué de tourner pendant le procès. J'imaginai très bien la scène de l'employeur en train de motiver le jeune apprenti pour parfaire les « recherches » sur son invention comme il disait, insufflant une certaine fierté à l'apprenti, définitivement marqué puisqu'il avait perdu les deux dernières phalanges d'un doigt tranchées par la machine. Le jeune apprenti m'expliquait ne pas en vouloir à son employeur, que c'était la faute « à pas de chance ». J'avais un point de vue très différent sur cet accident de travail : je prétextais avoir besoin de faire l'étude du poste de l'apprenti dans le cadre de l'accident du travail pour pénétrer dans l'entreprise. Je fus accueillie par l'employeur lui-même et son bras droit et, sous le vernis de la politesse, je les détaillais pour chercher à comprendre ce qu'ils pouvaient bien penser. Je constatais qu'en effet l'adjoint était une vraie montagne physiquement, haut de presque deux mètres. L'employeur d'un abord agréable se montra ouvert, à mon écoute, parlant des projets qu'il avait ; notamment, de sa collaboration avec l'école d'apprentissage voisine, école trop contente d'avoir pu obtenir un stage dans une entreprise pour un de ses apprentis, et cerise sur le gâteau, de pouvoir participer à un « projet innovateur », à « l'élaboration d'une invention », comme se plaisait à répéter cet employeur en présentant avec « enthousiasme » tout son projet et ses plans pour l'avenir... J'écoutais avec attention et demandais à voir la machine. Bien sûr, me répondit-on et on m'y emmena.

C'était une grosse machine présentée comme automatique avec un emplacement où en réalité il fallait déposer avec la main la petite pièce métallique à raboter aux dimensions demandées. Aucun carter de sécurité, tout était manuel et pas du tout automatique comme le disait l'employeur. Une main devait

positionner la pièce à l'emplacement prévu et l'autre main actionnait un levier qui cisailait la pièce. Aucun bouton de sécurité pour interrompre la machine, etc. ai-je pu constater. Je fis remarquer le problème de sécurité à l'employeur qui me répondit que ce n'était qu'un prototype en cours d'évaluation, et que bien entendu il allait tenir compte de mes observations auxquelles bien sûr, il allait réfléchir à comment installer les sécurités dont je lui parlais, me prenant ainsi à témoin de sa « bonne volonté ». Car il avait lui-même entièrement construit la machine me disait-il, machine qui était un véritable danger à couper tout ce qui pouvait être cisailé, métal ou chair, sans aucune protection ! Masquant mes sentiments de répulsion, je lui fis remarquer que dans l'immédiat, tant qu'il n'y avait aucune sécurité installée sur sa machine, il ne fallait pas s'en servir, ce qu'il admit de façon très obséquieuse. Sur place je compris que je n'aurai pas le mot de la fin face à cet employeur que je jugeais particulièrement dangereux.

En rentrant au centre, je racontai tout à mes deux collègues et dans les jours qui suivirent, je leur rapportai avec plus de détails mes constats et mes conclusions mais aussi l'impasse et l'impuissance dans laquelle nous équipe de santé au travail nous étions. Là nous étions toutes les trois d'accord : nous n'étions pas surprises des constats ni de la tournure que prenaient les choses qui était celle d'une répétition sans fin... La question était donc comment arrêter tout cela. Après discussion, il fallait impérativement que tout soit stoppé. Je rédigeais donc un nouveau courrier de signalement de cet employeur à l'inspection du travail, bien au fait de ce qui s'était passé avec M. S... en lui décrivant mon analyse de l'accident de travail du jeune apprenti, la machine qui ne répondait à aucune norme de sécurité, que l'employeur avait conçu sans aucun respect des règles d'essais pour une nouvelle invention. Il fallait faire interdire cette machine qui n'était pas aux normes, mais aussi interdire à cet employeur d'avoir le droit d'accueillir des apprentis dans son entreprise. Ce qui fut fait. Il eut une interdiction d'utiliser à nouveau la machine et l'autorisation de former des apprentis lui fut retirée.

Bien évidemment l'employeur coupa tous les ponts avec nous en rompant immédiatement l'adhésion à notre service de santé au travail sous un quelconque prétexte.

# BLOCAGE DE LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES CAUSES TECHNIQUES ET POLITIQUES

*Journée de Printemps 12 mars 2022*

*Rapporteur Benoît DE LABRUSSE*

## ÉTAT DES LIEUX

**N**ous constatons tous une sous-déclaration massive des Maladies Professionnelles et, quand elles sont déclarées, des difficultés à les faire reconnaître par les différentes instances en charge.

*SUR LA SOUS DÉCLARATION MASSIVE  
DES MALADIES PROFESSIONNELLES*

♦ **Les freins à la déclaration viennent parfois des entreprises.** Nous constatons des situations contrastées selon la taille de l'entreprise.

❖ Nous avons de rares exemples de très petites entreprises qui demandent une déclaration pour leur salarié car l'employeur, lui-même ouvrier, connaît bien les conditions de travail. Vu la taille de l'entreprise, cela n'aura pas d'incidence sur le taux de cotisation AT/MP.

❖ Par contre certaines grandes entreprises font obstacle par différents moyens aux déclarations de MP par leurs salariés

Des exemples sont cités :

❖ Disposant de conseils juridiques, elles opposent des obstacles tels qu'un éventuel risque préexistant dans un emploi antérieur.

❖ Elles ont aussi recours à la recherche de failles administratives qui les exonéreront de la charge financière.

❖ Nous avons aussi des exemples de pression sur les salariés avec chantage à la non promotion ou même à l'emploi sous prétexte que la MP serait cause d'inaptitude au poste de travail.

♦ **Les freins à la déclaration viennent parfois des médecins et même des médecins du travail.**

Les médecins traitants connaissent souvent très mal les subtilités des procédures de déclaration et commettent des erreurs dans la rédaction du CMI (Certificat Médical Initial).

Exemple : lors de leur formation dans un centre mutualiste, ils furent très surpris de la complexité du processus de déclaration des MP. Cette formation est désormais retirée de celles prises en charge par la SS, dans le cadre du DPC. La Cour des comptes donne le nombre des médecins formés sur ce thème : en 2017, 11 088 médecins formés, et en 2020, seulement 5 054.

N'est-ce pas le rôle des médecins du travail, les mieux placés à la jonction de la santé et du travail, de déclarer les MP. C'est une obligation juridique indiquée dans les textes légaux(1).

.....

1- Code de la santé publique : **Article R.4127-50**

« Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. À cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommé 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.

Au minimum le médecin du travail peut faire un courrier faisant le lien entre le travail et la pathologie.

Dans la procédure d'instruction des déclarations de MP, les CPAM envoient une demande au médecin du travail de renseignements et d'avis sur le lien entre la pathologie et le travail du salarié (uniquement pour passage au CRRMP en Île-de-France). Ceci avec un délai de réponse d'un mois. Mais vu les difficultés d'identification du médecin traitant, cette demande arrive souvent avec retard. Il faut ensuite le temps de rechercher les éléments demandés. En pratique peu de médecins du travail répondent à cette demande (10 % en PACA) et nous avons connaissance de médecins du travail qui refusent de se prononcer(2).

*SUR LA DIFFICULTÉ À FAIRE RECONNAÎTRE LES MALADIES PROFESSIONNELLES*

#### ♦ Par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)

Lors d'une déclaration de MP les CPAM missionnent des enquêteurs auprès des entreprises et des victimes pour enquêter sur les conditions d'expositions. Nous constatons une grande disparité dans la qualification et les pratiques de ces enquêteurs. Nous avons même l'exemple d'une CPAM qui n'en disposait pas.

Depuis 2020 les CPAM demandent aux victimes d'accomplir les formalités médico-administratives par voie informatique. Or beaucoup d'entre elles sont âgées, venant d'un milieu ouvrier maîtrisant mal tant le vocabulaire médico-administratif que l'informatique.

Certaines CPAM, ont des pratiques assez restrictives par exemple en demandant systématiquement des documents qui ont déjà été envoyés par la victime ou ses ayants droits entravant ainsi la déclaration en décourageant les bénéficiaires.

**La surveillance post professionnelle** est prise en charge financièrement par les CPAM. Alors que dans un certain nombre de situations la surveillance pourrait être confiée non au médecin traitant mais à des consultations de pathologie professionnelle, il y a blocage de la CPAM et, pour certaines de ces consultations hospitalières, réticence à la prise en

charge. Ainsi à Toulouse la CNAM a accepté de confier la surveillance postprofessionnelle des anciens mineurs des mines d'or de Salsigne (exposés notamment à l'arsenic et au cyanure en plus des expositions habituelles de mineurs) à la consultation de pathologies professionnelles. Cette dernière refuse de prendre en charge ces anciens mineurs.

#### ♦ Par les CRRMP (Commission Régionale de Reconnaissance des Maladies Professionnelles)

Les seuls décisionnaires au sein des CRRMP sont les médecins où les médecins-conseil des CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) exercent un rôle prépondérant face au praticien conseil hospitalier ayant peu d'expérience de la santé au travail en service extrahospitalier. Quand au troisième médecin : le MIRT (Médecin Inspecteur Régional du Travail), il est souvent absent. (NB : le décret du 16 mars 2022[3] vient de prévoir son remplacement)

Là aussi nous constatons des disparités de type « comportementales » dans leurs pratiques qui se traduisent par des taux de reconnaissance très différents selon les régions qui peuvent aller de 18 % (Auvergne) à 70 % (Bretagne)(4).

Lors de l'examen « sur dossier » les ingénieurs de prévention des CARSAT, qui ont une bonne connaissance des conditions de travail réelles dans les entreprises, sont interrogés, mais leur voix n'est que consultative.

#### ♦ Par le COCT (Conseil d'Orientation des Conditions de Travail)

Au sein de cet organisme « paritaire », à la commission des MP, de nombreuses manœuvres sont nécessaires pour vaincre la duplicité de certains participants :

❖ Au sein du COCT, dans la commission N°4 (MP), l'instruction des modifications ou des nouveaux tableaux passait par un groupe de travail présidé par un ou plusieurs universitaires du domaine concerné. Ce qui permettait à la fois, un examen contradictoire approfondi, de préparer et de maintenir une position commune face au front des représentants des employeurs et de vérifier que les « spécialistes » convoqués étaient impartiaux et pertinents. Or ce groupe de travail a été supprimé et remplacé par une expertise de l'ANSES, dont les experts sont désormais direc-

.....

2- C. PARDON, H. DUMESNIL, D. CHARRIER, B. DE LABRUSSE, C. LEBRETON, M.-P. LEUCHER-MICHEL, A. VIAU, S. Arnaud, M. SOUVILLE, P. VERGER ; *Médecins du travail et cancers professionnels : attitudes, opinions et pratiques. Une recherche qualitative dans le Sud-Est de la France*

<http://sante.travail.paca.free.fr/letrinfo/2009/2009-11.MT.cancers.professionnels.PACA.attitudes.opinions.pratiques.pdf>

.....

3- CRRMP Légal : Code de la SS : **Article D.461-27 Modifié par Décret n°2022-374 du 16 mars 2022 - art 1**

4- J.-F. GEHANNO, S. LETALON, *Inégalités dans la reconnaissance des maladies professionnelles en France, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 67 (2019) pp. 247-252



tement entendus en commission plénière. Cela permet d'avaliser leurs positions sans espace critique, ni concertation préalable des représentants des salariés.

❖ Le président de la commission des MP est le professeur Frimat qui a créé un groupe de travail « *Évoluer sur la reconnaissance des MP : cancer professionnel et santé mentale au travail* ».

❖ Il est à noter que les nouveaux tableaux de MP exigent tous une liste limitative des travaux et non une liste indicative, ce qui réduit le champ des circonstances d'exposition professionnelle.

❖ Dans le tableau N°6 (Rayonnements Ionisants) les employeurs voudraient introduire la notion du niveau d'exposition. Or les relevés d'exposition sont très incomplets et la notion de dose pathologique est sujette à controverse. Il est notamment prouvé qu'il n'y a pas de dose seuil dans ce domaine.

Un thème revient souvent la « **part attribuable** »(5) du travail dans la survenue des MP. Derrière ce thème se cache une remise en cause d'un fondement de la réparation des MP : la présomption d'imputabilité. Par ex. pour les cancers du poumon avec exposition à l'amiante, le tabagisme viendrait diminuer l'indemnisation, alors que c'est un facteur non additionnel mais potentialisateur de la cancérogénicité de l'amiante.

Dans le cadre d'une offensive générale sur le coût des maladies professionnelles, des discussions sont en cours pour modifier le barème d'indemnisation des MP dans un sens plus restrictif des taux d'IPP (Incapacité Partielle Permanente), sous le prétexte d'« harmonisation » des pratiques des médecins conseil au plan national.

Ceci s'effectue, notamment pour les cancers pulmonaires professionnels, par l'intermédiaire d'un groupe de travail(6), de la SPLF (Société de Pneumologie de Langue Française) dont la visibilité paraît réduite, avec instruction de révision à volume constant.

♦ **Au FIVA (Fond d'indemnisation des Victimes de l'Amiante)**

Au FIVA on assiste à un durcissement des critères de prise en compte des plaques pleurales et plus généralement des autres pathologies, reposant sur « l'expertise » de médecins attachés à l'institution. C'est ainsi

5- William DAB, *Part attribuable* : <https://www.red-online.fr/hse/blog/2019/11/20/entreprises-et-sante-au-travail-un-rapport-de-plus-007152>

6- *Comment évaluer en 2019 les taux d'incapacité permanente des pathologies professionnelles pulmonaires ?* ; *Revue des Maladies Respiratoires* Vol. 36, T. 3, mars 2019, pp 307-325 <http://sante.travail.paca.free.fr/letrinfo/2019/2019-evaluer-IPP-MP-respiratoires.pdf>

que des MP reconnues par les CPAM peuvent ne plus être indemnisées par le FIVA ce qui rend le principe de réparation intégrale illusoire et renvoie les victimes vers la FIE (Faute Inexcusable de l'Employeur).

♦ **FIVP (Fond d'Indemnisation des Victimes des Pesticides)**

Créé par décret du 27 novembre 2020 et géré par la Caisse centrale de la MSA. Ayant pour but d'indemniser les victimes civiles des pesticides et les agriculteurs retraités avant 2002, leur famille, les enfants d'exposés aux pesticides, les salariés.

**SYNTHÈSE**

**LES DYSFONCTIONNEMENTS SONT-ILS D'ORIGINE TECHNIQUE OU POLITIQUE ?**

Pour exemples :

♦ **Le nouveau tableau MP101** (Cancer du rein et Trichloréthylène) a dû attendre quatre ans avant sa signature par le ministère du Travail. C'est une négation de l'avis des partenaires sociaux qui s'étaient mis d'accord au COCT. Mais des lobbies employeurs s'opposaient à sa publication.

♦ **Le tribunal du contentieux de l'incapacité des CPAM** a été supprimé et remplacé par la chambre sociale des tribunaux d'instance. Ces derniers manquant de moyens, cela allonge les délais de traitement des dossiers et constitue une cause supplémentaire de renoncement par les victimes souvent âgées.

Auparavant une expertise pouvait être demandée (et prise en charge) à la CPAM, désormais c'est le tribunal d'instance qui ordonne l'expertise au frais de la victime.

♦ **FIE (Faute Inexcusable de l'employeur)** : cette procédure peut être demandée par la victime d'une MP soit auprès de la CPAM soit auprès du FIVA. Elle permet, en cas de reconnaissance de majorer substantiellement l'indemnisation.

Mais à l'obligation de résultat des employeurs, la cour de cassation tend à les exonérer de cette responsabilité en substituant une obligation de moyen. Exemple : il suffit que l'employeur démontre qu'il a fourni des moyens de protection tels des masques, donc le salarié était protégé.

Dans le même esprit la loi du 2 août 2021 en créant un « **passport prévention** » ne donne t'elle pas aux employeurs un blanc-seing sur leur responsabilité ?

♦ **La Cour des comptes**, effectuant une comparaison des coûts d'indemnisation des MP entre l'Allemagne et la France, sous prétexte d'égalité, préconise une « **harmonisation européenne** ».

♦ **La sous-déclaration massive** des MP est actée dans la loi(7) qui prévoit un reversement de la caisse AT/MP vers la caisse maladie pour compenser cette sous-déclaration. Il est de l'ordre du milliard d'euros annuel. Or ce montant indu pour la Caisse maladie au profit de la Caisse AT-MP, a été évalué par la Cour des comptes à six à huit milliards d'euros pour les cancers professionnels, scandaleusement sous-reconnus. Si on ajoute les TMS et les effets des RPS, rarement déclarés en MP, le montant de la sous-évaluation est colossal.

Pourquoi dans ce contexte les employeurs privilégieraient-ils la prévention ?

♦ **Le rôle des « experts professionnels »** médicaux est prépondérant au sein des instances telles que CPAM, CRRMP, FIVA, FIVP. Le politique place les experts médicaux au centre du pouvoir décisionnaire de ces instances, or il n'y a aucune transparence sur leur nomination, leur compétence, et aucun contrôle.

♦ **Le discours politique** met en avant la **prévention primaire**, qui invisibilise la réparation, mais comme elle est coûteuse, il ne lui en donne pas les moyens. Cette prévention a changé de nature. Elle est déconnectée du travail réel, elle est devenue « déclarative », il n'en reste que des traces accréditées. Elle s'inscrit dans une politique de « gouvernance par les nombres »(8).

♦ **La complexification des procédures de réparation** aboutit à une diminution des coûts. Est-elle préméditée ?

*LA VISITE DE FIN DE CARRIÈRE(9)*

*DEVENUE VISITE DE FIN D'EXPOSITION(10)*

Si cette nouvelle tâche des médecins du travail, au service de la traçabilité des expositions des salariés, comporte des points positifs, nous devons constater qu'elle introduit par d'autres points une régression de la prévention. Elle pourrait apparaître comme une stratégie

.....

7– **Article L.176-2 du Code de la SS**

« Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes remet tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L.221-4 rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement et au Gouvernement avant le 1<sup>er</sup> juillet de l'année considérée. »

8– Alain SUPLOT La Gouvernance par les nombres FAYART

9– Décret no 2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite

10– Décret 2022-372 du 16 Mars 2022 article 3

de réparation augmentée, mais en fait elle participe à une stratégie de diminution de l'indemnisation.

Cette **traçabilité individuelle** rétroactive, beaucoup moins documentée, ne s'oppose-t-elle pas à la réalisation d'une traçabilité collective réalisée au sein de l'entreprise, contemporaine de l'exposition, mieux documentée, donc plus protectrice ? La suppression des CHSCT a considérablement diminué la possibilité de cette traçabilité collective.

Cette visite pourrait **transférer au médecin du travail la responsabilité de la traçabilité des risques professionnels** à long terme et se substituer à celle de l'employeur dans son obligation de délivrer des attestations d'exposition aux cancérogènes. L'employeur n'a plus comme responsabilité que celle d'adresser au médecin du travail les travailleuses et travailleurs en SIR (Surveillance Individuelle Renforcée) quand ils ou elles partent de l'entreprise.

Cette traçabilité de fin de carrière ne tend-elle pas à se substituer à une traçabilité tout au long de la vie professionnelle, qui a des effets de prévention primaire. La surveillance post-exposition, est une prévention tertiaire, car ne pouvant au mieux, qu'avoir pour objectif de détecter un début de MP.

Le décret prévoit que cette traçabilité prend la forme d'un « **état des lieux** » qui a beaucoup moins de force juridique que l'« attestation d'exposition » précédemment sous la responsabilité de l'employeur et du médecin du travail

Nous avons déjà constaté des offensives visant à dénaturer cette traçabilité de la part de la SFMT qui a rédigé une recommandation(11) dont l'effet est de promouvoir une conception erronée de la responsabilité des médecins du travail pouvant ainsi les dissuader d'attester.

Cette nouvelle tâche est confiée au médecin du travail, sans qu'on lui en donne les moyens, notamment en temps, pour la réaliser. Au risque soit de devoir soit la « bâcler », soit d'en confier la sous-traitance.

♦ aux infirmières qui sont, à l'heure actuelle, non formées pour la réaliser ;

♦ aux IPRP, mais leurs prestations sont plutôt réservées aux conseils à l'employeur ce qui les rend peu disponibles pour le médecin du travail ;

♦ aux auxiliaires des SPSTI (Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises) qui n'ont ni la formation, ni la compétence, et qui ne disposent pas de l'expression du travail réel lors du colloque singulier entre le salarié et le médecin du travail.

.....

11– <http://www.a-smt.org/#2022-04-04>

Le Code du travail, ne prévoit-il pas déjà depuis 2017 que ce n'est plus seulement le médecin du travail, mais aussi le SPST qui participe à la traçabilité. Or la facilité ne pousse t'elle pas à n'utiliser que les déclarations nominatives annuelles des employeurs qui se limitent aux risques des « SIR » et se contentent des risques potentiels et « prescrits » en contradiction avec les risques réels révélés lors des colloques singuliers médecin du travail/salariés.

Il est très difficile de reconstituer les expositions passées de nombreux salariés aux parcours hachés tels que

les intérimaires souvent affectés en sous-traitance d'activités particulièrement exposantes. La responsabilité de la traçabilité se dilue entre l'entreprise génératrice du risque, l'entreprise sous-traitante (notamment de la maintenance) et celle de l'entreprise de travail temporaire.

**Les choix politiques aboutissent dans les faits à privilégier une réparation des MP rendue par ailleurs très incomplète pour les raisons exposées ci-dessus, plutôt qu'une prévention coûteuse.**

---



---



---

## LES VISITES DE FIN DE CARRIÈRE EN PRATIQUE

**Jean-Louis ZYLBERBERG**

**D**epuis le premier octobre 2021, les salariés sur le départ à la retraite et qui ont occupé un poste à risques pour leur santé ou leur sécurité, peuvent bénéficier d'une visite médicale de fin de carrière organisée par l'employeur.

Le décret n°2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite mentionne : « La visite médicale prévue à l'article L.4624-2-1 est organisée pour les catégories de travailleurs suivantes :

1° Les travailleurs bénéficiant ou ayant bénéficié d'un suivi individuel renforcé de leur état de santé prévu à l'article L.4624-2 ;

2° les travailleurs ayant bénéficié d'un suivi médical spécifique du fait de leur exposition à un ou plusieurs des risques mentionnés au I de l'article R.4624-23 antérieurement à la mise en œuvre du dispositif de suivi individuel renforcé.

Pour l'organisation de la visite prévue à l'article L.4624-2-1,1 l'employeur informe son service de

*santé au travail, dès qu'il en a connaissance, du départ ou de la mise à la retraite d'un des travailleurs de l'entreprise. Il avise sans délai le travailleur concerné de la transmission de cette information.*

*Lorsqu'un travailleur estime remplir les conditions définies à l'article R.4624-28-1 et n'a pas été avisé de la transmission de cette information par l'employeur, il peut, durant le mois précédant son départ, demander à bénéficier de cette visite directement auprès de son service de santé au travail. Il informe son employeur de sa démarche. »*

Le premier obstacle pratique est la possibilité concrète de rencontrer le salarié car de nombreuses entreprises de mon secteur ne m'informent pas de la mise à la retraite de leurs salariés.

D'autre part, la plupart des visites de fin de carrière sont des visites périodiques au cours desquelles les salariés m'informent de leur retraite dans un avenir très proche.

Les salariés faisant carrière dans la même entreprise, sont devenus rarissimes et la dernière entreprise a rarement l'information des expositions professionnelles passées hors de son entreprise pouvant ouvrir des droits à surveillance médicale post-professionnelle. Depuis octobre 2021, parmi les quelques visites de fin de carrière effectuées, uniquement deux salariés de mon secteur, n'ayant pas de suivi individuel renforcé dans leur dernière entreprise, ont été adressés par cette dernière au titre de la visite de fin carrière.

L'article R.4624-28-3 du Code du travail précise :

*« Le médecin du travail établit un état des lieux des expositions du travailleur aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L.4161-1. Cet état des lieux est établi, notamment, sur la base des informations contenues dans le dossier médical en santé au travail prévu à l'article L.4624-8, des déclarations du travailleur et de celles de ses employeurs successifs.*

*À l'issue de la visite, le médecin du travail remet le document dressant l'état des lieux au travailleur. Lorsque le document fait état de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L.4161-1 ou que l'examen auquel il procède fait apparaître d'autres risques professionnels, le médecin du travail préconise, le cas échéant, la surveillance post-professionnelle mentionnée à l'article L.4624-2-1. À cette fin, il transmet, s'il le juge nécessaire et avec l'accord du travailleur, le document et, le cas échéant, les informations complémentaires au médecin traitant. Les documents transmis sont alors assortis de préconisations et de toutes informations utiles à la prise en charge médicale ultérieure. Lorsque le travailleur remplit les conditions pour bénéficier du dispositif de surveillance post-professionnelle défini sur le fondement de l'article L.461-7 du Code de la sécurité sociale, le médecin*

*du travail l'informe des démarches à effectuer pour ce faire. »*

Dans la pratique, la visite de fin carrière nécessite du temps : en effet, il est de plus en plus fréquent, du fait des changements de secteurs, que je consulte pour la première fois le salarié au cours de cette visite, la consultation précédente avec le médecin du travail pouvant dater de plus de quatre ans (espacement réglementaire en cas de suivi individuel renforcé). Lorsqu'un *curriculum laboris* a été rédigé par le médecin du travail me précédant, il est rare qu'il soit complet depuis le début de carrière, le plus souvent il se résume à : « *A été toujours électricien* » ; ce qui est, certes une information utile, mais insuffisante pour effectuer une traçabilité individuelle des expositions. Le logiciel gérant les dossiers de santé au travail permet de saisir les risques constatés par le médecin du travail mais le thésaurus de ces risques est succinct, en particulier il ne permet pas de saisir l'ensemble des agents cancérigènes et mutagènes auxquels les salariés ont pu être exposés par le passé. « Le document dressant l'état des lieux » devient très vite une mission soit impossible soit très périlleuse. En effet, le changement de paradigme de cette nouvelle réglementation est redoutable en termes de perte de chances pour les salariés et accessoirement de responsabilité du médecin du travail. L'ensemble des attestations d'exposition et des fiches individuelles d'exposition ayant été « siphonné » à partir de 2012, l'employeur s'exonère ainsi de sa responsabilité de tracer individuellement les risques professionnels passés et récents. Les rares visites de fin de carrière dans mon expérience permettent juste d'informer les salariés du dispositif de suivi post-professionnel et très souvent dans un second temps de leur adresser « un état des lieux » qui ne trace que les principaux agents cancérigènes. Cette « nouvelle usine à gaz » réglementaire illustre parfaitement la volonté en France de mettre en invisibilité les effets différés du travail sur la santé.



# UNE CONCEPTION ERRONÉE DE LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS DU TRAVAIL

Association SMT



Alain CARRÉ

La Société Française de Médecine du Travail (SFMT) traitait dans sa réunion du 28 janvier 2022 d'une part des « éléments phares de la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail » et d'autre part de « la traçabilité des expositions professionnelles et l'organisation de la visite médicale de départ en retraite » les termes « départ en retraite » se substituant à la dénomination réglementaire « de visite de fin de carrière ».

À la suite de cette réunion la SFMT a rédigé une « recommandation sur la visite de fin de carrière »<sup>(1)</sup> dont l'objectif « est de préciser le cadre juridique, délimiter le rôle des Services de Prévention et de Santé au Travail et effectuer des recommandations sur la mise en œuvre des visites en vue d'un suivi post-exposition ou post-professionnel ».

Nous analyserons ici certains aspects de cette recommandation qui nous paraissent devoir être critiqués.

## OMISSION DES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES PARTICULIÈRES POUR LES CANCÉROGÈNES 1A ET 1B LIÉES À L'ARTICLE D.461-25 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

LES SOURCES OUBLIÉES DE L'ÉTAT DES LIEUX

Nous notons que deux éléments de traçabilité collective ou individuelle ne sont pas évoqués dans la recommandation :

.....

1– [http://www.chu-rouen.fr/sfmt/autres/Recommandation\\_SFMT.pdf](http://www.chu-rouen.fr/sfmt/autres/Recommandation_SFMT.pdf)

- ♦ les signalements de risque du médecin du travail prévus à l'article L.4624-9 du Code du travail ;
- ♦ et la « notice de poste » remise par l'employeur au travailleur ou à la travailleuse exposée en application de l'article R.4412-39 du Code du travail en cas d'exposition aux agents chimiques dangereux (ACD).

### LA SITUATION PARTICULIÈRE DES EXPOSITIONS AUX CANCÉROGÈNES 1A ET 1B

Cette recommandation ignore, et c'est troublant, la situation particulière qu'engendre l'exposition aux cancérogènes 1A et 1B.

Dès lors que cette exposition est avérée, le salarié ou la salariée relève de l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale et des dispositions de l'arrêté du 28 février 1995 qui impliquent que l'employeur et le médecin du travail délivrent une « attestation d'exposition ». Cette attestation ouvre droit à un suivi post professionnel dont les modalités de base (qui peuvent être amplifiées sur avis du médecin-conseil) sont précisées dans l'arrêté.

Ne pas citer cette disposition, dernière attestation actuellement exigée des employeurs, après le sabotage de 2012 qui a supprimé, à partir de cette date, toute obligation d'attester des expositions aux ACD, n'annonce rien de bon. En effet, des rumeurs circulent sur la suppression programmée de ce droit essentiel des travailleuses et des travailleurs. Nous craignons que le

chapitre : « *Rôle de l'assurance maladie* » (page 8) soit l'annonce de cette régression.

### **UNE CONCEPTION DE LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS ET DES MÉDECINS DU TRAVAIL QUE NOUS NE PARTAGEONS PAS**

#### *ÉTAT DES LIEUX OU ATTESTATION ?*

Ce qui nous paraît un peu rapidement conclu est la distinction faite entre « *état des lieux* » et « *attestation* ». La distinction n'est pas discernable, *a priori*, c'est l'utilisation qui en sera faite par la travailleuse ou le travailleur et ses ayants droit et sa prise en compte dans l'espace public, notamment judiciaire qui le qualifiera.

De même il est assez spécieux d'évacuer du document les justifications de sa rédaction alors que l'accès du dossier médical est ouvert à celle ou celui qu'il concerne et à ses ayants droit (L.1110-4 et L.1110-7 du Code de la santé publique).

#### *UNE RÉDACTION QUI POURRAIT DISSUADER UN ÉTABLISSEMENT LOYAL DE L'ÉTAT DES LIEUX*

Notre critique porte avant tout sur les recommandations concernant la responsabilité éventuelle des médecins du travail qui nous paraissent très discutables. Ainsi, la page 10 de la recommandation traite de la « *responsabilité* » du médecin du travail « *en cas d'état des lieux par excès ou par défaut* ».

Pour résumer : la responsabilité de l'employeur couvrirait la responsabilité civile du médecin du travail, son préposé ce qui paraît un peu hâtif en référence à l'article R.4127-69 du Code de la santé publique(2).

À la lecture, le risque pour le médecin d'être poursuivi s'il a dressé un état des lieux « *par défaut* » paraît négligeable, car il faudrait au salarié apporter la preuve, non seulement, que l'exposition existait mais que le médecin connaissait l'exposition.

Par contre le risque pour le médecin dès lors qu'il aurait dressé un état des lieux « *par excès* » est décrit comme plus important. En effet le rappel des réelles possibilités de plainte ordinale d'employeur dans cette situation est ici « *opportunément* » rappelé.

Alors que les plaintes ordinales de salariés sont exceptionnelles, pour les plaintes d'employeurs, il ne s'agit pas d'hypothèses mais d'une menace réelle. En effet, nul n'ignore l'avalanche de plaintes ordinales dès que les médecins du travail établissent le lien entre le travail et la santé du salarié ou de la salariée. Tout écrit,

#### ..... 2- Article R.4127-69

« *L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.* »

contrairement à ce qui est indiqué, est considéré comme un certificat « *de complaisance* » par l'Ordre des médecins.

Cet argumentaire pourrait avoir pour effet de dissuader les médecins du travail de rédiger des états des lieux en faisant ressortir le peu de risque d'attester *a minima*.

Nous déplorons qu'une recommandation puisse, même involontairement, participer d'une stratégie d'employeurs destinée à atteindre à l'indépendance des médecins du travail.

Car, peu importe le risque pour le médecin, c'est ici du risque pour la santé de la patiente ou du patient qu'il s'agit et des devoirs du médecin.

#### *ENVERS QUI LE MÉDECIN DU TRAVAIL, MÉDECIN COMME UN AUTRE, A-T-IL DES DEVOIRS ?*

Nous souhaitons rappeler ici que la responsabilité des médecins repose sur deux piliers que sont leur obligation de moyen et leur indépendance professionnelle. Leurs devoirs sont uniquement des devoirs envers leurs patients et leurs patientes, ici les travailleuses et les travailleurs.

Ils sont déclinés par le Code de la santé publique :

- ♦ L'article L.1111-2 impose d'informer leurs patientes et leurs patients sur leur état de santé et notamment sur les risques qu'elles ou ils encourent.
- ♦ L'article R.4127-50 (Code de déontologie) précise que « *le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.* »
- ♦ L'article R.4127-5 précise que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ». Cette obligation est étendue aux médecins salariés par l'article R.4127-953.

Le Code du travail confirme cette responsabilité du médecin du travail vis-à-vis des travailleuses et des travailleurs et garantit moyens et indépendance. Il précise ses obligations de repérage des risques et d'une prévention secondaire.

#### ..... 3- Article R.4127-95

« *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.*

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

- ♦ L'article L.4622-3 précise que la mission du médecin du travail consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.
- ♦ L'article L.4624-8 concernant le dossier médical précise : « *Un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail ou, le cas échéant, un des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa du I de l'article L.4624-1, 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.* »
- ♦ L'article R.4634-35 indique que : « *Le médecin du travail peut réaliser ou prescrire les examens complémentaires nécessaires (...) Au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du travailleur.* »

Le médecin du travail a donc, outre l'obligation d'une information indépendante sur les risques vis-à-vis de la travailleuse ou du travailleur et concernant les risques présents, une obligation de repérage et de traçabilité des risques anciens. Il a également une obligation de mettre en place outre une surveillance des conséquences des expositions présentes, une surveillance des effets éventuels des expositions passées, c'est-à-dire une « *surveillance post exposition* » qui sera transformée en surveillance post-professionnelle lors de la retraite. Ne pas le faire constitue une perte de chance, en matière de prévention secondaire, en cas de retard au diagnostic, du fait de l'absence de dépistage précoce mais aussi un abandon de la déontologie médicale.

*ÉTABLIR UN ÉTAT DES LIEUX LOYAL  
ENVERS SA PATIENTE OU SON PATIENT*

Le débat entre état de lieux « *par excès* » et « *par défaut* » est en effet spécieux et n'a pas lieu d'être car en s'appuyant en tout ou partie sur :

- ♦ des observations directes d'exposition concernant la salariée ou le salarié ou de celles et ceux qui occupent ou ont occupé le même poste ;
- ♦ les déclarations de la salariée ou du salarié, et celles de ses collègues de travail ;
- ♦ des constats collectifs, notamment effectués par l'équipe pluridisciplinaire, se rapportant aux tâches effectuées ou aux postes de travail occupés ;
- ♦ mais aussi sur des enquêtes et expertises des CHSCT ou des CSE ;
- ♦ des documents réglementaires émanant de l'entreprise et ceux qu'il doit réglementairement établir ;
- ♦ des travaux collectifs menés entre médecins du travail du même secteur d'activité ;
- ♦ des matrices emploi-exposition ou tout autre évaluation scientifique des expositions.

**Le médecin du travail construit un faisceau diagnostique qui lui permettent de rédiger un état des lieux loyal dont l'unique objet est de permettre à la salariée ou au salarié d'accéder à ses droits légitimes.**

C'est notamment cette construction originale de diagnostic à partir d'indices individuels et collectifs spécifique à la clinique médicale du travail que nie, obstinément, le Conseil de l'Ordre des médecins et ses relais du Conseil d'État. Nulle part dans cette recommandation nous ne constatons de mise en cause de ce parti pris et d'affirmation que la clinique médicale du travail permet un diagnostic du lien entre le travail et ses effets sur la santé.

Tout au contraire, utiliser, ici, cette illégitimité comme dissuasive n'a rien à faire dans une recommandation d'un organisme qui revendique la qualité de référence en médecine du travail.

# LA COMMISSION PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES (N°4) DU COCT BILAN 2009-2016<sup>(1)</sup>

**Alain CARRÉ**

.....  
1– *L'auteur de l'article a été dans cette période mandaté à la C4 pour représenter les travailleuses et les travailleurs. Cet article est basé sur ses observations personnelles.*

## LE CONTEXTE GÉNÉRAL DU FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION N°4

### L'INSTITUTION

Le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail relevant du ministère du Travail exerce deux principales fonctions :

- ♦ Il participe à l'élaboration des orientations des politiques publiques dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail et de l'amélioration des conditions de travail.
- ♦ Il est consulté sur les projets de textes législatifs et réglementaires qui concourent à la mise en œuvre de ces politiques publiques.

Il comporte six commissions spécialisées dont la commission N°4:

« *La commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles est notamment compétente sur les questions relatives :*

- 1° à la connaissance de l'origine potentiellement professionnelle des pathologies ;*
- 2° aux maladies professionnelles ;*

*3° à l'articulation entre la réparation et la prévention des pathologies professionnelles. »(1)*

Cette commission est un lieu privilégié d'observation en matière de politique de prévention et de réparation et de comportement des différents acteurs sociaux mais également de l'État et de son administration dans ce domaine.

### UN LIEU D'OBSERVATION SOCIOLOGIQUE

L'arrière-plan de cette observation est constitué par de nombreuses publications et thèses de sociologie.

L'une d'entre elles est particulièrement éclairante(2), car elle démontre, à travers les âges depuis le 19<sup>e</sup> siècle, et durant le 20<sup>e</sup> siècle, une constante : la santé au travail est un lieu de pouvoir contrôlé par trois acteurs convergents dans leurs intentions, les employeurs, l'état et son administration et le savoir médical institu-  
.....

1– **Art. 5 de l'arrêté du 26 décembre 2008** portant création des commissions spécialisées du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail

2– *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19<sup>e</sup>-20<sup>e</sup> siècle)*, ouvrage collectif sous la direction de Sophie BRUNO, Eric GEEKENS, Nicolas HATZFELD, Catherine OMNES, Presses Universitaires de Rennes, 2011



tionnel qui apporte majoritairement son appui aux deux acteurs précédents.

On ne peut comprendre le fonctionnement de cette commission sans préciser que les acteurs qui contrôlent les institutions et procédures dans le domaine de la santé au travail sont, dans l'époque considérée, ralliés aux principes du néolibéralisme. Dans un monde néolibéral sans aucune autre alternative idéologique concurrente de même niveau, la santé des travailleuses et des travailleurs (ou l'état de la planète) n'est qu'une variable économique comme une autre, dont il convient de gérer les « ressources humaines ».

### **LA RÉPARATION DES EFFETS DES RISQUES POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL**

#### *CONSTRUIRE L'INVISIBILITÉ DES RISQUES PROFESSIONNELS ET DE LEURS EFFETS*

Pour préserver leur intégrité mentale, continuer à faire vivre la fiction néolibérale et amplifier le profit, il est essentiel pour les employeurs et l'État dévoyé de camoufler les dégâts en matière de santé au travail en construisant leur invisibilité.

Dans ce domaine tout est fait pour rendre invisible institutionnellement les conditions de travail délétères et les atteintes à la santé par le travail. Par exemple :

- ◆ la loi dialogue social et les ordonnances supprimant les CHSCT ;
- ◆ la loi travail et plus récemment la loi pour « renforcer la prévention en santé au travail » retirent les moyens de la médecine du travail de sa visibilité du lien santé-travail et (cerise sur le gâteau) la transforme en médecine de sélection médicale de la main d'œuvre et de gestion de l'employabilité.

Reste encore, malgré les sabotages du système la possibilité pour les victimes du travail de demander réparation.

C'est pourquoi la commission N°4 est particulièrement stratégique puisque les maladies professionnelles constituent une des dernières sources de visibilité. Il est donc essentiel de la rendre docile au projet des employeurs et de l'État et ainsi de la faire participer à la destruction du système de réparation.

#### *DES STRATÉGIES POUR DÉTRUIRE LES POSSIBILITÉS DE RÉPARATION*

La principale fiction concernant la réparation est que l'indemnisation serait fortement génératrice de prévention. Or son coût est dérisoire en comparaison des profits générés par l'absence de prévention. Ainsi le compromis historique de 1898 : la présomption d'imputabilité et la réparation forfaitaire ne sont pas à même de changer la donne.

Il en est de même depuis 2002, du fait de la jurisprudence de la Cour de cassation, de la plus grande facilité à faire reconnaître la « faute inexcusable de l'employeur ». Même si les employeurs déclarent explicitement que cela fait remettre en cause le compromis historique, ce n'est sans doute qu'un prétexte car ils ont maintenant contracté des assurances privées pour compenser ces éventuels coûts.

Il faut ajouter que le départ à la retraite de nombreux magistrats de la Cour de cassation tend à rendre moins favorables les jurisprudences, comme en témoignent précisément l'affaiblissement de la reconnaissance de la FIE.

Le véritable « risque financier » est ailleurs. Rappelons que notre pays est le pays d'Europe (si l'on considère les huit pays fondateurs) où les inégalités sociales de santé au travail sont les plus fortes. Les maladies professionnelles y sont massivement sous évaluées (par exemple environ 2 000 cancers d'origine professionnelle sont annuellement reconnus contre 30 000 attendus). C'est là le véritable danger financier : pour les cancers sans parler de l'indemnisation mais en prenant uniquement en compte le coût du traitement cela représente 6 milliards d'euros supplémentaires pour la branche AT/MP actuellement assumés par la branche maladie.

Il est donc économiquement vital de rendre inopérant le système de réparation.

Cette volonté est très ancienne et utilise actuellement de multiples stratégies :

- ◆ Maintenir la médecine de soin dans l'ignorance des effets du travail sur la santé : par exemple alors que toute survenue d'un cancer chez un travailleur pose la question de son origine professionnelle, en général aucune enquête étiologique n'est effectuée.
- ◆ Tenter de construire une attitude compréhensive avec les universitaires en médecine du travail (pathologies professionnelles) par les crédits alloués à leurs services par la sécurité sociale, tenter d'infléchir leur enseignement mais aussi leurs expertises dans les CRRMP et notamment au COCT.
- ◆ Déposer, en nombre, des plaintes d'employeurs au Conseil de l'Ordre des médecins complice, contre les médecins qui rédigent les certificats ce qui décourage une majorité de médecins de rédiger des certificats médicaux initiaux.
- ◆ Rendre la présomption d'imputabilité inopérante en évitant la création de nouveaux tableaux et en rendant plus complexe l'accès en les modifiant. Dans ce cadre la doctrine explicite et réitérée des représentants des employeurs consiste à n'accepter

de nouveaux tableaux que si le risque de pathologie est doublé par la cause professionnelle (OR=>2). Dès qu'un tableau est modifié la stratégie des représentants des employeurs consiste à imposer une dosimétrie limite en dessous de laquelle la présomption d'imputabilité ne serait plus acceptable. C'est à cause de cette menace qu'une demande de modification du Tableau 6 (rayonnements ionisants) pour augmenter la liste des pathologies n'a pu aboutir faute de soutien des représentants des travailleurs.

♦ Par conséquent, cette stratégie consiste à détourner les déclarations vers le Comité régional de reconnaissance de MP (CRRMP). La présomption d'imputabilité ne s'applique plus. Il faut à la victime faire la preuve du lien direct (alinéa 6) ou du lien direct et essentiel (alinéa 7) entre le travail et la maladie. Ce système est générateur d'inégalités de traitement selon la région dans laquelle est effectuée la déclaration (PACA se distingue particulièrement dans ce domaine).

#### **LA COMPLIANCE DE L'ÉTAT ET DE SON ADMINISTRATION**

**L'**État lui-même responsable de la fonction publique impose à ses agents les méthodes délétères du secteur privé. Les risques pour la santé des agents des fonctions publiques (notamment de la fonction hospitalière) sont particulièrement élevés.

Or, depuis des jurisprudences du Conseil d'État de 2000, il suffit que la maladie de l'agent public victime corresponde aux conditions d'un tableau de maladie professionnelle du régime général pour que la maladie soit reconnue. Cela explique en partie l'alliance entre l'État et les employeurs privés en matière d'attaque contre la présomption d'imputabilité.

Cet état néolibéral « aime les entreprises ». L'amour va jusqu'à leur assurer son appui dans ses revendications lors de la commission N°4 et même devancer leurs désirs.

Pour la haute administration la docilité au néolibéralisme conditionne l'avenir personnel vers le « pantouflage ». Comme nous le verrons en analysant des questions concrètes, il y a une réelle connivence entre les hauts fonctionnaires et les représentants des employeurs.

Ainsi, lors de la « mise aux votes » du tableau 57A par le représentant de l'administration (et sans en référer au président) ont été priées de voter les personnes compétentes présentes. Cette commission est et doit demeurer tripartite (État, représentants des employeurs, représentant des travailleurs), cela implique

que la participation des autres membres, soit observateurs, soit personnes compétentes, ne saurait être que consultative. Seuls devraient pouvoir émettre un avis dès lors qu'ils sont interrogés par l'administration, les représentants des employeurs et des travailleurs.

#### **LA QUESTION DU CHOIX DES EXPERTS**

**R**égulièrement dans les groupes de travail de la commission N°4 envisageant les effets d'agents chimiques dangereux, participent comme « experts » des spécialistes voire des lobbyistes rémunérés par des industriels de la chimie. Ainsi, lors des travaux du groupe de travail sur le tableau concernant le 1-3 Butadiène était présent, à chaque réunion, un expert du syndicat des industries pétrolières. La question du conflit d'intérêt est ici au premier plan.

Dans le même esprit, le choix des présidents de groupe de travail manque parfois de clarté. Ainsi pour le groupe de travail pesticides et maladie de Parkinson, Un expert, dont les travaux avaient éclairés le groupe homologue du régime agricole, a été écarté, au prétexte, assez mince, de sa qualité de personne représentant de l'ANSES dans la commission.

Dans le même groupe la fonction de président a été refusée à un spécialiste incontesté au prétexte qu'il n'était pas docteur en médecine.

Afin d'éviter les conflits d'intérêts, à l'exception des représentants des employeurs et des travailleurs, les représentants des organisations et les personnes compétentes, y compris ceux ayant accepté de participer aux travaux des groupes de travail, devraient être obligés à une déclaration d'intérêt.

#### **CONTOURNER LA PRÉSUMPTION D'IMPUTABILITÉ EN DÉTRUISANT LES TABLEAUX EXISTANTS LE TABLEAU 57 ET LES TMS**

**U**n premier exemple de ces dérives est représenté par les avatars du paragraphe A du tableau 57 (épaule). Alors qu'aucune preuve n'existe d'un dysfonctionnement de ce tableau, sous l'impulsion du patronat et des représentants de l'administration, sera adopté dans des circonstances particulièrement odieuses, un rapport provisoire de 2010 aggravé du président du groupe de travail mis en place en 2009, servant de caution à cette manœuvre.

Le tableau 57A publié dans la foulée (ce qui démontre la volonté de nuire) est devenu impraticable aux déclarants en jouant à la fois sur les conditions du diagnostic (libellés obscurs, examens complémentaires non validés par la HAS dans cette phase du diagnostic) et la nature des tâches en y adjoignant une durée journalière

d'exposition, en général invérifiable par les enquêteurs des caisses.

Tout ceci est parfaitement visible dans le bilan des reconnaissances en T57A : Dans un contexte de progression constante liée aux nouvelles formes d'organisation et à la précarité cela a eu pour effet de casser la courbe : entre 2011 et 2015 on observe une diminution de 20 % des reconnaissances et une augmentation de 50 % du pourcentage de refus pour les TMS de l'épaule.

Restait à « réformer » les TMS du poignet (tableau 57C : autre gros bataillon des TMS), les travaux du groupe de travail ont abouti fin 2013 après deux ans de travail. Des divergences entre les propositions des représentants des travailleurs et des employeurs existaient toujours mais elles n'étaient pas irréductibles. Les délégations des représentants des travailleurs avaient contesté les conclusions du rapport du président du groupe de travail qui allaient au-delà même des exigences des employeurs. Entre 2014 et 2016, la situation n'avait pas évolué.

C'est alors qu'a surgi un projet de tableau 57C (poignet) émanant de la sous-direction des conditions de travail de la DGT comportant : une durée nécessaire d'exposition, l'existence d'un groupe secret « d'experts ».

Cela signifie que sans en repasser par la commission spécialisée, l'administration, de sa propre initiative, en s'affranchissant des travaux d'experts, décide de la rédaction d'un tableau qui affaiblit la reconnaissance des TMS.

Certains mauvais esprits y ont vu la nécessité impérieuse de réaliser les objectifs du Plan National Santé Travail qui prévoit de diminuer les TMS en mettant en place des mesures de prévention. Faute de résultat tangible la DGT préfère fausser le thermomètre.

### **RETARDER AU MAXIMUM**

#### **LA PUBLICATION DE NOUVEAUX TABLEAUX DE MP**

##### *L'AFFAIRE DU TABLEAU « 1-3 BUTADIÈNE »*

Le groupe de travail sur ce tableau s'est réuni de 2011 à 2013. Le rapport final présentant un tableau en accord avec toutes les parties. Le tableau ne sera publié qu'en 2017. Cela démontre que ce n'est pas le disensus ou le consensus qui sont ainsi mis en cause par l'administration, mais bien le principe même de l'existence des tableaux et donc la présomption d'imputabilité.

##### *L'AFFAIRE DES PESTICIDES*

En 2012 était publié le T58 Régime Agricole permettant la reconnaissance du lien entre exposition aux pesticides et la maladie de Parkinson et le T59 sur le lien entre pesticides et hémopathies malignes. Considérant

la proximité des métiers (entretien des espaces verts par exemple) et l'utilisation de pesticides dans la lutte contre les nuisibles en ville mais également les expositions lors de la fabrication du transport du stockage et de la commercialisation du produit, sous la pression des représentants des travailleuses et des travailleurs a été mis en place un groupe de travail.

Pour nier la nécessité d'un tableau tous les efforts ont été déployés pour ne pas aboutir (experts savamment choisis par exemple). Le rapport final de septembre 2014 n'a pas été entériné par les représentants des salariés.

En juin 2016 une expertise de l'ANSES considère que les pesticides génèrent de nombreux risques. Il faudra attendre 2022 pour que, suite au scandale du chlordécone, le cancer de la prostate lié aux pesticides fasse l'objet d'un tableau (T102 du RG).

##### *L'AFFAIRE DU TRICHLORÉTHYLÈNE*

Après deux années de travaux, un tableau concernant les liens entre l'exposition au trichloréthylène et le cancer du rein était proposé en 2016, en conclusion d'un groupe de travail de la Commission N°4. Il faudra attendre 2021 pour qu'il soit publié !

#### **TRANSFÉRER LA RECONNAISSANCE AU CRRMP L'AFFAIRE DES EFFETS DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX**

**C'** est le serpent de mer de la commission N°4, le groupe de travail ayant été créé en 2010. La revendication commune des délégations représentant les travailleurs est que les travaux débouchent sur un tableau. Deux points importants sont dans le mandat explicite du groupe de travail :

- ♦ La notion de « maladies d'origine psychique » qui permet d'en explorer les effets physiques.
- ♦ La possibilité « d'autres voies d'amélioration de la prise en charge des pathologies psychiques liées à l'activité professionnelle » (tableau présomption d'origine).

Les travaux ont porté tout d'abord sur les conseils au CRRMP. Ont été obtenus :

- ♦ En 2011 la rationalisation autour de quatre critères de la fixation du taux prévisible de 25 % d'IPP pour accès à la réparation alinéa 7 (lettre réseau).
- ♦ En 2012 une définition précise des pathologies psychiques concernées (état de stress post-traumatique, état anxieux généralisé, dépression).
- ♦ En 2014 un guide d'enquête pour les agents enquêteurs incluant les 6 axes du rapport Golac.

À signaler le brouillage lié aux interventions politiques autour du « Burn Out » et notamment les demandes de la représentation nationale de la création d'un tableau de MP. Il s'agit d'une opération de diversion puisqu'il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un syndrome fourre-tout (hyperactivité anxieuse, atteinte narcissique, souffrance éthique, dépression entraînant un passage à l'acte).

#### **LA COMMISSION N°4 DU COCT DANS LE COLLIMATEUR**

##### *L'AFFAIRE DU SUIVI POST PROFESSIONNEL(3)*

C'est un sujet qui est tout à fait stratégique puisque reposant jusqu'à récemment sur l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale et décliné par un arrêté signé conjointement par le ministre du Travail et le ministre de la Santé. Il s'agit sur déclaration d'exposition de l'employeur et ou du médecin du travail de mettre en place, par la division AT/MP de la CPAM, des examens de dépistage des cancers pour les travailleurs ayant été exposés à des agents chimiques cancérigènes et rayonnements ionisants et qui en font la demande. Au passage il pourrait servir de référence pour le suivi post exposition que doit mettre en place le médecin du travail pour les salariés exposés aux cancérigènes.

Le suivi post professionnel est parfaitement inappliqué par les employeurs qui n'attestent que rarement, les CPAM qui ne répondent pas ou refusent, sans faire l'enquête préalable au refus, par la CNAM qui n'informe pas chaque travailleur de ce droit. Il faut ajouter à ce tableau la nature assez ancienne des examens de dépistage. En commission, malgré des demandes réitérées les représentants de la CNAM opposent un refus pour faire part d'un bilan chiffré dans ce domaine.

Alors que , notamment en 2011, la C4 avait obtenu que

.....

3- Pour plus de précisions voir l'article sur le bilan réglementaire de la législation 2017-2022

soit mis en place une surveillance par scanner des expositions professionnelles à l'amiante et que soit modifié l'arrêté, en 2016 l'administration a opposé à une demande que cette question ne relevait pas du ministère du Travail mais du ministère de la Santé alors que l'arrêté est signé conjointement.

Ainsi par décision unilatérale de l'administration le suivi post-professionnel a été retiré des prérogatives de la commission N°4.

Le suivi post-professionnel est surtout un danger pour la responsabilité des employeurs ainsi que celle de leurs alliés politiques et administratifs : délivrer des attestations revient à assumer la réparation d'un éventuel cancer professionnel, mettre en place efficacement le suivi permettrait une meilleure visibilité sur les expositions aux cancérigènes et les cancers d'origine professionnelle.

On ne sera pas surpris que la question soit désormais reposée par la suppression récente de l'article D.461-25 du CSS et la fin de l'attestation de l'employeur et du médecin du travail et remplacé par un état des lieux par ce dernier. Dépendant du Code du travail cette disposition reviendrait elle dans le giron de la commission N°4 ?

##### *EN FINIR AVEC LES GROUPES DE TRAVAIL DE LA COMMISSION N°4*

Cette commission est la seule des commissions du COCT à avoir eu le triste honneur d'une déclaration commune du groupe permanent d'orientation (GPO) du COCT qui présage que l'expertise ne sera plus contradictoire dans le cadre de groupe de travail mais donnera lieu à des rapports d'experts. Aucune autre commission n'a été l'objet d'une telle attaque. Cette disposition a été entérinée et dorénavant c'est en plénière que l'ANSES remettra un rapport offrant ainsi peu de place ou de temps au contradictoire.



# HISTOIRE DE GENRE

Jean-Louis Zylberberg

Vêtue d'une veste cintrée rose fuchsia, elle entre d'un pas alerte dans le bureau de consultation mais s'assied avec précaution. Je crois deviner par ce geste un savoir-faire de prudence lui évitant le réveil de douleurs, mais je m'é gare, car son regard sévère et légèrement agacé, me rappelle que je suis face à une cadre supérieure dont le temps semble compter...

Une fois de plus, je suis surpris par l'intitulé du poste de travail déclaré par le siège social de ce grand groupe de Travaux Publics : directeur des relations extérieures. Une fois les présentations d'usage faites, je lui fais part de ma perplexité sur l'intitulé de son poste en employant le féminin « directrice ». Aussitôt elle me reprend d'un ton sans réplique « directeur des relations extérieures ». Pour tenter de détendre l'atmosphère, je lui propose de me décrire sa journée de travail de la veille. « Hier c'était particulier car j'ai eu une journée à rallonge. » me dit-elle.

« Je suis arrivée au siège social à 7 h 45 et j'ai commencé par gérer les courriels reçus, soit des directeurs de nos agences régionales, soit de nos clients puis j'ai téléphoné à certains de nos clients pour organiser des déjeuners ou des dîners de travail. En milieu de matinée j'ai fait un point avec notre directeur général et notre secrétaire général. Puis j'ai déjeuné avec un client et un collègue ingénieur de notre bureau d'études. Mon après-midi de travail a été identique à ma matinée. Je suis partie du siège à 16 h 30 pour retrouver un client dans le centre de Paris et nous avons poursuivi notre travail en dînant et je l'ai quitté à 22 h 30. »

Cette journée de travail avait été énoncée quasiment sans une respiration et j'avais l'impression d'observer un agenda sans une once d'émotions. Une forteresse était devant moi et mon défi était de pouvoir trouver une anfractuosité pour tenter d'explorer les éventuels liens entre son travail et sa santé.

« Avant ce poste de travail, quels ont été vos expériences professionnelles ? Avez-vous pris du plaisir au travail ? »

Certes, mes questions « bateau » auraient pu tomber à l'eau et m'enfoncer dans un naufrage sans fin. Mais, je sentis une étincelle dans son regard.

« À l'âge de 24 ans, je devins sous-préfet, Madame la sous-préfet, et ne recommencez pas avec vos féminins ! » m'assène-elle.

« Pendant 22 ans, j'ai vécu à cent à l'heure, grisée par un agenda toujours plus rempli, puis il y eut ce 20 octobre après-midi. Avant une réunion importante avec le préfet, je décidais d'aller aux toilettes mais au bout de plusieurs minutes mon directeur de cabinet, inquiet de ne pas me voir revenir, m'a retrouvée, inconsciente dans les escaliers. »

« Je ne me souviens de rien sauf mon réveil dans l'ambulance m'emmenant vers les urgences les plus proches. Tout mon corps me faisait mal. »

« En quelques mois, j'ai pris 18 kg, mon sommeil s'est détraqué et cinq ans après l'accident je n'ai plus une nuit sans réveils nocturnes ou difficultés pour

*m'endormir. Heureusement, au bout d'un an, une nutritionniste et un kiné m'ont permis de petit à petit remonter la pente. L'accident de service a été consolidé avec séquelles quatre ans plus tard : un de mes genoux me fait encore mal, je souffre de migraines associées à des douleurs du cou parfois intenses. Le neurologue qui me suit cette année m'a parlé d'un accident vasculaire transitoire qui expliquerait ma chute brutale avec perte de connaissance. »*

Je lui propose de l'examiner : la « sacro sainte balance » montre un poids parfaitement normal pour cette quinquagénaire d'un mètre soixante-quatorze. En débutant l'examen de sa colonne vertébrale, j'aperçois au niveau de sa chevelure très brune, de discrètes plaques blanchâtres évocatrices de psoriasis. Je lui demande depuis combien d'années elle a constaté ses problèmes de « pellicules ».

*« Mon psoriasis je vis avec depuis longtemps ; vous m'auriez vu lors du premier confinement en 2020, j'en avais partout sur le visage mais ce n'était pas le travail, docteur. Mon fils cadet a fait une dépression à cette période mais comme beaucoup de jeunes. »*

À la palpation de son cou, des contractures musculaires se dessinent rapidement sous sa peau et je lui provoque des douleurs diffuses irradiant dans les deux épaules. Lors de l'examen de ses genoux, elle me déclare : *« Ne faites pas attention à mes veines ! Depuis l'accident, je suis obligée de porter des bas de*

*contention surtout lors des voyages aériens. Allez-y doucement avec le genou gauche ! C'est lui qui est le plus souvent douloureux depuis l'accident. Je suis abonnée aux anti-inflammatoires et aux séances de kiné, même si avec la reprise de la salle de sport, je le vois moins souvent. »*

Je termine mon examen physique par la palpation de son ventre.

*« Ah oui, j'ai oublié de vous dire, l'année dernière, je suis allé voir le gastro, car je n'en pouvais plus de ces brûlures d'estomac associées à des ballonnements et puis cette constipation qui durait. Au bout de trois mois de traitement, heureusement tout est rentré dans l'ordre. Mais allez-y doucement quand même ! »*

L'examen terminé, je vois son corps se relâcher enfin, l'espace d'un court instant. Elle me lâche dans un dernier soupir : *« Seule avec trois grands enfants, ce n'est pas tous les jours simple... »*, puis quitte précipitamment le cabinet de consultation, sans que je puisse lui lancer un *« Au revoir Madame le directeur des relations extérieures ! »*

À son arrivée, je l'avais imaginé ministre de l'Intérieur du président Sarkozy, fasciné par ce tailleur rose fuchsia. Le récit de cette chute brutale au travail, ébranlant Madame le sous-préfet, estompait petit à petit mes stéréotypes de genre mais pour combien de temps ?

# MADAME FLEUR, OUVRIÈRE ENDURANTE<sup>(1)</sup>

**Bernadette BERNERON**

.....  
1- Ce texte a été publié dans l'ouvrage *La production du vivre- Travail, genre et subalternités*, Hermann, 2021, 312 pp

**M**édecin du travail depuis plus de trente ans j'ai rencontré et je rencontre encore aujourd'hui de nombreuses ouvrières d'usine ployant sous la pression des cadences imposées ou « qu'elles s'imposent » par une mise en compétition organisée dans des postes de fabrication, de conditionnement, ouvrières malmenées dans leur corps par le travail. Ce sont des ouvrières silencieuses et on ne parle plus de l'atteinte des corps de ce monde ouvrier comme si cet univers faisait partie du passé.

Avec un tel système d'invisibilité, personne ne sait ce qui s'y passe. Pourtant je peux témoigner de la présence des femmes ouvrières dans les usines petites et grandes, de leur place modeste, discrète en production où elles exercent des métiers réservés aux femmes. Ces métiers nécessitent patience, habileté, rapidité, et on considère généralement que les hommes s'en acquitteraient avec difficulté. La sociologie du travail nous a appris que les savoir-faire requis sont disqualifiés comme autant de qualités féminines jugées « innées ».

Les femmes trouvent ainsi une place dans l'atelier lorsque la technique, la mécanisation permettent de réaliser les tâches les plus dures, les plus physiques, leur libérant ainsi un poste dévalué dont les gestes répétitifs sont souvent la première contrainte qui interpelle la médecin du travail.

L'histoire de cette ouvrière, je l'ai recueillie au cours d'une consultation unique, longue, dont je suis sortie bousculée avec un vécu d'impuissance dans ma mission, celle « d'éviter toute altération de l'état de santé des salariés du fait du travail ».

Madame Fleur travaille depuis dix-sept ans dans une entreprise de 19 salariés, sans représentant du personnel. Il s'agit d'une entreprise familiale dont le patron est dans une position de pouvoir liée à sa fonction qu'il interprète comme la permission de n'avoir pas à prendre de précautions avec les hommes et les femmes qu'il dirige. Cela fait seulement quatre années que l'équipe médicale – entièrement féminine – a pu pénétrer à force de persuasion et d'intelligence rusée dans cette entreprise aux contraintes et risques multiples, et où les femmes sont minoritaires.

Les conditions de travail y sont – ont toujours été – pénibles : la température est sensiblement celle de l'extérieur à tel point que la matière utilisée prend trop vite en été et qu'il faut la chauffer en hiver rendant le travail plus difficile. Il n'y a pas d'aspiration ou si peu ; les poussières, les vapeurs des solvants et celles d'autres produits irritent yeux et gorge des visiteurs et leur odeur imprègne les vêtements, les cheveux. Pourtant, le contact avec tous ces produits dangereux n'entraîne aucune autre remarque que « *Ah ça ne doit pas être bien bon pour la santé !* » ; sans doute parce que les salariés s'habituent aux odeurs et qu'ils sont aussi pris dans un déni du risque pour pouvoir tenir au travail car ce travail est essentiel dans un contexte local de pénurie d'emploi.

Comment penser un travail qui vous tue à petit feu ? D'autant plus qu'au risque chimique s'ajoutent dans cette entreprise peu mécanisée la pénibilité physique et son cortège de postures contraignantes, de gestes répétitifs et de manutentions qui impriment leurs traces dans des corps qui taisent leur douleur ou qui l'expriment... comme c'est le cas chez les hommes. Sur

les quatorze ouvriers et ouvrières ayant tous plus de quinze ans d'ancienneté et âgés de plus de 50 ans pour la majorité, ils sont dix hommes. Ce sont eux que je vois perclus de douleurs, eux pour qui j'ai réalisé trois certificats de maladie professionnelle et fait aussi trois inaptitudes privant ainsi ces salariés de leur travail car il n'y a aucun aménagement possible pour ce patron « omnipotent », renvoyant ainsi au médecin du travail un sentiment d'impuissance et de solitude.

Elles, ce sont quatre ouvrières sans histoire que je ne connais pas, ayant toutes plus de 50 ans comme Madame Fleur. Elles réalisent un travail de patience, méticuleux, répétitif, le visage en contact avec les vapeurs.

Pourquoi les hommes tombent-ils malades et le font-ils savoir en déclarant des maladies professionnelles ou en quittant l'entreprise par l'inaptitude ? Pourquoi ces femmes restent-elles silencieuses alors qu'ils et elles sont tous dans la même galère, soumises aux mêmes conditions de travail ? Les femmes seraient-elles plus résistantes ? Les informations recueillies dans le dossier médical des salariées peuvent elles nous éclairer ? Deux des collègues de Madame Fleur, à la fermeture de leur entreprise, lui ont apporté un marché « *On est venu nous chercher* » disent-elles, ainsi que leur savoir-faire et elles en sont fières. On ne leur dit rien, elles sont autonomes et respectées pour leurs compétences. Mais le statut n'explique pas tout. C'est à la compréhension du médecin du travail que s'offrent les phrases des salariées saisies au vol et notées au cours des entretiens cliniques, qui traduisent un discours sur leur endurance. « *On sait compenser ses petites tares !* » dit l'une qui a une tendinite du coude et un syndrome du canal carpien ; « *On ne s'écoute pas* » dit une autre qui a perdu de la force dans sa main. « *J'ai eu une tendinite du coude ; c'est passé ; là j'ai une tendinite du poignet, vous voyez mais je travaille, et puis je suis droitière et c'est à gauche, alors !* »

Cette opposition énigmatique, que met en évidence la clinique médicale dans cette usine, entre une plainte possible pour les hommes, mais qui semble réprimée pour les femmes, va à l'encontre de ce que l'on pense généralement sur les femmes qui parleraient plus facilement de leur vulnérabilité. Ici, ce discours féminin d'endurance semble agir comme une stratégie collective de défense. Toutes les femmes ne font pas le même travail, et les ouvrières, justement, ont peut-être la vie trop dure pour se plaindre. L'une des pistes pour comprendre cette endurance est peut-être à rechercher dans l'articulation entre le travail salarié et la vie familiale. Celle-ci comporte son lot de travail domestique, et à la double tâche s'ajoute parfois des violences tenues secrètes. C'est ce que suggère l'histoire de

Madame Fleur que je rencontre « en urgence » à la demande d'un employeur affolé par sa menace de s'immoler dans l'atelier. Le patron m'explique par courrier et de vive voix que suite aux remontrances qu'il a faites à l'équipe pour un travail non réalisé, Madame Fleur, personne qui selon le patron a « *toujours été très fragile* », a voulu, dans un « *état d'hystérie complet, s'asperger avec un produit inflammable et se mettre le feu* » mettant ainsi en danger la vie des collaborateurs et celle de l'entreprise. Les barrières défensives du patron construites sur un déni des conditions de travail dangereuses s'effondrent face à la crise de Madame Fleur qui le renvoie à la dangerosité des produits chimiques présents dans l'usine, ce qui l'effraie.

Madame Fleur est depuis longtemps affectée par la façon dont le patron s'adresse à elle – « *Il parle mal, il crie, il m'humilie comme si j'étais bête* » - mais là elle est révoltée, atteinte dans son engagement dans son travail lorsqu'il lui fait des reproches en hurlant devant les collègues à propos d'un geste qu'elle n'a jamais appris à faire, car c'est le travail des hommes, déniait ainsi toutes ses compétences. Et la violence des propos du patron vient résonner en elle, faisant écho aux violences intradomestiques, aux viols subis pendant des années : « *C'était affreux, mon mari me violentait, je voyais le carrelage et je comptais les carreaux quand il était sur moi. Je sortais de moi. J'ai des tocs, je compte tout le temps les carreaux.* »

Ainsi l'endurance de Madame Fleur est-elle mobilisée pour tenir au travail et chez elle. D'une part, dans sa vie privée, elle tient pour conserver ce qu'elle a acquis par son travail, sa maison qu'elle ne veut pas abandonner à son conjoint en quittant le domicile ; d'autre part dans sa vie professionnelle, elle tient dans ce travail qui lui donne la force de rester debout. « *Vous savez, je l'aime mon boulot et plus jeune je voulais faire de la poterie, ce n'est pas pareil mais quand même...* » Dans la précision des gestes requis par son activité, dans le rapport avec la matière à travailler, elle a ainsi trouvé des éléments de sublimation dans le travail qui, en dépit de sa pénibilité, lui sauvait la vie.

Le patron aurait porté atteinte à quelque chose qui touche à sa qualité et à sa capacité professionnelle. Elle se révolte donc individuellement, immédiatement et violemment. Dans cet instant, les sphères privée et professionnelle jusqu'alors séparées tout à coup s'intriquent ; le clivage entre les deux s'effondre lorsque le comportement violent du patron la renvoie à celui de son conjoint. Et ça explose. Elle ne veut plus se laisser faire. La description du comptage des petits carreaux pendant le viol montre clairement comment les violences conjugales ont été endurées mais pas acceptées



(en référence au texte de Nicole-Claude Mathieu : *Quand céder n'est pas consentir*).

Malgré des conditions de travail pénibles et risquées pour la santé, c'est bien ce travail, si précieux dans un contexte de peur du chômage qui permet à cette ouvrière de résister.

Dans cette consultation pour le travail, consultation violente au regard de ce qu'en dit et en écrit le patron car il s'agit d'une salariée qui suite à une remontrance veut s'immoler, la violence dans le privé fait brutalement effraction à un endroit où elle n'était pas attendue. J'ai eu besoin d'en débattre collectivement avec des collègues pour comprendre que l'émotion, le bouleverse-

ment ressentis étaient normaux face à l'inattendu, le récit d'une violence, d'une humiliation au travail à laquelle répond la salariée dans le langage inarticulé de l'agir, qui remplace la difficulté de dire la violence, parce que la violence au travail résonne soudain avec la violence du récit des viols.

Impuissante à changer les conditions de travail dans beaucoup de petites entreprises, j'ai sans doute, dans cette situation conflictuelle et violente, permis à la salariée de faire elle-même son interprétation et j'ai « fermement » tranquilisé l'employeur, avec l'accord de Madame Fleur, en le rassurant sur son état de santé et en lui suggérant d'avoir un discours plus tempéré et moins impulsif à l'avenir.

**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

# MÉDECIN DU TRAVAIL

## UN MÉTIER D'ENGAGEMENT

## UN MÉTIER DE COOPÉRATION

**Bernadette BERNERON**

**C'**est Dominique Huez qui m'a sollicitée en tant que « médecin du travail senior » pour rédiger ma « biographie professionnelle » dans le but de laisser des traces et donner à voir ma pratique professionnelle dans un petit service de santé au travail pendant près de quarante ans. Ce métier qui n'a pas l'aura d'autres disciplines médicales a été un métier d'engagement et de passion qui a suscité chez moi de nombreux questionnements qui m'ont conduite à transformer une pratique de médecin du travail ignorante sur les questions de la santé au travail et formatée durant les études en une pratique de clinicien de santé au travail.

En effet à mes débuts j'étais « *le médecin fréquemment tiraillé entre deux types d'exigence contradictoire, celle liée à l'individu et celle liée à la société* » comme le conclut Nicolas Dodier, sociologue qui a mené début des années quatre vingt-dix une enquête ethnographique sur la médecine du travail et que j'ai rencontré dans ce cadre-là en donnant à voir ma pratique professionnelle, mes hésitations notamment lors d'une visite de reprise d'une salariée dont l'enjeu était la prise de décision d'une inaptitude.

Aujourd'hui, je suis fière d'avoir pu pratiquer un métier qui avait du sens et d'avoir pu contribuer à la construction de règles d'un métier « de lanceur d'alerte individuelle et collective au cœur du travail » ce que je dois à la richesse de mes échanges avec les médecins de mon petit service de médecine du travail

notamment Martine et Florence, avec Catherine, le médecin inspecteur de la région, avec les médecins du travail de ma région Dominique, Fabienne, Brigitte, Chantal... et les médecins de l'a-SMT Odile, Annie..., praticiens tous engagés dans leurs missions au service de la santé au travail, pairs qui m'ont tous soutenue dans des moments difficiles.

### **MES PREMIERS PAS DE MÉDECIN DU TRAVAIL**

**D**iplômée du CES de médecine du travail en 1981, j'ai été recrutée en CDI début janvier 1982 dans un petit service de santé au travail interentreprises de la région Centre dans lequel j'ai exercé pendant vingt-huit ans, service que j'ai quitté avec regret suite à sa fermeture imposée par la Direction régionale du travail.

Je peux dire que je ne connaissais rien au métier de médecin du travail à mes débuts, jeune médecin sortant de formation, ayant fait mon stage et des remplacements dans ce service puis embauchée pour étoffer l'équipe plus âgée de deux médecins du travail à temps plein et un médecin du travail à temps partiel. On ne parlait pas à cette époque de construction de coopération avec les secrétaires et de travail entre pairs. J'ai comme beaucoup de médecins du travail été confrontée aux visites cadencées à un quart d'heure, les convocations étant établies par la secrétaire la plus ancienne, 25 visites programmées par jour avec quelques absences heureusement ! Il faut dire que le directeur du

service, ex-directeur d'hôpital comptait les effectifs de salariés en nombre de lits ! Les médecins du travail réalisaient quelques visites de reprise mais essentiellement des visites d'embauche et des visites périodiques annuelles ou à six mois pour les salariés exposés à des risques, quasi-exclusivement pour les salariés travaillant en 3x8h ou/et exposés au plomb, le risque chimique étant peu pris en compte dans le service. Nous avions un bureau médical que les anciens gardaient dans la pénombre pour ne pas désaccoutumer leurs yeux à l'obscurité nécessaire pour effectuer les radioscopie pulmonaires dans la salle dédiée dont la porte ouvrait sur le cabinet. Je n'ai pas eu à pratiquer ces radioscopie pulmonaires, vestige du dépistage systématique de la tuberculose et heureusement, vu mon faible niveau de compétence dans ce domaine, en raison de l'interdiction en 1979 d'utiliser ce matériel, appliquée dans le service en 1982. Je n'ai pas oublié les deux cabines de déshabillage, non insonorisées, m'obligeant pour le respect de la confidentialité à demander aux salariés de parler moins fort (compliqué à obtenir avec des salariés ayant déjà des déficiences auditives), cabines dans lesquelles les salariés étaient envoyés dès leur arrivée avec ordre donné par les secrétaires, pour ne pas casser la cadence des visites, d'attendre en sous-vêtements que le médecin ouvre la porte. Il m'a fallu plusieurs mois et le départ d'un des médecins avec l'arrivée de jeunes collègues pour bousculer une organisation peu respectueuse des salariés. Il y avait à cette époque peu d'échanges entre consœurs sur la pratique des consultations, pas de temps de réunion de médecins ; la connaissance des risques dans les entreprises était faible, le tiers-temps, temps défini pour des actions en milieu de travail n'était pas respecté et pas toujours revendiqué excepté dans les entreprises ayant une infirmière et dans celles de plus de 50 salariés où le médecin assistait au CHS (Comité d'Hygiène et de Sécurité), peu nombreuses dans mon secteur d'activité de petites entreprises. Quand on est inexpérimentée, la pratique des réunions de CHS peut être difficile. Ma première intervention du point de vue exclusif de la santé au travail dans une réunion de CHS s'est soldée par un « sermon » de l'employeur, me taçant pour avoir pris la parole pour soutenir les membres du CHS dans leur demande d'aménagement des horaires de travail en 3x8. Il va sans dire qu'il m'a fallu des mois, voire des années pour apprendre à connaître les entreprises de mon secteur et pas toutes bien sûr, surtout les très nombreuses petites entreprises dont j'avais la charge, dans un rayon de 30 à 50 km. J'ai dû rédiger ma première fiche d'entreprise, sur le modèle à notre disposition, une feuille cartonnée recto-verso, de couleur grise plus d'un an après mon arrivée et pour une en-

treprise de plus de 50 salariés. Les dossiers médicaux des salariés ne contenaient souvent pour toute notion d'exposition que l'intitulé du poste de travail et les horaires de travail, parfois l'exposition au bruit mais rarement l'exposition aux risques chimiques, l'examen médical standard et le compte rendu de la radioscopie pulmonaire.

Au départ de ma collègue la plus ancienne, un an après mon arrivée j'ai « hérité » de trois entreprises de plus de 200 salariés ayant une infirmière d'entreprise. J'ai alors découvert une autre pratique et ce fut une chance pour moi de pouvoir travailler rapidement en confiance avec deux des infirmières du travail.

### **TRAVAILLER EN COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS DU TRAVAIL DU SSTIE (SERVICE SANTÉ TRAVAIL INTERENTREPRISES)**

*Coopérer : « Construire des liens entre des agents en vue de réaliser volontairement une œuvre commune ».*

L'arrivée de Martine puis Florence, deux collègues fraîchement diplômées, a dynamisé ma pratique professionnelle. La résistance de trois médecins du travail puis de six médecins quelques années plus tard face aux pratiques anciennes des consœurs et face au « pouvoir » de la secrétaire la plus ancienne qui avait participé à la création du service, a généré quelques tensions mais a permis de faire évoluer le fonctionnement du service en laissant plus d'autonomie aux médecins du travail, même si ce qui comptait pour la direction c'était le nombre de visites réalisées qui justifiait pour les employeurs le paiement de leurs cotisations. L'équipe de médecins a dû batailler pour obtenir une réduction du nombre des visites par jour, avoir du temps de tiers temps, un temps de réunion, pour pouvoir participer aux formations régionales et nationales. Les réunions de médecins permettaient de discuter du fonctionnement du service ce qui pouvait donner lieu à la rédaction d'un courrier signé par le collectif de médecins (il fallait parfois deux heures pour le rédiger), d'avoir de vraies disputes professionnelles sur le suivi des salariés et d'échanger sur des cas cliniques qui posaient problème aux médecins. Ce furent les balbutiements du travail entre pairs. Il fallait bien sûr accepter lors de la présentation des rapports annuels des médecins au conseil d'administration du service, le classement des médecins en fonction de leur performance en nombre de visites réalisées dans l'année ce qui mettait en fin de peloton les médecins ayant une partie de leur activité dans des entreprises de plus de 200 salariés où le tiers temps était mieux respecté au détriment du temps consacré aux visites. Pendant des années, il y a

eu un vrai collectif de médecins unis dans l'adversité ce dont je peux témoigner dans au moins deux situations :

♦ **La demande d'un employeur de changer de médecin du travail :** *En 1998 le patron d'une entreprise de 50 salariés dans laquelle j'avais rédigé quatre certificats de maladie professionnelle et fait une alerte sur la maltraitance dont étaient victimes les salariées avec copie au médecin inspecteur et à l'inspecteur du travail notifie par courrier au président du service son refus de travailler avec moi. Mon refus d'obtempérer, argumenté devant le conseil d'administration du service et le courrier signé par mes cinq collègues attestant qu'aucun ne prendrait en charge l'entreprise ont fini par convaincre le conseil d'administration de ne pas me retirer l'entreprise. Il faut dire que peu de temps après, j'ai été convoquée à la gendarmerie à la demande de trois salariées de cette entreprise ayant porté plainte pour maltraitance et propos injurieux de l'employeur et que l'accès aux locaux de l'entreprise m'a été interdit à deux reprises par l'employeur !*

♦ **Une plainte pour anti-confraternité :** *Un confrère retraité, recruté pour faire les visites médicales en retard porte plainte contre moi au Conseil de l'Ordre pour anti-confraternité car j'ai osé dire au directeur que je trouvais humiliant pour les médecins du travail de rémunérer un confrère en indemnités de déplacement, argument fallacieux utilisé par l'employeur pour justifier son refus de lui signer un CDI alors qu'il y avait de vraies raisons professionnelles. Mes collègues se sont associés à ma plainte et ont exigé que le directeur paie les frais d'avocat et tous sont venus m'assister à l'audience de la chambre disciplinaire.*

Suite à la fermeture en 2009 du service de santé au travail dont j'ai été le médecin coordinateur pendant plus de vingt ans, j'ai intégré le SST du département voisin où j'ai volontairement choisi de travailler dans un centre annexe où nous étions quatre médecins du travail puis trois puis deux en 2017 pour un effectif de plus de 10 000 salariés. Je n'y ai pas retrouvé de réel collectif de travail malgré nos tentatives de construction d'un groupe de pairs à quatre médecins. Lorsque j'ai été « invitée » sur ma demande à la commission de contrôle du service pour m'expliquer sur la demande écrite de changer de médecin, portée par la voix du représentant des employeurs du transport PL du département, j'ai dû faire face seule malgré la présence de collègues sans doute repliés dans des processus défensifs aux propos agressifs de cet employeur me traitant de « médecin rouge », et m'accusant de volontairement mettre en difficulté les entreprises de transport en rédigeant des cer-

*tificats de maladie professionnelle et en émettant des avis de restriction d'aptitude. J'ai sans doute été convaincante puisque le président du SST a tranché pour que je conserve le suivi de ces entreprises.*

Dans ce service cela a été une autre expérience avec la construction d'un travail en coopération avec Sandrine, l'infirmière en santé au travail et Anna, la secrétaire même s'il a fallu batailler pour « imposer » les missions de l'infirmière et sa place en grande proximité avec le médecin ce qui n'enlève rien à la place de la secrétaire : difficile équilibre parfois !

### **TRAVAILLER EN COOPÉRATION AVEC LES INFIRMIÈRES**

La coopération infirmière en santé et travail et médecin du travail nécessite une confiance réciproque entre infirmière et médecin, du médecin envers le travail de l'infirmière et de l'infirmière dans la capacité de responsabilité du médecin, confiance qui ne se décrète pas mais se construit. Cette coopération nécessite aussi un espace de discussion (temps de parole et d'écoute) ce qui facilite la compréhension des relations santé travail.

J'ai travaillé pendant plus de trente-cinq ans en coopération avec les infirmières de sept entreprises de plus de 200 salariés, infirmières avec lesquelles nous avons construit des règles de travail et j'ai travaillé dix ans avec une infirmière dans le service de santé au travail.

### **COOPÉRATION AVEC LES IST (INFIRMIÈRES EN SANTÉ ET TRAVAIL) DANS LE SSTIE**

Alors que les deux premières infirmières ont été recrutées en 2008 dans le service de santé au travail avec des missions limitées à la pré-visite, à la réalisation des examens complémentaires, aux conseils en matière d'hygiène et de santé individuelle puis à l'adressage systématique du salarié au médecin du travail qui rédige la rituelle fiche d'aptitude, c'est en 2010 que j'ai participé avec des médecins de mon service et les deux infirmières à la mise en place de l'extension de leurs missions dans le SSTIE. Cela a fait l'objet de nombreux débats et a demandé beaucoup d'énergie au cours de réunions parfois tendues avec la direction pour obtenir qu'elles puissent bénéficier rapidement d'une formation théorique diplômante et d'un compagnonnage pour exercer ce nouveau métier, pour convenir du temps nécessaire à la réalisation d'un ESTI (entretien santé travail infirmier) et du temps nécessaire pour les actions en milieu de travail (AMT) puis pour rédiger les protocoles. J'ai toujours été convaincue que l'IST avait sa place dans les missions du médecin du travail.



L'infirmière pour assumer ses nouvelles missions doit avoir un temps d'apprentissage en compagnonnage et ainsi assister aux consultations du médecin du travail, aux consultations d'une IST déjà formée pour pouvoir rédiger une synthèse de ces visites et réaliser des ESTI en présence de ses formateurs. Il s'agit d'un travail de compréhension et d'analyse du travail du point de vue de ce qui compte pour le salarié et de ce qui fait difficulté et retentit sur santé dans le but de faire un lien santé/travail et aboutir à l'élaboration d'un diagnostic infirmier. L'infirmière contribue ainsi par le suivi périodique santé/travail d'une population de salariés attribués par le médecin du travail au recueil de données cliniques et épidémiologiques, assure un traçage des risques professionnels et participe par ce travail à l'alerte et à la veille sanitaire permettant au médecin du travail de déployer des actions collectives. L'IDEST doit tracer dans le dossier médical le contenu de l'ESTI qui a fait l'objet d'un protocole qui est visible pour le médecin comme l'est l'écrit du médecin du travail.

Il n'en reste pas moins que les infirmières ne peuvent pas être un palliatif à la baisse du nombre de médecins du travail. Elles n'ont pas pour mission de le remplacer. La complémentarité des compétences de l'IST et du médecin du travail facilite un travail en coopération mais nécessite de travailler en confiance. J'ai eu la chance de pouvoir travailler en confiance avec Sandrine qui m'a donné à voir sa pratique tout comme je lui ai donné à voir ma pratique et elle est donc devenue une aide et un soutien précieux pour exercer au mieux nos missions. Notre équipe médicale a assuré le suivi d'un effectif de 5 000 salariés et pendant plusieurs mois le suivi d'un effectif de 10 000 salariés. Ces quelques mois furent difficiles mais il m'en reste le souvenir d'une belle expérience d'entraide et de solidarité entre secrétaires, infirmière, IPRP (intervenant prévention risque professionnel) ergonomiste et chimiste dédié au secteur) et médecin du travail pour répondre au mieux aux demandes des salariés et des employeurs.

Au fil des années les demandes de consultation se sont modifiées, les visites de pré reprise, de reprise et les problèmes d'aptitude mobilisant de plus en plus le médecin du travail. De plus la durée déjà longue d'un entretien clinique investiguant le travail et la santé a été polluée - par toutes les procédures à respecter dans le cadre des préconisations de restriction, d'aménagement du poste, d'inaptitude au poste (courriers, courriels, appels téléphoniques, tous les échanges devant être tracés) - par une saisie informatique dans le Dossier Médical Santé Travail chronophage et inexploitable et par la sollicitation de nombreux intervenants pour mener à bien le maintien dans l'emploi.

Avec le nouveau logiciel, la secrétaire n'a plus réalisé de pré-visite des salariés installés devant une tablette, répondant à un questionnaire sur leur santé et leur travail et faisant eux-mêmes leurs examens complémentaires (test auditif et visuel, pesée) et le médecin du travail a perdu des informations essentielles que lui transmettait la secrétaire qui avait eu un temps d'échange, voire de confidences du salarié ce qui pouvait éclairer l'entretien médical.

Pour faire face au nombre croissant de demandes de visites complexes et à la pénurie de médecins (en fin de carrière plus de 50 % des visites réalisées par le médecin étaient des visites de pré reprise et reprise complexes, chronophages de salariés souvent précarisés dans des entreprises aux conditions de travail délétères), il a fallu anticiper ce que le législateur a mis en place ultérieurement. L'IST réalisait les visites d'embauche « des salariés non à risque », les visites périodiques pour tous ce qui permettait de repérer les facteurs de risques organisationnels (à l'origine des TMS, des risques psychosociaux) et des risques environnementaux, une vraie veille médicale afin d'obtenir une vision globale de la santé des collectifs de travail, mise à mal par l'espacement des visites à cinq ans des salariés « sans risque ». Sandrine a alors commencé à recevoir à ma demande les salariés nécessitant un suivi dans le cadre d'un aménagement de poste ou d'un suivi pour une santé malmenée par le travail ainsi que les salariés en arrêt de travail pour une visite de pré-pré reprise pour des dossiers complexes. S'y sont ajoutées d'autres missions telles que la préparation des dossiers de suivi post-professionnel, des dossiers de renouvellement de RQTH, activité chronophage en augmentation constante chaque année, la participation aux enquêtes et études auxquelles j'ai participées (QMCP, SUMER, EVREST). Elle a mené des actions de sensibilisation des salariés en contrat-vacances et a réalisé les Fiches d'Entreprise essentiellement pour les entreprises de moins de 100 salariés, des études de postes et surtout elle m'a accompagnée dans les entreprises dans lesquelles je risquais de me faire déstabiliser, ayant parfois du mal à garder la maîtrise de mes propos.

Ces temps d'échange que sont les **staffs infirmière médecin** programmés une demi-journée par semaine n'ont pas fréquemment été utilisés en temps de staff pour faire le point sur les ESTI. Notre binôme travaillant en confiance, les échanges se sont faits le plus souvent à chaud (par courriel, par téléphone ou de vive voix, sur le trajet de retour du travail), les dossiers staffés ne représentant que 5 % des entretiens infirmiers, le médecin staffant aussi des dossiers à l'IST pour lui deman-

der d'assurer le suivi à brève échéance de certains salariés qu'elle n'avait pas le temps de revoir mais qu'il était nécessaire de revoir, ces entretiens étant programmés lors de ma présence au centre en même temps que l'infirmière. Les staffs ont souvent été utilisés en temps staff-AMT pour des visites d'entreprises, des rédactions en commun, des études de poste.

Il a donc fallu de la persévérance pour résister pendant les dernières années à la pression du chiffre et pouvoir faire ce qui est central dans ce métier et qui est dénié par certains employeurs : attester du lien santé/travail.

### **COOPÉRATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL DE SSTIE AVEC LES INFIRMIÈRES D'ENTREPRISE**

Être médecin du travail interentreprises à temps plein, seule face à environ 3 500 salariés et plus de 150 entreprises n'est pas simple mais avoir la surveillance d'entreprises de plus de 200 salariés ayant une infirmière d'entreprise fait passer le médecin du travail dans une autre dimension de son activité. Le médecin passe plus de temps dans l'entreprise, l'infirmière est un relai important pour le médecin qui peut accéder plus rapidement à la compréhension du fonctionnement de l'entreprise. L'entreprise a des partenaires sociaux, membres du CHSCT notamment souvent plus informés et plus engagés dans la défense des conditions du travail qui peuvent être les alliés du médecin du travail. On y rencontre plus souvent les préventeurs, le préventeur de la CARSAT, l'inspecteur du travail avec qui j'ai créé des liens professionnels forts notamment au cours des dix dernières années d'activité.

Dès 1983, en charge de deux entreprises de plus de 200 salariés, j'ai découvert le travail en équipe et rapidement en confiance avec deux infirmières du travail. Ginette était infirmière dans une entreprise d'équipementier automobile depuis douze ans, infirmière expérimentée qui avait une bonne connaissance de l'entreprise dans laquelle elle circulait librement et les salariés qui lui confiaient souvent leurs soucis personnels de santé et familiaux, salariés dont elle connaissait les postes de travail. Elle était en charge des soins d'urgence, des petits bobos, de la gestion administrative des accidents du travail. Elle tenait le registre d'infirmierie, formait les secouristes, orientait les salariés vers leur médecin si nécessaire, négociait des aménagements temporaires de poste avec les « petits chefs ». *Il m'a fallu les connaissances de l'infirmière pour intégrer la notion de « boni individuel », les salariés en poste individuel percevant une prime proportionnelle au nombre de pièces fabriquées au-dessus du quota exigé par l'entreprise, « boni » qui ne générait pas ou peu de troubles musculo-squelettiques, les salariés gardant pen-*

*dant quelques années encore des marges de manœuvre avec leur stock de pièces produites remises en circulation lors d'un épisode de fatigue...* Il n'était plus question de se « laisser promener » par un responsable ou un employeur dans une entreprise que le médecin du travail ne connaissait pas mais d'aller voir un atelier, un poste de travail pour en faire l'étude, observer les gestes du salarié, lui poser des questions ce qui m'a donné de l'assurance pour réaliser la visite d'autres entreprises.

L'infirmière d'entreprise est le premier témoin des effets pervers des nouvelles organisations du travail, c'est elle qui alerte le médecin sur le mal être collectif, c'est elle qui organise les consultations du médecin en priorisant les visites à la demande du salarié et les visites de reprise, c'est elle qui temporise sur les urgences à orienter au médecin et c'est elle qui réalise les pré-visites. Elle ne fait pas de diagnostic médical mais quand elle reçoit un salarié qui a des douleurs articulaires, elle sait très bien faire le lien entre la pathologie et le travail surtout lorsque plusieurs salariés présentent les mêmes symptômes pour des postes similaires. Les consultations spontanées à l'infirmierie pour une surveillance de tension, un mal au ventre, une migraine peuvent être les symptômes d'un mal être au travail ou personnel. Les salariés savent qu'à l'infirmierie ils peuvent trouver un espace et un temps de parole et s'y expriment différemment qu'avec le médecin. Ces consultations se complètent avec celle du médecin.

Par contre le médecin du travail doit avoir un certain discernement dans les missions qu'il confie à l'IST et ne pas la mettre en danger dans les entreprises où le management de la direction entrave le travail de l'IST et peut même la déstabiliser. Il ne faut pas oublier que l'infirmière d'entreprise a une double subordination qui est technique avec le médecin et contractuelle avec l'employeur et qu'elle est soumise au secret professionnel (art R.226-13 du Code pénal). Le médecin du travail doit savoir lui venir en soutien dans une confiance réciproque quand l'employeur « oublie » cette obligation de confidentialité de l'infirmière.

*Courrier à l'employeur et copie Madame K...*

*Monsieur le directeur,*

*J'ai été informée par Madame K..., infirmière de l'entreprise que vous l'aviez mandatée pour effectuer les alcootests notamment chez Monsieur J...*

*Je vous rappelle qu'une infirmière en santé au travail est soumise au secret médical et ne peut donc à la demande de l'employeur effectuer un alcootest dont elle ne pourra pas communiquer le résultat ni tirer de conclusions susceptibles d'entraîner des sanctions à l'encontre du salarié concerné par la démarche.*

*Je vous précise que je suis en total désaccord avec cette demande. En aucune façon le médecin du travail et l'infirmière du travail ne peuvent réaliser un alcool-test à la demande de l'employeur ou de son représentant.*

*Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et vous prie d'agréer, monsieur le directeur, l'expression de mes salutations distinguées.*

*D' Berneron*

Si j'ai pu participer à un certain nombre d'études dans les entreprises ayant une IDEST c'est grâce à leur investissement et à une confiance partagée ou chacune connaît sa place dans l'équipe.

*Exemple d'action conjointe médecin du travail-infirmière en santé et travail en entreprise*

*Il s'agit d'une entreprise de 700 salariés sous-traitante de l'industrie de pointe productrice de pièces en matériaux composites dont j'étais médecin du travail depuis moins de deux ans à raison d'un jour et demi par semaine. En 2010 l'équipe médicale, l'infirmière en premier, est sollicitée par la direction qui a peur d'un débrayage des salariées d'un atelier de fabrication manuelle de pièces en matériau composite, salariées fortement inquiètes suite à la survenue d'un cinquième cancer du sein dans cet atelier chez une collègue ayant comme les quatre autres salariées travaillé plus de quatorze ans dans cet atelier (ce sont des informations collectées par l'IDEST). Il a fallu dans un premier rassurer (missions de l'IDEST et du médecin), organiser des réunions avec les salariées (et répondre à leur demande de visite médicale, faire le point sur les fiches de données de sécurité(FDS), l'évaluation des risques ayant été faite mais pas à jour), contacter l'InVS (Institut de veille sanitaire) qui a décidé avec mon accord de mener une évaluation d'un excès éventuel de cas de cancers complétée ensuite par une évaluation de l'exposition des salariés à des substances chimiques. Une partie de la documentation des cancers depuis onze ans a été réalisée par l'infirmière en se renseignant auprès des collègues et des anciens et par moi (contact médecin traitant). Le travail d'observation des postes, présence de protections individuelles, collectives, description des tâches, de la variété des tissus utilisés, des pièces fabriquées, le travail à mains nues, le chauffage des tissus au sèche-cheveux pour rendre les tissus plus malléables, les postures de travail, visage près de la pièce, toutes ces observations ont été en partie réalisées et rédigées par l'infirmière avec ma relecture et mon questionnement. Deux ans plus tard, la présentation au CHSCT du rapport final par l'INVS a conclu à la présence de perturbateurs endocriniens avec exposition cutanée et respiratoire potentielle et a conduit à plusieurs re-*

*commandations, dont le dosage de biomarqueurs, la diminution du contact cutané avec les tissus (film, gants) et une meilleure information des salariées. L'infirmière a participé et suivi toutes ces actions, en sus de son travail quotidien.*

Ce travail en coopération avec les infirmières d'entreprise m'a conduit à proposer en 2016 à une infirmière dûment formée de réaliser les ESTI pour pallier le retard important dans les visites périodiques sachant que l'infirmière ne réalisait pas des tâches relevant des ressources humaines (fonction de chargée de sécurité, fonction d'assistante RH).

Cela a nécessité une information de la CMT (commission médico technique du SST) puis la rédaction d'un protocole tripartite signé par le responsable des Ressources Humaines de l'entreprise, l'infirmière et le médecin du travail et des moyens dédiés en temps spécifique et en locaux adaptés respectant la confidentialité pour réaliser les ESTI avec une information des partenaires sociaux de l'entreprise sur la mise en place d'ESTI et des modalités encadrés par des protocoles écrits par le médecin et non le RH. L'IST réalise la traçabilité des expositions, certaines études de poste, participe à la mise à jour de la fiche d'entreprise ce qui demande une relecture et des corrections si nécessaire.

#### **AUTRES COOPÉRATIONS AU SEIN DU SSTIE**

**L'**équipe pluridisciplinaire (infirmière, secrétaire, IPRP, psychologue clinicienne, assistante sociale et médecin du travail) aux compétences complémentaires est indispensable dans le fonctionnement actuel des SSTIE pour une meilleure connaissance du monde du travail mais ce n'est pas parce que le législateur a entouré le médecin du travail de nombreuses compétences que celui-ci a vu diminuer sa charge de travail. J'ai veillé pendant ces dernières années à ce que chaque métier y trouve sa place en y apportant ses compétences propres, compétences visant à prévenir, alerter, témoigner et débattre dans « l'espace public de l'entreprise » des effets délétères des conditions de travail sur la santé et ainsi permettre aux employeurs de mieux répondre à leur obligation de sécurité de résultat. Utopie ?

La relecture, validation, correction de tous les documents rédigés par l'équipe pluridisciplinaire concernant mon secteur d'activité (notamment IDEST et IPRP) ont été des actions chronophages mais indispensables avant leur adressage aux employeurs car elles engagent la responsabilité du médecin du travail.

## LE TRAVAIL EN RÉSEAU

### LES GROUPES DE PAIRS

Fin des années 80, confrontée au fil des consultations à la présence de lombalgies et de troubles musculo squelettiques (TMS) chez des salariés soumis aux contraintes organisationnelles et à la précarisation du travail (fonderies, équipementiers automobiles, entreprises de confection...), impuissante à faire prendre en compte mon point de vue de la santé et du vieillissement des salariés je m'oriente vers une réponse ergonomique, pensant aménagement des postes de travail et améliorations des conditions de travail en faisant un DESUP d'ergonomie. Je n'y ai trouvé qu'une réponse partielle à mon inquiétude de médecin en rapport avec les pathologies d'usure physique et psychique que je rencontrais face à ces nouvelles organisations du travail qui riment avec intensification, densification, flexibilité, individualisation du travail et engagement du salarié.

### SMTVL

C'est en partie grâce à la SMTVL, Société de Médecine du Travail du Val de Loire, association de formation des médecins du travail constituée de médecins du travail présidée pendant plusieurs années par Dominique Huez et dont j'étais membre depuis la fin des années quatre-vingt que j'ai découvert la psychopathologie du travail, réfléchi sur la prévention des RPS (les Risques Psycho-Sociaux des organisations du travail et des relations sociales qui s'y nouent) et participé à la construction de compétences professionnelles de médecin engagé du seul point de vue de la santé au travail. En effet cette association avait pour objectif de « favoriser la production des connaissances scientifiques en médecine du travail et en santé au travail, de contribuer à la formation et à la diffusion de travaux dans ce domaine (publication annuelle du compte rendu de la journée de formation de la SMTVL) et de promouvoir la réflexion et l'échange sur le métier de médecin du travail et sur la santé au travail en général ». C'est ainsi que la SMTVL face à la souffrance au travail engendrée par ces nouvelles organisations du travail a invité à la Journée annuelle de formation de 1987 Christophe Dejours pour traiter des apports de la psychodynamique du travail puis en 1992 Philippe Davezies. Il en est résulté une proposition de « formation-action » à partir d'une réflexion sur notre métier dont j'ai fait partie avec une trentaine de médecins du travail volontaires. Pendant un an un groupe de « Paroles et Pratiques » de différents services s'est réuni à Tours tous les mois par demi journée, réunions animées par Philippe Davezies et Danièle Le Boul ; cela a donné lieu à un rapport d'enquête sur les difficultés du métier et un débat au sein de la SMTVL.

### GAPEP DE TOURS

Issu de cette formation est né en 1993 à Tours le GAPEP, « Groupes d'Accompagnement des Pratiques Professionnelles » composé d'une douzaine de médecins du travail de différents services, autonomes et interentreprises du département qui ont appris à se connaître et qui partageaient les mêmes valeurs professionnelles et se retrouvaient pour travailler collectivement et analyser leurs pratiques en groupe de pairs, avec l'appui de la psychodynamique du travail autour de la question de la souffrance au travail en se réunissant tous les deux mois hors heures de travail pendant quinze ans. Suite à l'obligation d'Évaluation des Pratiques Professionnelles en 2007 il est devenu GAPEP 07002 au sein de l'association *E-pairs*. Après une période d'apports théoriques en psychodynamique du travail, le groupe a travaillé et discuté autour de cas cliniques, de monographies présentées par les médecins qui le souhaitaient et ont fait l'objet d'un compte rendu rédigé par les volontaires. On y a investigué le lien santé/travail, dans ses dimensions individuelles et collectives, prenant le travail des personnes comme grille de lecture. Le but était du point de vue individuel d'aider le salarié à construire sa santé, du point de vue collectif de faire remonter les problèmes rencontrés et d'en tirer des règles de métier en tant que médecin du travail. Le travail coopératif de ce groupe a pris fin en 2014 mais il m'a permis d'enrichir ma pratique professionnelle, tout en renforçant le soutien social et la reconnaissance au sein de la profession.

J'ai intégré en 2015 le groupe de pratiques professionnelles de médecins du travail du SIE et d'entreprises autonomes du Loiret, supervisé par Pascale Molinier. Cela a été une autre aventure aussi enrichissante.

### Ass. SMT

J'ai aussi été membre pendant plus de vingt ans de l'association Santé et Médecine du Travail (*a-SMT*) association de réflexion sur les pratiques professionnelles où chaque praticien peut exposer ses pratiques professionnelles et les mettre en discussion avec ses pairs. C'est un lieu de construction d'échanges sur les difficultés du métier face aux évolutions rapides du monde du travail, face aux nouvelles organisations, à l'installation de la précarité dans le travail et à la persistance dans de nombreuses entreprises, pas seulement les toutes petites entreprises de risques chimiques et physiques peu pris en compte. C'est ainsi qu'a émergé la clinique médicale du travail et c'est au travers de la rédaction de monographies médicales individuelles en clinique médicale du travail qui permettent d'investiguer les atteintes à la santé psychique au travail qui questionnent le rapport subjectif au travail. On donne à voir ce qu'on



écrit et on discute des pratiques entre médecins du travail de l'association partageant les mêmes règles éthiques et professionnelles.

### **PARTICIPATION À LA VEILLE SANITAIRE**

#### *ESTEVE*

Enquête santé travail et vieillissement

La première grande enquête nationale longitudinale à laquelle j'ai participé. Cette tâche chronophage certes mais passionnante nous ouvre une autre approche des salariés tirés au sort et volontaires. Cette enquête renouvelée au bout de cinq ans a permis un travail collectif entre médecins et chercheurs sur des thèmes choisis. Elle a mis en évidence les conséquences du travail sur le vieillissement ainsi que les effets du vieillissement sur le vécu du travail.

#### *SUMER*

Enquête nationale qui dresse une cartographie des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France afin de définir des actions prioritaires de prévention et l'évolution des expositions des salariés du secteur privé aux risques professionnels sur les vingt dernières années (dernière enquête en 2017).

#### *OBSERVATOIRE SAMOTRA-CE*

« Santé Mentale Observatoire Travail Rhône-Alpes et Centre » mis en place dans les années 2000, observatoire épidémiologique des problèmes de santé mentale en lien avec l'organisation du travail. Son originalité vient du fait qu'il est couplé avec un recueil de monographies cliniques de situations de souffrances mentales ou de décompensations psychopathologiques pour travailler l'aspect qualitatif et servir de base à la construction d'une clinique médicale du travail spécifique.

#### *PREST*

Précarité santé travail

Enquête réalisée dans la Région Centre qui fait suite au constat de précarisation sociale dans les années quatre-vingt-dix, aussi bien précarisation de l'emploi, précarisation du contrat de travail, précarisation des conditions de travail et les conséquences pour la santé.

#### *EVREST*

Dispositif de veille en santé au travail, qui permet d'analyser et suivre différents aspects du travail et de la santé de salariés, au fil du temps. Il ne s'agit pas d'une enquête ponctuelle, mais d'un observatoire permanent, mis en place depuis 2008 au niveau national.

#### *QMCP*

« Quinzaine des maladies à caractère professionnel » dispositif auquel j'ai participé depuis 2009 basé sur la déclaration pendant deux quinzaines par an de toutes les maladies à caractère professionnel (MCP) qui sont définies comme toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle et non reconnue en maladie professionnelle par la Sécurité Sociale. Les objectifs sont de surveiller l'évolution épidémiologique des maladies à caractère professionnel, permettre d'adapter les mesures préventives, fournir des éléments pour faire évoluer les tableaux de maladie professionnelle et estimer la sous-déclaration en maladie professionnelle. J'ai eu à cœur pendant dix ans de remplir fidèlement ces déclarations avec l'aide sans faille d'Anna ma secrétaire qui remplissait le Code NAF de l'entreprise des salariés vus pendant les deux semaines d'enquête et celle de Sandrine, mon infirmière pour les salariés de mon secteur qu'elle voyait en entretien infirmier.

Ces enquêtes qui montrent une prévalence d'atteinte à la santé mentale en lien avec les nouvelles contraintes organisationnelles du travail permettent au MdT d'associer les chiffres d'atteinte psychique qu'il énonce dans les entreprises notamment au cours de la présentation de son rapport annuel d'activité et de rendre visible socialement cette souffrance au travail qui émerge dans les consultations d'une clinique de la santé du travail.

### **LA CPP SOUFFRANCE ET TRAVAIL**

Sollicitée en 2011 par Dominique j'ai consulté à la consultation spécialisée « *Souffrance et travail* » située au sein de la CPP (Consultation de pathologie professionnelle) du CHU Bretonneau à Tours jusqu'en 2018 à raison d'un jour par mois et d'une consultation par demi journée, ces consultations complexes pouvant durer trois heures pendant lesquelles le praticien écoute, interroge, prend des notes et reformule en fin d'entretien au patient pour le valider, ce qu'il aura compris avec lui, des mécanismes pathogènes qui expliqueraient la dégradation de son état de santé au travail. Cela donne systématiquement lieu à la rédaction d'un courrier (plusieurs pages ayant demandé six à huit heures de travail de rédaction) à destination du praticien adressant (médecin du travail ou de soins) pour l'éclairer et à destination du patient dont l'objet principal est de laisser une trace du travail de compréhension de ce qui peut faire difficulté dans le travail du patient au point de l'en rendre malade afin qu'il puisse s'y référer en continuant à restaurer votre santé.

Cette consultation a été conçue aussi comme un lieu de formation par compagnonnage pour plusieurs mé-

decins du travail volontaires ayant des prérequis en psychopathologie du travail. Ainsi, deux praticiens, le consultant et le médecin en compagnonnage, investissent cliniquement ensemble, l'un y engageant sa responsabilité médicale. Tous se retrouvent pour deux journées de *staffs* semestriels permettant de discuter de cas cliniques ayant posé question aux praticiens autour de leurs monographies de clinique médicale du travail.

Depuis 2019 j'ai rejoint le réseau de prévention *Souffrance et Travail STRAP* et je consulte en région Centre.

### LAISSER DES TRACES, LA PRODUCTION D'ÉCRITS

#### LA MONOGRAPHIE CLINIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Il s'agit d'une histoire clinique écrite par le médecin du travail du point de vue de la santé au travail. Elle permet d'instruire le rôle du travail dans les décompensations mentales ou physiques et tente de repérer voire d'identifier le lien entre les deux. Elle trouve sa place dans le dossier médical papier du salarié ou dans le dossier informatisé.

#### ♦ Cette monographie courte montre comment l'écoute compréhensive ouvre la porte sur l'action

Aider à raconter, c'est aider le salarié à penser ou repenser sa situation. C'est l'aider à se réapproprier la situation et l'aider à la prise de décision.

Monsieur B... conducteur de four de métal dans une fonderie est victime d'un accident du travail assez fréquent en fonderie : brûlure de la jambe par projection de métal en fusion à 1 450° C survenue lors du déversement du métal dans la poche, opération commandée par lui-même, situé en surplomb par rapport au couleur qui tient la poche de coulée avec un collègue au moyen de deux bras (forme de brancard) qui nécessite d'être proche du four lorsqu'il le bascule afin d'éviter un débordement de la poche dont le contenant est plusieurs fois inférieur à celui du four.

Il est revu en visite de reprise du travail quelques mois après son accident du travail avec une demande d'incapacité à son poste « *Docteur, je ne peux plus conduire le four, ça me brûle trop !* » L'examen révèle une cicatrice encore rouge sur le tiers inférieur de la jambe et le bord externe du pied qui reste encore sensible à la chaleur malgré le port de vêtements de protection.

Une discussion s'ensuit pour savoir ce qu'il pense pouvoir occuper comme poste dans le même secteur fusion. Il précise qu'il ne souhaite pas changer de secteur mais qu'il peut travailler au poste de couleur. Le médecin du travail a essayé de comprendre pourquoi il voulait travailler à ce poste, beaucoup moins qualifié et valorisant, et où la température est la même et le

risque de brûlure aussi élevé. Et c'est en accompagnant le salarié dans son récit que les éléments fondamentaux sont apparus :

« *Depuis l'accident je fais le bouche-trou : un jour on me donne un four et le lendemain un autre, que je ne connais pas bien... En fait c'est qu'on m'a puni à cause de l'accident ! Alors que je n'y étais pour rien, c'est le crochet du godet qu'a lâché !* »

En parlant au médecin qui écoute de façon attentive et compréhensive, le salarié peut mettre en mots ce qu'il ressent. Et en mettant en mots il comprend lui-même que ce n'est pas la brûlure qui lui fait mal, mais l'injustice de cette sanction, dont le médecin lui donne acte. C'est ce qui va lui permettre de reprendre la main : « *Finalemement Docteur, ne me mettez pas inapte, je vais demander à reconduire mon four !* »

C'est ainsi que ce salarié a pu reprendre son poste de travail sans que j'aie à le revoir.

#### ♦ Monographie courte sur le plaisir au travail là où le médecin n'y voit que pénibilité

Madame B... a 52 ans et travaille dans la fonderie depuis seize ans. C'est une femme toujours souriante, pimpante, malgré la grisaille de l'atelier et les machines-outils dégoulinant leur lubrifiant.

Elle vient à la visite médicale annuelle, s'installe confortablement. « *J'ai le temps de parler, je fais ma production et aujourd'hui ça marche bien, je n'ai pas de retard.* » À ma question sur le travail elle répond : « *Mon travail, comment ça va ? Comme d'habitude, bien.... Ce n'est pas comme il y a quelques années quand on avait le chef complètement obsédé. Monsieur X... lui, il nous oublie* », et en riant, « *C'est normal vu où on est cachées derrière les vieilles machines au fond de l'atelier. Mais le responsable nous fait confiance.* »

Elle continue « *Je ne voudrais pas changer de travail même s'il est dur et si c'est sale. On est peut-être seules dans notre coin mais on est tranquilles. Les machines elles n'obéissent qu'à nous quatre, toutes des vieilles bien sûr... C'est qu'on n'y apprend pas le travail en un jour et ça, notre boulot, rectifier les chambres, même le régleur ne sait pas le faire. Il faut apprendre la machine, il n'y a rien d'automatique et les machines sont tellement vieilles qu'il faut tourner le volant plus ou moins et je réussis toutes mes pièces même quand la machine marche mal. Vous pouvez regarder, docteur, vous y avez vu des hommes sur les postes ? On nous a mises en poste de nuit, eux ils sortent 300 pièces le jour et il faut les reprendre en plus ; et nous, on en sort le double. Aussi le chef il ne le dit pas mais il voit bien qu'on travaille bien, on le sait puisqu'il ne nous embête*

pas. Une fois il a dit "Je ne passe pas souvent car avec vous je sais que le travail est fait". »

« J'aime bien mon travail. Bien sûr, je serai contente de partir dans deux ans quand mon mari sera à la retraite mais non, je ne viens pas par force. On sait qu'on est là huit heures pour travailler et on a l'amour du travail bien fait les copines et moi. »

### CERTIFICATS DE DÉCLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

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

Mon premier CMI je l'ai rédigé 1987, il était écrit à la main, première TMS tendinite du poignet et syndrome du canal carpien reconnu par la CPAM chez une opératrice d'ébarbage, meulant des « sièges » - petit cylindre de métal ébavuré - sur le touret à meuler non protégé, à la volée les deux mains pinçant entre pouce et index la pièce pour qu'elle ne « s'envole » pas avec une cadence très élevée. Je l'avais mise en garde sur le risque de rétorsion de l'employeur qui l'a « punie » en refusant le changement de poste, l'obligeant à un long arrêt de travail. Je fus convoquée dans le bureau du directeur pour une « engueulade maison ». On avait jamais vu ça dans l'entreprise ! Je voulais couler l'entreprise. Ce fut le début d'une longue liste de déclarations de maladies professionnelles dans la fonderie, plus de douze TMS par an et malheureusement cancers du poumon en lien avec l'exposition à l'amiante, silicose, sidéroses.

### MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL

Activité là aussi chronophage de rédaction d'un certificat argumenté à la CRRMP (Commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles) notamment pour des pathologies de décompensation mentale et des TMS (troubles musculo squelettiques) qui prennent leur origine dans l'organisation du travail.

Pas de reconnaissance directe en maladie professionnelle, les gestes de travail n'entrant pas fidèlement dans la description du tableau 57A et passage par la CRRMP avec reconnaissance en maladie professionnelle.

CMI tableau 57A

**PATHOLOGIE : Rupture étendue du sus-épineux et vraisemblable rupture du long bicipital avec clivage de l'infra-épineux épaule droite** objectivée par IRM réalisée le 18 mars 2019 (brèche transfixiante du supra-épineux à l'arthrographie de l'épaule droite réalisée le 18 mars 2019). Pas d'arrêt de travail. Première constatation de la tendinopathie de l'épaule droite lors de la visite médicale du 21 janvier 2010.

### POSTE DE TRAVAIL : Ajusteur aéronautique

Le poste d'ajusteur, finition qu'occupe Monsieur X... depuis 1989 consiste à préparer, monter et assembler manuellement et à l'aide d'outils pneumatiques différentes pièces en matériau composite. Il a ainsi travaillé sur de nombreuses pièces dont les M en carbone avec des tâches de préparation de surface, perçage, fraisage, rivetage, encollage.

Il a aussi réalisé de l'ajustage de bords d'attaque, pièces en kevlar matériau composite très dur à percer et couper : détournage de la pièce et préparation de la surface de la pièce avec ponçage (petite ponceuse à disque) de la surface de la pièce et ponçage manuel à l'aide d'une cale (tissu papier de verre) de la surface des parties à encoller ; fraisage, nettoyage au solvant et collage.

Actuellement Monsieur X... est ajusteur pour les pièces V en carbone, filtres pour hélicoptère (montage de deux éléments (un externe et un interne). Pour cela il manipule bras tendus la pièce encombrante de 1,80 m x moins d'1 m (7 kg) qu'il dépose sur un établi non réglable en hauteur. Il doit réaliser le détournage de la pièce, et préparer la surface dessus et dessous avec manipulation de la pièce en ponçant avant de la positionner pour assemblage, Il ajuste la pièce qui vient à l'intérieur de la première pièce avec mise en place d'outillages (14 kg) actuellement stockés à proximité sur support vertical qu'il faut manipuler pendant trois heures pour monter, démonter 10 à 15 fois. La pièce finie pèse 10 kg. Il réalise des tâches de perçage (40 perçages), alésage, fraisage (réalisation pendant environ 10 secondes/fraisure) d'un chanfrein sur l'arête débouchante du perçage afin d'abriter la tête d'une vis à tête fraisée sans qu'elle ne dépasse de la surface de la pièce) ce qui nécessite de la minutie puis alésage et autant de fraisage et de vissage ; rivetage avec pose de 63 rivets. Réalisation de contrôles et retouches.



*Ce travail nécessite des manipulations de la pièce, des différents outillages ainsi que l'utilisation d'outils vibrants pour poncer, détourer, percer, aléser, fraisurer, riveter dans des postures contraignantes des deux membres supérieurs, avec des **mouvements répétés et le maintien des épaules sans soutien en abduction avec un angles > à 60°.***

Certificat établi le 20 mars 2019

**ÉCRIT AU SERVICE ACCIDENT DU TRAVAIL  
DE LA CPAM DU DÉPARTEMENT XX**

Madame,

*Je suis le médecin du travail du service de santé au travail en charge de la surveillance des salariés de l'entreprise A... depuis juillet 2014. À ce titre je travaille avec Madame Z..., IDEST salariée de cette entreprise depuis de nombreuses années.*

*La situation de cette entreprise en difficulté qui subit depuis plusieurs années rachats et pertes d'emploi génère des tensions et un mal être important qui sont une source de décompensations de santé ce que j'ai souligné dans mon rapport annuel 2014 et dans la fiche d'entreprise 2015. Le rapport réalisé par un cabinet externe fin 2015 à la demande des membres du CHSCT confirme mes constats. Madame Z... connaît bien les salariés qu'elle prend en charge depuis de nombreuses années dans leurs difficultés personnelles et professionnelles et dont elle a la confiance.*

*En tant qu'infirmière en santé au travail, elle est soumise au secret médical et ne peut donc donner aucune information médicale à la hiérarchie malgré les demandes pressantes qui peuvent lui être faites. Par ailleurs elle réalise un travail isolé (sans collectif de travail réel puisqu'elle occupe un poste singulier et qu'elle a vu partir au fil des ans plusieurs collègues dont elle était proche) et un travail difficile d'écoute impuissante de salariés confrontés à la peur de la perte de leur emploi.*

*Je viens témoigner de dysfonctionnements que j'ai constatés dans l'entreprise concernant la déclaration des accidents du travail. La politique du « zéro accident » est très prégnante dans l'entreprise. J'ai pu constater les difficultés rencontrées par Madame Z... pour faire respecter sa décision concernant la prise en charge d'un salarié accidenté ce qui entre dans les missions de l'IDEST prévues au Code de la santé publique (à savoir le rôle propre d'infirmier et le rôle de mise en œuvre des prescriptions ou protocoles médicaux) :*

♦ *J'ai donc été contrainte d'utiliser « mon autorité médicale » pour imposer le départ d'une salariée victime d'un accident du travail, l'employeur refusant de l'envoyer en consultation aux urgences ce qu'avait décidé l'infirmière tant qu'il ne l'avait pas vue et n'avait pas pu organiser une enquête « à chaud » c'est-à-dire en présence de la salariée.*

♦ *L'employeur a par ailleurs émis des réserves pour l'accident du travail d'une animatrice qualifiée en février 2015 ; il s'agissait d'un effondrement psychique survenu sur les lieux de travail pendant le temps de travail et pour lequel un faisceau de présomptions et de constats laissait à penser que c'était en lien direct avec le travail. J'ai écrit à l'employeur un courrier argumenté sur la situation de désorganisation du travail ayant conduit de mon point de vue à cette décompensation psychique. Cet accident du travail a été refusé par la caisse.*

*Dans un contexte de dysfonctionnement potentiel de la déclaration des accidents du travail Madame Z... comme toute infirmière d'entreprise placée sous l'autorité technique du médecin du travail, me met en copie des courriels échangés avec la direction sur ce sujet. En effet « le médecin du travail, conseiller de l'employeur et des salariés, est le seul compétent pour définir les modalités d'intervention adaptées aux situations accidentelles et d'urgence médicale pouvant survenir dans l'entreprise et ce, en fonction des risques encourus et de la connaissance qu'il a de l'état de santé des salariés. »*

*J'ai été témoin de la mise en difficulté de l'IDEST dans l'exercice de ses fonctions par une mise à l'écart pour la gestion et l'analyse des accidents du travail qu'elle présentait elle-même dans le passé en CHSCT ; elle n'en a, semble-t-il, pas été informée au préalable.*

*Elle m'a rapporté ne plus pouvoir travailler en confiance avec sa hiérarchie ce que je constate puisque pour chaque salarié présentant un problème de poste de travail et de santé elle me demande d'intervenir directement auprès de la direction.*

*Le travail déployé dans un vécu de méfiance et de peur d'un salarié à l'égard de sa hiérarchie est facteur de déstabilisation de la santé et pourrait être un élément participant à un effondrement psychique au cours d'un entretien avec un supérieur hiérarchique surtout si celui-ci se déroule dans un climat d'intimidation.*

*J'espère que ce courrier apportera un éclairage complémentaire dans l'analyse de la survenue de l'accident de Madame Z...*



*Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sincères salutations.*

*Docteur Berneron*

#### **ALERTE INDIVIDUELLE**

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

*Monsieur EMPLOYEUR, Copie salariée*

*J'ai vu en visite de pré-reprise du travail votre salariée Madame VU et avec son accord je vous en informe. Cette salariée présente un état de santé altéré qui ne lui permet pas de reprendre son poste de travail, rédaction des actes en l'état.*

*J'assure le suivi des salariés depuis 20\_\_ et à ce titre-là j'ai été informée de réorganisations successives dans votre étude.*

*Madame VU a été recrutée il y a plus de vingt ans au poste de secrétaire mais elle me rapporte avoir changé plusieurs fois de postes au cours des années : elle aurait ainsi occupé le poste de négociatrice jusqu'en 2009 puis celui à nouveau de secrétaire avec suivi des dossiers des Clercs et activité d'accueil puis le poste de gestion des contrats de location puis serait revenue au secrétariat en soutien aux actes.*

*En janvier 2011 elle a été positionnée au poste de rédactrice des actes, poste avec lourdes responsabilités, sans formation et compétences spécifiques, précise-t-elle. Cela s'est avéré être une mission difficile pour elle et elle aurait refusé de poursuivre ce travail en octobre 2014. Vous avez entendu sa demande et vous l'avez mutée aux formalités préalables pour vente et succession, poste dans lequel elle a pu se déployer avec plus de sérénité. Elle me dit avoir été repositionnée début septembre 2015 à la rédaction des actes et elle doit assumer le poste seule depuis mi-novembre, selon ses dires, privée du soutien et des conseils pour les dossiers difficiles de sa collègue Madame VON, Clerc habilité qui est actuellement en congé maladie-maternité.*

*Madame VU secrétaire, au poste de rédaction des actes, rapporte une surcharge de travail qu'elle réalise sans soutien, sans maîtrise de cette fonction dans un contexte de pression temporelle. Cela s'accompagne de la peur de commettre des erreurs et de ne pas rendre en temps et heure les dossiers ce qui serait préjudiciable à votre étude.*

*La littérature montre que les réorganisations avec changement de fonction sans cohérence aux yeux des salariés lorsque cela s'accompagne d'un déni de reconnaissance peuvent être délétères en termes de santé des salariés et cela doit être pris en compte.*

*Je souhaite donc vous rencontrer pour évoquer cette situation, le secrétariat est à votre disposition pour fixer un RV.*

#### **ALERTE COLLECTIVE**

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

*Monsieur le Directeur,*

*Suite à l'entretien avec le DR de votre établissement et avec le DRH et suite à la visite effectuée dans votre établissement le 04 12 20.., nous vous confirmons être préoccupées par la prévention des risques psychosociaux dans votre établissement .*

*En effet nos constats médicaux, nos entretiens cliniques et autres données concordantes (nombreuses visites d'embauche, demandes de visite des salariés, arrêts maladies. .) pour un effectif de 11 personnes nous permettent de penser qu'il y a lieu de prendre en compte les risques en santé mentale dans votre établissement et de les répertorier dans le document unique.*

*Parmi les facteurs relevés au cours des entretiens et lors de la visite des locaux, nous avons noté :*

#### **♦ une organisation et des processus de travail délétères qui se traduisent par :**

*❖ des dépassements excessifs et systématiques des horaires de travail sans récupération notamment chez les responsables de rayon qui n'ont pas tous le même statut et aussi chez les vendeurs ;*

*❖ un effectif réduit à 11 salariés dont plusieurs vendeurs à temps partiel, pour six jours d'ouverture du magasin ce qui contraint les salariés à travailler dans l'urgence, à interrompre une tâche pour en faire une autre (vendeur qui quitte son rayon pour tenir la caisse, directeur qui occupe le poste d'accueil en l'absence de vendeur caissier disponible...);*

❖ une charge de travail réelle manifestement excessive qui se traduit par l'obligation de faire en même temps de la mise en rayon, du facing et du conseil aux clients ou bien tenir la caisse, l'accueil en gérant la file d'attente, l'information aux clients, la gestion de l'impatience du client pour sa prise en charge différée pour un problème technique car aucun vendeur n'est disponible ;

❖ dans un contexte économique difficile, des objectifs financiers disproportionnés qui ne tiennent pas compte de la petite taille du magasin, de sa vétusté le rendant difficilement attractif pour la clientèle ;

❖ une mise sous pression importante et mise en concurrence systématique par un classement des magasins en fonction de la progression du chiffre d'affaires ce qui finit par constituer au niveau national un mode de management.

♦ **lors de la visite des locaux, nous avons noté des conditions et un environnement du travail délétères qui se traduisent par :**

❖ une température basse dans le magasin en début de journée en raison d'un arrêt du chauffage la nuit (8° C), l'absence de sas à l'entrée avec entrée d'air froid en hiver notamment au poste d'accueil situé en face des portes automatiques ;

❖ des locaux trop petits ayant obligé à réduire les linéaires à 55 cm pour avoir des allées de circulation correctes pour les clients, un encombrement du rayon matériel de fitness avec cartons au sol et obligation de monter le matériel de démonstration musculation sur une plateforme ;

❖ espace restreint qui met en compétition et en tension les différents secteurs en raison du manque de linéaires obligeant à faire des choix pour favoriser ou privilégier un secteur ;

❖ l'absence de local de réserve obligeant les jours de réception (quatre camions à vider et ranger par semaine) à rentrer les produits (pour tri, cintrage) directement dans les rayons dans des conditions difficiles (camion sous auvent, porte du magasin ouverte, déplacement des produits avec transpalette manuel sans gerbeur).

♦ **un management national et un déficit en communication délétères qui se traduisent par :**

❖ une individualisation de la gestion des ressources humaines et un accroissement des responsabilités : entretiens individuels mensuels de décision visant d'après la direction nationale à l'enrichissement des collaborateurs mais qui ont pour conséquence un investissement personnel

complet du salarié et une implication psychique cognitive et physique plus forte ;

❖ un management délétère de certains responsables de rayon dont les entretiens mensuels sont déstabilisants et peuvent se solder par des reproches, une mise en cause du savoir être et du savoir-faire et une dévalorisation du salarié ;

❖ des réunions rapides d'information par le directeur pour faire le point sur la progression du chiffre du magasin et donc sa place par rapport aux autres magasins ce qui augmente la pression et l'inquiétude chez les salariés sachant que leur magasin est en difficulté ;

❖ un déni d'information sur la mauvaise santé économique de l'entreprise et l'incertitude sur son avenir.

♦ **des facteurs subjectifs qui se traduisent par :**

❖ la sensation d'être isolé dans son travail ;

❖ la perception d'un manque de soutien de la hiérarchie ;

❖ un vécu négatif du travail avec l'impression de ne pouvoir faire face à la situation ;

❖ la notion d'injustice sociale et le déni de reconnaissance ;

❖ la difficulté de concilier vie professionnelle et vie personnelle.

Ce constat fait écho au courrier du 29 octobre 2009 adressé par les organisations syndicales de l'entreprise à Monsieur BA responsable des relations sociales qui demandent l'ouverture de négociations sur le stress au travail.

Il est donc important d'avoir une approche globale des problèmes et de chercher des solutions dans l'organisation du travail...

Ce courrier est à annexer à la fiche d'entreprise dont nous avons fait la mise à jour le 4 décembre 2009 et que nous vous communiquons conformément à l'article D4624-37 du Code du travail.

Nous restons à votre disposition pour toute aide ou conseil éventuel dans ces domaines et vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

Copie : directeur des ressources humaines et directeur régional

**ATTESTATION DE SUIVI POST PROFESSIONNEL**

**S**i le médecin du travail a l'obligation d'informer les salariés des risques auxquels il est exposé ou a été exposé, il a aussi l'obligation de le tracer dans le DMST. La

traçabilité des expositions professionnelles est indispensable pour une bonne prévention primaire et aussi pour les droits du salarié à réparation. Il doit aussi rédiger et adresser au salarié une attestation d'exposition professionnelle aux risques concernés par le suivi post professionnel.

Pour la petite histoire quelques mois après la fermeture de mon premier service de santé au travail (dossiers médicaux inaccessibles) le médecin inspecteur et moi-même avons dû rédiger près de 60 attestations d'exposition professionnelle pour les salariés d'une fonderie exposés à l'amiante, la silice et les HAP (Hydrocarbures Polycycliques Aromatiques suite à la fermeture de leur entreprise que j'avais suivie pendant 28 ans. Je peux remercier mes archives personnelles pour les trésors d'informations qu'elles recélaient !

### CONCLUSION

À la lecture des nombreux documents de travail que j'ai conservés je constate que j'ai eu une vie professionnelle d'engagement au service de la santé au travail bien remplie. Et ce qui a décidé de ma pratique professionnelle de clinicien du travail c'est bien la découverte de la psychodynamique du travail et le travail en réseau avec des médecins déjà engagés dans la réflexion qui m'ont entraînée dans leur sillage. Au départ j'ai été tellement « habitée » par cette transformation que cela transpirait dans mes attitudes, mes réflexions à tel

point que Christiane, fidèle et discrète secrétaire me disait : « *Bernadette, arrêtez votre psychodynamique du travail, ça va vous rendre malade* ».

Au contraire, la psychopathologie du travail, le travail entre pairs pour construire une clinique médicale du travail m'a apporté confiance et fierté de pratiquer mon métier de médecin du travail engagé du point de vue exclusif de la santé. Ce ne sont pas les condamnations de l'Ordre des médecins qui me feront changer ma pratique mais je dois reconnaître que j'ai été fortement bousculée par la succession de cinq plaintes au Conseil de l'Ordre dans mes six dernières années d'exercice qui se sont soldées par deux condamnations pour avoir attesté du lien santé/travail, l'une en appel en Chambre disciplinaire nationale pour un écrit à une patiente vue en consultation de pathologie professionnelle et l'autre en chambre régionale disciplinaire pour un courrier au médecin traitant d'un salarié vu en consultation au SST dans ma dernière année d'exercice de médecin du travail. Ces sanctions n'ont qu'un seul but-inciter les médecins à renoncer aux diagnostics médicaux du lien santé/travail ou à modifier leurs écrits après une plainte d'employeurs devant l'ordre départemental. Ce ne sont pas les nouveaux textes qui faciliteront les missions du médecin du travail qui tend à devenir un médecin de sélection de la main d'œuvre dans des SSTIE au service des entreprises.



*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 14***

*En vous remerciant à l'avance.*

*Le bureau de l'ass. SMT*

# ASSOCIATION S.M.T.

– LE BILAN 2021/2022 –

## 43<sup>e</sup> CONGRÈS ANNUEL LE 3 DÉCEMBRE 2022 AU FIAP (PARIS)

⌘ Face aux textes réglementaires, comment le médecin du travail peut-il conserver son éthique professionnelle : Missions et exercice bouleversés  
(Voir page 8 pour les pré-inscriptions)

### RÉUNIONS TENUES

♦ Notre 42<sup>e</sup> Congrès annuel s'est tenu le 5 décembre 2021 à Paris sur les thèmes :

- ❖ *Éthique et Pratiques en médecine du travail*
- ❖ *Médecine du travail : un cadre effondré et de nouvelles obligations privées de moyens*

♦ La Journée de Printemps s'est déroulée en visioconférence le 12 mars 2022 sur les thèmes suivants :

- ❖ *Maladies Professionnelles*
- ❖ *Évolutions fragilisant ou non la présomption d'origine*
- ❖ *Polyexpositions, « part attribuable », remise en cause des barèmes d'indemnisation, FIVP...*

♦ Réunion du Conseil d'Administration en visioconférence le 19 juin 2022

Vous trouverez les comptes rendus dans ce *Cahier SMT N°39*.

### ACTIONS

- ♦ Les textes publiés dans ce numéro, témoignent des pistes de réflexion et d'action de l'association au cours de l'année
- ♦ Soutien aux médecins attaqués par l'ordre des médecins suite à des plaintes d'employeurs
- ♦ Participation à l'assemblée citoyenne pour la démocratie au travail, « ne lâchons pas le travail, un appel pour des avancées démocratiques au travail (18 janvier 2022)
- ♦ Karine Djemil représente l'a-SMT au sein du Conseil National Professionnel des Médecins du Travail (CNPMT).

### BILAN DU SITE INTERNET [www.a-smt.org](http://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.

♦ **Les actualités en santé au travail et les modifications législatives :**

- ❖ les recommandations spécifiques concernant les services de santé au travail ;
- ❖ les contributions professionnelles ;
- ❖ des contributions de 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

### PUBLICATIONS

- ♦ Édition et diffusion du *Cahier SMT N°38*, Octobre 2021
- ♦ Ce *Cahier SMT N°39*, a été tiré à 500 exemplaires

### DÉCISIONS D'ORGANISATION

Le 5 décembre 2021, 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 (44)

*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 KERGRESSE (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 3 décembre 2022. Thème retenu :

⌘ Face aux textes réglementaires, comment le médecin du travail peut-il conserver son éthique professionnelle : Missions et exercice bouleversés