

PRÉSERVER LA SANTÉ DES SUJETS

LES CAHIERS S.M.T. N°40

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

OCTOBRE 2023

ISSN 1624-6799

**ENTRETIENS CLINIQUES RÉGULIERS
FONDEMENT DE LA PRÉVENTION MÉDICALE
PRÉSERVER L'ÉTHIQUE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL**

ENTRETIENS CLINIQUES RÉGULIERS

PROCESSUS NÉCESSAIRE À LA PRÉVENTION PRIMAIRE COLLECTIVE

ÉOLUTION DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

AU RISQUE DE SA FINALITÉ

DÉLIBÉRER SUR NOS PRATIQUES

L'ORDRE DES MÉDECINS ENTRAÎNE LE DIAGNOSTIC

ÉTIOLOGIQUE DES PSYCHOPATHOLOGIES DU TRAVAIL

Éditorial *Jean-Louis ZYLBERBERG*

3

Entretiens cliniques réguliers,
processus nécessaire à la Prévention primaire collective

Histoire de Madame O..., violences et travail, intérêt du parcours coordonné *Karyne CHABERT*

5

Madame N..., isolement et effondrement des valeurs éthiques non partagées *Karyne CHABERT*

10

Consultation à la demande d'un électricien ou comment comprendre les enjeux de santé au travail en l'absence de consultations périodiques *Jean-Louis ZYLBERBERG*

13

Santé et travail, « Circulez y'a rien à voir ! » *Jean-Louis ZYLBERBERG*

15

Les pratiques en médecine du travail, « Le contraire de un » *Alain CARRÉ*

17

« La prévention primaire reste le moyen le plus sûr pour réduire l'impact du travail sur la santé », chiche ! *Jean-Louis ZYLBERBERG*

23

Évolution de la Médecine du travail
au risque de sa finalité

Les cancers professionnels, les rendre invisibles ainsi que leurs causes *Alain CARRÉ*

25

La fin de la traçabilité individuelle par les entreprises qui génèrent les risques
En substitution, des médecins impuissants, apeurés ou ignorants *Alain CARRÉ*

28

L'ANI du 15 mai 2023, un catalogue de bonnes intentions
prétexte à une prise de pouvoir des employeurs sur la branche AT / MP *Alain CARRÉ*

34

Face aux nouveaux textes réglementaires, comment le médecin du travail peut-il conserver son éthique professionnelle. Missions et exercice bouleversés
(B. De Labrusse, D. Huez, A. Randon)
Compte rendu du 43^e congrès de l'Association Santé et Médecine du travail, 3 décembre 2022

39

Quelle pratique professionnelle pour « soigner le lien santé-travail » ?
Compte rendu de la Journée de Printemps de l'Association Santé et Médecine du travail, 18 mars 2023 *Alain RANDON*

44

Délibérer sur nos pratiques

Une histoire sans fin *Odile RIQUET, Denise RENOU-PARENT*

50

Médecin du travail, médecin inspecteur, mêmes combats *Pierre ABECASSIS*

56

L'Ordre des médecins ignore la place centrale
du patient-sujet dans la prise en charge médicale

L'Ordre des médecins entrave le diagnostic étiologique des psychopathologies du travail *Alain GROSSETÊTE, Alain CARRÉ*

66

Bilan 2022-2023 *Alain RANDON*

É D I T O R I A L

**« DOCTEUR, DEUX ANS DE PLUS
ÇA NE VA PAS ÊTRE POSSIBLE... »
« PAS D'INQUIÉTUDE,
VOUS AVEZ UN MÉDECIN CERTIFIÉ QUALITÉ... »**

Après plusieurs mois de contestations organisées par l'ensemble des organisations syndicales de salariés, la réforme du régime général de retraites s'est mise en route de juin à fin août (pas moins de dix-huit décrets publiés de juin à fin août) pour prendre effet au premier septembre. On n'a jamais autant entendu parler de travail et de santé au travail au cours de ces premiers mois de 2023. Les professionnels de santé, que sont les infirmier(e)s en santé au travail et les médecins du travail, ont vu arriver dans leurs consultations des demandes d'aides plus fréquentes qu'auparavant de salariés « seniors ». Car deux ans n'est qu'un chiffre symbolique : pour beaucoup de travailleurs, et encore plus pour les travailleuses, leurs carrières professionnelles ont été « hachées », avec un début souvent précaire, missions d'intérim à la chaîne, des CDD à répétition sans le CDI promis à la fin, des périodes de chômage, des périodes d'autoentrepreneurs sans cotisations retraite, avec des conditions de travail usantes pour leur santé physique et mentale. Depuis septembre, ce sont encore plusieurs années de cotisations à leur régime de retraite avant d'envisager une vie sans un lien de subordination.

La sacro-sainte Prévention de la Désinsertion Professionnelle (PDP) et maintien dans l'emploi, « mission centrale » des Services de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises (SPSTI), mentionnée dans le référentiel de certification des SPSTI AFNOR publié en août, doit répondre aux attentes des salariés « seniors », qui vont « (...) anticiper un risque d'inaptitude (...) » et « (...) engager une démarche de PDP et/ou de maintien en emploi et bénéficier d'un accompagnement personnalisé en pouvant solliciter la cellule PDP (...) ». Mais « (...) si cette demande est formulée alors que le contrat de travail n'est pas suspendu, l'employeur doit en être préalablement informé (...) ».

Peste soit le secret médical, obstacle réglementaire à des relations agiles et fluides entre l'employeur et ses salariés.

Depuis quelques semaines, nous recevons de l'Assurance Maladie, dont le slogan est « agir ensemble pour protéger chacun », des fiches navettes pour des assurés sociaux, en arrêt de travail depuis plus de six mois et en général âgés de plus de 50 ans, qui ont accepté un accompagnement pour leur parcours de maintien en emploi. Sur une messagerie sécurisée, l'Assurance Maladie nous invite à partager des informations que l'équipe pluridisciplinaire jugerait utiles pour que l'assuré social soit le mieux accompagné et s'il nous semble important d'impliquer au plus tôt, l'employeur de cet assuré social, l'Assurance Maladie nous laisse le soin de l'informer que son salarié va « bénéficier d'un accompagnement personnalisé ».

Quid du consentement de l'intéressé(e) ? L'enfer sanitaire est toujours jonché de bonnes intentions...

La période estivale est souvent celle de la publication des textes réformant la santé au travail et cette année nous avons vu paraître en plein mois d'août un décret créant le Fonds d'Investissement dans la Prévention de l'Usure Professionnelle afin d'améliorer la prévention des expositions aux facteurs de risques professionnels dits « ergonomiques ». Il s'agit du port de charges lourdes, des postures pénibles (le travail serait-il devenu pénible depuis 2023 alors qu'il ne l'était pas en 2017 ?) ou des vibrations. Les salariés exposés au facteur de risque « travail de nuit » pourront acquérir des points de pénibilités à partir de 100 nuits par an contre 120 jusqu'alors, Jackpot... Travailleurs usés préparez-vous à jouer à ce nouveau Monopoly de la pénibilité pour vous acheter une procédure de reconversion professionnelle.

Mais les professionnels de santé constatent dans leurs consultations des travailleuses et travailleurs n'ayant pu poursuivre une scolarité au-delà l'âge de 15 ans voire pour certains à l'âge de 11 ans dans leur pays européen d'origine et dont les effets du travail sur leur santé se sont manifestés dès la quarantaine. Ils ne peuvent envisager, à plus de cinquante ans, entamer une formation qualifiante de plusieurs mois avec un e-learning après un bilan de compétences mené par des cabinets qui sont évalués uniquement sur le nombre de bilans annuels effectués.

Les mantras des plans nationaux et régionaux santé-travail se succèdent depuis des années : « Oublions l'antique réparation des effets du travail sur la santé et investissons tous ensemble dans une vraie politique de prévention primaire. » Mais alors pourquoi les organisations d'employeurs s'arc-boutent au niveau européen et au niveau français pour refuser de créer de nouveaux tableaux de maladies professionnelles malgré les connaissances scientifiques et les évaluations des agences gouvernementales comme l'ANSES ? Pour un investissement des entreprises dans une politique de prévention primaire des risques professionnels il est nécessaire que la réparation devienne un coût suffisamment important.

Or le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024, actuellement en débat à l'Assemblée Nationale, prévoit de diminuer les indemnités des incapacités permanentes suite à un accident du travail (AT) ou une maladie professionnelle (MP) et de diminuer les indemnités de la faute inexcusable de l'employeur. Le prétexte de ce projet de loi est le nouvel accord national interprofessionnel signé le 15 mai 2023 par l'ensemble des partenaires sociaux. Dans cet accord les partenaires sociaux insistent sur l'impératif d'apporter des évolutions à la réparation pour « y apporter des améliorations, lui rendre sa robustesse et assurer ainsi sa pérennité. » et « appellent le législateur à prendre toutes les mesures nécessaires afin de garantir que la nature duale de la rente AT/MP ne soit pas remise en cause. » Or, la branche AT/MP de la Caisse nationale d'Assurance Maladie était encore excédentaire en 2021 et plus d'un milliard d'euros ont été versés à la branche maladie dans le cadre de la sous-déclaration des maladies professionnelles. L'excédent financier sera-t-il à l'avenir reversé aux entreprises par le biais d'aides financières pour la fameuse prévention primaire ? Ou ce qui ne se répare pas n'existe pas et donc ne nécessite pas de prévention primaire ?

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 : Pierre ABECASSIS, Alain CARRÉ, Karyne CHABERT, Alain GROSSETÊTE, Benoît DE LABRUSSE, Dominique HUEZ, Denise RENOU-PARENT, Alain RANDON, Odile RIQUET, Jean-Louis ZYLBERBERG

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil

HISTOIRE DE MADAME O...

VIOLENCES ET TRAVAIL

INTÉRÊT DU PARCOURS COORDONNÉ

Karyne CHABERT

Extrait de mémoire / Diplôme inter-universitaire Psychotraumatisme et Victimologie.

Expérience du réseau régional Souffrance et travail.

Récit construit à partir de plusieurs entretiens, consultations, échanges téléphoniques, échanges de courriel sur une période de décembre 2021 à juillet 2022. Il a été enrichi d'éléments issus d'échanges réguliers avec d'autres professionnels notamment le collègue juriste qui a participé activement à l'accompagnement.

Je reçois pour la première fois M^{me} O... en décembre, notre entretien dure deux heures trente. M^{me} O..., 43 ans, s'adresse au Réseau souffrance et travail sur les conseils de l'inspecteur du travail.

Elle se présente en retard au rendez-vous, agitée, me précisant qu'elle a eu des problèmes de circulation. Malgré l'affolement, elle est disposée à expliquer sa situation car « elle a besoin d'aide ». Elle est suivie par son médecin traitant et un psychologue. Elle est en arrêt de travail depuis deux mois mais « ne supporte pas cette situation », et « n'arrête pas de penser à ce qu'il s'est passé ».

M^{me} O... travaille en hôtellerie-restauration, dans un établissement prestigieux de la région. Elle est en France depuis 2004. Elle est arrivée après avoir travaillé dans son pays natal, sur le continent africain, comme serveuse en restauration, puis en boulangerie. Elle a fait du mannequinat dans la même période.

En 2004, elle rejoint son frère en France puis part en Espagne du fait du non renouvellement de son titre de séjour français. Elle travaille comme serveuse dans un bar en Espagne, et rencontre celui qui va devenir le

père de ses deux enfants et avec qui elle va revenir en France.

Même si son mari travaille, M^{me} O... tient à retrouver un emploi. Elle doit envoyer de l'argent à sa mère pour que celle-ci puisse élever son premier enfant, une fille qu'elle a eu au pays. Elle fait d'abord des ménages au consulat puis est recommandée par le consulat à cet établissement pour faire des extras : plonge, petits déjeuners, service. En 2007, au regard de la satisfaction de nombreux clients (M^{me} O... se décrit comme dévouée, serviable, agréable, compréhensive, souriante, « C'est ma nature » me dira-t-elle, « Je n'y peux rien »), elle obtient un CDI. Elle est affectée à la brasserie en service du midi ou du soir. Elle apprécie particulièrement le contact avec les clients, une clientèle fidèle, exigeante mais qui fait preuve de reconnaissance la plupart du temps.

Sur ce point, M^{me} O... précise les choses : « Il n'y a jamais eu d'ambiguïté dans mes relations avec les clients, souvent des hommes d'affaires qui voyagent seuls. Et quand il peut y en avoir, je sais bien comment m'y prendre pour les remettre à leur place et ne pas laisser le

doute s'installer ». Elle ne compte pas ses heures. Elle s'efforce d'être à l'écoute des besoins et « se remet en question pour améliorer sa pratique au fil du temps ». Elle estime que ce sont ses valeurs familiales et traditionnelles qui l'aident dans cette démarche.

Elle fait face, dans cette longue période, à des agressions permanentes de ses collègues et du second de cuisine : « *J'étais la seule africaine dans l'établissement... Ils avaient tous fait des grandes écoles d'hôtellerie et pas moi...* ». M^{me} O... a souvent pleuré. Elle a été dénigrée par ses collègues, mise à l'écart, fait l'objet de brimades, d'attaques à connotation raciste. Elle me rapporte, non sans honte, avoir été la cible « de paroles très dures » comme par exemple « remonte dans ton cocotier ». Elle était systématiquement affectée « au sale boulot » (les sols, la serpillère, le gros nettoyage). Elle ne parle pas de ses difficultés professionnelles à son conjoint par peur qu'il lui demande de quitter son emploi. Elle ne pourrait alors plus envoyer d'argent à sa fille. Malgré cette violence subie au quotidien, elle garde espoir, obtient le soutien d'une collègue d'origine étrangère qui, elle aussi, a souffert de propos et actes de discrimination raciale.

Un évènement va précipiter la suite de sa carrière. Alors que le second profite de son passage en cuisine pour l'insulter et la bousculer une fois de plus, elle attrape une bouteille, hurle, et le menace violemment. Le lendemain, elle est convoquée par le directeur, mais soutenue par le responsable de salle, elle obtient de pouvoir s'expliquer, et un rappel à l'ordre est adressé par la direction au second. À partir de cet évènement, le climat va s'apaiser, les collègues ne vont plus chercher à lui faire du mal. « *Ils ont appris à me connaître et ils respectaient enfin mon travail* ». Peu après, elle obtient le poste de chef de rang.

En 2008, elle fait les démarches pour faire venir sa grande fille avec elle. Elle est heureuse de cette décision mais l'équilibre familial en est très perturbé. Elle divorce en 2011 alors qu'elle est enceinte de son troisième enfant, « *Mon conjoint n'a pas su faire avec elle et n'a pas accepté sa présence...* » me dira-t-elle.

Elle demande alors à son employeur un aménagement d'horaires pour éviter de faire le service du soir (pour pouvoir s'occuper de ses enfants) mais la hiérarchie ne veut rien entendre. Elle se souvient avoir laissé ses enfants dans la voiture devant l'hôtel. Parfois, c'est la lingère qui les prenait en charge. Pendant une période, M^{me} O... a dû envoyer ses enfants chez un frère à Paris car elle n'avait plus de logement. Elle dormait dans la voiture, prenait la douche discrètement à l'hôtel. Parfois, un collègue l'autorisait à dormir dans une chambre libre de l'hôtel.

En 2014, elle retrouve un logement et récupère ses enfants. Elle demande alors à changer de poste pour le service du petit déjeuner qu'elle obtient mais ne signe pas d'avenant à son contrat de travail. La grande fille s'occupe des plus petits le matin et elle espère être disponible le soir pour eux. Mais rapidement, on lui impose le *room service* du soir en remplacement de collègues absents. Les emplois du temps changent sans arrêt, souvent le vendredi soir pour la semaine suivante. « *C'était contraignant, même si je me reposais beaucoup sur ma grande fille... certains collègues ne travaillaient jamais le week-end et n'avaient pas autant de changement de planning... ma hiérarchie savait que j'étais seule avec des enfants petits et elle persistait à me mettre en difficulté...* »

Avec une collègue M^{me} N..., elle aussi malmenée par l'organisation et les horaires de travail, elles alertent le directeur qui leur propose le service des « prestations » à l'occasion de grands évènements. Elles « montent » alors à la brasserie du dernier étage, plus prestigieuse, où sont reçus des personnalités et autres VIP. M^{me} O... apprécie la complicité et la complémentarité dans le travail avec sa collègue. Elles ont alors à travailler au contact d'un chef renommé, un chef « *pas méchant mais qui ne sait pas gérer son stress* » comme me le dira M^{me} O..., c'est-à-dire autoritaire, colérique, d'humour labile.

Ce chef a rapidement su apprécier le travail des deux jeunes femmes, il les félicite souvent (les clients faisaient souvent des commentaires agréables) et petit à petit, le chef a proposé aux deux collègues de prendre une collation après le service, il prenait le temps de discuter, plaisantait. Quelquefois, il mettait discrètement un billet dans la poche de manteau de M^{me} O... qui ne s'est pas inquiétée de ce geste, compris comme un remerciement et un encouragement en réponse à son dévouement. M^{me} O... ne s'est pas rendu compte « qu'il s'intéressait à elle » ; son comportement a changé, comme s'il devenait jaloux. Il surveillait les discussions avec les clients, ne supportait pas que M^{me} O... prenne des jours de congés, questionnait les collègues sur ses activités hors travail... Il devenait très agressif au moment de ses retours de congés, menaçant, insultant. Elle explique comment, un jour où elle avait oublié sa tenue de travail et emprunté une autre tenue provisoire avant le service, il l'insulte violemment : « *La prostitution c'est de l'autre côté* », parce qu'on apercevait son haut en dentelle sous sa veste. À plusieurs reprises, il tente de prendre des photos de ses dessous. La direction intervient suite à une altercation devant témoin. « *Il ne pouvait pas nier* ». Le directeur impose des excuses. Mais le chef laisse planer le doute sur les relations entretenues avec M^{me} O... alors que celle-ci a

toujours nié avoir eu une relation intime avec lui. Pour elle, il s'agit bien d'une relation de travail, ponctuée parfois par quelques moments amicaux, toujours en présence de sa collègue M^{me} N...

Pendant le confinement, le chef obtient le numéro de téléphone de M^{me} O... « pour prendre de ses nouvelles » ce qu'il fait régulièrement mais lui demande de ne pas l'appeler « pour ne pas inquiéter sa femme ».

À la reprise d'activité, M^{me} O... change à nouveau de poste pour un poste de service en brasserie le midi. Le chef reprend sa surveillance excessive et ses directives injustes ou excessives comme faire les pieds des tables quelques minutes avant le service alors que M^{me} O... est déjà surchargée de travail.

En septembre, M^{me} O... rentre au pays pour les obsèques de sa sœur. À son retour, M^{me} O... n'est pas très bien et le chef redouble d'agressivité envers elle : remarques désobligeantes, reproches, ordres inappropriés, tentatives de sabotage du travail effectué... D'autres filles semblent subir les fluctuations d'humeur et la colère mais M^{me} O..., comme souvent, est particulièrement visée. M^{me} O... décide d'enregistrer ce qu'il se passe pendant le service et d'en informer la responsable ressources humaines. Celle-ci ne semble pas surprise et s'inquiète de savoir si le chef est au courant des enregistrements qui le concernent.

À partir de cette période, M^{me} O... va mettre en place des conduites d'évitement pour limiter la confrontation avec le chef. Mais alors qu'un jour elle remonte en salle car elle a oublié son téléphone, elle le trouve dans la salle et s'aperçoit que des verres ont été cassés sur la table. Le suspectant de sabotage pour lui nuire, elle s'apprête à faire une photo mais il balaie sa main et son bras violemment, la pousse, jette le téléphone, l'insulte et la menace. M^{me} O... est sous le choc et explique comment elle rentre à domicile de manière automatique et comment le lendemain, son corps a refusé de prendre le chemin du travail. Elle a gardé des hématomes plusieurs jours après cette agression.

M^{me} O... est en arrêt depuis cette date. Sur les conseils du médecin traitant et du médecin du travail elle a déclaré un accident de travail. Elle est très affectée de devoir « être mise à l'écart du travail ». Elle pense sans arrêt aux événements du travail, ne peut plus passer dans le quartier de son lieu de travail. Elle dort très mal, ne s'intéresse plus à rien. Sa fille, qui maintenant n'habite plus à la maison lui fait remarquer qu'elle ne prend plus soin d'elle. Elle s'occupe de ses garçons de manière détachée et automatique. « *Ce n'est pas maintenant qu'ils ont besoin de moi, ils sont grands* » - 10 et 15 ans. « *C'est un grand vide dans ma vie* » me dira-t-elle. Elle

se pose beaucoup de question sur les raisons qui l'ont conduite à en être arrivée là. Elle se sent coupable « *Je n'ai pas vu qu'il s'intéressait à moi.* » M^{me} O... a toujours « tout accepté », a du mal à comprendre qu'il ait pu trahir sa confiance et vit cet arrêt comme une injustice majeure au regard de son investissement professionnel, d'autant qu'elle n'a jamais eu de reproche sur la qualité de son travail. Après dix jours d'arrêt et devant l'absence de nouvelles de la part de son employeur, elle a finalement décidé de déposer une plainte. « *Pour moi, mais surtout pour les autres qui subissent aussi.* »

Elle est bien accompagnée par le médecin du travail et son médecin traitant. L'inspecteur du travail a prévu de la rencontrer prochainement. Elle n'est pas inquiète de cette rencontre. Bien qu'elle soit très affectée, « elle se sent de tout expliquer aux autorités », cela va enfin être possible.

Le juriste de notre structure est en contact avec elle. En complément d'une écoute rassurante et bienveillante, il réexplique les démarches, la chronologie des événements à venir, les possibilités d'agir... il l'oriente vers un avocat pour l'assister dans ses démarches en particulier judiciaires. Nous convenons de nous revoir le mois suivant.

En janvier, M^{me} O... se présente à notre deuxième rendez-vous à l'heure. Elle vient de déjeuner avec des collègues pour la première fois depuis son arrêt. Elle est restée en contact avec M^{me} N..., et avec une ou deux autres collègues en qui elle a confiance. « *Les autres, certains demandent des nouvelles mais je ne sais pas trop ce qu'ils veulent en faire...* », alors elle se tient à distance.

Elle n'a pas encore rencontré l'inspecteur du travail mais le rendez est fixé pour dans dix jours. Elle a fait une demande de reprise mais la DRH a refusé « compte tenu du contexte ». L'entreprise a proposé un licenciement dans le cadre d'un plan de départ volontaire mais l'inspection du travail s'y serait opposée.

Le médecin du travail a été sollicité et lui a confirmé qu'elle ne pouvait pas reprendre le travail au regard de son état de santé et des conditions de travail insuffisamment sécurisées. Ils ont même pu évoquer la possibilité de ne pas y retourner ce qui était inconcevable pour elle il y a quelques semaines. « *Il faut que je fasse le deuil.* »

M^{me} O... a arrêté les antidépresseurs du fait d'effets secondaires. Elle a toujours besoin d'anxiolytiques, notamment pour dormir.

M^{me} O... me confie qu'elle vient de recevoir pour la vingt-huitième fois, une convocation au Tribunal des af-

faïres familiales. Son ex-conjoint, qui n'aurait pas accepté qu'elle obtienne la garde de leurs enfants, demande à nouveau une révision de la pension alimentaire.

M^{me} O... n'a pas pu « refaire sa vie », son travail, ses enfants, il n'y a ni place ni envie pour autre chose.

Nous évoquons à nouveau son parcours professionnel, son adaptabilité, ses compétences acquises au fil du temps, ses « aptitudes » relationnelles au contact de la clientèle, bases solides sur lesquelles elle aurait la possibilité de s'appuyer si elle devait envisager un autre poste. M^{me} O... a encore des difficultés à s'imaginer dans un autre établissement. « Ça fait 17 ans que je suis là, je ne sais pas si je pourrais travailler ailleurs... »

Nous nous assurons que M^{me} O... a des rendez-vous programmés avec le médecin traitant (pour les soins et la prolongation de l'arrêt de travail), avec le médecin du travail pour la suite de la procédure, avec le psychologue. Le juriste prend des nouvelles régulièrement. Elle est informée de la possibilité de reprendre contact si nécessaire.

Je la revois deux mois plus tard à sa demande, en mars. Elle dit aller mieux. Le sommeil est meilleur. Elle a repris l'antidépresseur que son médecin avait prescrit et qu'elle avait arrêté contre l'avis médical. L'humeur semble améliorée. Il persiste des troubles anxieux mais M^{me} O... pleure moins souvent. Elle sait qu'elle ne pourra pas reprendre le travail sur son poste antérieur. Elle a pu prendre des décisions comme celle d'accepter le plan de départ volontaire proposé par son entreprise, finalement plus avantageux si elle doit quitter d'entreprise. Elle envisage de faire une formation d'accueil/secrétariat, peut-être pour changer de métier.

Elle donne des nouvelles régulièrement sur l'avancée des procédures juridique. En avril, elle nous transmet (le juriste et moi) ce message qui témoigne de sa déception :

« Je me permets de vous transférer la conclusion de l'inspection du travail concernant mon litige à un haut gradé de mon entreprise X.

Avec tout ce que j'ai subit aujourd'hui avec les preuves en vidéo et des appels et messages hors heures de travail le témoignage des collaborateurs sur site. La réponse à mon agression n'est rien d'autres que insuffisant.

On nous demande toujours de demander de l'aide et de se diriger vers les institutions abilités à vous rendre justice. Aujourd'hui j'ai le sentiment d'être une victime de plus à devoir vivre avec cette injuste et de se reconstruire où de mettre fin à ce chagrin qui avec cette lettre me met encore plus dans le mal.

Les plus faibles doivent toujours vivent avec une culpabilité à ce dire.

J'ai vraiment perdu mon temps demande de l'aide pour à la fin qu'on te dise en gros il y à des personnes qui vivent des situations pires que la tienne.

Je suis en colère 😡😡😡😡

Je m'excuser pour mes mots. »

Nous reprenons contact par téléphone, à nouveau un long entretien.

La décision de l'inspection du travail n'est pas à la hauteur de ses espérances, les faits de harcèlement sexuel ne sont pas reconnus. L'enquête réalisée auprès du collectif et de la hiérarchie mettrait en évidence des éléments contradictoires. Cependant, l'inspection du travail atteste de conditions de travail dégradées par l'attitude du responsable à l'égard d'autres salariés, de propos et agissements portant atteinte à la dignité des personnes. Des mesures de réduction des risques sont exigées. Des sanctions auraient été prises à l'égard de l'auteur des faits par l'employeur. L'inspection du travail exige une démarche de prévention active pour préserver les salariés à l'avenir.

Nous tentons de comprendre ensemble pourquoi un tel niveau de colère et ce que cela signifie.

M^{me} O... estime avoir pris des risques en dénonçant les agissements de son collègue, elle a été très affectée et a perdu son emploi. Le sentiment d'injustice est majeur. Cet épisode réactive la rumination et les pensées envahissantes.

Plusieurs entretiens cliniques et avec le juriste sont nécessaires pour apaiser la réactivation du sentiment de colère et d'injustice de M^{me} O...

La procédure judiciaire est en cours. M^{me} O... va démarrer sa formation.

Nous prenons à nouveau contact en juillet, M^{me} O... va mieux, le moral est meilleur même s'il persiste des épisodes de découragement et des pensées envahissantes, en particulier lorsqu'elle est seule. Elle a démarré sa formation d'accueil/secrétariat avec plaisir et intérêt. En parallèle, elle continue à faire des « extra » pour se rassurer sur le fait qu'elle est toujours capable, qu'elle peut exercer avec la même passion. Elle parle de belles rencontres, essentielles pour elle, et de reconnaissance de la part de ses nouveaux employeurs ou de ses clients.

Elle raconte qu'une ancienne cliente a cherché à la joindre pour avoir de ces nouvelles. Ce geste l'a beaucoup touchée. Tout ceci participe à sa reconstruction.

Sur le plan juridique, elle est très soutenue : son avocate est en cours de négociation pour éviter un jugement prudhommal. Cette réparation symbolique, elle y tient, s'y agrippe comme la dernière bouée qui lui permettrait de rejoindre le rivage. Elle se justifie « *mon employeur aurait dû protéger ses salariés* ». Il lui est inconcevable que l'agresseur reste dans l'impunité et continue de sévir, même ailleurs. Elle raconte alors pour la première fois comment, elle et sa collègue, ont

intercepté une collègue en pleurs qui cherchait l'accès au toit terrasse de l'immeuble (habituellement fermé), dans un moment de désespoir. « *Je ne sais pas ce qu'elle aurait pu faire si nous n'avions pas été là...* ». La peur et la mort sont exprimées là en mots, pour la toute première fois.

L'heure de l'apaisement n'est pas encore là. La route sera longue.

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 44^e Congrès annuel se tiendra au FIAP (Paris), le 2 décembre 2023

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

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

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir page 48

MADAME N...

ISOLEMENT ET EFFONDREMENT

DES VALEURS ÉTHIQUES NON PARTAGÉES

Karyne CHABERT

M^{me} N..., 54 ans, adressée par sa psychologue pour une consultation souffrance et travail. Elle est infirmière en psychiatrie depuis le début de sa carrière.

M^{me} N... se présente comme une personne très sûre d'elle, à l'aise dans la relation et avec le langage. Elle s'impose pour mener l'entretien. Elle ne semble pas particulièrement éprouvée sur le plan émotionnel. Elle vient avec des attentes, être soutenue dans ses démarches. Elle me fait remarquer qu'elle a été très bien accueillie par téléphone lors de la permanence qui attribue les rendez-vous. À l'inverse, le juriste qu'elle a pu rencontrer avant notre entretien semble avoir donné des informations différentes de ce qu'elle attendait.

D'emblée, elle évoque la direction de la clinique ou elle travaille : « *La nouvelle directrice ne m'a jamais aimée* », l'absence de collectif de travail et une cadre « perverse » me dit-elle qui lui aurait fait beaucoup de reproches il y a deux ans et qui finalement est partie. Elle évoque avoir subi plus récemment « l'agression verbale d'une collègue » et que cet épisode aurait conduit à ce qu'elle soit sanctionnée d'un avertissement.

Nous reprenons son parcours professionnel.

Ses parents étaient exploitants agricoles. Elle a toujours voulu travailler dans le milieu médicosocial. Après un

bac, elle fait un stage dans un établissement pour personnes atteintes de handicap mental. Puis elle reprend ses études, « *par hasard* » me dit-elle et fait une école d'infirmière. Le soin « technique » n'est pas ce qui l'intéresse le plus et le premier stage, en psychiatrie, confirme que c'est dans la relation au patient qu'elle est le plus à l'aise. En fin de cursus, elle effectue à nouveau un stage en psychiatrie, en clinique, et va être embauchée à la suite. Elle dit avoir été bien encadrée par les collègues plus expérimentées, la présence d'un médecin psychiatre nuit et jour était plutôt rassurante, elle a pu développer et perfectionner ses entretiens infirmiers et participer pleinement à la psychothérapie des patients. Les situations étaient discutées en réunion clinique. Elle échangeait beaucoup avec le psychologue contrairement à ses collègues infirmières qui voyaient en lui un rival ; « *Moi je puisais dans son expérience et ses compétences* ». Le soin était basé essentiellement sur la psychothérapie et le médicament prenait une place réduite. C'était la « philosophie et l'esprit thérapeutique » du fondateur de la clinique qu'elle n'a cependant pas connu mais dont elle avait beaucoup entendu parlé.

En 2010, la clinique est rachetée par un groupe spécialisé dans les maisons de retraite et centres de soins. « *Le discours des dirigeants a séduit le personnel, les salaires ont augmentés* » ; « *On a mis du temps à*

*s'apercevoir que c'était de la poudre aux yeux. » « Les médecins et infirmières sont tous partis les uns après les autres » me confie-t-elle. Elle est restée. Petit à petit, le recrutement a changé, « Nous accueillons plus de personnes âgées, et plus de patients atteints d'addiction, ça change la façon de travailler ». Les nouveaux embauchés sont des médecins vacataires et des infirmières peu expérimentées pour la plupart, avec un *turn-over* important.*

M^{me} N... a pu obtenir la prise en charge d'une formation appelée « méthode Vittoz » basée sur la gestion émotionnelle, qu'elle a développée pour la prise en charge de nombreux patients, en particulier pour répondre aux manifestations anxieuses. La plupart des médecins étaient d'accord pour qu'elle intervienne auprès de leurs patients même si elle sentait bien une résistance pour certains, une tolérance pour les autres. Des désaccords ont finalement éclaté, en particulier sur la prise en charge des addictions. « *Le cannabis circulait dans la clinique, tout le monde fermait les yeux, c'était tabou.* » M^{me} N... a tenté de dénoncer ; « *Les autres collègues n'étaient pas tous d'accord mais ne disaient rien* ». Les médecins semblaient tolérer ce que M^{me} N... qualifie de dérives. Elle fait l'hypothèse qu'ils fermaient les yeux pour « acheter la paix ». « *Et même, quand on confisquait le cannabis, on le redonnait au patient en fin de séjour ce qui semblait absurde et contradictoire avec le protocole de soins.* »

Quelques années plus tard, M^{me} N... traverse une période de vie difficile (elle ne m'en dira pas plus) et s'inscrit dans un centre d'accueil de toxicomanes en Italie avec « l'envie de voir comment les toxicos étaient pris en charge ailleurs ». Elle n'est pas toxicomane elle-même mais découvre à cette occasion, qu'elle aurait une « hypersensibilité » ce qui expliquerait ses facilités à comprendre les patients atteints d'addiction puisqu'ils présenteraient le même profil. Elle ne m'en dira pas plus sur cette expérience de plusieurs mois.

De retour sur son poste en 2018, elle est à nouveau confrontée à des difficultés de prise en charge des patients atteints d'addiction. Elle propose alors à l'équipe médicale de partager ses connaissances et son expérience récente mais se confronte à un refus catégorique. Elle voit bien que les tensions se sont aggravées dans les équipes, le fossé entre médecins et infirmières s'est creusé. Les médecins passent faire leurs prescriptions et les infirmières se perçoivent comme « des exécutantes ».

En 2020, M^{me} N... est sollicitée par un patient pour obtenir un anxiolytique. Comme à son habitude, elle tente de comprendre le motif de la demande, questionne le patient. Celui-ci aurait compris qu'elle allait refuser de

lui donner le médicament et fugue. Il fait une tentative de suicide pendant sa fugue et se retrouve aux urgences psychiatriques. Dans les suites de cet épisode, M^{me} N... est convoquée par la directrice qui semble être en possession du courrier médical des urgences psychiatriques. Elle lui reproche d'avoir eu un comportement inadapté avec ce patient et dit qu'il y aurait d'autres plaintes à son sujet... qui justifient un avertissement.

Ces événements ne semblent pas avoir fait l'objet d'échanges entre professionnels pour discuter précisément sur les pratiques recommandées, acceptables... alors qu'il s'agit d'un événement marquant : la tentative de suicide d'un patient. Je lui fais part de mon étonnement. Le psychologue lui-même, avec lequel M^{me} N... échangeait beaucoup, n'a pas pu la soutenir à l'occasion de cet événement.

M^{me} N... précise que les réunions d'équipe sont devenues très éprouvantes, souvent tendues et certaines en présence de la directrice ce qui ne laisse que peu de place aux discussions sur les pratiques. Les cadres de santé changent régulièrement et beaucoup n'auraient pas la possibilité de soutenir les équipes, l'essentiel de leur activité serait consacré à trouver des remplaçants pour faire face aux absences et démissions...

En janvier 2023, M^{me} N... est en binôme avec une collègue remplaçante pour le week-end. Le médecin de garde est passé faire une prescription de saignée pour un patient. C'est la collègue qui était présente et elle n'a pas pu discuter cette demande de soins inhabituelle en clinique psychiatrique. M^{me} N... informe sa collègue qu'elle ne sait pas faire les saignées et qu'elle ne pourra pas l'aider... Le ton monte, la collègue l'aurait « agressée verbalement ». Le soin s'est finalement fait le lendemain en hôpital de jour car la clinique ne disposait pas du matériel nécessaire. Le lendemain, M^{me} N... signale l'incident à la cadre puis à la directrice par peur des conséquences. Elle reçoit néanmoins un deuxième avertissement.

Nous nous interrogeons sur ce qui a pu pousser ces deux professionnelles à s'opposer face à une prescription de cette nature qui aurait justifié d'en rediscuter avec le médecin prescripteur ? Il s'avère que celui-ci était déjà reparti et que la jeune infirmière s'était engagée pensant que sa collègue pourrait l'aider...

M^{me} N... est en arrêt de travail depuis cette période. Elle explique qu'elle ne pourra pas y retourner. Elle ne prend pas de médicament. Elle a repris contact avec une psychologue (collègue qu'elle avait rencontrée lors de sa formation *Vittoz*). Elle envisage de changer d'emploi et peut être de travailler dans un centre d'addictio-

logie. Elle a vu le médecin du travail mais elle a compris « qu'elle aurait besoin d'arguments » si elle souhaite être déclarée inapte. Elle renouvelle auprès de moi sa demande d'écrit pour pouvoir avancer dans sa démarche.

Cette demande me déstabilise par son caractère insistant et déterminé. Je lui propose de nous revoir. Elle sollicite une date de rendez-vous quelques jours après cette première consultation. Je diffère de quelques semaines notre deuxième rencontre.

Plusieurs points me questionnent :

- ♦ M^{me} N... semble très attachée à la relation avec ses patients et elle serait épinglée sur le caractère inapproprié ou agressif de ses échanges verbaux avec eux, ce constat semble effectivement particulièrement violent pour elle.
- ♦ Je note un impact peu visible ou peu accessible sur sa santé, pourtant M^{me} N.... décrit un contexte de travail particulièrement dégradé ce qui semble cohérent dans le milieu de soins qu'elle décrit.
- ♦ Le contexte est certes très dégradé depuis le rachat de la clinique mais elle a su se former et construire des savoir-faire pour tenir. Il semblerait qu'elle arrive au bout de ses possibilités, certaines alliances semblent ne plus tenir. L'isolement semble la mettre à mal.

Nous identifions des valeurs professionnelles en désaccord avec les pratiques, d'autant plus que son expérience personnelle lui indique que l'on peut faire différemment. Il est regrettable que ces divergences ne puissent pas être débattues avec les collègues infirmier(e)s, psychologues, médecins...

Nous nous rencontrons à nouveau après quelques semaines.

M^{me} N.... semble moins vindicative, plus disposée à échanger sur la compréhension de ce qu'il se passe au travail et sur sa santé. M^{me} N.... dort un peu mieux, les cauchemars professionnels ont disparu et il n'y a plus d'invasif permanent de sa pensée.

Nous abordons ce qui pourrait la mettre à mal : son attachement aux valeurs et aux pratiques de la clinique telle qu'elle l'a connue à ses débuts, l'insuffisance ou l'absence d'échange sur les difficultés de prise en charge thérapeutique avec les autres professionnels, la question des addictions qui ne peut être discutée, l'inexpérience de certain(e)s collègues, la mainmise de la direction sur l'organisation du travail et le soin, les faibles possibilités de résistance de certains cadres aux pressions gestionnaires des directions...

M^{me} N.... souligne son vécu d'injustice au regard de l'investissement professionnel et la maltraitance des directions à son égard. Elle me cite plusieurs exemples de comportements ou réactions qu'elle qualifie de maltraitants de la part d'une direction. Elle évoque la peur, pour la première fois de sa carrière : être licenciée pour faute serait pour elle très dévastateur.

Elle me dit avoir avancé dans ses démarches, elle aurait contacté un avocat et un médecin psychiatre pour pouvoir obtenir son certificat médical. Aurait-elle perçu mon hésitation à faire cet écrit à l'issue de la première consultation ? Elle précise ne pas vouloir porter plainte mais souhaiterait néanmoins partir dans le cadre d'une inaptitude médicale ce qui lui semble plus adapté et moins honteux que d'être licenciée, poussée dehors par la démission. Je lui propose un courrier à son médecin du travail pour soutenir sa démarche. Elle m'explique qu'elle souhaite utiliser les services de son avocat pour les échanges nécessaires avec son employeur au cours de la procédure car elle n'a plus confiance en sa direction. Enfin elle a entendu parler d'une autre collègue en arrêt de travail suite à des événements professionnels éprouvants. Elle n'exclut pas de se rapprocher d'elle pour discuter d'une éventuelle action commune à l'encontre de son employeur. La reconstruction de liens avec certain(e)s collègues hors de l'établissement serait-elle possible et réparatrice pour sa santé mentale ?

Pour l'instant, l'inaptitude permettra un départ digne et peut-être ouvrira des possibilités pour l'avenir, dont celle de retrouver une place d'infirmière expérimentée et reconnue...

CONSULTATION À LA DEMANDE D'UN ÉLECTRICIEN OU COMMENT COMPRENDRE LES ENJEUX DE SANTÉ AU TRAVAIL EN L'ABSENCE DE CONSULTATIONS PÉRIODIQUES

Jean-Louis ZYLBERBERG

En fin de consultation, un électricien d'une très petite entreprise de six salariés vient me voir à sa demande. Son index gauche est revêtu d'un énorme pansement. C'est notre première rencontre (la dernière consultation avec une infirmière en santé au travail datant de quatre ans et celle avec un autre médecin du travail datant de sept ans) et il me dépose sur le bureau une chemise verte qui ne contient aucun élément sur sa santé mais des échanges épistolaires avec son employeur. Le premier courrier date d'il y a sept mois et le dernier de la semaine précédente. Ils ont été scannés par le secrétaire médical mais je n'en ai pas pris connaissance car je suis étonné de le voir travailler avec son pansement. La veille il a été victime d'un accident du travail.

Avant de lui demander de me décrire les circonstances de l'accident, je l'interroge sur le début de sa journée de travail. Depuis bientôt treize ans il travaille avec le même collègue qu'il va chercher à son domicile avec la camionnette de l'entreprise (sous-traitante d'un des grands groupes du BTP) avant de débiter leurs chantiers. « *Il est toujours en retard le matin et malgré mes demandes auprès du patron pour qu'il soit à l'heure,*

rien n'a changé. J'en ai ras le bol de ne pas être écouté. En plus on n'est jamais d'accord sur la façon de bosser et là encore j'en ai parlé au patron plusieurs fois mais il s'en fout... Le matin de l'accident, je suis arrivé sur chantier déjà stressé et au bout d'une heure et demie en coupant une goulotte avec un cutter car je n'arrivais pas avec les ciseaux à obtenir un beau coude, je me suis blessé à la main. » Il me décrit alors un parcours de soins « ubuesque » : il est d'abord allé dans une pharmacie pour les premiers soins mais le pharmacien l'a orienté vers un centre de santé municipal du fait de la plaie profonde. Il est alors reçu par une infirmière qui l'oriente vers les urgences hospitalières les plus proches. Après plusieurs heures d'attente, les urgences hospitalières l'orientent vers une clinique chirurgicale spécialisée de la main. Il sera opéré 12 heures après l'accident et le chirurgien constatera une plaie tendineuse de la face dorsale de l'index avec une nécrose cutanée.

Mais le lendemain il vient me voir car il souhaite absolument que je prenne connaissance des échanges de courriers avec son employeur. Dans le premier courrier

resté sans réponse, il demande à son employeur d'améliorer ses conditions de travail : changer une camionnette dont le contrôle technique n'a pas été effectué depuis plusieurs mois avec des freins défectueux, planifier les interventions à la semaine et non pas au jour le jour, lui mettre à disposition un téléphone portable professionnel car son employeur l'appelle en dehors de ses heures de travail pour changer les plannings. Au bout de plusieurs mois sans réponse, il rencontre son employeur et lui demande une rupture conventionnelle de son contrat de travail. Ce dernier lui refuse. Il décide alors de rencontrer l'inspecteur du travail qui lui conseille d'écrire à nouveau à son employeur en mettant en copie l'inspection du travail ce qu'il fait à deux reprises quelques semaines avant son accident du travail.

L'un des deux courriers est intitulé « *Alerte concernant un danger grave et imminent pour vos salariés et les usagers de la route* ». Il fait référence à deux courriers précédents restés sans réponse concernant la dangerosité de la camionnette utilisée pour les déplacements professionnels. Il y indique que cette dernière a été changée par un autre véhicule mais celui présente « (...) *une usure excessive des pneus, bien au-delà de la limite légale, le pare-brise est fissuré en de nombreux endroits, ce qui dégrade gravement la visibilité, la ventilation ne fonctionne pas avec pour conséquence un manque de visibilité et un souci d'hygiène et une roue de secours percée et dégonflée* (...) ». L'autre courrier s'intitule « *Demande de régularisations* ». Il concerne dans un premier temps des demandes salariales et de respect des délais de prévenance en matière de congés payés mais aussi « *des manquements répétés dans l'organisation du travail, facteurs de stress constant* ». Il aborde en particulier un changement de planning de dernière minute ayant pour effet une augmentation de la charge de travail et une tension avec son collègue binôme qui lui reproche « *cette surcharge injustifiée* ».

Il y décrit un vécu d'injustice organisationnelle : « (...) *vous exigez de mes collègues et moi une rigueur et une exemplarité sans faille, notamment devant nos clients mais lorsqu'il s'agit de votre fils vous acceptez qu'il porte un jogging devant les clients et qu'il soit parfois agressif avec eux* (...) ». Il termine son courrier avec une demande de régularisation dans un délai de quinze jours et que passé ce délai, il se verra dans l'obligation de saisir le conseil des prud'hommes, en mentionnant la copie à l'inspection du travail de ce courrier.

Lors de cette première consultation, il me fera part du doublement de sa consommation de tabac depuis un mois et de ses réveils nocturnes qu'il attribue à la dégradation de ses conditions de travail.

À la fin de cette consultation, nous envisageons de se revoir au cours de son arrêt de travail pour faire un point sur son état de santé et de son projet professionnel de rompre ou non son contrat de travail avec cet employeur.

Trois mois après il est vu en consultation de reprise par une consœur après avoir repris depuis 48 heures son poste de travail. Devant les séquelles fonctionnelles au niveau de son index gauche, elle l'oriente vers son médecin traitant pour qu'il soit prolongé en accident de travail.

Un mois et demi plus tard, je le revois en consultation de reprise. Il ne se voit plus travailler dans cette entreprise et me décrit la persistance de troubles de sommeil et de relative anorexie avec perte de poids en quatre ans de dix kilos (en 2019 son indice de masse corporelle était à 22). Je conclus alors que suite à l'accident du travail de février il est inapte à son poste d'électricien.

Un mois plus tard, je verrai en consultation périodique un second salarié de cette même entreprise. « (...) *l'employeur nous a fait passer l'habilitation électrique et le CACES pour les nacelles car un collègue le met aux prud'hommes* (...) ».

Cette histoire clinique illustre l'évolution de ma pratique depuis environ une décennie. Je n'ai plus une vision « périodique » des très petites entreprises qui constituent environ 80 % de mon effectif qui me permettait d'avoir une historicité des changements de l'entreprise avec des effets subcliniques sur la santé des salariés. Je vois en consultation les salariés pour la première fois, soit dans le cadre d'une consultation à leur demande, soit d'une consultation de pré-reprise fortement conseillée par l'Assurance Maladie (soit suite à un entretien avec un médecin-conseil soit avec une assistante sociale). Les effets du travail sur la santé des salariés sont tels, qu'il existe de plus en plus rarement de possibilités d'aménagements de poste et que l'inaptitude médicale reste la solution permettant non plus de leur éviter une « altération de leur santé » mais une aggravation importante de cette dernière.

SANTÉ ET TRAVAIL

« CIRCULEZ Y'A RIEN À VOIR ! »

Jean-Louis ZYLBERBERG

« **A**vant, les carrières difficiles étaient différentes. À l'époque mon voisin dans mon village, qui était couvreur et maçon, me disait qu'il n'en pouvait plus. Aujourd'hui ça a changé, les déménageurs, les couvreurs les gens dans les travaux publics, sont équipés d'exosquelettes », déclarait le sénateur François Patriat (Renaissance), âgé de 79 ans, en décembre 2022.

« Vos cancers du larynx et du poumon n'ont rien à voir avec l'amiante : vous êtes un alcool-tabagique invétéré ! » voilà ce qu'un couvreur, ayant débuté en 1976, s'est entendu dire par un praticien hospitalier d'un centre hospitalo-universitaire parisien. Il avait osé parler du lien avec son travail, évoqué en 2021 avec son médecin du travail...

« Toujours aussi maladroit ! Quand on ne sait pas se servir d'un cutter, on change de métier ! » déclarait un artisan d'une TPE de huit salariés, sous-traitant d'une filiale de travaux électriques d'un grand groupe du BTP.

Trois visions des liens santé-travail au XXI^e siècle...

Un organisme paritaire, loin d'avoir une réputation sulfureuse, l'INRS écrit en 2023 : « ...Les exosquelettes peuvent, dans certains cas précis, limiter certaines contraintes biomécaniques comme les efforts

musculaires excessifs ou les postures contraignantes. Mais cela ne suffit pas à éliminer tous les risques d'apparition de TMS, qui sont le résultat de plusieurs causes : répétitivité des gestes, postures contraignantes, efforts, stress, organisation du travail, climat social dans l'entreprise. Il est à noter que ces équipements peuvent en outre déplacer certaines contraintes sur d'autres parties du corps à l'origine d'autres TMS... ».

Un secrétaire de CSSCT d'une filiale d'un grand groupe du BTP sollicite l'infirmière en santé au travail avec qui je travaille pour mettre en place des séances d'échauffement, considérant que c'est un des éléments les plus importants pour diminuer les TMS chez ces collègues.

Après discussion avec moi, voilà sa réponse :

« ...En entreprise, l'instauration d'un programme d'exercices physiques dans un contexte de prévention des TMS ne doit être envisagée qu'en complément des actions de prévention mises en œuvre dans le cadre d'une démarche de prévention globale, dans le respect des neuf principes généraux de prévention des risques professionnels. Un tel programme ne peut être mis en œuvre que s'il repose sur le volontariat des salariés y

ayant librement consenti. Par ailleurs, une évaluation de l'état de santé des salariés devra être réalisée au préalable, afin d'éliminer toute contre-indication médicale pouvant s'opposer à la réalisation des exercices proposés. Je joins à mon mail, un document de l'INRS qui explique les bienfaits et les limites de l'éveil musculaire en entreprise... »

La plupart de nos confrères du secteur du soin, expliquent à leurs patients que l'origine de leurs atteintes de leur santé sont liés à leurs comportements individuels. Pour le couvreur mentionné ci-dessus, plusieurs courriels ont été nécessaires pour rendre visible la question du lien santé-travail. Mes premières demandes de recherche de corps asbestosiques par le service d'anatomopathologie ont d'abord fait l'objet d'un « refus poli » en mentionnant les odds ratio tabac et cancers du larynx et du poumon. Avec l'appui d'un courrier d'un professeur de pathologies professionnelles rappelant l'effet multiplicatif tabac et amiante mis en évidence dans les enquêtes épidémiologiques, le confrère de soins a été « convaincu » de la recherche du lien santé-travail.

Il est électricien, âgé de 40 ans, arrivé en France en 2001 de Serbie, et je le vois pour la première fois à sa demande. Son index gauche est recouvert d'un pansement volumineux et tient une « volumineuse chemise » dans la main droite. La veille, il a été victime d'un accident de travail. Avec son collègue, comme depuis treize ans, il intervient dans un bureau de tabac pour raccorder électriquement et informatiquement les appareils de la *Française des Jeux*, employé par un sous-traitant de l'un des quatre grands groupes du BTP. Cela fait une heure et demi qu'il travaille : ils doivent déplacer des colonnes pour câbler électriquement et informatiquement, effectuer l'habillage du mobilier autour des machines de la *Française des Jeux* et mettre en place des décorations vantant que « seuls ceux qui ont joué, ont gagné » sur les vitres du bureau de tabac. Pour mettre en place les goulottes nécessaires, il utilise un cutter « pour faire un beau coude » et se blesse l'index gauche. La dégradation de notre système de soins aboutira à une nécrose cutanée avec une plaie

tendineuse traitée chirurgicalement sous anesthésie loco-régionale (allant de la pharmacie locale puis au centre de santé puis à un premier hôpital pour arriver dans une clinique privée neuf heures après l'accident).

Mais il n'est pas venu pour cela : c'est l'inspecteur du travail qui lui a conseillé de me voir. Il ouvre alors la volumineuse chemise et en sort différents échanges épistolaires avec son patron et me montre à l'aide de son téléphone portable des photos des pneus de la camionnette mis à sa disposition depuis plus de dix ans.

« (...) Il y a huit mois, j'ai pété un câble avec mon collègue et le fils du patron... ». Chaque matin, il va chercher son collègue avec la camionnette de l'entreprise : « (...) Tous les matins, il est en retard et en plus il sait pas bosser ; il n'y a pas une journée où on s'engueule pas... » « (...) Depuis environ cinq ans, le fils du patron est arrivé dans la boîte, il nous parle mal, il nous insulte régulièrement et mon patron ne réagit pas... ». « (...) Du jour au lendemain, mon patron a diminué mon salaire en ne me remboursant plus les frais de déplacements. Les plannings sont changés à la dernière minute, avant je pouvais m'organiser sur la semaine. J'ai réclamé à plusieurs reprises à mon patron de faire un contrôle technique du camion, regardez docteur l'état des pneus et avec ça on va parfois jusqu'en Normandie... ». « (...) J'ai fait plusieurs courriers à mon patron en 2022 avec copie à l'inspecteur du travail puis en janvier je lui ai demandé une rupture conventionnelle... Vous savez ce qu'il m'a répondu : il pouvait pas se permettre financièrement et que je lui étais indispensable car il manquait déjà d'effectif... »

L'analyse de l'accident de travail par la méthode de l'arbre des causes aurait probablement conclu : « Mettre à disposition un cutter à lame rétractable, travailler sur le facteur humain ». L'invisibilité du contexte professionnel précédant l'accident du travail lors de cette analyse, permet « d'ignorer » ce qui se joue dans l'organisation et les relations de travail en termes de construction/déconstruction de la santé des travailleurs.

LES PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL

« LE CONTRAIRE DE UN »⁽¹⁾

Alain CARRÉ

.....
1- L'expression est le titre d'un recueil de nouvelles d'Erri DE LUCA : « Deux n'est pas le double mais le contraire de un, de sa solitude. Deux est alliance, fil double qui n'est pas cassé. »

LA MISSION ET LES PRATIQUES : RAPPEL

Dans le cadre d'une obligation de moyens, la mission de prévention primaire confiée au médecin du travail est « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »⁽¹⁾.

Cette mission est liée aux obligations régaliennes énoncées par le 11^e alinéa du préambule de la Constitution qui garantit à toutes et tous la protection de la santé.

On remarquera que cette mission est distincte des objectifs fixés aux entreprises d'éviter toute atteinte à la santé dans le cadre d'une obligation de mise en place des moyens de prévention efficaces.

Classiquement, trois pratiques sont liées à la mission du médecin du travail :

- ◆ Repérer dans l'entreprise les dangers et les risques pouvant altérer la santé ainsi que leur évolution et identifier les travailleurs et travailleuses concernés.
- ◆ Mettre en place une veille médicale des liens entre la santé et le travail en rapport avec les dangers repérés et les travailleurs et travailleuses concernés.
- ◆ Alerter sur les dangers et les risques d'altération de la santé, leurs évolutions et les résultats de la veille médicale.

.....
1- Article L.4622-1 du Code du travail

Seul le déroulement chronologique de ces étapes permet d'accomplir la mission et sont constitutives de ses moyens.

Chacune de ces pratiques est encadrée par le Code du travail. Ces pratiques possèdent un volet individuel et un volet collectif.

C'est, en effet, l'aller et retour constant entre l'individuel et le collectif, ce que le médecin saisit du travail et du travailler, lors des visites cliniques individuelles, et ce qu'il peut constater lors des réunions notamment des CSE et CSSCT, ou encore ce qu'il observe sur les lieux de travail qui permettent de construire une image opératoire des postes de travail, c'est-à-dire le moyen d'exercer les pratiques consubstantielles à sa mission et d'approcher le travail réel en dépassant le travail prescrit pour accéder à une véritable prévention primaire.

Bien évidemment, pour exercer, il lui faut comme pour toute activité médicale au préalable avoir la confiance de ses patientes et patients, les travailleuses et les travailleurs : pas de confiance, pas d'approche possible de la réalité du travail.

Le Code du travail décline les pratiques liées à cette mission.

Ainsi, sans être exhaustif :

- ◆ Le contenu de la visite médicale comporte une in-

formation à chaque travailleuse et chaque travailleur sur les risques de son poste de travail(2).

- ◆ Le dossier médical récapitule les risques auquel le salarié ou la salariée a été soumis(3).
- ◆ Le médecin du travail met en place une surveillance post exposition(4).
- ◆ Le médecin est autorisé à pratiquer les examens complémentaires afin de dépister les atteintes professionnelles à la santé(5) et a le devoir déontologique d'aider les victimes à accéder à leurs droits(6).
- ◆ À la fin de la carrière du travailleur ou de la travailleuse il récapitule les expositions professionnelles et conseille la mise en place et la nature d'un suivi post-professionnel(7).

Mais aussi :

- ◆ Il doit consacrer un tiers de son temps à des investigations en milieu de travail.
- ◆ Il peut être assisté dans ces activités par le personnel paramédical et par des intervenants en prévention des risques professionnels dans les SPSTI.
- ◆ Il doit signaler formellement collectivement ces risques non seulement à l'employeur mais aux représentants des salariés et également à l'inspection du travail et aux CARSAT(8).

Dans un cadre d'exercice, l'entreprise, ou la santé au travail est une variable d'ajustement du profit, une caractéristique essentielle du métier est que c'est un métier politique, au sens où il s'exerce dans un lieu social. C'est, par conséquent, un exercice médical qui sort de la relation duale médecin-patient complétée par celle, plus difficile, d'intervention dans une communauté dans laquelle s'expriment des intérêts antagonistes.

Parfois, lorsqu'un accord survient entre les employeurs et les représentants des salariés, le médecin du travail doit, néanmoins, car porteur de la prévention primaire, en signaler les dangers pour la santé. Au-delà des accords en toile peinte, telle la qualité de vie au travail (QVT), simple ravalement d'un management toxique, certaines dispositions sont directement néfastes, telles, par exemple, les postes en deux fois douze heures de la fonction publique hospitalière, qui ont pour objet principal de fuir le travail devenu insupportable.

.....

2— Articles R.4624-11 et R.4624-24 du CDT

3— Article L.4624-8 du CDT

4— Article L.4624-2-1 du CDT

5— Article R.4624-35 du CDT

6— Article R.4127-50 du CSP

7— Article L.4624-2-1 du CDT

8— Article L.4624-9 du CDT

Récemment, grâce à l'alibi de la pandémie, la mise en place du télétravail, même s'il permet de fuir le lieu de travail, met fin à toute échange collectif, laisse chaque travailleuse ou chaque travailleur individualisé, et mis en demeure de recentrer son activité vers le travail prescrit sans marge de manœuvre.

C'est pourquoi, notamment dans ces situations où la santé au travail pourtant en péril est rétrogradée en second plan, et en ayant toujours en perspective sa mission et l'intérêt de chacune et de chacun de ses patients, c'est à l'intelligence rusée, la mètis des anciens, que le médecin du travail doit avoir recours. La compréhension des rapports de force, la capacité à les faire évoluer est une part importante du métier.

Ainsi, la formation au métier est bien loin de donner au futur médecin du travail toutes les compétences qu'il ou elle doit posséder.

La formation en cardiologie est confiée à des cardiologues. Que l'exercice se déroule en ville ou à l'hôpital, c'est la clinique cardiologique qu'on y enseigne.

Or, la médecine du travail s'enseigne dans des services de pathologies professionnelles et bien que des stages complètent l'enseignement théorique, les responsables de ces services, qui valident les capacités à exercer, n'ont pas ou peu exercé le métier.

Leur compétence, tout à fait remarquable, concerne les pathologies professionnelles et est plus lacunaire en ce qui concerne la clinique médicale du travail. Il est donc paradoxal que leur influence, quasi exclusive, s'exerce sur la profession sans contrepoids des praticiens de terrain.

LE CONTEXTE DÉFAVORABLE DE L'EXERCICE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

L'entreprise est un monde sans pitié. Ce travers a été accentué depuis la mise en place d'un management néolibéral implacable.

Celui-ci repose sur des techniques qui ont pour objectif l'individualisation des salariés, l'intensification de leur travail, l'arrêt de leur pensée critique par l'intériorisation des objectifs du management.

L'inflation des souffrances physiques, psychiques et sociales témoignent de la nocivité mais aussi de l'efficacité et des redoutables conséquences sociales de ce système.

Même si des îlots ou des personnes résistent, il faut constater que souvent l'individualisme a remplacé la solidarité, la violence a remplacé le dialogue, le mépris et la haine de l'autre, la compassion, les objectifs personnels et la volonté de puissance le souci des communs. Partout l'adrénaline supplante la dopamine.

Individualisation, intensification et intériorisation n'ont pas épargné les médecins du travail.

C'est l'impuissance de ce corps professionnel que, sans désespérer, l'État et le patronat se sont employés à construire méthodiquement depuis le début du siècle.

Le programme est fixé dès 1988(9). Le médecin du travail a « *choisi le monde de la rentabilité et du profit. (...) Partenaire essentiel du management et de la productivité de l'entreprise. (...) un des principaux objectifs de son rôle. (...) Il l'atteindra en créant une véritable religion de l'aptitude.* »

Parallèlement le patronat va s'efforcer de créer une « *médecine du travail sans les médecins* »(10). Il faut dissuader les étudiants de se diriger vers cet internat de spécialité en rendant l'exercice de plus en plus difficile voire impossible.

Les moyens de l'exercice vont être de plus en plus dégradés notamment en renforçant le pouvoir des employeurs sur les institutions. Ne plus pouvoir remplir ses missions va générer de la honte chez celles et ceux qui exercent le métier.

Comme cela ne suffisait pas, il faut instiller la peur dans l'exercice. Une réforme du Code de la santé publique donne la possibilité, par l'ajout d'un simple terme, aux employeurs de poursuivre les médecins du travail devant le Conseil de l'Ordre des médecins, complice, par conviction ou par ignorance, de la manœuvre. Le Conseil d'État accompagne le procédé.

L'État jouant les pompiers pyromanes, sous prétexte de pénurie de praticiens, va, au moins à trois reprises, aggraver la situation : la loi « *travail* », la suppression des CHSCT, la loi « *pour renforcer la prévention en santé au travail* » vont rendre quasi impossible l'exercice de la mission. Le médecin du travail, déjà menacé par la peur et la honte, est placé en injonction paradoxale : inflation de la question de l'inaptitude au travail (rebaptisée prévention de la désinsertion professionnelle), au détriment de la prévention, augmentation des responsabilités dans une situation de diminution des moyens.

Deux recommandations de la Société française de médecine du travail (SFMT) sont particulièrement significatives des stratégies mises en œuvre.

On remarquera, au passage, que, parmi les auteurs et autrices, figure un médecin-conseil de l'association *Présance*, organisme représentatif des Services de Préven-

.....

9- J. LORiot, « La médecine du travail et l'Europe », *Le Concours Médical*, 21 mai 1988

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

tion et de Santé au Travail Interentreprises de France, ce qui pose la question des éventuels conflits d'intérêt.

Une première recommandation, sur laquelle nous avons publié un précédent article, qui traite de « l'état des lieux » des expositions professionnelles que doit remettre le médecin du travail à la future ou au futur retraité, décourage cette rédaction en instillant la peur, au motif que la rédaction de cet état des lieux pourrait être un prétexte donné à l'employeur pour poursuivre le médecin du travail devant le Conseil de l'Ordre des médecins.

AU CŒUR DES PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL : LES COOPÉRATIONS, « LE CONTRAIRE DE UN »

LES CONDITIONS DE LA COOPÉRATION(11)

Étymologiquement coopérer consiste à « agir ensemble ». Ce n'est pas l'addition d'actions individuelles mais bien la mise en œuvre d'une action collective.

Cela ne s'improvise pas mais naît d'une réflexion commune entre professionnels aux compétences différentes mais dans le respect de chacune des parties.

Il ne peut y avoir de coopération sans la confiance qui repose sur le respect de l'indépendance de chacun et chacune des participants.

« La confiance engage autant qu'elle promet : c'est sur cette réciprocité que la relation de confiance entre les êtres humains se structure. » La relation de confiance dans le travail implique la réciprocité, l'échange, le partage et la reconnaissance mutuelle participant ainsi au développement de la dimension psychosociale.

La confiance entre les membres d'une équipe est l'élément indispensable pour atteindre les objectifs du travail. La confiance est un construit pour agir ensemble, élaboré dans le temps et toujours relativement à ce avec quoi elle interagit : confiance en soi, confiance en l'autre, confiance dans le système. Elle se construit dans l'échange, dans les actes quand il y a un socle de valeurs communes partagées et exige généralement une certaine durée pour se développer et devenir solide. La confiance en l'autre doit être envisagée comme une relation de confiance, l'un et l'autre étant engagés dans des enjeux de confiance réciproques. Mais cette relation de confiance a des limites : elle n'existe pas pour elle-même, dans une seule visée psychologique, affective ou morale, elle est liée à un objet, un but, une situation : la confiance est un construit pour agir ensemble selon des finalités partagées. La coopération est son intention, la coordination sa méthode. En retour,

11- La partie en italique est tirée du *Cahier SMT N°30* : « La coopération médecin et infirmier en santé au travail et le DPC » ; 7^e colloque E-PAIRS du 5 juin 2015, en partenariat avec A-SMT et SNPST

l'action réalisée en équipe renforce la confiance, participant ainsi à la construction de la relation professionnelle... ou à sa déconstruction si l'action visée n'est pas atteinte. Faire confiance, c'est remettre quelque chose à quelqu'un dans un cadre partagé qui peut comprendre des objectifs de travail, des valeurs, une éthique et des règles. Faire confiance implique également de prendre un risque : le risque de se tromper. Mais faire confiance ne suffit pas, il faut aussi gagner la confiance. Faire confiance relève de la mise en œuvre d'un agir particulier. Dans le travail, il s'agira d'un agir professionnel. Gagner la confiance vise à bénéficier de la confiance de l'autre parce qu'elle compte pour celui qui la revendique. Là aussi, gagner la confiance relève d'un engagement, d'un agir particulier comme dans l'enjeu de faire confiance. La relation de confiance se construit donc suivant un double enjeu : faire et gagner la confiance. Cette relation engage à une réciprocité entre celui qui l'accorde et celui qui la reçoit. L'épreuve de la confiance accordée passe par le rapport entre le faire et le dire et par la réalité de travail. »

LES COOPÉRATIONS AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Elles s'exercent au sein d'un SPST interentreprises entre intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), infirmiers et infirmières du travail et médecins du travail.

Rappelons, en effet, que dans un SPST autonome, vis-à-vis des experts désignés par l'employeur (article 7 de la directive européenne), il ne s'agit pas pour le médecin de coopérer mais de « se coordonner » ce qui relève d'une relation différente(12).

Ces coopérations dans les SPSTI ont été notablement perturbées par les dispositions de la loi « *Prévention et santé au travail* », du fait de l'orientation par les SPST des actions des IPRP vers les objectifs réglementaires de prévention imposés aux employeurs, ce qui éloignent les IPRP de la prévention primaire médicale

Ces coopérations entre membres de l'équipe médicale et IPRP portent exclusivement sur des éléments de clinique collective c'est-à-dire sur l'étude des conditions de travail et des postes. En effet l'aménagement individuel du poste de travail impliquerait dans une certaine mesure de faire connaître à l'IPRP des éléments qui relèvent du secret médical.

Il n'est pas impossible, comme pour les assistants et assistantes, que ces éléments soient confiés avec prudence dans une relation de confiance. Toutefois cette entorse à la règle engage la responsabilité exclusive du médecin et ou de l'infirmier ou infirmière.

.....

12- Article L.4622-4 du Code du travail

LES COOPÉRATIONS AU SEIN DE L'ÉQUIPE MÉDICALE DU TRAVAIL

Une deuxième recommandation, récente, de la SFMT, concerne les nouvelles dispositions réglementaires qui permettraient aux infirmiers et infirmières de se prononcer sur des aménagements de postes ou des dispositions d'aptitude, en substitution du médecin.

Alors qu'elle justifie l'utilité de ces dispositions par la pénurie de médecins du travail, ce qui est peu élogieux pour les compétences des infirmiers et infirmières, ravalées au rôle de « bouée de sauvetage », cette recommandation rabaisse les relations professionnelles entre médecins et personnel paramédical à un rôle de substitution.

Cela est particulièrement démonstratif de l'ignorance sur la nature coopérative des compétences, lesquelles reposent notamment sur la complémentarité de la clinique infirmière en santé au travail des IDEST et de la clinique médicale en santé au travail des médecins du travail(13).

Cette question a été traitée de façon coordonnée et exhaustive avec l'aide de l'association SMT(14).

Nous conseillons à toutes et à tous de se référer à ces travaux.

Nous estimons que ces coopérations sont essentielles notamment en matière de clinique médicale individuelle.

Un patient ou une patiente ne s'exprime pas sur sa santé et son travail, qu'il s'agisse de faits objectifs ou subjectifs, de la même manière vis-à-vis d'un infirmier ou d'une infirmière ou vis-à-vis d'un médecin.

Au sein de l'équipe médicale, chacun est responsable pour ce qui le concerne. Les échanges sont licites. Ces échanges sont souvent informels, mais il faudrait les rendre plus formels par exemple en développant la prise de note des infirmières et des infirmiers dans le dossier médical, et en instituant des réunions d'échanges régulières.

Ce qui se construit ici n'est pas l'addition de deux regards mais un regard commun dans l'intérêt des travailleurs et des travailleuses concernées.

Cette synthèse où participent clinique médicale et clinique infirmière est particulièrement riche, notamment

.....

13- Remarque : Une recommandation de substitution se devrait de pousser la logique réglementaire à son aboutissement. En effet si les IDEST se substituent aux médecins en matière d'aptitude, il faut alors que le législateur leur confère, comme pour le médecin, le statut de salarié protégé.

14- *Cahier SMT N°30* : « La coopération médecin et infirmier en santé au travail et le DPC » ; 7^e colloque *E-PAIRS* du 5 juin 2015, en partenariat avec *A-SMT* et *SNPST* : <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-30/Cahier-30.pdf>

en matière d'adaptation du poste de travail. Elle repose sur la vision partagée du lien indissoluble entre abord clinique individuel et collectif, entre objectivité et vécu subjectif, entre travail prescrit et travail réel.

C'est cette recherche de synthèse entre membres de l'équipe médicale qui doit être à l'origine des protocoles et de la dévolution des visites médicales.

Ce n'est en aucun cas la substitution dans l'isolement mais bien la communauté dans le respect de la diversité des compétences et des regards qui naît de ces coopérations dans l'intérêt exclusif de la santé.

*LES COOPÉRATIONS ENTRE MÉDECINS DU TRAVAIL :
CONSTRUIRE ENSEMBLE DES COMPÉTENCES ET DES PRATIQUES*

Du fait de ses responsabilités déontologiques chaque médecin du travail est, comme tout médecin, face à ses devoirs de praticien : l'exercice est individuel ainsi que la responsabilité. Cette individualisation ne doit pas, dans l'intérêt des patients, se transformer en isolement.

Les échanges entre pairs sur l'exercice et ses difficultés sont donc un facteur déterminant de salubrité pour le praticien mais aussi de maintien des compétences. C'est l'objet de la formation permanente et en général les contrats de travail le prévoit. C'est sur sa nature que portent les désaccords.

Exercer la médecine du travail est non seulement un exercice de médecine mais émerge à des domaines essentiels à la compréhension des situations et à celles de leur évolution : psychologie et souffrance au travail, ergonomie, toxicologie, droit du travail... les possibilités d'analyse sont nombreuses et souvent complémentaires.

Confronté à ces complexités, le regard des autres praticiens et la discussion entre eux sont précieux.

C'est une première motivation à coopérer entre médecins du travail : se rapprocher et échanger des compétences et des expériences pour enrichir des pratiques.

Ces échanges peuvent être intégrés, par exemple, dans des échanges à l'intérieur de groupes de parole dans le cadre d'associations de formation(15). Ils peuvent aussi émaner dans des SPSTI et SPSTA de l'action des délégués professionnels des médecins du travail(16) dont ce devrait être une des tâches essentielles. Une de leurs actions devrait être de desserrer l'étau de la quotidienneté et d'organiser des temps d'échange.

.....
15- <http://www.e-pairs.org/>
16- Article R.4623-17 du CDT

L'objet de ces réunions entre pairs n'est pas seulement d'améliorer la qualité de la pratique individuelle mais doit constituer la base de pratiques et de synthèses collectives.

Des exemples sont particulièrement démonstratifs et montrent la possibilité de parvenir à une appréciation collective des risques(17).

Ainsi, dans le secteur de l'énergie, jusqu'en 2010, en s'appuyant sur des matrices emplois-expositions puis sur des groupes de travail, les médecins du travail, sous l'impulsion des médecins délégués professionnels, ont pu disposer de fiches de poste évolutives et d'un logiciel adapté permettant de faire le lien entre ces fiches et les situations individuelles des travailleuses et des travailleurs. Un changement de logiciel et un moindre engagement dans ces actions collectives ont eu raison de cette avancée.

Alors, comme la majorité de leurs pairs, confrontés à de nouvelles responsabilités de traçabilité individuelle des risques (suivi post-exposition, état des lieux post professionnel), chacune et chacun est individuellement démuni pour accomplir ce devoir déontologique (dire le risque) et réglementaire (donner accès à des droits). Il est alors à craindre que l'exercice ne se rabougrisse en sélection médicale de la main d'œuvre basée sur le repérage de prétendues « susceptibilités individuelles » ce qui constituerait la mise à mort d'un métier essentiel à l'exercice d'un droit constitutionnel à la protection de la santé au travail.

*SANS COOPÉRATION
L'EXERCICE DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL EST IMPOSSIBLE*

Comme il est de coutume de le dire dans notre association, à titre de boutade, « *les médecins du travail ne sont ni des zéros, ni des zorros* ».

Les précédents paragraphes ont mis en lumière l'intérêt pour les compétences et les pratiques du médecin du travail de mener des coopérations avec les membres des équipes et entre pairs.

Un autre aspect des coopérations impacte directement la nature politique de l'exercice du métier.

Rester isolé rend, dans ce domaine, l'exercice périlleux.

Comment, en effet, porter un discours « hérétique » de constat de risque et de prévention primaire, bien que parfaitement justifié, dans un contexte de rapport de force le plus souvent défavorable ?

Celles et ceux, et ils et elles sont nombreux dans notre association, qui ont pris position, un peu avant que

.....
17- Ainsi par exemple les fiches de métiers de l'association *Bossons futés* : <http://www.bossons-fute.fr/>

l'évidence ne leur donne raison, savent le coût de leurs actions !

Les coopérations deviennent alors un indispensable moyen d'exercer.

Porter collectivement l'expression d'un nouveau risque, ses causes et sa nécessaire prévention, protège et confère pertinence à la pratique individuelle. Elle entraîne souvent l'appui des travailleurs et des travailleuses concernés, et fait basculer le rapport de force du côté de la prévention.

Sans cette action collective, dans cette situation, le médecin du travail est en difficulté.

L'exemple de *France Télécom* est particulièrement démonstratif de ce point de vue. Sans le constat collectif des médecins du travail, les suicides seraient encore imputés à des susceptibilités individuelles et ceux qui en sont à l'origine n'auraient pas eu à répondre de leur culpabilité.

Dans le secteur de l'énergie que nous évoquions plus haut le constat des risques, en 1976, liés à la présence d'amiante n'a pu être fait que grâce à l'action commune des médecins du travail de la production.

Alors que la notion de RPS était, dans ce secteur, un concept utilisé par les employeurs pour reporter sur les susceptibilités individuelles des salariés l'effet de l'organisation du travail, plusieurs enquêtes sur la souffrance au travail, dès 1991, demandées de façon itérative et coordonnée par les médecins du travail du secteur ont fait basculer la causalité des atteintes à la santé vers l'existence d'organisations du travail délétères(18).

Ainsi, il est ici démontré que les pratiques en médecine du travail sont le contraire de un.

Pas de médecine du travail sans pratiques collectives.

Car, les coopérations entre membres des équipes de santé au travail et entre médecins du travail ne sont pas seulement un moyen essentiel de l'exercice du métier mais bien la condition *sine qua non* de son existence.

.....
18 - Marlène BENQUET, Pascal MARICHALAR, Emmanuel MARTIN, « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », Dans *Sociétés contemporaines* 2010/3 (n° 79), p. 121-143
<https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2010-3-page-121.htm>

« LA PRÉVENTION PRIMAIRE RESTE LE MOYEN LE PLUS SÛR POUR RÉDUIRE L'IMPACT DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ » CHICHE !

Jean-Louis Zylberberg

La société française de santé au travail signe un texte intitulé : « *Coopérations et délégations en santé au travail : quid d'un avis d'aptitude signé par le médecin du travail suite à une "pré-visite infirmiers" en santé au travail (IDEST) ?* » ?

En préambule, il était d'usage dans toute rédaction de recommandations d'une société savante de mentionner les conflits d'intérêts et en 2023 il est réglementaire de l'indiquer noir sur blanc. La seule signataire où le lecteur peut identifier un conflit d'intérêts est le docteur Corinne Letheux en tant que médecin-conseil *PRESANCE* qui représente la majorité des directeurs des SPSTI et qui défend « une certaine idée de la santé au travail sans médecins », cf. les archives du *CISME* (ancêtre de *PRESANCE*) mises à jour par le sociologue Pascal Marichalar.

Je représente au conseil régional d'orientation des conditions d'Île-de-France le syndicat de salariés CGT

et l'administration du travail n'a pas encore dénoncé un éventuel « conflit d'intérêts » contrairement à un inspecteur du travail appartenant à la même organisation de salariés.

Mais ce n'est pas à ce titre là que j'écris ce commentaire mais au titre de médecin du travail, clinicien du lien santé-travail, avec une approche ignorée des professionnels hospitaliers de consultations de pathologies professionnelles, la clinique médicale du travail.

En 2003, dans la revue de l'association *a-SMT* consacrée à la clinique médicale du travail, le docteur Dominique Huez écrivait : « (...) *l'accompagnement par le médecin du travail de la construction de la santé du sujet au travail lors des entretiens cliniques réguliers est un processus préalable et nécessaire à son action en prévention primaire pour la collectivité de travail (...)* ». L'ignorance de cette clinique médicale du travail par les

signataires de cette recommandation aboutit à écrire que les entretiens cliniques « systématiques » par les infirmiers en santé au travail et les médecins du travail sont inutiles car ils consistent à dépister en santé au travail ce qui n'a jamais été prouvé. Les seules utilités des consultations des infirmiers en santé au travail et des médecins du travail seraient la prévention de la désinsertion professionnelle et les problèmes de sécurité au travail. Les signataires de cette recommandation s'inscrivent donc dans des pratiques cliniques dont l'utilité serait de sélectionner biologiquement la main d'œuvre.

Dans cette recommandation, on peut y lire que « la pré-visite SIR » confiées aux infirmiers en santé au travail « (...) n'est pas (...) une **délégation confiée** à l'infirmier en santé au travail mais une **coopération** dans laquelle le médecin confie des tâches à l'infirmier en santé au travail dans le cadre d'un entretien ; l'infirmier en santé au travail pose les questions pour le médecin, effectue un recueil des constances de base... ». Une fois de plus les signataires de cette recommandation ignorent l'existence d'une clinique infirmier en santé au travail : ces derniers sont vus comme des techniciens

« de base », « à nonnant » des questions prescrites par le seul sachant, le médecin du travail.

Pour finir, revenons sur ce « jeu sémantique » entre délégation et coopération qui ignore les responsabilités individuelles des médecins du travail et celles des infirmiers en santé au travail. La coopération entre infirmiers en santé au travail et médecins du travail peut soit envisager, l'activité des infirmiers comme une fraction déléguée de l'activité du médecin, dans une organisation pensée comme une mécanique, soit prendre le point de vue de la clinique médicale du travail, c'est-à-dire porter attention aux différences qualitatives, aux tensions, conflits, ruptures. Il faudra prendre en compte cette tension entre les deux conceptions : délégation de tâches ou association de compétences. Les infirmiers en santé au travail ont, comme tout infirmier, ont un rôle propre (article R.4312-14 Code de la santé publique) dont ils sont personnellement responsables, rôle propre qui ne doit pas être ignoré des médecins du travail dans le cadre de la coopération entre deux professionnels de santé.

Rabelais est toujours d'actualité en ce vingt-et-unième siècle : « *Ignorance est mère de tous les vices.* »

LES CANCERS PROFESSIONNELS

LES RENDRE INVISIBLES AINSI QUE LEURS CAUSES

Alain CARRÉ

LES CONSÉQUENCES DE L'INVISIBILITÉ DES ORIGINES PROFESSIONNELLES DES CANCERS

En France, actuellement, 2,2 millions de salariés, soit 10 % des travailleuses et travailleurs, sont exposés directement à au moins un agent chimique cancérigène. D'autres expositions à des composés cancérigènes sont également présentes. Ainsi, 598 000 salariés sont exposés aux fumées métalliques de soudage, 259 000 à la radioactivité et 759 000 femmes travaillent la nuit ce qui peut générer des cancers du sein.

Les cancers d'origine professionnelle, c'est-à-dire ceux liés à des expositions à des produits ou des procédés cancérigènes lors du travail représentent de 8 % à 15 % des 380 000 cancers survenant chaque année, soit de 30 000 à 57 000 cancers. Seuls 1 840 sont reconnus chaque année. Cela signifie que, bien que d'origine professionnelle, 28 160 à 55 160 cancers échappent à la reconnaissance comme maladie professionnelle. Le coût moyen du traitement annuel d'un cancer s'élève 52 000 €. Chaque année la Caisse maladie, financée par des cotisations mixtes salariés-employeurs, prend donc en charge indument entre 1,5 milliards d'euros à 3 milliards d'euros. Cette somme est économisée par la Caisse accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) financée exclusivement par les employeurs.

Le ratio de non-reconnaissance par rapport aux maladies professionnelles ne concerne pas que les cancers professionnels. Ainsi les maladies articulaires et musculaires, les atteintes psychiques liées au travail et d'autres atteintes d'origine professionnelle connaissent sans doute un ratio d'invisibilité semblable.

La Cour des comptes, dont on devine le tropisme pour le néo libéralisme, exige une compensation imparfaite de 1 milliard d'euros par la caisse AT-MP vers la Caisse maladie. **Les employeurs sont donc bénéficiaires de l'invisibilité des maladies professionnelles non seulement en économisant sur le coût de leur réparation, mais également en profitant de cette invisibilité pour ne pas en faire de prévention. En jouant sur ces deux tableaux le bénéfice est sans doute astronomique.** D'où la volonté de rendre invisible les risques professionnels avec la complicité active de leurs alliés politiques de tout bord. Comme le montrent plusieurs publications(1), cette complicité dans ce domaine dure

1- ♦ Ouvrage collectif, *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs 19^e-20^e siècle*, Presses universitaires de Rennes, 2011

♦ Emmanuel HENRY, *Ignorance scientifique et inaction publique, les politiques de santé au travail*, Presses de Sciences Po, 2017

♦ Emmanuel HENRY, *La fabrique des non problèmes, ou comment éviter que la politique s'en mêle*, Presses de Sciences Po, 2021

♦ Anne MARCHAND, *Mourir de son travail aujourd'hui, enquête sur les cancers professionnels, un fléau évitable*, Les éditions de l'atelier, 2022

depuis l'avènement de la République(2) et traverse les âges jusqu'à nos jours.

Pour les cancers liés au travail, il s'agit avant tout de construire l'invisibilité des risques cancérigènes professionnels. Ainsi, par exemple, il faudra plus de vingt ans (1974-1996) pour que l'amiante soit, en théorie, bannie de l'environnement professionnel. C'est seulement en 2021, que l'ANSES reconnaîtra enfin la silice comme substance spécifiquement cancérigène. Les tableaux de déclaration des MP sont systématiquement sabotés et leur publication différée. Progressivement, notamment en 2012, les attestations et fiches d'exposition individuelles aux cancérigènes ont été, dans leur majorité, progressivement supprimées. La suppression des CHSCT et de leurs moyens d'intervention pour identifier collectivement les risques, par les ordonnances « Macron » en 2017, a beaucoup favorisé cette invisibilité.

JUSQU'ALORS LA POSSIBILITÉ D'UNE PRÉVENTION SECONDAIRE DES CANCERS PROFESSIONNELS

Restait jusqu'en 2021, une obligation liée à l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale et son arrêté d'application de 1995 :

- ◆ L'employeur et le médecin du travail devaient remettre aux salariés concernés une attestation d'exposition aux cancérigènes quand celui-ci ou celle-ci quittait l'entreprise, quelle qu'en soit la raison.
- ◆ Ainsi, le salarié ou la salariée exposée pouvait obtenir grâce à cette attestation des examens de dépistage d'éventuels cancers professionnels auprès de la CPAM. Le coût des examens de dépistage était supporté par la caisse AT-MP.
- ◆ En l'absence de délivrance de l'attestation, une circulaire de la direction de CNAM diligentait une enquête de la CPAM pour prouver l'exposition.

Les obligations d'attestations n'étaient, le plus souvent, pas délivrées et les suivis post-professionnels peu demandés car ignorés des bénéficiaires. Toutefois cela mettait en place pour celles et ceux qui le revendiquaient une traçabilité individuelle des risques à la sortie de l'entreprise (chômeur, chômeuse, ou retraité), prélude à une prévention secondaire de cancers professionnels (diagnostic précoce = meilleure chance de rémission) et surtout une preuve de présomption d'origine du cancer lors de l'éventuelle survenue de la maladie, ainsi plus facilement reconnue en MP.

.....

2- Le premier exemple avéré est l'explosion de la fabrique de poudre à canon de la plaine de Grenelle, le 31 août 1794, qui détruisit le village de Grenelle et fit plus de 1 000 victimes.

UNE RÉFORME EXEMPTANT LES EMPLOYEURS DE TRACER INDIVIDUELLEMENT L'EXPOSITION AUX CANCÉROGÈNES ET RENDANT L'ACCÈS AU SUIVI POST-PROFESSIONNEL IMPOSSIBLE

Tout cela a changé depuis le 28 avril 2022 avec la suppression de l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale et de son arrêté de 1995 et sa substitution par l'article D.461-23 nouveau du même code. Cet article précise que seul un « état des lieux des expositions » délivré par le médecin du travail ouvre droit à un suivi post professionnel. Cet état des lieux doit être délivré lors d'une « visite de fin de carrière » (ce qui la limite aux départs à la retraite), et réservée aux salariés bénéficiant ou ayant bénéficié d'une surveillance médicale renforcée.

Le processus est le suivant :

- ◆ La fin de carrière est signalée par l'employeur au service de prévention et de santé au travail (SPST), lequel détermine si le salarié ou la salariée répondent bien aux conditions d'accès à la visite et si les conditions sont remplies le convoque à la visite. Cette visite peut également être effectuée à la demande du salarié ou de la salariée.
- ◆ Suite à cette visite et rédaction de l'état des lieux, qui peut comporter des conseils concernant le suivi nécessaire et un courrier pour le médecin traitant, le ou la retraitée se met en rapport avec la CPAM de son domicile qui lui adresse des prises en charge pour les examens de suivi, la nature des examens étant déterminée par le médecin-conseil qui, comme le précise la circulaire de la CNAM, en application du décret, se rapproche des consultations de pathologie professionnelles pour les déterminer.

Décryptons comment les nouvelles dispositions construisent l'invisibilité des expositions :

- ◆ La notion de visite de fin de carrière laisse de côté celles et ceux qui dans l'ancien système quittaient l'entreprise, volontairement ou par licenciement, et les chômeurs et chômeuses qui pouvaient avoir accès au suivi.
- ◆ Les obligations des employeurs en matière de traçabilité individuelle des cancérigènes se résument à signaler au SPST le départ en retraite du ou de la salariée.
- ◆ C'est le SPST qui détermine si les conditions de la visite de fin de carrière sont réunies ce qui exempte l'employeur de toute responsabilité.
- ◆ C'est sur le médecin du travail que repose la responsabilité de la traçabilité individuelle aux cancérigènes. Ne pas le faire (ou ne pas pouvoir le faire complètement) pose la question de son éventuelle

responsabilité en termes de perte de chance ou de non-assistance à personne en péril.

♦ Dans la réalité, faute de temps et de moyens, du fait de la pénurie de médecins du travail, étouffé sous des effectifs démentiels de patients, dans un contexte de visites médicales devenues bien plus espacées, il est peu probable que le médecin du travail puisse remplir cette obligation. De plus, faute de temps, le travail collectif entre praticiens seul à même d'identifier ces risques ne peut être assuré.

♦ Une publication qui se recommande de la Société française de médecine du travail(3) pourrait décourager l'établissement de cet état des lieux au motif que sa rédaction pourrait conduire certains employeurs à porter plainte auprès du Conseil de l'Ordre des médecins pour « certificat de complaisance ».

♦ Aucune disposition émanant de la CNAM ne permet plus de prendre en compte les revendications individuelles de celles et ceux qui estimerait avoir été exposés et qui n'auraient pas d'état des lieux, ni les demandes de celles et ceux qui auraient été exposés avant les nouvelles dispositions et qui feraient une demande de suivi post professionnel. **Toutefois interrogée, la CNAM précise que concernant la confirmation de la réalité des expositions : en l'absence des documents requis pour bénéficier d'un SPP, c'est bien à l'avis des consultations de pathologies professionnelles que le médecin-conseil s'en remettra.**

♦ Aucune disposition de contestation des examens de surveillance décidés par le médecin conseil n'est précisée. **Toutefois interrogée, la CNAM précise**

.....

3- <https://www.rst-sante-travail.fr/rst/pages-article/ArticleRST.html?ref=RST.TM%2068>

que les contestations relèveraient de la Commission médicale de recours amiable(4).

♦ Dans un contexte de précarité de l'emploi et de sous-information des salariés sur les risques professionnels la revendication d'un état des lieux devient purement théorique.

Résumons :

♦ **Fin de la traçabilité individuelle de l'exposition professionnelle aux cancérogènes par les employeurs, limitée au départ en retraite, et remplacée par une « médicalisation » intégrale du processus : état des lieux par le médecin du travail, nature des examens décidée par le médecin-conseil, « expertise » des consultations de pathologies professionnelles en cas de litige.**

♦ **Médecins du travail devenus des fusibles en responsabilité et placés en injonction paradoxale partagés entre impossibilité d'attester du fait des conditions d'exercice et négation des expositions et dans la peur des plaintes d'employeurs.**

♦ **Salariés maintenus dans l'ignorance des risques et sous informés sur leurs droits.**

C'est la puissance publique qui, par ces dispositions, s'est assurée que les risques professionnels d'exposition aux cancérogènes et leurs effets deviennent des « non-problèmes » en construisant les conditions de leur invisibilité. Or, cette invisibilité favorise leur absence de prévention. Sa responsabilité est donc engagée par les conséquences de cette politique. Il serait temps que la représentation nationale s'empare de ces questions.

.....

4- Aucune circulaire ou instruction aux caisses ne reprend ces dispositions qui sont des réponses formelles à des interrogations de l'auteur de cet article.

LA FIN DE LA TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE PAR LES ENTREPRISES QUI GÉNÈRENT LES RISQUES EN SUBSTITUTION, DES MÉDECINS IMPUISSANTS APEURÉS OU IGNORANTS

Alain CARRÉ

INTRODUCTION

Depuis le 19^e siècle les atteintes à la santé dues au travail dans le contexte d'une subordination étroite à l'employeur sont un problème récurrent. Le coût qu'elles peuvent représenter soit du fait de leur visibilité, soit à cause de leur prévention rendue obligatoire, a toujours été l'objet de stratégies d'évitement dans lesquelles l'État, complice involontaire, voire volontaire, joue, *nolens volens*, la même partition souvent aidé par le pouvoir médical(1).

Ainsi, le fameux « *compromis historique* » concernant les accidents du travail (AT) de 1898, étendu aux maladies professionnelles (MP) en 1919 a été négocié par le patronat d'alors car en 1893 une loi novatrice, bien que non appliquée, imposant une prévention des risques professionnels, justifiait des recours devant les tribunaux civils en cas d'atteinte à la santé. C'est pour faire la « part du feu » que fut inventée la « réparation forfaitaire » en substitution des plaintes au civil.

.....

1- Lire à ce sujet: *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19^e-20^e siècles)*, HATZFELD Hélène (aut.), BRUNO Anne-Sophie (aut.), GEERKENS Éric (aut.), OMNÈS Catherine (direction), Presses universitaires de Rennes, 2011

Comme le dit Jean Renoir : « *Ce qui est terrible sur cette terre, c'est que tout le monde a ses raisons* ».

Plus la question, soi-disant économique, est au premier plan et plus de « bonnes raisons » justifient de la part des employeurs de mauvaises pratiques dans ce domaine. Or, depuis 1980, le néo libéralisme est le paroxysme de la gestion sociale du point de vue unique de l'économie. Ce début de 21^e siècle est particulièrement riche en « bonnes raisons » de diminuer les coûts notamment en matière de prévention, par exemple en sous-traitant le travail à une main d'œuvre hors frontières. La reconnaissance des atteintes à la santé dues au travail est fertile en stratégies d'évitement en matière de responsabilité des employeurs.

L'objet de cette contribution est de montrer la mise en place dès le début du présent siècle, de stratégies des employeurs pour échapper à leur responsabilité en matière de prévention et/ou d'atteintes à la santé devant, d'une part des avancées des législations du travail en matière de traçabilité des risques notamment des traçabilités individuelles et d'autre part des jurisprudences concernant la réparation intégrale du préjudice des vic-

times du travail et notamment celles concernant la réparation *via* la faute inexcusable de l'employeur (FIE).

Nous montrerons qu'un des moyens d'évitement est d'agir, par la séduction, la création de l'ignorance ou par la crainte, sur le corps médical et particulièrement sur les médecins du travail en en faisant de parfaits fuyables en responsabilité.

UN FAISCEAU DE CIRCONSTANCES RESPONSABLES D'OBLIGATIONS DE PRÉVENTION RÉNFORCÉES

En 1983 naissent les CHSCT (Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail). Porteurs de nouveaux droits la représentation des travailleurs va progressivement, avec les années, se former, s'aguerrir et développer des actions efficaces de mise en visibilité des risques et de revendications en matière de prévention. En utilisant expertise et droit d'alerte cette représentation va s'emparer des questions de prévention et mettre en demeure l'employeur de prendre ses responsabilités dans ce domaine.

En 1993 était promulgué l'article D.461-25 du Code de la sécurité sociale complété en 1995 par un arrêté. Ces dispositions concernaient la mise en place d'un suivi post professionnel (SPP), prévention secondaire des cancers professionnels pour les travailleurs ayant été exposés aux cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR). L'employeur et le médecin du travail devaient remettre à ces salariés une attestation d'exposition aux CMR, ouvrant ainsi droit au SPP. Le plus souvent cette attestation n'était pas remise ; malgré cette absence d'attestation, une demande déclenchait une enquête de la CPAM qui la réceptionnait sur la réalité des expositions.

En 2001, soit 11 ans après sa promulgation (!), la Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 « *concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail* » était enfin transposée en droit français, après mise en demeure en 1997. Jusqu'alors seuls les principes généraux de prévention avaient été traduits en droit.

En 2001 également naissait le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), obligation des entreprises décrivant les risques existants dans l'entreprise et qualifiant les postes de travail concernés, dont la lecture critique par les CHSCT va être une pratique courante et efficace.

En 2003, la réglementation concernant la prévention du risque chimique était révisée. La catégorie des agents chimiques dangereux (ACD) auxquels apparten-

ent les CMR était définie. Cette réglementation prévoyait que les ACD faisaient l'objet de fiches individuelles d'exposition et d'attestations personnelles récapitulatives au départ de l'entreprise. Cela étendait mais aussi supprimait la réglementation spécifique concernant l'amiante dont les dispositions de traçabilité relevaient dorénavant de la même réglementation que les autres ACD.

L'IMPLICATION DES MÉDECINS DU TRAVAIL DANS LA TRACABILITÉ DES RISQUES PROFESSIONNELS ET LA VISIBILITÉ DE LEURS EFFETS

Il faut préciser, tout d'abord, que le repérage du risque et les conseils pour sa prévention et l'aide à la déclaration de ses effets sont un devoir déontologique(2) et réglementaire(3) pour tout médecin. En effet depuis 2012 en référence à l'article L.4624-11 du Code du travail, le médecin du travail ou son préposé doit indiquer au salarié ou à la salariée les risques de son poste de travail.

Cette obligation d'information persiste toujours.

Depuis 1985, le médecin peut prescrire les examens de dépistage des éventuels effets de ces risques.

L'obligation d'information se concrétise, **depuis 2010** dans le dossier médical de santé au travail, accessible aux intéressés et à leurs ayants droit, dans lequel le médecin doit faire figurer « *les expositions auxquelles le salarié a été soumis* ».

.....
2- **Article R.4127-7** : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.* »

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 désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.* »

3- **Article L.1111-2** : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

Dès 1987, en matière de traçabilité collective, le médecin du travail doit rédiger une fiche d'entreprise « sur laquelle sont consignés notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés exposés à ces risques ». Cette fiche est transmise à l'employeur, à l'inspection du travail et au CHSCT.

Dès sa création, l'association SMT, a porté les débats sur la notion d'alerte de risque à la communauté de travail par le médecin du travail. Depuis 2011 seulement, le devoir de signalement du médecin du travail sur les risques est formalisé dans le Code du travail (L.4624-9).

DES ÉVOLUTIONS JURIDIQUES VERS LA RECONNAISSANCE ET L'INDEMNISATION DES ATTEINTES À LA SANTÉ DUES AU TRAVAIL

Depuis 1898 pour les AT et depuis 1919, en matière de maladie professionnelle prévaut la présomption d'imputabilité. Pour les maladies professionnelles cette présomption est liée, jusqu'en 1993, à l'existence des tableaux de maladies professionnelles.

Il suffit que la maladie, ses délais de prise en charge et les circonstances soient conformes aux définitions du tableau pour que la maladie soit reconnue comme ayant une origine professionnelle. D'où l'importance des constats éventuels du médecin du travail dans ce domaine.

À partir de 1993, deux alternatives de déclaration « hors tableau » sont dévolues aux Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (C2RMP) hors présomption d'imputabilité la victime devant apporter la preuve du lien direct ou du lien direct et essentiel entre sa maladie et le travail.

Cette première modification du compromis historique va être une alerte pour les organisations représentatives des employeurs.

Toutefois c'est l'évolution de la notion de Faute Inexcusable de l'Employeur (FIE) c'est-à-dire la possibilité d'obtenir au tribunal une compensation intégrale des préjudices qui va être le déclencheur des stratégies d'évitement en responsabilité de ces organisations.

Jusqu'en 2002 la notion de faute inexcusable de l'employeur qui permettait à une victime d'ester en justice afin d'obtenir une réparation des préjudices subis en complément de la reconnaissance AT ou MP impliquait une conduite malveillante de son employeur.

Une décision de la Cour de cassation(4) allait transformer radicalement la définition de la responsabilité de l'employeur en matière d'AT-MP : « Mais attendu qu'en

4- Cour de Cassation, Chambre sociale, du 28 février 2002, 99-18.389

vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L.452-1 du Code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ».

Cette décision va être considérée comme particulièrement dangereuse et comme une remise en cause du compromis historique et être à l'origine de contre-mesures en cascades des organisations d'employeurs, en agissant sur les institutions judiciaires et en subvertissant les institutions de prévention par le truchement du pouvoir politique, comme cela est habituel.

LES STRATÉGIES POUR ENTRAVER LA VISIBILITÉ DES RISQUES PROFESSIONNELS ET DE LEURS EFFETS

OBTENIR UN RENIEMENT DE LA DÉCISION DE 2002
PAR LA COUR DE CASSATION

Le Conseil de la magistrature mettra en cause et sanctionnera certains magistrats de la Cour pour avoir délégué et rendu des décisions dans des conflits alors qu'ils étaient rémunérés pour des prestations par l'une des parties.

C'est en 2015 que la jurisprudence sera modifiée : la chambre sociale amorce une évolution dans l'application qu'elle fait de l'obligation de sécurité de résultat à laquelle est tenue l'employeur, en décidant que « ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L.4121-1 et L.4121-2 du Code du travail » (Cass.soc. 25 novembre 2015, n° 12-24.444)

Toutefois d'autres décisions vont contredire cette jurisprudence. Ainsi : « La présomption de faute inexcusable instituée par l'article L.4154-3 du Code du travail ne peut être renversée que par la preuve que l'employeur a dispensé au salarié la formation renforcée à la sécurité prévue par l'article L.4154-2 du même code ». Ou encore : « Selon l'article L.4131-4 du Code du travail, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2007-329 du 12 mars 2007, le bénéfice de la faute inexcusable de l'employeur est de droit pour le ou les travailleurs qui seraient victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle alors qu'eux-mêmes ou un re-

présentant du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail avaient signalé à l'employeur le risque qui s'est matérialisé ».

Enfin, récemment le **20 janvier 2023** une décision de la cour vient confirmer qu'aucun préjudice personnel n'est réparé par la réparation forfaitaire de l'incapacité liée aux AT et MP ce qui implique que la FIE est le moyen unique d'accéder à cette réparation. Ce revers est sans doute une des raisons de l'ANI du 15 mai 2023 dans lequel les organisations patronales écrivent que cette décision remet en cause le compromis historique. De ce point de vue la stratégie des employeurs paraissait être un échec.

C'était sans compter avec l'appui indéfectible de l'exécutif actuel pour les employeurs : ainsi, l'article 39 du projet de loi sur le financement de la Sécurité sociale contredit l'arrêt de la Cour de cassation en décrétant qu'au contraire la réparation forfaitaire est duale et prend en compte également le préjudice personnel et non seulement le *Pretium laboris*.

Cela signifie que la réparation liée à la FIE sera amputée et donc diminuée au profit d'une réparation forfaitaire d'un montant bien inférieur. L'indemnisation des préjudices liés au travail s'éloigne donc encore plus de l'indemnisation civile liée aux autres situations de préjudice !

Les associations de victimes indignées demandaient l'abrogation de cet article. L'article 39 sous leur pression a été supprimé. Il est peu probable que l'exécutif ait été touché par la grâce. La complexité d'application de cette régression sociale, le désaveu de l'autorité judiciaire supérieure, les recours possibles devant le Conseil constitutionnel sont sans doute les raisons de cette décision de dernière minute. Ne serait-ce que partie remise ?

*LA FIN DE LA TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE
PAR LES EMPLOYEURS DE CERTAINS RISQUES
EXEMPLE DU RISQUE DES ACD*

Tracer les risques pour chaque travailleur est fondateur de la responsabilité des employeurs. En cas d'effet du risque il lui faudra prouver que la prévention en était efficace et appliquée.

C'est la porte ouverte à la reconnaissance en MP et en récurrence à l'obligation de prévention, coûts importants en perspective.

C'est pourquoi, même quand cette traçabilité est réglementaire elle n'est souvent pas appliquée. Il faut aller en justice pour l'obtenir. Un récent article révèle que dans les IEG seul un agent sur huit exposés à l'amiante reçoit sa fiche d'exposition.

En février 2012, quelques jours avant la fin de la mandature Sarkozy, les articles du Code du travail imposant fiches d'exposition et attestations d'exposition pour les ACD dont les CMR sont abrogés. Bien que le décret précise qu'ils sont de droit entre 2003 et 2012, il faut aller en justice pour les obtenir(5).

En avril 2022 la dernière attestation d'employeur concernant les cancérogènes, permettant une prévention secondaire des cancers professionnels, est supprimée. Elle était portée par l'article D.461-25 du Code de la Sécurité sociale remplacé par l'article D.461-23. Ce suivi post-professionnel est dorénavant accordé par la CPAM sur production par le salarié d'un état des lieux rédigé par le médecin du travail. La médicalisation du processus est complète puisque la nature des examens de suivi est décidée par le médecin-conseil de la CPAM lequel peut recueillir l'avis de la consultation de pathologies professionnelles.

Nous montrerons que cette dévolution de l'attestation a été précédée par un contrôle étroit de l'indépendance et notamment des moyens des médecins du travail et plus largement de la capacité d'attester de tout médecin.

LA SUPPRESSION DES CHSCT

En 2017, légiférant par ordonnance, le tout nouvel exécutif crée le comité social et économique (CSE), fusion des anciennes instances (CHSCT, CE et DP). L'ex-CHSCT est réduit à une commission santé sécurité conditions de travail (CSSCT) du CSE.

Les conséquences sont désastreuses à plusieurs titres :

- ♦ Orientation du CSE vers les questions économiques au détriment des questions de santé au travail.
- ♦ Diminution des moyens d'expertise en santé au travail dont la prise en charge par l'employeur n'est plus assurée.
- ♦ Diminution du temps de délégation et de formation des élus.

De ce fait, le regard sur la réalité du travail est devenu plus difficile à acquérir notamment pour les médecins du travail.

La prévention des risques psychosociaux liés à l'organisation du travail est détournée vers des recettes de bonne conduite et de qualité de vie au travail (QVT).

.....

5- Arrêt du 4 décembre 2008 chambre civile de la cour d'appel de Paris qui prescrit en outre que dès lors que le médecin du travail atteste, l'employeur doit attester dans les mêmes termes !

LA MISE EN CONDITION ET EN RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS DU TRAVAIL EN MATIÈRE DE TRACABILITÉ INDIVIDUELLE DES RISQUES

DES PRATICIENS DONT LES MISSIONS SONT D'ORDRE PUBLIC SOCIAL ET SUBORDONNÉES À L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE ET À LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE

La mission des médecins du travail, telle que définie depuis l'origine, s'inscrit dans le cadre de la garantie constitutionnelle de protection de la santé, ici au travail. Le médecin du travail est chargé « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (article L.4622-3 du Code du travail). Il s'agit d'une mission de prévention primaire exclusive. Pour certains employeurs, la mission d'éviter toute atteinte à la santé, considérée comme quasi impossible à remplir, peut induire la tentation de gommer les effets des risques plutôt que de supprimer ces derniers.

Lié par des dispositions réglementaires d'une part mais surtout par ses devoirs déontologiques vis-à-vis de ses patientes et patients, le médecin du travail ne peut accepter l'euphémisation des risques et de leurs effets.

Ainsi, le médecin du travail peut apparaître un obstacle à la politique de gestion économique des risques.

LA NAISSANCE DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

À l'exception de rares entreprises, notamment certaines entreprises nationales, jusqu'au début des années soixante-dix, le métier de médecin du travail restait cantonné à l'accompagnement de la santé. Toutefois sous la pression d'un rapport de force plus favorable, l'appropriation de savoirs et de techniques efficaces (l'ergonomie et/ou la psychopathologie par exemple) et la survenue de nouvelles générations plus sensibles aux questions sociales, le métier de médecin du travail devient un vrai métier et des collectifs de praticiens développent des pratiques et des savoirs faire nouveaux qui s'éloignent notablement de l'enseignement universitaire centré sur les pathologies professionnelles, en partie financé par des contributions d'organisations d'employeurs, et dont les enseignants n'ont pas ou peu exercé le métier.

Ces nouvelles pratiques, l'intérêt pour la réalité du travail et sa subjectivité, la coordination avec les CHS devenus des CHSCT, les interventions dans l'espace public de l'entreprise pour décrire les risques et en mettre en visibilité les effets, la rédaction de certificats médicaux à l'appui à la déclaration par les victimes de ces effets, sont considérées comme directement attentatoires aux politiques de prévention subordonnées à l'économie.

LA RÉACTION COLLECTIVE DES EMPLOYEURS

C'est au début des années quatre-vingt que sont mises en place des politiques de ressources humaines inspirées par le management néolibéral. Les dégâts sur la santé des travailleuses et des travailleurs sont mis en évidence par certains médecins du travail, dont ceux de *France-Télécom*.

Les organisations d'employeurs mettent alors en place une politique de contrôle de l'indépendance et de marginalisation des médecins du travail pour aboutir à ce qu'un sociologue, à partir des archives de l'organisation patronale qui chapote les SST interentreprises (*CISME* devenu *Presance*) a nommé « la médecine du travail sans les médecins »(6).

Deux politiques d'encadrement distinctes vont progressivement se mettre en place pour contraindre les médecins du travail en matière d'indépendance :

- ♦ Dans les services autonomes une politique de séduction vers le statut de collaborateur du management inspiré de l'exhortation d'un universitaire de pathologies professionnelles(7).
- ♦ Dans les services interentreprises des contraintes d'effectifs et de moyens et un encadrement managérial sous le contrôle étroit des employeurs qui les organisent.

Ainsi, les trois conditions qui fondent l'indépendance des médecins du travail : l'initiative des sujets d'étude, les moyens de les mener et la liberté d'en éditer les résultats vont être tour à tour l'objet d'entrave par diverses stratégies.

L'ÉTOUFFEMENT PAR LES EFFECTIFS, L'ESPACEMENT DES VISITES MÉDICALES, LA PERVERSION DE LA MISSION INITIALE

Ces stratégies vont être renforcées par un « effet cliquet », plus le métier va être entravé et moins les étudiants en médecine vont se présenter à la formation : le *numerus clausus* n'est plus rempli. Le nombre de médecins du travail diminuant, les effectifs par équivalent temps plein vont augmenter pour absorber les visites réglementaires, rendant le métier « impossible » d'où la pénurie de candidats, le cercle vicieux tournant pour lui-même.

Le tiers du temps qui devait être consacré à l'action en milieu de travail a été aspiré par le maelström des visites.

.....

6- Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », Dans *Politix* 2010/3, n°91

7- J. LORiot, « La médecine du travail et l'Europe », *Le Concours Médical*, 21 mai 1988

En 2016, au prétexte de ces effectifs impossibles, sous la mandature Hollande, la loi El Khomri, va espacer les visites et en faire dévolution aux infirmiers. Certains risques disparaissent de la surveillance renforcée.

Ainsi, alors que le suivi individuel restait un des moyens d'aborder la question de la réalité du travail et de la subjectivité, cet espacement et la précarité des emplois privent les médecins du travail de tous moyens de visibilité. Ainsi naît la honte de faire, contre sa volonté, du mauvais travail.

En 2021, précédé d'un accord national interprofessionnel initié par le MEDEF, une nouvelle loi, dite loi Lecocq, modifiant le Code du travail venait orienter la mission du médecin du travail vers « *la prévention de la désinsertion professionnelle* » et le « *maintien dans l'emploi* ». Ainsi les risques du travail devenaient moins une obligation de prévention de l'employeur qu'un problème de défaut ou de défaillance du travailleur, ouvrant ainsi la porte à la sélection médicale de la main d'œuvre.

FAIRE NAÎTRE LA PEUR D'ALERter OU DE TÉMOIGNER

En 2007 - subrepticement, l'article R.4126-1 du Code de la santé publique était modifié. L'ajout de l'adverbe « notamment » permettait dorénavant aux employeurs de poursuivre tout médecin qui aurait l'audace de faire le lien entre le travail et la santé devant le Conseil de l'Ordre au motif de certificat de complaisance.

Ainsi avec la complicité des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins et celle du Conseil d'État, plusieurs centaines de médecins, dont des médecins du travail, sont annuellement poursuivis pour ce motif. Malheur à qui signale les risques ou rédige un certificat médical.

LA MISE EN RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS DU TRAVAIL EN MATIÈRE DE TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE DES RISQUES⁸

C'est ce contexte de défaut de connaissance, d'étouffement par les tâches et de crainte que vont exploiter les employeurs en matière de traçabilité individuelle des risques.

Ainsi, dorénavant la responsabilité incombe au SST de convoquer un salarié à une visite de fin de carrière s'il estime qu'il a été exposé à des risques justifiant un suivi post-professionnel afin de rédiger « un état des lieux » de ses expositions

Plusieurs modifications réglementaires vont accompagner ce transfert :

- ♦ Renforcement de l'article L.4624-8 concernant le contenu du dossier médical en matière de risques anciens ou présents.
- ♦ Injonction à mettre en place une surveillance post exposition.
- ♦ Mise en place à l'initiative du SST ou du médecin d'une visite de fin de carrière.

« Opportunément » une communication de la Société française de médecine du travail publiée sur son site en février 2022 par plusieurs responsables de consultations de pathologies professionnelles et un médecin référent de *Présance* rappelait la possibilité laissée aux employeurs de porter plainte au Conseil de l'Ordre en cas d'état des lieux qu'ils estimeraient abusif.

Le bilan de la première année en matière de rédaction de ce document est particulièrement négatif. Comment s'en étonner.

.....

8- Pour le détail voir article : « Les cancers professionnels les rendre invisibles ainsi que leur cause », *Cahiers SMT* N°40

L'ANI DU 15 MAI 2023⁽¹⁾

UN CATALOGUE DE BONNES INTENTIONS

PRÉTEXTE À UNE PRISE DE POUVOIR

DES EMPLOYEURS SUR LA BRANCHE AT/MP

Alain CARRÉ

.....
1 – <https://www.aefinfo.fr/assets/medias/documents/5/3/530848.pdf>

INTRODUCTION

Depuis 1946 l'assurance maladie de la Sécurité sociale comporte deux branches :

- ♦ La branche « maladie », proprement dite, financée par des cotisations des employeurs et des salariés et dont le rôle est principalement assurantiel, la prévention des risques portant sur les risques généraux.
- ♦ La branche « risques professionnels » financée par des cotisations des employeurs dont la spécificité est, qu'en plus de l'assurantiel, elle a la charge de la prévention de ces risques.

Ces deux branches sont gérées administrativement et financièrement par la Caisse nationale d'assurance maladie qui assure la cohérence du système et celle de son financement dans le cadre d'une relation contractuelle à travers la Convention d'Objectif et de Gestion (COG) avec l'État, qu'elle informe de ses activités et résultats.

Chacune des branches est dotée d'une gouvernance représentative sous la surveillance du directeur de la Sécurité sociale :

- ♦ Pour la branche maladie cette gouvernance est assurée par le conseil de la CNAM qui détermine les orientations dans divers domaines mais dont la cohérence vis-à-vis des conventions d'objectif et de gestion est soumise au directeur de la CNAM.

- ♦ Pour la branche risques professionnels, elle est assurée par la commission des AT/MP, strictement paritaire. Cette commission fait le lien avec neuf comités techniques nationaux par type d'activité professionnelle et avec les vingt-et-une commissions régionales AT/MP implantée dans les CARSAT.

Le 15 mai 2023 était signé par les organisations patronales et la totalité des syndicats représentatifs un accord national interprofessionnel (ANI) : « Branche AT/MP : un consensus social réaffirmé par une prévention ambitieuse, une réparation améliorée et une gouvernance paritaire renforcée ». Ce document est rédigé dans le plus pur style managérial néolibéral dont les employeurs français sont les spécialistes.

Il faut, bien entendu, se rappeler que quand un affidé de cette idéologie vous annonce quel est son objectif il faut comprendre qu'il se prépare à obtenir l'inverse.

Même si la rédaction est habile et l'appât bien dissimulé, afin de démontrer le caractère manipulateur de cet accord et ses objectifs réels nous analyserons successivement les trois chapitres (« titres ») principaux.

Les deux premiers sont un catalogue de bonnes intentions dont nous montrerons le caractère fallacieux. Le troisième est le principal objectif et le moyen d'en finir avec la visibilité des risques professionnels.

Le préambule de l'ANI est un catalogue de présumés dysfonctionnements actuels de la branche AT/MP : réparation imparfaite dont une réforme doit réduire le recours juridique à la faute inexcusable de l'employeur, mauvais fonctionnement des CRRMP, accords de prévention avec la CNAM inefficaces, référence à l'ANI à l'origine de la loi pour la prévention renforcée (Loi Le-cocq) : « *Quand on veut tuer son chien...* »

**TITRE I : « CHASSEZ LE NATUREL... »
UNE RELECTURE DE LA PRÉVENTION
DES RISQUES PROFESSIONNELS,
LOIN DE LA RÉALITÉ DU TRAVAIL,
DES RISQUES DU TRAVAIL, VERS UN DÉPISTAGE
DES PRÉDISPOSITIONS DES FUTURES VICTIMES**

S'ÉLOIGNER DU TRAVAIL RÉEL ET DES RISQUES INDIVIDUELS

Le titre I est consacré à la « *Prévention des risques professionnels* » qualifiée « *d'axe fort* » de la branche et déclare œuvrer plus particulièrement en prévention primaire.

Rappelons que la prévention primaire est celle qui prévoit l'élimination du risque. Les autres obligations déclinées par l'article L.4121-2 du Code du travail(1) sont des solutions de remplacement dès lors que l'élimination du risque n'est pas jugée possible.

Identifier les risques consisterait, selon l'ANI, à compiler les diverses bases de données des organismes spécialisés (INRS, EUROGIP), les remontées de terrain des comités techniques, les données du ministère du Travail et du RNV3P.

Il s'agirait de centrer majoritairement cette prévention sur les risques d'accidents graves ou mortels, qui effectivement, font l'objet de l'attention actuelle des médias sous l'impulsion d'associations militantes.

En effet, les trois types accidentels dans ce domaine que privilégie l'ANI sont :

- ♦ Ceux survenant chez les nouveaux recrutés dans l'entreprise, les intérimaires et les jeunes.
- ♦ Les malaises sur les lieux de travail (plus de la moitié des accidents mortels).
- ♦ Les risques routiers.

À aucun moment il n'est question de la réalité du travail. Or l'analyse des risques implique une connaissance de la réalité du travail (le travail réel) et non seulement du travail prescrit sachant que c'est dans l'espace qui les séparent, que le plus souvent, naissent les risques.

.....

1– https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033019913/2023-08-22

Sont privilégiés les risques médiatisés qui permettent d'éloigner la responsabilité loin des employeurs :

- ♦ Mauvaise formation des jeunes travailleurs ou recrutement imparfait des entreprises d'intérim.
- ♦ Mauvaise santé des travailleuses et travailleurs dont les comportements inappropriés sont rendus responsables de susceptibilités individuelles.
- ♦ Insécurité routière impliquant des défaillances personnelles ou des conduites irresponsables y compris de tiers.

C'est à distance que l'analyse des risques sera effectuée par l'INRS sommé de devenir une excroissance savante de la commission AT/MP de la branche pour laquelle elle doit de « *mobiliser* ».

En effet, dans l'ensemble de l'ANI, la branche AT/MP étend son contrôle sur l'INRS, pourtant dotée d'un conseil d'administration indépendant. Ainsi l'INRS « *devra intégrer dans ses orientations la promotion d'outils technologiques (...) pour doter la branche AT/MP d'un système de veille* ».

Il lui sera également demandé une « *analyse particulière* » sur les risques ergonomiques, les risques chimiques et biologiques, les RPS, « *les risques émergents et les risques extérieurs liés aux risques sanitaires et environnementaux* »(2). Il lui sera aussi imposé de développer des « *outils de gestion des risques* » dont la finalité est « *de déterminer des objectifs simples, mesurables, atteignables, réalistes et temporels* ».

Fi de la complexité du travail, de sa réalité concrète éloignée de la prescription, de sa subjectivité vécue, de la réalité préventive des collectifs de travail : ainsi les risques sont identifiés à distance du travail et de façon théorique loin des situations de travail individuelles.

Concernant les TMS, il faut rappeler que le tableau 57, qui les concerne, a été rendu plus difficile d'accès en 2011 sur proposition du patronat avec la complicité de l'administration et la compréhension bienveillante des experts. Leur lien avec les difficultés de l'organisation du travail à travers les RPS n'est pas ici évoqué alors qu'il est établi.

Pour les RPS, ressurgit le mirage de la qualité de vie au travail (QVT), dont les campagnes servent de toile peinte aux organisations managériales toxiques. C'est à leur sujet qu'est évoqué leur « *accompagnement* » par les SPSTI.

.....

2– L'externalisation des responsabilités est dans cette dernière catégorie évidente.

LES OBJECTIFS DE PRÉVENTION DE L'ANI LOIN DES RISQUES PROFESSIONNELS

C'est à travers les programmes de prévention que transparaissent les objectifs de l'ANI dans ce domaine.

Ainsi : « *les programmes nationaux doivent assurer une continuité dans leur pilotage avec une **temporalité indépendante de celles de la COG(3)** pour éviter toute rupture en matière d'accompagnement* ». Ainsi un vaste programme d'incitation financière et d'évaluation échappe au contrôle de la CNAM et pourrait être directement administré par la branche AT/MP. **Cela aurait pour effet de s'exempter au moins partiellement des conventions d'objectifs et de moyens imposées à la sécurité sociale, notamment dans le cadre de débats parlementaires.**

Les structures de prévention de la CNAM deviendraient, pour la branche, « *son réseau des CNT/CTR et les services des CARSAT/CRAMIF/CGSS* »(4). Notamment les CTN se verraient imposer par la branche des « *conventions nationales d'objectifs (CNO)* »(5) dont les travaux deviendront le guide officiel de la prévention. **Il s'agirait de confisquer à la CNAM diverses structures de prévention pour mieux les contrôler.**

« *L'INRS sera invitée à se rapprocher des branches professionnelles pour construire des documents de référence à destination des entreprises, des IRP dont les CSSCT4 lorsqu'elles existent, et à se coordonner avec les organismes de prévention de branche professionnelle dont l'OPPBT pour le BTP.* » **L'INRS serait étroitement contrôlé par la branche.**

En faisant la promotion de la « *prévention de la désinsertion professionnelle* » (PDP), devenue l'axe prioritaire des SPSTI depuis la loi de 2021 et en souscrivant des « *conventions* » dans ce domaine. La lutte contre l'*usure professionnelle* comporte « *des actions de formation en faveur des salariés exposés à ces facteurs* » et le « *financement de projets de transition professionnelle* ».

L'*usure professionnelle* est l'objet d'un souhait de prévention mais le texte insiste particulièrement sur le dépistage et sur les dispositifs de sortie du métier (compte professionnel de prévention) et dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente.

.....
3- Souligné par nous

4- Les Caisses générales de Sécurité sociale (CGSS) assurent, dans les DOM, l'ensemble des rôles de la Sécurité sociale (notamment les branches « *Maladie* », « *Vieillesse et veuvage* » et « *cvrement* »), dévolus en métropole aux URSSAF, CARSAT, CPAM et MSA.

5- Ainsi : « *Les ingénieurs et les contrôleurs de sécurité des CARSAT/CRAMIF/CGSS informeront également sur les recommandations issues des CTN/CTR.* »

Le rapprochement entre les cellules PDP assurance maladie et celles des SPSTI serait facilitée par la mise en place d'un « *point de contact* ». Il est également préconisé une promotion « *de la détection du risque de désinsertion professionnelle lors des visites médicales et notamment celles de mi-carrière* », c'est-à-dire le repérage des inemployables. **La prévention contrôlée par la branche serait centrée sur les prédispositions individuelles.**

Il est prévu par l'ANI de « *Participer à des campagnes communes sur des risques communs avec ceux du régime général (risque routier, alimentation, chaleur, ...), ces campagnes devant inclure une déclinaison professionnelle de ces risques* » ou « *S'associer à la CNAM lorsque les risques professionnels peuvent rejoindre une thématique de santé publique* ». **Les risques professionnels seraient dissimulés dans l'océan des risques sanitaires généraux.**

Il faut ajouter à cette stratégie un programme de déploiement vers les entreprises d'identification des risques collectifs, grâce à la mise à disposition d'outils informatiques de repérage et d'aides financières.

La notion de risques collectifs ou de leur évaluation par le DUER, met à distance l'obligation d'évaluation et de prévention du risque individuel.

L'exemple des risques chimiques est particulièrement démonstratif de la volonté de s'affranchir de cette obligation. Ainsi, toute traçabilité individuelle réglementaire de ces risques a été progressivement supprimée. La dernière liée à l'attestation de départ a été supprimée en avril 2022.

Quant aux aides financières de la branche prévues par l'ANI, elles devraient faire l'objet d'une justification de leur utilisation et du résultat de leur utilisation, sans que la nature et les pratiques de ce contrôle ne soient précisées.

TITRE II : LE CHANT DES SIRÈNES LA RÉPARATION DES AT ET DES MP AMÉLIORER LE SYSTÈME ACTUEL EN SE PRÉPARANT À LE CHANGER

Il est tout à fait révélateur que soit cité, en tout premier lieu, le caractère de remise en cause du compromis historique par les arrêts de la Cour de cassation du 20 janvier 2023.

Rappelons que la Cour de cassation permet désormais aux victimes ou à leurs ayants-droit d'obtenir une réparation complémentaire pour les souffrances physiques et morales endurées après « *consolidation* », et ce sans avoir à fournir la preuve que la rente prévue

par le Code de la Sécurité sociale ne couvre pas déjà ces souffrances.

Cela signifie que la rente AT/MP ne couvre pas les préjudices personnels et que ces préjudices peuvent faire l'objet d'action des victimes pour les obtenir.

Ainsi, le recours devant les tribunaux judiciaires, notamment en « Faute Inexcusable de l'Employeur » (FIE), prendra automatiquement en compte ces préjudices et majorera l'indemnisation.

L'assouplissement de la jurisprudence sur l'obtention de la FIE, après une période plus difficile, et cette nouvelle jurisprudence mettent en difficultés les employeurs.

Le titre I prévoyait une amélioration théorique de la prévention, le titre II fait mine de proposer une amélioration des procédures de reconnaissance et du barème pour décourager les victimes de se pourvoir en FIE dans ce contexte défavorable.

Il faut sauver le caractère forfaitaire de la réparation : « *Le principe de la réparation forfaitaire prévu par le livre IV du Code de la Sécurité sociale, même en cas de faute inexcusable, a été reconnu conforme à la Constitution et à la Convention européenne des droits de l'Homme* ». « **La garantie d'une réparation rapide, automatique et à un niveau adéquat sont des éléments de réduction des contentieux et les bases du compromis social historique.** »⁽⁶⁾

Suit alors un catalogue de bonnes intentions après des décennies de résistance des associations d'employeurs dans ce domaine :

Meilleure indemnisation, simplification des procédures, harmonisation invalidité/incapacité, formation des professionnels de santé sur les pathologies professionnelles et leur reconnaissance, information sur les droits, médiation, amélioration du recours amiable, amélioration du fonctionnement des CRRMP.

Dans le détail : possibilité de recours à tierce personne qui passerait de 80 % à 40 %, accès à l'alinéa 7 à partir de 20 % d'IPP prévisible.

Bien sûr, « *Les évolutions positives qui en résulteront devront être intégrées dans les prochains rapports d'évaluation de la commission* » de la Cour des Comptes qui fixe la compensation de la branche vers la branche maladie du fait de sous reconnaissance des AT/MP.

Alors que les échanges actuels autour du barème sont inquiétants, notamment autour de la notion de part attribuable qui vise à exempter l'employeur d'une part

.....
6- En gras dans le texte

de sa responsabilité, il est question d'une « *remise à plat de la procédure de fixation du taux d'IPP* ».

Les propositions vont même jusqu'à proposer une amélioration du fonctionnement de la commission du COCT chargée des MP (CS4) alors qu'elle est entravée depuis plusieurs années par l'action conjointe du patronat et de l'administration.

TITRE IV : IN CAUDA VENENUM AUTONOMISATION DE LA BRANCHE AT/MP VIS-A-VIS DE LA CNAM LA PRISE DE POUVOIR DU PATRONAT

L Le projet est précis : la commission des AT/MP deviendrait un « *conseil d'administration* » paritaire de la branche dont la présidence serait assurée par un représentant des employeurs.

La branche AT/MP deviendrait autonome par rapport à la CNAM dont elle obtiendrait une « *délégation de gestion* ». « *La CNAM devient par cette convention l'opérateur chargé de mettre en œuvre les décisions prises par les partenaires sociaux et notamment le présent accord.* »

Le conseil d'administration est tout puissant :

- ♦ « *Il nomme le directeur général de la branche AT/MP, selon le processus de désignation des directeurs des caisses de Sécurité sociale ;*
- ♦ *il participe à l'élaboration des nouveaux textes impactant les trois piliers de la branche ;*
- ♦ *il propose et participe à l'élaboration et à la conclusion de partenariats avec d'autres grands acteurs de la prévention ;*
- ♦ *il élabore les conventions signées avec l'INRS et EUROGIP ;*
- ♦ *il élabore une convention signée avec l'ANSES et d'autres organismes selon les besoins ;*
- ♦ *il a la possibilité de développer des moyens de communication (réseaux sociaux, communiqués de presse) dédiés à la gouvernance ;*
- ♦ *il rend un avis motivé sur le Fonds national de gestion administrative de la CNAM pour la partie qui concerne la gestion de la branche AT/MP ;*
- ♦ *il ajuste chaque année les paramètres des cotisations AT/MP ;*
- ♦ *il dispose de toutes les informations utiles à l'accomplissement de ses missions. (...). Le conseil d'administration est destinataire des lettres réseaux concernant le fonctionnement de la branche AT/MP ;*
- ♦ *il décide de la création de commissions spécifiques ;*

♦ *il met en œuvre la "Commission des garanties" visée à l'objectif 2.3 du présent accord.* »

Ainsi du fait de sa présidence et en jouant sur les éventuelles rivalités entre organisations représentatives des salariés, les employeurs prendraient ainsi le contrôle de la branche AT/MP.

CONCLUSION

C' est le contrôle de la branche AT/MP par les employeurs qui est le véritable objectif de cet ANI.

Cet objectif atteint, plus rien n'arrêterait le contrôle du système de reconnaissance et d'indemnisation des AT/MP par le patronat et des réformes néfastes.

Les promesses de prévention, dont nous avons, par ailleurs, démontré le caractère artificiel, ainsi que le chemin de Damas concernant le système de reconnaissance et d'indemnisation des MP, sont autant d'appâts pour capturer la signature des organisations représentatives des salariés : comme l'aurait déclaré un homme politique : « *Les promesses n'engagent que ceux qui y croient.* »

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 – Gilles SEITZ

SECRÉTAIRE : Karyne CHABERT

SECRÉTAIRE-ADJOINT : Karine DJEMIL

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 CADOT, Josiane CRÉMON, 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

FACE AUX NOUVEAUX TEXTES RÉGLEMENTAIRES COMMENT LE MÉDECIN DU TRAVAIL PEUT-IL CONSERVER SON ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE MISSIONS ET EXERCICE BOULEVERSÉS

Compte rendu du 43^e congrès SMT du 3 décembre 2022 (distanciel)

Rapporteur : Karyne CHABERT

Version révisée Benoit DE LABRUSSE/Dominique HUEZ/Alain RANDON

BILAN DU CAHIER N°39

Cette année, 40 % du *Cahier* a été écrit en juin, le restant jusqu'en octobre. Nous remercions particulièrement Jean-Noël D. pour sa contribution essentielle à la maquette du *Cahier*.

Chacun des auteurs écrit avec sa sensibilité, son expérience et son parcours de formation. L'écriture d'articles est forcément un exercice périlleux où l'auteur s'expose. Nous notons que le contenu des articles évolue avec le temps. À une période, il était question d'inventer des manières de faire, comme par exemple pour mettre en œuvre l'alerte à un employeur face à une situation à risque pour la santé des travailleurs (sur quels arguments et comment ?). Aujourd'hui, il est plus difficile de proposer de nouveaux outils pour faire face aux difficultés professionnelles. Les témoignages attestent souvent de positions de « protection » ou de « savoir-faire de prudence » pour pallier aux mises en danger professionnelles des acteurs en santé au travail.

Les collègues qui travaillent en accompagnement des salariés, soit dans le cadre des consultations souffrance et travail soit des consultations post-professionnelles, font le constat que de nombreux médecins du travail

ont désinvesti le métier ou ont travesti le métier. Ils gardent la fonction mais le métier est vide de sens du fait des empêchements organisés.

DANS LA PRATIQUE, beaucoup de collègues témoignent du fait que c'est surtout l'accès au milieu de travail qui est mis à mal. Certains médecins du travail ont recentré leur activité sur les entretiens cliniques en essayant d'attraper l'activité de travail par la parole (clinique médicale du travail). Les confrères qui continuent à pratiquer la clinique médicale du travail sont souvent l'objet de répression car ils mettent en visibilité les dérives gestionnaires et managériales. Les employeurs tentent de s'opposer à ces pratiques et d'orienter l'activité des médecins vers la sélection de la main-d'œuvre via les procédures d'inaptitude.

DU CÔTÉ DES SALARIÉS, nous sommes souvent sollicités pour arbitrer des conflits liés au non-respect du Code du travail et à l'origine d'une dégradation des conditions de travail. Il est parfois complexe de dissocier ce qui relève de notre action spécifique ou ce qui relève d'autres acteurs (Inspection du travail, représentants du personnel...).

À travers le témoignage d'une collègue, nous faisons le constat que la violence est probablement sous-estimée

en entreprise. Exemple des violences faites aux femmes, mais celles-ci pourraient concerner beaucoup de travailleurs en situation de précarité (sociale, raciale, contractuelle...) et/ou de domination.

SUR LE PLAN DE L'ACTION COLLECTIVE, de la traçabilité individuelle et collective : nous soulevons un problème de traçabilité de « l'histoire » de l'entreprise, des risques collectifs, des constats du médecin du travail (certains ont fait des constats collectifs sous forme de fiches d'entreprise, courriers d'alerte, rapports de visite...). Au fil du temps et des changements de médecins, il n'y a pas forcément de continuité et de transfert des informations ce qui est dommageable pour l'accompagnement des collectifs et la compréhension des enjeux du travail. Cette perte d'historique des expositions dans les entreprises, rend difficile la reconnaissance ultérieure des maladies professionnelles.

SUR LE PLAN DE LA TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE, même si la réglementation et les logiciels de santé au travail le prévoient, on peut faire l'hypothèse que les médecins du travail évitent de tracer certaines expositions (en particulier RPS) par peur des plaintes d'employeurs au conseil de l'ordre si la copie du dossier médical est utilisée dans le cadre d'une démarche juridique prud'homale ou pénale. En cas de changement d'emploi, les dossiers médicaux sont bien transmis d'un service de santé à l'autre mais ils sont souvent très incomplets sur les expositions.

QUESTIONS DE COOPÉRATIONS

Il y a une difficulté pour les médecins à travailler ensemble, à échanger sur les pratiques (du fait d'un étouffement de l'activité par le nombre, du fait de pratiques trop éloignées de la mission pour certains...).

Nous n'avons pas vraiment eu l'occasion de débattre sur les coopérations possibles avec les IPRP jusque-là. Ils ont souvent comme objectif d'actualiser les fiches d'entreprises ou de s'assurer que ces fiches ont bien été réactualisées. On est surtout sur des indicateurs chiffrés plutôt que sur la qualité ou la pertinence du contenu. Sous certaines conditions (d'indépendance, de confiance...) il est possible de convenir qu'il puisse y avoir un double regard (médical/prévention des risques) sur ces documents réglementaires.

Certains articles du *Cahier N°39* apportent un témoignage sur la construction de coopérations avec les autres métiers de la prévention. Cela suppose que ces collègues préventeurs ne soient pas complètement asservis dans leurs missions à une activité « rentable » de nombre de fiches d'entreprise à réaliser sous le contrôle des directions de service. Certains IPRP sont en mesure de dégager un espace de temps et d'indé-

pendance pour proposer une analyse basée sur l'activité de travail avec une mise en visibilité des risques sur lesquels il est possible de faire des préconisations préventives.

De nombreux médecins témoignent de difficultés à assurer les missions du fait que tout est fait pour empêcher le travail collectif : soit par l'étouffement de l'activité, soit en instrumentalisant les acteurs de l'équipe en particulier en cas de conflit médecin/infirmier(e)s.

L'activité des services interentreprises notamment (mais pas seulement) génère des facteurs de conflits : pression sur le temps, formations inadaptées ou insuffisantes des professionnels, thématiques de travail collectif imposées par les directions et vides de sens ou qui empêchent la pensée et l'élaboration...

Pour ce qui concerne les infirmières, la réflexion sur les coopérations possibles est maintenant bien avancée. Mais, même quand le binôme fonctionne bien, il peut persister des points de tensions inhérents au contexte de pénurie médicale : un médecin témoigne de son exercice particulier dans un petit service inter de deux médecins et une infirmière. Certaines actions sont menées en binôme, mais quand l'infirmière intervient seule en entreprise, c'est un problème si le médecin ne connaît pas l'entreprise : il peut y avoir une difficulté à se représenter l'entreprise, ses activités, sa politique de prévention et à avoir une vision globale des risques. De plus la « vision » du « climat social » dans une même entreprise peut être différente entre le médecin et l'infirmière du fait de l'attribution réglementée des rôles : l'infirmière ne consultant essentiellement que des patients en bonne santé (visites d'embauches et périodiques) alors que le médecin effectue des visites de reprise, de pré-reprise, à la demande du salarié, etc. pour des salariés souvent en souffrance.

Une des pistes pour limiter les conflits entre professionnels consisterait à éviter une position dominante par rapport à nos collègues qui ne ferait qu'accroître les stratégies de défense.

Les médecins ont toujours eu beaucoup de mal à reconnaître et à mettre en débat leurs difficultés d'exercice. Parler de sa propre souffrance, de ses divergences de pratique en raison de valeurs éthiques et professionnelles parfois très éloignées est un sujet souvent tabou.

Même dans les groupes de travail entre médecins sur les pratiques professionnelles, alors qu'il s'agit de professionnels qui ont choisi d'aborder la question de leurs pratiques et donc de les confronter à celles des autres, il arrive que des groupes demandent l'exclusion de leurs collègues.

Dans ces groupes, la délibération collective devient impossible car les défenses individuelles prennent le dessus et empêchent la dispute au sens du dialogue et de la controverse pour la construction de règles communes.

EN SYNTHÈSE, ce que nous pouvons dire c'est que notre exercice a besoin d'éléments de ce que nous observons en clinique médicale individuelle et de ce que nous connaissons en clinique collective. Quand un des axes est défaillant, il est très difficile d'avoir une approche pertinente et en phase avec les référentiels de métier.

Dans la pratique, il faut de toute façon compenser en attrapant des éléments à partir de ce que les travailleurs nous livrent en consultation de santé au travail (clinique du travail), souvent en situation de crise. L'autre piste est la coopération avec les autres acteurs de prévention, équipe médicale et/ou IPRP.

Toutes les initiatives qui permettent de construire des référentiels partagés sont intéressantes.

Un exemple dans le BTP, certains groupes travaillent sur des fichiers « métiers » ce qui devrait faciliter la traçabilité et le suivi médical.

LE FAST Fichier Actualisé des Situations de Travail dans le BTP : http://forsapre.fr/?post_type=fiches_fast

ACTUALITÉ SUR LES AFFAIRES JURIDIQUES CONCERNANT LE PRÉSIDENT DE L'A-SMT

Rappel des évènements :

- ◆ Rappel : il est accusé d'avoir eu un comportement « d'agression verbale » auprès d'une collègue infirmière de santé au travail, évènement sorti du contexte puisque la déstabilisation du collectif aurait démarré par l'agression d'une secrétaire par un salarié qui venait en consultation). Les autres motifs sont des plaintes d'employeurs pour « comportement inadapté ».
- ◆ Septembre 2021, convocation préalable au licenciement.
- ◆ Décembre 2021, l'inspection du travail refuse le licenciement ce qui est confirmé par le ministère. L'employeur aurait fait appel à la décision du ministère.
- ◆ Première procédure : juin 2016, mise à pied contestée aux prud'hommes par Jean-Louis Z. La magistrate a donné raison au jugement des prud'hommes. Jean-Louis Z. a fait appel.

Il y a aussi des plaintes au Conseil de l'Ordre des médecins sur des avis d'inaptitude qui par ailleurs n'ont jamais été contestés aux prud'hommes.

Tout porte à penser qu'il y a acharnement du fait de la fonction de président de l'a-SMT de Jean-Louis Z.

Il y a de nombreuses affaires de ce type ou tentatives d'intimidation visant les médecins « engagés » dans leur position de médecin du travail, tenant pour objectif de défendre la santé.

Ces questions amènent à un débat sur l'intérêt ou pas de faire des actions en justice. Il y a eu des avancées sur la prise en charge des urgences RPS par exemple (cf. affaires Dominique Huez). Et le fait de porter ces questions auprès de la justice permet de mettre en visibilité et de sensibiliser les professionnels de la justice à la problématique des pressions exercées sur les médecins du travail et des plaintes aux conseils de l'Ordre.

SITUATION D'UN CONFRÈRE EN DIFFICULTÉ

Contexte : poste en CHU, situation de pénurie de médecin du travail. Prise en charge de la fonction de responsable de service autonome récemment. Serait « accusé » par l'équipe d'infirmières de comportements et propos « inadaptés ». Un CHSCT extraordinaire a été organisé sur la question de la dégradation des conditions de travail. Le confrère est en AT suite à un CHSCT éprouvant.

Certains collègues de l'a-SMT rentreront en contact pour aider à la réflexion.

NOUVEAUX TEXTES RÉGLEMENTAIRES

DÉCRET N°2022-1434 DU 15 NOVEMBRE 2022

RELATIF AU DOSSIER MÉDICAL EN SANTÉ AU TRAVAIL

Le texte prévoit les règles de transmission des dossiers médicaux ce que faisait déjà un certain nombre de services de santé au travail. Si les dossiers sont transmis systématiquement « sauf opposition du salarié » cela impliquerait que tout médecin du travail aurait accès aux pathologies antérieures, donc susceptibles de participer à la décision d'aptitude donc de participer potentiellement à la sélection médicale de la main d'œuvre. Avantage, cela permettrait la reconstitution de carrière pour adapter le suivi médical ou pour ouvrir les droits en cas de pathologie professionnelle. Quand le salarié donne son accord, il n'a pas connaissance du contenu de son dossier médical.

Le texte introduit la notion du droit à la rectification, d'effacement des données contenues dans le dossier par le salarié

Cette transmission de « service à service » devrait se faire en rappelant le respect de l'article L.110-4 du Code santé publique.

Toute consultation du dossier informatique devrait être tracée.

ART R.4624-45-7 DU CODE DU TRAVAIL

Attention à la nuance entre absence de consentement et accord explicite au moment du transfert.

La question de l'HAS est sur le transfert des éléments de santé au travail dans le dossier médical dit « partagé » et inversement.

Les éléments du suivi santé au travail sont recueillis dans un contexte particulier où le patient consulte le médecin du travail dans le cadre d'une obligation réglementaire liée à son contrat de travail. Il n'est donc pas dans le même rapport que quand il consulte un médecin de soin.

L'ARS a sollicité des volontaires pour travailler sur le dossier médical partagé (partie santé au travail). Un collègue de l'a-SMT, Benoit De Labrusse s'est proposé.

TEXTE RELATIF À L'AGRÈMENT

ET RAPPORT D'ACTIVITÉ DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Article D.4622-21

« Sauf avis contraire du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, un service de prévention et de santé au travail interentreprises ne peut s'opposer à l'adhésion d'une entreprise relevant de sa compétence.

Un service de prévention et de santé au travail interentreprises peut accepter l'adhésion d'une entreprise située dans la région où il dispose d'un agrément dès lors que les conditions suivantes sont réunies :

1° L'adhésion de l'entreprise ne remet pas en cause la couverture effective des besoins en médecine du travail des secteurs pour lesquels le service est agréé.

2° Le service garantit un accès de proximité pour chaque travailleur dans les conditions prévues au d du 5° du I de l'article D.4622-49-1. »

Par ailleurs (5.a)

L'effectif maximal de travailleurs suivis par le médecin du travail ou par l'équipe pluridisciplinaire permet une couverture adéquate des besoins des entreprises ou des besoins des secteurs pour lesquels le service demande son agrément. »

Certains interprètent le fait que ce texte impliquerait qu'il n'y ait plus de seuil en termes de nombre de salariés et/ou entreprises affectés par médecin. En effet ce texte permet une large autonomie des services quant à la fixation des effectifs.

DÉCRET N°2022-1031 DU 20 JUILLET 2022

RELATIF AUX RÉFÉRENTIELS ET AUX PRINCIPES GUIDANT L'ÉLABORATION DU CAHIER DES CHARGES DE CERTIFICATION DES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL INTERENTREPRISES

Article D.4622-49

Pour répondre au cahier des charges dans le cadre d'une demande d'agrément, l'une des composantes serait la mention d'une certification minimale des services.

Cette notion de certification officialise la « démarche qualité » des services et sur des critères essentiellement quantitatifs (ex. nombre de fiche d'entreprises) sans se préoccuper du contenu des interventions. Cela risque d'impacter l'activité des services et donc des professionnels. Sera-t-il possible de conserver une autonomie dans le colloque singulier entre le médecin du travail et le salarié (ce qui se passe derrière la porte du cabinet médical) ?

Il ne s'agit pas d'une accréditation donc *a priori* il n'y aurait pas d'obligation pour les services à s'inscrire dans la démarche mais une incitation forte car cette certification sera une des composantes de l'agrément des services.

DANS LE DERNIER DÉCRET, UN AUTRE POINT ESSENTIEL CONCERNE LA SUPPRESSION DES CHSCT

La suppression des CHSCT a sur notre exercice une influence importante, car nous n'avons plus le lien avec un organisme de prévention qui disposait des moyens de ses actions : disparition de militants spécialisés en hygiène et sécurité et conditions de travail, des possibilités d'expertise qui n'existent pas pour le CSE.

Par ailleurs le constat actuel est que les représentants du personnel semblent moins concernés par la santé des travailleurs, en tout cas du côté de la prévention primaire. Depuis quelques années, ils orientent leurs actions pour défendre l'emploi plus que les conditions de travail. Il est possible qu'ils poursuivent leur implication dans l'accompagnement individuel des salariés victimes de RPS et la réparation des maladies professionnelles.

Nous assistons à une réforme profonde des missions, et donc des conditions d'exercice, des médecins du travail, entamée par la Loi El Komri. Avec les derniers textes, l'apparition de missions de santé publique de type prévention des addictions, promotion de l'exercice physique... est une brèche dangereuse qui risque de cliquer encore les pratiques de médecins du travail, par l'orientation de la prévention sur une prévention indi-

vidualisée et culpabilisante plutôt que vers la compréhension collective du travail et du lien santé-travail.

Le volet sur la prévention de la désinsertion professionnelle est très critiquable et nous l'avons dénoncé au moment du projet de loi puisque les conditions de travail actuelles font que beaucoup de salariés sont exclus du fait d'une usure prématurée ou de l'accidentologie. Les possibilités d'aménagement ou d'adaptation du travail ne vont pas augmenter du fait que soit organisée une visite médicale dédiée à la prévention de la désinsertion. Si l'on veut prévenir la désinsertion, il faudrait des mesures fermes pour la transformation des conditions de travail dès le début de carrière et pour tous les travailleurs.

L'accumulation de nouvelles tâches demandées aux médecins du travail, en l'absence de moyens en temps (effectifs à suivre) ou en l'absence d'informations sur les risques professionnels, s'apparente à une mission impossible.

Concernant la notion de traçabilité des risques menée par les équipes de santé au travail, celle-ci remplace les obligations de l'employeur. On assiste bien à un transfert de responsabilité des employeurs vers leur service de santé au travail (« J'adhère donc je peux justifier que je m'occupe des risques »). Pour les médecins, lors de la visite de fin de carrière, comment faire un état des lieux sans, faute de moyens, traçabilité des expositions ? Par ailleurs, quels seraient les droits pour des salariés qui partiraient sans visite de fin de carrière et qui estimeraient avoir été exposés ?

Nous faisons l'hypothèse que ces dispositions risquent de contribuer encore à freiner les reconnaissances de MP, en particulier pour les cancers professionnels alors que toutes les enquêtes montrent qu'il y a une sous-estimation énorme et donc que de nombreux anciens exposés renonceraient à faire valoir leurs droits du fait de la complexité des procédures ou de l'insuffisance de données sur leurs expositions.

Par exemple, pour ce qui concerne la reconnaissance des cancers liés à l'amiante et les cancers des ovaires et du larynx, la notion de seuil est de nouveau discutée alors nous savons bien que les cancers ne sont pas considérés comme dose dépendants.

La liste des travaux (indicative ou limitative) est aussi discutable, une liste existe concernant l'amiante mais basée essentiellement sur des métiers plutôt occupés par des hommes (*quid* des cancers chez les femmes ?).

AXES DE RÉFLEXION POUR LA JOURNÉE DE PRINTEMPS

Suite aux derniers textes il faudra discuter quelles sont les conséquences pratiques de ces nouvelles dispositions : quels constats et quelles conséquences pratiques sur l'exercice professionnel. Quelles dérives et surtout comment les professionnels peuvent-ils s'organiser pour continuer à travailler avec l'objectif de préservation de la santé ?

Le positionnement des médecins du travail pourrait intégrer la notion « d'intérêt des salariés » cité dans l'article 95 du Code du travail

ARTICLE R.127-95

« 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. »

Référence Mourir de son travail aujourd'hui d'Anne MARCHAND.

VIE DE L'ASSOCIATION ET LOGISTIQUE

BIOGRAPHIES DE PARCOURS PROFESSIONNELS

Proposition de création d'une rubrique dédiée sur le site internet : « Parcours professionnels pour débattre des pratiques en médecine du travail ». Les collègues qui le souhaitent sont invités à proposer leurs écrits.

Journée de Printemps le 18 mars 2023 si possible en présentiel au FIAP à Paris.

Renouvellement du bureau : Karine Djemil devient secrétaire-adjointe ; Gilles Seitz devient vice-président.

QUELLE PRATIQUE PROFESSIONNELLE POUR « SOIGNER LE LIEN SANTÉ-TRAVAIL » ?

Compte rendu de la Journée de Printemps de l'a-SMT, 18 mars 2023

Alain RANDON, rapporteur

Nous constatons que les médecins du travail n'ont plus les moyens en effectifs et en organisation de jouer le rôle qu'ils avaient jusqu'à présent. D'une façon générale il existe une dégradation des pratiques professionnelles dans le champ de la santé au travail, avec une perte des savoir-faire minimaux.

Ainsi chez certains médecins du travail : sur les conditions d'accueil des salariés, avec disparition de l'empathie, une absence d'engagement accentuée par le positionnement dissuasif du Conseil de l'Ordre des médecins sur la rédaction des certificats et des procédures intentées contre les confrères attestant du lien santé-travail.

Dans la relation avec les médecins traitants, eux même débordés, les difficultés de communication s'accroissent. La méconnaissance par ces derniers de la législation des maladies professionnelles, le retentissement de l'absence de prise en compte de leurs demandes de mi-temps thérapeutique du fait du refus de l'employeur sont les exemples les plus cités.

Dans la relation avec les CPAM, l'insuffisance des effectifs et de moyens de certaines caisses AT/MP se traduit par une absence de contacts et d'aide aux assurés. Par

ailleurs, les services administratifs AT/MP sont contraints par une législation pointilleuse dont la moindre défaillance est utilisée par les employeurs pour contester les décisions. Il en résulte, une rigidité dans l'application du traitement administratif des dossiers.

On peut aussi y voir l'influence du changement de gouvernance de la caisse par les organisations patronales.

Des pratiques alternatives se développent pour soutenir les salariés, hors du champ institutionnel, auxquelles participent des médecins du travail, principalement retraités. Nous citerons entre autres : la permanence Santé-Travail de la Bourse du travail de Paris, la Consultation du risque à Avignon, la consultation de suivi post-professionnel des IEG à la CCAS, les permanences de l'association Bernardino Ramazzini (www.associationramazzini.fr), les consultations Union Souffrance et Travail à Lyon.

LA PERTE DE L'ACCÈS AU TRAVAILLER

Les médecins du travail sont contraints de fonctionner dans l'urgence, dans des interventions de sauvegarde. L'irruption de la plainte et l'expression de la souffrance rendent difficile l'accès au travail et à une approche

par la clinique médicale du travail. Le médecin n'a plus de vision ni d'accès à des collectifs importants de travailleurs, les visites périodiques sont sous-traitées. Il ne leur est plus possible de se ressourcer ou de se caler avec l'action des CHS-CT depuis leur disparition. Les conditions de leur exercice actuel ne leur permettent plus d'accéder au travail des gens. Ce qui entraîne un effondrement des possibilités de déployer une clinique médicale individuelle au travail.

Devant ses évolutions réglementaires, deux thèses sont énoncées :

- ♦ Dans la première, nous serions dans l'aboutissement d'un projet politique, d'une mise en soumission du corps médical, afin de rendre invisible la question sociale collective du travail et de ses enjeux. Le médecin accompagnant le management de l'employeur ce qui le conduit à une pratique de sélection de la main d'œuvre.
- ♦ Dans la seconde thèse il s'agirait de détourner les médecins du travail de leur rôle initial, en euphémisant, invisibilisant toutes les avancées qui avaient eu lieu sur la compréhension du travail, les conséquences de son organisation et sur les risques potentiels des expositions professionnelles.

Détourner les médecins vers la santé publique, privilégier une prévention individuelle culpabilisante, pour garder en fin de compte l'apparence d'une activité médicale vide de sens.

LA COORDINATION AVEC LES IPRP

Le sujet avait déjà été abordé lors de précédentes réunions. L'on constate des pratiques différenciées selon les lieux d'exercice : SSTI, Service Autonome, Fonction Publique.

Si dans la fonction publique le service médical est indépendant du service de sécurité, il semble exister un respect des secteurs d'intervention de chacun, le médecin étant plus positionné sur l'approche médicale individuelle, le service d'Hygiène et Sécurité sur les aspects plus techniques de l'hygiène industrielle. Au niveau du CCST les IPRP se situent plus dans un positionnement de défense des positions de l'employeur, mais les représentants du personnel facilitent un ré-équilibre.

Au niveau des Services Autonomes, on distinguait les préventeurs de « premier niveau », intégrés au sein de l'équipe pluridisciplinaire et les autres IPRP intégrés au service d'Hygiène et de Sécurité, sous l'autorité de l'ingénieur de sécurité, à l'heure actuelle les premiers sont en voie de disparition. En fait, la notion d'équipe pluridisciplinaire est, dans la loi, limitée aux services de pré-

vention et de santé au travail interentreprises. Dans les services d'entreprise ce terme désigne l'ingérence des services de prévention et de sécurité de l'employeur dans le fonctionnement du SPST, l'équipe médicale étant sommée de « collaborer » à la gestion du risque du point de vue de l'employeur, par exemple dans des actions de prévention des risques individuels telles que la lutte contre les addictions. Rappelons que la réglementation parle de coordination (et non collaboration) du médecin du travail avec les autres acteurs de prévention dont le CSE.

Dans les services interentreprises l'état des lieux est variable selon les services. Des pratiques de coopération existent, dépendant de la personnalité des médecins et du mode de management du service.

La situation se dégrade du fait des conditions d'exercice des médecins avec l'inflation des effectifs à suivre, passage de 2 500 à 5 000 voire 10 000 salariés en quelques années.

L'IPRP se substitue au médecin, souvent sur la demande de ce dernier, pour l'analyse de postes, l'établissement des fiches d'entreprises. La pression des employeurs est de plus en plus forte sur les IPRP : objectif de quotas de réalisation de fiches de postes.

Pour certains médecins « surbookés » l'intérêt de ce mode de fonctionnement permet de « pénétrer dans des entreprises ou personne ne serait allé » mais doit s'accompagner d'un retour avec discussion afin de s'assurer que les risques éventuels ont été identifiés.

L'engagement du médecin est donc aussi un facteur important dans la mise en place d'une véritable coopération.

En simplifiant disons que la coopération était possible avec les IPRP qui se situaient du côté de la prévention des risques et impossible avec ceux qui étaient dans l'accompagnement de l'employeur dans la gestion des risques.

À l'origine l'IPRP était à l'intérieur de l'équipe pluridisciplinaire dans le même chapitre réglementaire que le médecin. **Mais les évolutions réglementaires actuelles l'ont fait changer de secteur : la spécificité des IPRP est, maintenant, de se consacrer à l'évaluation des risques dans le cadre des obligations de l'employeur en matière de santé et sécurité des salariés.**

La question du travail est devenue secondaire.

LA COORDINATION AVEC LES INFIRMIÈRES

La pratique de la coopération avec les infirmières est ancienne dans les services autonomes, au sein de

l'équipe médicale. Les exemples d'expériences passées montrent que la coopération fonctionnait bien à partir du moment où le cadre était bien défini, celui d'un service médical indépendant, d'un accord sur l'objet de leur mission et d'un échange régulier sur les pratiques.

Dans les SSTI, l'arrivée des infirmières est plus récente et les modes de fonctionnement divers. Souvent leur activité est partagée entre plusieurs médecins, certaines se retrouvaient isolées faute de médecin. L'accueil par les médecins du travail, montrait une certaine réticence à leur venue, car elle préfigurait la transformation du métier.

Des difficultés d'adaptation pouvaient exister également du fait d'une culture professionnelle marquée par leur formation au « prendre soin », le *care* ; et une absence de formation sur la spécificité de la médecine du travail.

L'évolution progressive de l'exercice médical, vécu de façon inéluctable, du fait du déclin démographique des médecins du travail en exercice, a amené certains d'entre nous, à anticiper en développant des pratiques coopératives : accompagnement dans la formation des infirmières : sur le terrain (études de poste, analyse des risques) et au cabinet médical (discussions autour de cas clinique individuel, délégations de tâches, accès à la traçabilité dans le dossier médical). Ce qui, avec le temps, a permis la création d'un climat de confiance au sein de l'équipe médicale.

Certes dans certains lieux des conflits médecins infirmières existaient : jugements de valeur, dysfonctionnement de collaboration, souvent instrumentalisés par les directions de service.

On peut interpréter ces conflits comme la confrontation entre deux systèmes de valeur incompatibles : d'une part celui traditionnel porté par le Code de la santé publique et les traditions de coopération entre les membres d'une équipe médicale mais aussi la prééminence de l'intérêt du patient et de sa santé et d'autre part celui du management gestionnaire économique de la ressource humaine au même titre que la ressource matérielle, d'où sa toxicité.

CHANGEMENT DE PARADIGME

L'évolution réglementaire entraîne un changement de paradigme. Le décret sur la formation des infirmiers en santé au travail, s'impose à l'employeur. Pour préciser, ce n'est pas une reconnaissance de pratiques avancées, mais une simple spécialisation en santé au travail, du métier d'infirmière.

En pratique dans leur exercice, les infirmiers vont se substituer presque en totalité à l'activité clinique des médecins.

La lecture de certains « protocoles de bonnes pratiques à l'usage des infirmiers en santé au travail », vingt pages, élaborés en service inter sont particulièrement explicites. Construits par les directions des services, avec l'aide de médecins (?), ils apparaissent comme une mise en subordination de ce que font les infirmières par rapport aux médecins.

Ils sont particulièrement contraignants pour les infirmiers, mais aussi pour les médecins, laissant peu de marges de manœuvre. La délégation de tâches impliquerait l'acceptation du protocole dans son ensemble par les deux parties.

Dans leur exercice, seuls les infirmier(ère)s auront accès à la clinique individuelle des salariés. **Les médecins du travail n'auront pas accès à cette « clinique », donc à la connaissance des salariés. Ce sera source de tension et de conflit dans l'équipe. Ils ne seront plus que de simples superviseurs.**

Ne leur restera-t-il qu'une activité de sélection médicale de la main d'œuvre ?

À PROPOS DU PROTOCOLE

La question est posée de savoir si dans le cadre de la coopération médecin/infirmier l'existence d'un protocole est déloyal ? Non, s'ils respectent certains principes.

- ♦ Le protocole ne doit pas être une prescription du management du service imposée au médecin et à l'infirmière.
- ♦ Le protocole doit pouvoir sécuriser l'infirmière dans sa pratique, et donc le médecin. Il doit être co-construit par le médecin et l'infirmière.
- ♦ Il doit énoncer des repères sur la pratique.
- ♦ Le protocole doit rester une zone de rencontre où chacun à sa place pour travailler sereinement.

QUELLES SONT LES CONDITIONS QUI POURRAIENT FACILITER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS ET INFIRMIERS ?

Dans l'ancien cadre de la médecine du travail, une fraction de la profession avait « subverti » les pratiques ce qui avait favorisé un certain nombre de coopérations, mais avec les modifications réglementaires, on constate un effondrement de ce qui avait été acquis dans une fraction de nos réseaux.

Quelles sont les conditions qui nous permettraient de reconstruire et développer ces coopérations ?

« Construire des coopérations, cela veut dire d'abord se mettre d'accord sur des valeurs communes, sur des fonctionnements communs ».

Il est rappelé l'importance de l'existence d'un cadre permettant de déployer une clinique médicale dans la confiance.

Celui de l'équipe médicale, avec un accord sur l'objectif commun de nos professions et le respect de nos obligations éthiques. Mais aussi avec la reconnaissance de la spécificité de nos métiers respectifs et de leurs contributions à la mise en œuvre commune.

Évidemment le médecin a la responsabilité de l'équipe médicale et il agit en connaissance de cause, **mais les principes de fonctionnement impliquent des coopérations à égalité.**

On remarque que l'approche du salarié au médecin, est différente de celle qu'il a avec l'infirmière. Les informations délivrées ne sont pas les mêmes, avec entre au-

tres raisons la question de l'aptitude qui reste un obstacle au développement de la confiance. Le croisement de ces données est donc nécessaire.

La délibération à partir des cas concrets, nécessite un temps suffisant pour les échanges. Ceci est un préalable afin de permettre la construction d'une conduite commune, pour aider un salarié en demande à accéder à son travail et à élaborer.

À partir de deux points de vue différents, la clinique médicale du travail du médecin et la clinique médicale de l'infirmière doivent converger, car elles ont pour même objectif d'aider le salarié à construire sa santé au travail, tout en respectant son choix.

Le concept de « soigner le lien Santé/Travail » permet de faire la liaison entre nos pratiques.

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) –

BULLETIN D'ADHÉSION

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 61 avenue Camus 44 000 NANTES

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

- ❖ Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et je vous joins mon adhésion.
- ❖ Je suis adhérent(e) à l'association et je règle ma cotisation 2023.

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°40 m'a intéressé(e) : je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je réserve le CAHIER N°41 (à paraître courant 2024)

Adresser à Ass. Santé et Médecine du Travail

61 avenue Camus 44 000 NANTES

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 Maltraitances organisationnelles, quelles pratiques cliniques ? (novembre 2007)
- N°23 Quelle évolution pour la médecine du travail ? (juin 2009)
- N°24 Préserver la médecine du travail ? (juin 2010)
- N°25 Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle (juin 2011)
- N°26 Quelle médecine du travail demain ? (mai 2012)
- N°27 Clinique médicale du travail. Écrits du médecin du travail (octobre 2013)
- N°28 Les Écrits des médecins du travail. Liens santé/travail (octobre 2014)
- N°29 Quels métiers et Pratiques en médecine du travail (octobre 2015)
- N°30 La coopération médecin et infirmier en santé au travail (7^e Colloque *E-Pairs*) (octobre 2015)
- N°31 Agir pour la seule santé des salariés (octobre 2016)
- N°32 Les Coopérations du médecin du travail avec quatre spécialistes médicaux, du point de vue de la santé du patient (8^e Colloque *E-Pairs*) (novembre 2016)
- N°33 Le soin médical préventif (septembre 2017)
- N°34 La question du travail au cœur de la coopération entre les équipes médicales et la médecine générale (9^e Colloque *E-Pairs*) (septembre 2017)
- N°35 Harcèlement sexuel du fait du travail (septembre 2018)
- N°36 Travail: Pratique médicale, Visibilité des risques professionnels (septembre 2019)
- N°37 Éthique et Pratiques en médecine du travail (octobre 2020)
- N°38 Subir ou Résister en médecine du travail (octobre 2021)
- N°39 Centralité du Travail, Clinique du Travail et Question sociale, en médecine du travail (décembre 2022)
- N°40 Entretiens cliniques réguliers, Fondement de la Prévention médicale, Préserver l'éthique de la santé au travail (octobre 2023)

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>

UNE HISTOIRE SANS FIN

Odile RIQUET, Denise RENOU-PARENT

En réponse à la lettre du SMT, nous n'étions pas convaincues de l'intérêt de rédiger nos biographies professionnelles. Mais il nous semblait important de témoigner du rôle essentiel qu'avait eu le SMT dans nos histoires professionnelles. Peut-être aussi essayer de voir les traces que ce travail collectif avait laissées, et comment il se poursuivait aujourd'hui et dans quel contexte.

DÉBUT DE NOS VIES PROFESSIONNELLES

Point de départ, situation en 1978, début de notre vie professionnelle dans un service interentreprises, pour l'une un service interentreprises avec une dizaine de médecins, pour l'autre un petit service avec deux médecins en milieu semi rural.

Pas de trace de l'activité de travail dans les dossiers médicaux, pas de dossier entreprise, peu ou pas de compte rendu de visite d'atelier, quelques notes griffonnées par les médecins précédents lors d'une rencontre avec l'employeur.

Des conditions de travail à minima : pas de secrétariat, radioscopie, pas d'informatique évidemment, avec en toile de fond la loi de 1946 et le CES de médecine du travail.

On ne savait rien du monde du travail, on avait vu les *Temps modernes*, mais on ne savait rien du travail répétitif sous contrainte de temps, on ne savait rien du lien santé-travail, et très peu de choses sur les inégalités sociales de santé.

Pourtant les atteintes à la santé nous crevaient les yeux. Les confectionneuses avaient toutes des périarthrites scapulo-humérales, les jeunes ouvrières sur les chaînes de fabrication ou sur les continus à filer étaient en

dépression inexploquée, les plus de soixante ans étaient complètement usés

Nous étions médecins du travail et notre seule référence c'était le *Desoille*, nous étions des femmes et le monde du travail dans les entreprises et dans la prévention était dirigé par des hommes

En 1981, Jean Auroux est nommé ministre du Travail et en 1982 les lois Auroux modifient le droit du travail en France.

Nous cherchions à comprendre le sens de notre travail, nous étions confrontées à une organisation du travail dans les services interentreprises basée sur la répétition des visites annuelles, une organisation basée sur le nombre de visites, sur le chiffre.

Nous étions en souffrance au travail et c'est en cherchant à mettre en évidence les atteintes à la santé des salariés que nous avons compris l'effet délétère que notre propre travail avait sur notre santé. Nous avons essayé de comprendre les effets de notre travail sur notre vie, nous aurions pu tomber dans la condition ouvrière nous aussi, dans une dépression blanche. Après nos congés maternité, nous étions au bord d'un effondrement personnel lié à l'absence de sens de notre travail, nous étions prêtes à abandonner ce métier.

Alors nous avons enquêté, regardé les postes de travail, écouté les salariés, construit des alliances avec les équipes de prévention et de l'inspection du travail, et surtout nous avons cherché à découvrir, à comprendre, à connaître l'activité de travail, l'ergonomie, nous avons découvert la psychodynamique du travail, l'importance de l'éthique médicale, à travers des livres, des textes : *Comprendre le travail pour le transformer* de F. Guerin,

A. Laville, F. Daniellou, J. Duraffourg, *Travail et usure mentale* de Christophe Dejours, des textes de Philippe Davezies, de Dominique Dessors, de Pascale Molinier, Danièle Kergoat, Marie-Pierre Guiho-Bally, d'Yves Clot, de Damien Cru. Nous avons participé à de nombreuses formations, à des congrès de médecine du travail, à des groupes de travail entre médecins.

20 ANS AVEC L'A-SMT DE 1992 À 2012

À partir de 1992, nous avons participé aux rencontres SMT. L'une des nous deux a participé à l'écriture du premier livre du SMT, *Souffrance et précarité au travail, paroles de médecins du travail*, alors que l'autre a rejoint le SMT après la publication du livre.

Et pour toutes les deux, notre rencontre avec le SMT a été essentielle. Cette rencontre est née à partir des textes lus dans des revues et dans les *Cahiers SMT*, ou écoutés lors de congrès. Nous avons été touchées par l'écriture, les mots, la langue des textes proposés. Nous avons découvert une autre manière de parler du travail, de transmettre la parole de ceux qui travaillent, de mettre en visibilité leur travail.

*EN QUELQUES MOTS, LE CADRE : DIRE LE SMT
LES JOURNÉES SMT ET LES CAHIERS SMT*

L'a-SMT, une association loi 1901, une adhésion pour participer aux deux rencontres annuelles. Une présidence tournante, quelques piliers indispensables, un bureau efficace capable de tenir l'association pendant trente ans, une culture des luttes toujours présente.

Les journées SMT : un week-end en décembre et une *Journée de Printemps* en mars, organisées sur Paris, une grande salle, des tables et des chaises. La possibilité de prendre la parole ou de ne pas intervenir, seulement l'obligation de se présenter, deux rapporteurs par séance, une personne compétente, rigoureuse et juste pour lister les demandes et savoir donner la parole, un certain silence qui autorisait la prise de parole, une écoute certaine.

Un lieu d'élaboration possible, parfois douloureuse, mais sans violence, un lieu hors des collectifs de lutte et des rapports de pouvoir locaux. Pour la plupart des médecins présents, un éloignement de leurs collectifs de travail, éloignement qui permettait peut-être de penser différemment, de sortir des stratégies défensives mises en place dans les services de santé au travail

Les Cahiers SMT : la possibilité pour chacun de proposer un article dans les *Cahiers SMT*. Chaque

année, un travail colossal des membres du bureau pour répertorier, collecter les articles, solliciter les auteurs, mettre en page, mettre en ligne, et assurer l'acheminement postal.

LE TEMPS DE L'ÉLABORATION

Dans le cadre du SMT, nous avons éprouvé toutes les deux, le besoin d'écrire, de mettre en évidence nos préoccupations, de sortir notre travail de la clandestinité. Notre travail prenait sens : mettre en visibilité et soigner le lien santé-travail dans nos consultations.

D'autres livres nous ont accompagnées, des livres qui ont marqué nos vies professionnelles : *L'acte est une aventure* de Gérard Mendel, *L'amour et la justice comme compétences* de Luc Boltanski, *La condition de l'homme moderne* d'Hannah Arendt, *Le poids du réel, la souffrance* de Denis Vasse, les textes d'Emmanuel Levinas et ceux d'Alain Supiot.

Ils nous ont permis de comprendre, entre autres, que dans la consultation nous utilisons nos savoir-faire, notre expérience mais qu'il y a aussi de la créativité, une certaine part d'imprévisible, l'absence de maîtrise de ce qui arrive. C'est à partir des régimes d'action, de l'amour et la justice comme compétences que nous avons pu évoquer la question des émotions dans nos récits de consultations. C'est par l'éthique que nous avons compris que tout ce qui se passe entre le médecin et le salarié dans la consultation regarde le monde, que ce lien engage notre responsabilité, que la consultation ouvre à une dynamique et à une dimension collective.

Les inégalités sociales de santé étaient connues au niveau national, les enquêtes épidémiologiques récentes mettaient en évidence le lien santé-travail, mais découvrir lors d'une consultation, au détour d'une phrase, l'évocation de l'engagement subjectif d'un salarié dans son activité de travail, et son retentissement sur son histoire singulière, prendre soin de ce lien au cœur de la consultation de médecine du travail, c'est cela que nous avons pu partager lors des rencontres SMT.

Par nos articles dans les *Cahiers SMT*, nous avons essayé de mettre en visibilité le fait qu'à partir de l'activité de travail, prendre soin du lien santé-travail permettait de dénouer quelque chose de la souffrance du salarié, de donner de nouvelles clés à la compréhension et par là de nouvelles perspectives d'action pour le salarié et pour le médecin. Soigner ce lien santé travail pouvait permettre au salarié de retrouver son pouvoir d'agir, sa capacité à penser son travail.

Lors des Journées SMT, nous pouvions, chacun, exprimer nos ressentis à l'écoute des histoires singulières de ces femmes et de ces hommes au travail, ces vies de travail malmenées par les organisations du travail. Les réactions étaient diverses, pour certains médecins, les émotions mises en mots exprimaient le courage, la détermination, le passage à l'action et pour d'autres l'impuissance, la vulnérabilité, une sensibilité sous différentes formes mais partagée. Pour nous, témoigner de nos émotions, partager le doute, l'incertitude, l'hésitation, le sentiment de ne pas avoir pris la bonne décision – parce que tout simplement il n'y en avait pas – c'était au contraire découvrir ensemble le signe qu'on était au travail, au cœur de l'activité.

Ce qui faisait lien entre nous c'était notre responsabilité à mettre en visibilité ces atteintes à la santé. Cette élaboration, ces échanges prenaient pour nous la forme d'une expérience vécue qui mettait la pensée en mouvement. Cette expérience vécue nous a permis d'innover dans la difficulté de travailler, de dépasser la débrouillardise pour tenter de consolider ce qui nous semblait être une clinique médicale du travail.

Cette expérience partagée a redonné sens à notre travail, nous a permis de centrer notre activité dans la consultation sur le soin du lien santé-travail. Elle nous a permis aussi de développer notre activité de coopération avec les autres professionnels en santé au travail : secrétaire médicale, infirmière en santé au travail, psychologue (qui ont tout de suite adhéré à cette évolution de notre métier) mais aussi de trouver notre place au sein de la prévention en santé au travail à côté de l'inspection du travail, des ingénieurs-techniciens CRAM et des ergonomes.

Avec les mots d'aujourd'hui, ceux de Cynthia Fleury, de Marie Garrau et d'autres, nous découvrons que nous avons « fait l'expérience » de la vulnérabilité, que nous nous sommes reconnues vulnérables, nous nous sommes rendues collectivement sensibles à la vulnérabilité. Le concept de vulnérabilité peut-il permettre de repenser l'interrelation des dépendances et des fragilités ?

Cynthia Fleury – *Ce qui ne peut être volé* – : « Il faut se soucier de rendre capacitaires les individus, leur redonner aptitude et souveraineté, comprendre que la vulnérabilité est liée à l'autonomie, qu'elle la rend viable, humaine. Je souhaite porter et promouvoir une vision de la vulnérabilité qui ne soit pas déficitaire, mais inséparable d'une nouvelle puissance régénératrice des principes et des usages. Ce qui est intéressant dans la vulnérabilité, c'est qu'elle fait naître chez nous une

préoccupation, une attention, une qualité inédite de présence au monde et aux autres. »

« Il faut distinguer vulnérabilité fondamentale et vulnérabilités problématiques. La vulnérabilité fondamentale est commune, mise en jeu de manière permanente. Elle est expressive d'abord en ce qu'elle renvoie au pouvoir d'exprimer **ce à quoi nous tenons**. Elle repose sur la confiance en soi, sur la raison, mais aussi sur l'imagination comme capacité à projeter et inventer de nouveaux possibles d'existence. Elle est relationnelle, elle ne peut se développer que dans des relations de care, de respect et de reconnaissance mutuelle. Les vulnérabilités problématiques sont socialement produites par désaffiliation, stigmatisation, disqualification sociale, dominations croisées. »

La vulnérabilité est une capacité ou une disposition relationnelle essentielle dans la relation de soin. La relation de soin est d'abord la rencontre de deux vulnérabilités.

L'IMPORTANCE DES CAHIERS SMT

Pour nous, *Les Cahiers* ont été essentiels également, ils nous ont permis de mettre en mots nos pratiques avant de pouvoir les mettre en visibilité dans les journées. L'exigence de travail que demande l'écriture impose un travail personnel de réflexion. Écrire dans *Les Cahiers*, c'est s'autoriser à penser « hors de », sans être marginalisé, hors du jugement des pairs. C'est comprendre que les pairs nous constituent, mais aussi que leur validation produit de l'assujettissement, et que pour retrouver notre pouvoir d'agir, nous devons affronter cette séparation. Écrire dans *Les Cahiers* c'était s'autoriser à prendre la parole lors des journées.

POSER LA QUESTION DU MÉTIER

Face à une situation de souffrance du salarié, de perte d'autonomie face aux contraintes organisationnelles, notre travail était de prévenir les atteintes à la santé et de protéger le salarié, mais il n'y avait pas de mode d'emploi, il n'y avait pas de règle de métier. Dans la consultation, l'activité médicale est co-construite par le médecin et le salarié. Il y a une individuation du rapport au travail qui laisse la place à de nouvelles manières de faire.

Nous avons enquêté sur notre propre activité de travail, nous ne faisons pas tous pareils, nous avons dû mettre en commun nos difficultés par rapport au travail, mais aussi l'engagement de chacun pour faire face à la situation. Nous avons le souci, l'exigence d'en faire quelque chose. Ces Journées SMT ont été pour nous

des temps d'élaboration collective. Quel contexte a pu les rendre possibles ?

La justice sociale comme ligne d'horizon partagée, un cadre législatif permettant aux médecins du travail l'accès aux lieux du travail, l'organisation des visites médicales, la déclaration des maladies professionnelles, les interventions dans l'entreprise, un statut protégé pour le médecin du travail, mais aussi des conditions de travail dégradées, la perte de sens de ce métier.

C'est la confrontation avec le monde social qui nous a conduit à faire autrement, à inventer de nouvelles pratiques, mais aussi à nous accepter vulnérables comme les salariés. Cette commune vulnérabilité fait apparaître ce qui tient une société, elle nous relie et nous rend capacitaires, nous redonne notre pouvoir d'agir.

C'est la découverte de la diversité de nos manières de faire : pour certains l'intervention parfois risquée du médecin du travail dans l'espace public de l'entreprise, pour d'autres le repli sur l'expérimentation de la clinique médicale du travail, pour d'autres la reconnaissance et l'attestation du lien santé travail, les écrits du médecin du travail, c'est cette diversité reconnue et acceptée qui a rendu difficile la construction du métier de médecin du travail, mais c'est ce travail collectif qui nous a permis de prendre soin les uns des autres.

Comment nommer cet ensemble de médecins du travail, ce lieu d'élaboration collective, caractérisé par des conditions spontanées de présence (et non une affiliation), par la mise en visibilité des singularités de chacun, par un faire mis en commun ? Ce n'était pas une simple association, ce n'était pas non plus une famille, pas un syndicat, ni un groupe de pairs, peut-être une communauté, le terme de collectif sans doute insuffisant ? Nous cherchions ce qui pourrait faire du commun, et ce qui restait de singulier. Ce que nous avons délibéré, construit pendant toutes ces années a-t-il fait l'objet d'une reconnaissance en santé au travail ?

Dominique Huez dans son texte *Délibérer et construire le métier de médecin du travail* reprend les problématiques d'élaboration sur le métier de médecin du travail au sein du SMT, en particulier le déploiement d'une clinique médicale du travail issue de la délibération sur les pratiques cliniques et il termine en disant : « Cette référence clinique pratique est largement partagée. » Cette expérimentation, ce travail du soin apporté au lien santé-travail ont-ils été légitimés par l'enseignement universitaire, par les formations des médecins du travail ?

Philippe Davezies reconnaît cette fonction du métier de médecin du travail comme une fonction d'assistance à l'élaboration au niveau individuel pour que le problème puisse émerger au niveau collectif. Il ajoute : « Ce soutien non substitutif à l'action des salariés est de surcroît susceptible de donner au médecin une compréhension très fine des contradictions de l'organisation du travail qui lui permet de développer sa propre contribution à l'émergence des problèmes dans l'espace de discussion collectif. » Pour lui la question des dispositifs pour penser et débattre de l'activité du travail se pose : « Les salariés ont besoin d'un espace autonome d'élaboration et des ressources nécessaires à la production d'un discours qui leur soit propre. » Est-ce que le SMT a été un lieu d'élaboration collective ? A-t-il été reconnu comme tel ? La présence d'un animateur est-elle nécessaire dans un tel lieu ?

Nous savons que pour certains médecins, ces journées ont été éprouvantes, qu'ils ont eu le sentiment de n'être pas écoutés, entendus, qu'ils n'ont pas pu s'exprimer, la question des luttes syndicales ou politiques pouvait être vécue comme prégnante sur leur activité médicale. Comment prendre en compte l'éloignement de ces médecins et réfléchir sur l'ouverture, les limites, le cadre que le SMT pourrait donner à ce temps et à ce lieu d'élaboration ?

Dans les années 2000, nous avons déjà conscience des rapports sociaux de sexe, que notre activité de travail et donc notre travail d'élaboration étaient genrés. Nous étions prises parfois en flagrant délit d'auto-censure dans nos interventions. Mais avons nous compris que « L'autonomie des hommes s'est construite par le biais de l'appropriation du temps des femmes, que cette domination de genre fut un frein au développement de notre propre autonomie » ? Pour d'autres médecins, avaient-ils conscience que : « Prendre part au travail du care dans le quotidien est un élément essentiel pour reconnaître sa vulnérabilité ».

CE QU'IL SEMBLERAIT POSSIBLE DE POURSUIVRE DANS UN TRAVAIL D'ÉLABORATION

C'est parce que nous avons tissé des liens avec vous que nous nous autorisons à exprimer aujourd'hui ce qui semblerait possible pour le SMT de continuer à élaborer dans les journées à partir des histoires cliniques.

LA NÉCESSAIRE ÉVOLUTION DU DROIT DU TRAVAIL

Depuis plus de dix ans, nous avons arrêté tout travail médical de consultation, mais nous restons attentives à la question du travail et à la question sociale, en particulier à travers les textes d'Alain Supiot.

« La justice au travail ne concerne pas seulement sa rémunération et son exécution, mais aussi le sens et le contenu du travail. Le droit des travailleurs doit prendre en compte ce qu'ils font et comment ils le font. »

« Ceci suppose que le contenu et le sens du travail puissent trouver une place dans le statut du travailleur. La fiction du travail-marchandise doit céder la place à un statut du travail qui combine liberté, sécurité et responsabilité. »

« La révolution industrielle a fait basculer notre planète dans l'âge de l'anthropocène, c'est-à-dire une période marquée par l'impact déterminant de l'activité humaine sur l'écosystème terrestre... C'est le travail des hommes qui fait monter la température de la planète. »

La question du travail et la question écologique semblent indissociables. Pouvons-nous penser sortir de l'anthropocène sans le travail, sans une évolution du droit du travail, sans un nouveau statut pour les salariés ? Cette question éloigne la ligne d'horizon...

LE TEMPS DU SOIN COMME ÉLABORATION IMAGINATIVE

En 2001, nous écrivions dans le *Cahier SMT N°16*, un article intitulé *L'acte médical dans la consultation de médecine du travail* : « Dans la consultation, quand nous cherchons à comprendre l'activité de travail et le rapport que chacun noue avec elle, il se peut que le dialogue, aussi argumenté et instructif qu'il soit, n'offre pas de prise, comme si nous restions à la surface de ce qui fait énigme dans le lien santé-travail, jusqu'à ce que, au détour d'un phrase ou d'un mot, l'évocation d'une expérience, d'un événement dans le travail puisse ressurgir, témoignant d'une émotion, ouvrant de nouvelles clés à la compréhension et par là de nouvelles perspectives d'action pour le salarié et le médecin. »

Prendre soin du lien santé-travail, c'est reconnaître la douleur, la vulnérabilité sans victimiser. Il faut se garder, dans un désir d'agir et de prescrire, de réduire au silence celui qui doit rester acteur.

Prendre soin du lien santé-travail, reconnaître le soin comme un soin en partage, pour rendre capacitaire les individus. Faire preuve d'imagination, d'élaboration imaginative, proposer des issues possibles sans barrer celles qui pourraient être élaborées par le salarié dans un cheminement de la pensée qui va se poursuivre après la consultation.

Prendre soin du lien santé-travail, c'est construire une relation qui redonne à la vulnérabilité une place centrale, non comme ce contre quoi il faut se battre, mais ce sur quoi il faut s'appuyer, ce à quoi nous tenons.

Aujourd'hui, les médecins du travail peuvent instruire et attester du lien santé-travail dans un but de diagnostic ou de reconnaissance de maladie professionnelle. Pourrait-on dire que nous avons expérimenté collectivement dans nos consultations comment prendre soin du lien santé-travail et que ce soin est au service du capacitaire, pour redonner du pouvoir d'agir aux salariés. Cette expérimentation pourrait-elle devenir légitime (?), s'intégrer alors dans ce que Cynthia Fleury nomme un climat de soin ?

ENQUÊTER SUR LES INTERDÉPENDANCES

CHERCHER LE SENS DU TRAVAIL

En suivant l'art du questionnement de Bruno Latour : suivre, décrire les situations vécues, reprendre par le bas, décrire le monde matériel, de quoi le salarié dépend-il dans son activité de travail ? Enquêter sur « comment tout se comporte » dans cette activité. Tout se comporte peut s'appliquer à l'ensemble du lieu de l'activité de travail. Rendre compte du fait que les choses *font faire*, qu'elles suscitent, mobilisent. Penser, enquêter du point de vue des interdépendances, c'est chercher avec le salarié ce dont il dépend pour travailler, aussi loin qu'il faut pour qu'il puisse exprimer ce qui le tient, ce à quoi il tient, ce qu'il voudrait défendre.

Enquêter pour la relation, chacun pouvant travailler pour son propre intérêt au détriment de l'intérêt des autres. Ressentir ce à quoi nous tenons depuis le point de vue des interdépendances liées à l'activité de travail, peut faire émerger un nouveau point de vue singulier sur les relations au sein du travail, une nouvelle cartographie du travail dans laquelle vulnérabilité commune et exigence de luttes peuvent ne plus apparaître comme incompatibles.

La question des relations est au cœur de la perte de sens du travail. Les facteurs de perte de sens sont connus et multiples, S'intéresser au sens du travail, c'est se demander ce que l'on produit et comment on le produit. Emmanuel Dockes : « Il existe un décalage croissant entre les aspirations des individus et ce que les entreprises et les services publics leur proposent. C'est en ça que la recherche de sens au travail est une aspiration révolutionnaire : elle est en contradiction avec les modes de gouvernance et d'organisation actuels. L'intérêt que portent les salariés à leur travail est lui aussi un levier d'émancipation. »

LA QUESTION DU RAPPORT AU MONDE

Sans abandonner la justice sociale, le problème fondamental devient celui des conditions d'habitabilité

de la planète. Bruno Latour : « *Nous avons changé de monde, nous n'habitons plus la même Terre.* » « *L'hypothèse Gaïa découverte par Lovelock montre que ce sont les vivants qui fabriquent leurs propres conditions d'existence. L'atmosphère n'est pas donnée, mais produite par tous les êtres qui peuplent la Terre.* » « *Gaïa est le nom à la fois de ce que nous partageons et de ce que nous ne pouvons pas partager, de ce que nous découvrons avoir en partage précisément en même temps que nous découvrons ne pouvoir l'avoir qu'en litige.* »

« *Nous avons une bataille culturelle à mener quant à l'importance à restituer au vivant.* » Pour Baptiste Morizot, dans *Manières d'être vivant*, il est nécessaire de nouer culture des luttes et culture du vivant. « *Nous avons une culture des luttes, mais nous n'avons pas de culture du vivant. Une culture comme un réseau de savoirs, d'anecdotes, de récits des relations, de familiarité vécue. Des savoirs qui se tressent aux autres dimensions de la sensibilité, de la pensée et de la pratique. Une culture du vivant c'est un dispositif qui fait entrer un pan de réalité dans le monde vécu, qui est un monde social.* »

CONCLUSION

Comme une façon de ranger nos vies de travail, nous avons revisité nos parcours croisés dans l'association SMT, nourris de débats contradictoires, de lectures et d'écritures partagées. Répondre à votre sollicitation, revenir sur notre histoire avec le SMT, a été pour nous deux, une opportunité laborieuse mais réjouissante.

Ce travail nous a permis de retrouver la place que ce « collectif » avait occupée et d'éprouver ce à quoi nous tenions et qui perdure pour nous aujourd'hui avec d'autres compagnons de lecture, d'autres idées...

Mais, si ce travail au sein du SMT a été déterminant, quelles empreintes a-t-il laissé ? Quelle transmission possible au regard des profondes mutations à l'œuvre dans le monde du travail, révolution numérique, réchauffement climatique ? Faudra-t-il subvertir nos héritages ?

Nous avons bien conscience de notre éloignement du monde du travail, et que ces questions qui nous ont passionnées ne sont pas pour autant susceptibles d'être partagées, ni de vous apporter de nouveaux points de vue sur le monde d'aujourd'hui...



*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 48

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

MÉDECIN DU TRAVAIL, MÉDECIN INSPECTEUR MÊMES COMBATS

Pierre ABÉCASSIS

Après ma thèse en juin 1978, j'ai failli m'installer comme généraliste. Mais cela ne s'est pas réalisé du fait de contraintes familiales et, probablement, d'une motivation insuffisante. Pendant cette période « entre deux », très répandue à l'époque, durant laquelle le jeune médecin cherche sa voie, je faisais des remplacements d'internes ou de généralistes et suivais les cours du CES de médecine du travail, diplôme qui, comme l'attestation de pédiatrie préventive, le diplôme de médecine agricole de Tours ou le CES de médecine du sport, était réputé utile en tant qu'il permettrait des vacances salariales complémentaires à une future activité libérale.

C'est dans ce cadre que j'ai effectué mon premier remplacement en médecine du travail.

Même s'il ne m'empêchait pas de dormir, j'avais toujours été mal à l'aise par le paiement à l'acte. Au cours de ces vacances converties et prolongées rapidement en un remplacement plus « officiel » de congé de maternité, je goûtais au (relatif) confort de l'exercice salarié.

DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL...

Et quand, un soir, un coup de téléphone d'un copain de fac m'apprit, avec une amicale incitation, que le Comité d'Hygiène Industrielle de la Côte d'Or (CHI pour les intimes - acronyme assez « moyen » pour la com' - gros service interentreprises départemental d'une trentaine de médecins du travail) procédait au recrutement de praticiens, je postulai... « pour des remplacements » puisque je n'étais pas encore titulaire du Certificat d'Études Spéciales de Médecine du Travail comprenant désormais deux ans de scolarité.

Une semaine plus tard, je me retrouvai affecté sur le secteur de Montbard, dans le nord de la Côte-d'Or, à 80 km de Dijon où je résidais avec femme et enfant. Le médecin titulaire du poste était sur le départ vers d'autres horizons professionnels et géographiques et il ne me fallut que quelques jours pour comprendre que beaucoup était à faire sur ce poste excentré où l'on affectait le dernier médecin recruté... qui s'en allait dès que possible.

J'y suis resté trois ans, le provisoire étant devenu définitif à l'obtention du C.E.S. Sans déménager de domicile, jonglant avec les horaires de train, de l'autorail au premier TGV en passant par le Corail de 6 h 18 et le véhicule personnel, je pus tant bien que mal, avec l'aide capitale de la secrétaire médicale, véritable pilier et mémoire du service, m'installer et poursuivre son installation. Le tiers-temps venait d'être créé par les décrets de 1979, le C.H.S. n'était pas encore « C.T. », et la visite annuelle le seul véritable indicateur d'activité, sans oublier le camion radio dont salariés comme employeurs étaient très friands.

Au début des années quatre-vingt, la ville de Montbard était (et est encore largement) une ville-usine autour du groupe *Vallourec* et ses filiales métallurgiques. Le maire était un ouvrier tourneur, cégétiste et « communiste-comme-on-n'en-fait-plus », remarquable de charisme prolétarien. Les usines Vallourec étaient dotées d'un service de médecine du travail autonome où exerçait un ancien médecin-colonel tandis que le CHI avait la charge de toutes les autres entreprises, du boulanger du coin à une importante usine de vêtements pour enfants, en passant par l'hôpital. Y adhéraient aussi les entreprises des villes et villages alentours : une manchisterie (fabrique de manches d'outils en bois), une usine de fleurs artificielles, une fabrique de rouleaux pour chaînes de manutention, un gros Centre d'Aide par le Travail (CAT), une kyrielle d'ateliers sous-traitants pour Vallourec, une fromagerie Bel où l'on fabriquait le Mini Babybel. En bref, un secteur « idéal » pour la découverte d'une spécialité et d'un exercice médical peu connu et peu valorisé, la médecine du travail constituant souvent une deuxième carrière sinon une carrière secondaire, pour un praticien.

Pour ma part, je découvrais aussi la spécialité et le monde du travail, la seule usine dans laquelle je n'avais jamais mis les pieds étant celle où j'avais travaillé pendant un mois après mon bac pour me payer mes vacances. Je m'attachais donc à faire mes preuves, en tant que « médecin » et « du travail ».

D'abord dans le cadre de « la visite » (du « colloque singulier » si l'on préfère...) : vingt minutes pour les examens annuels, trente pour les embauches, les salariés se présentant habillés dans le cabinet médical et ne se mettant en sous-vêtements qu'après entretien/échanges sur leur état de santé physique et mental ressenti et les astreintes et contraintes de leur poste de travail, examen clinique proposé, complet si accepté, explication/conclusion sur la mission du médecin du travail (« éviter l'altération, etc., notion d'« obligatoire »...) et les documents renseignés

(dossier cartonné, fiche d'aptitude, cahier d'activité journalière).

Ensuite dans le cadre du tiers-temps, avec la rédaction de la fiche d'entreprise en deux temps : visite des locaux et renseignements chiffrés dans un premier temps, remise de la fiche complétée et courrier d'accompagnement de ladite fiche avec son « mode d'emploi ».

Cette organisation du travail, « révolutionnaire » comme on a pu me le faire remarquer, n'a pas été sans rencontrer réticences et résistances comme on s'en doute. Mes sempiternels « rappels » inscrits sur les fiches d'aptitude, concernant les examens de reprise ou les examens d'embauche, à réaliser en temps utile « conformément à l'article ... du Code du travail » n'ont pas toujours été appréciés, tout comme mes observations relatives à telles ou telles situations de travail améliorables. Quelle drôle d'idée, en effet, d'écrire autre chose que « APTÉ » sur ladite fiche...

Les « visites » réalisées à la va-vite dans une chambre d'amis de la maison du patron ou autres locaux indignes n'ont pas « récidivé » l'année d'après. Certains salariés m'ont trouvé « bien curieux », posant des questions « bizarres », pour ne parler que des réflexions les moins « méchantes ».

Le « jeune con de médecin du travail » dont un patron parlait au restaurant avec ses assureurs après l'incendie de son entreprise dont j'avais rédigé la fiche en évoquant ce risque, c'était moi... attablé dans un coin, le nez sur son assiette.

En fait, je passais ces trois années assez isolé, largement en électron libre. Je sentais bien qu'il me fallait de la coopération, des conseils, et que mes coups de téléphone et lectures ne suffisaient pas. Le service interentreprises organisait bien des « réunions de dossiers » régulières, occasions d'échanger entre pairs, mais je manquais la plupart d'entre elles car elles se tenaient le matin. Quant aux formations, elles me semblaient éloignées, dans les deux sens du terme, d'une efficience au quotidien. En pratique, pour la direction du service, le secteur de Montbard était couvert, et c'était cela qui importait.

Alors que j'étais encore étudiant, je m'étais abonné à la revue *Pratiques* et avais adhéré au *Syndicat de la Médecine Générale* pratiquement dès sa création. Il existait en son sein une commission « Médecine du Travail » qui se transforma en 1979, au Congrès d'Hostens, en *Syndicat de la Médecine du Travail (SMT)* dans la perspective de la création d'une Union syndicale de la médecine visant à créer une

confédération de syndicats médicaux « de gauche » ou, en tout cas, porteuse de valeurs éthiques et déontologiques rompant avec les logiques financières du paiement à l'acte et du profit. Même si je m'efforçais d'assister à tous les Congrès annuels de cette Union, les échanges fort riches que nous y avons ne me permettaient que trop brièvement de lever le nez du guidon de mon exercice quotidien dans le Montbardois, si éloigné.

Quand l'opportunité d'un poste sur Dijon s'est présentée en 1982, inutile de dire que je l'ai saisie. Après une petite « bagarre » *via* les délégués du personnel, la direction ayant « oublié » la règle interne du service selon laquelle un poste de médecin vacant doit être prioritairement proposé aux médecins du service avant de procéder à un éventuel recrutement extérieur, je pus enfin mettre un terme à ces déplacements de 160 km quotidiens qui commençaient à peser. Je quittais donc sans trop gros regrets un poste pourtant intéressant pour en prendre un autre... au moins aussi intéressant.

Mon nouveau poste, basé sur le centre fixe du secteur au sein d'une importante zone industrielle, comprenait en effet plusieurs dizaines de PME (transports, fabrique de cassis –à Dijon, n'est-ce pas– d'articles de puériculture, fonderie, plasturgie, broserie...) dont, surtout, une importante usine de composants électroniques et condensateurs « céramique » de plus de 1500 salariés : LCC –autrement dit le groupe THOMSON. La « Bourgogne Électronique » –qui ne s'appelait déjà plus ainsi en 82, mais que beaucoup continuaient à désigner par ce nom ou par ses initiales, « la B.E » – constituait le fleuron de l'industrie de la capitale des Ducs de Bourgogne, et donc le symbole de la classe ouvrière locale avec Peugeot. Construite sur deux hectares en périphérie de Dijon au début des années soixante, tout un quartier de barres et immeubles HLM était sorti de terre alentours pour y loger les centaines de travailleuses et travailleurs –jusqu'à 2 700 – qui y seront embauchés, parfois pour toute leur vie, recrutés bien sûr localement, mais aussi au Portugal, au Maroc ou dans l'ex-Yougoslavie.

Je partageais ainsi mon activité médicale clinique entre le centre fixe, les deux ou trois entreprises qui disposaient d'un local *ad hoc* et, pour trois jours par semaine, « l'infirmier » de LCC où « régnait » un ex-infirmier militaire tandis que je succédais moi-même à un ancien médecin-colonel. Choc des cultures, choc des générations, comme on s'en doute...

Je restais sur ce poste une douzaine d'années. J'avais pour voisin de cabinet médical notre ami disparu l'an dernier Jean Paul Dulery, de deux ans mon aîné. C'est

lui qui m'avait proposé de candidater au C.H.I. et son influence a été déterminante, même si nous avons de « petits » désaccords politiques extraprofessionnels, et même un peu professionnels puisqu'il était un des responsables du SNPMT (Syndicat National Professionnel des Médecins du Travail, dont il deviendra le secrétaire général), le syndicat majoritaire dans la profession, affilié à la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), tandis qu'en ce qui me concerne, j'adhérais au SMT puis à l'a-SMT. Ces différences d'affiliation n'entachèrent en rien notre entente : nous agissions dans le cadre d'un important service interentreprises départemental fort d'une quarantaine de médecins et d'une centaine de salariés au total. Le charisme de Dulery aidant, je contribuais à la petite équipe qui permit de créer, en interne, un rapport de force plutôt favorable face aux directions successives du service.

Nous disposions de moyens humains et matériels globalement satisfaisants : des effectifs de salariés maîtrisés, une secrétaire assistante affectée à chaque médecin proportionnellement à son temps de travail, des locaux corrects et fonctionnels sans exercice en camion, l'accès relativement facile et rapide tant aux explorations fonctionnelles diverses (audios, visios, EFR, etc.) qu'aux matériels de base pour le tiers-temps... et surtout, très précieuse, une large liberté dans l'organisation du travail.

Le service disposait de médecins référents dans plusieurs spécialités en médecine du travail, notamment dans le cadre d'un département d'ergonomie animé par un médecin et une infirmière, auxquels nous pouvions faire appel pour des études métrologiques « pointues ».

Tout naturellement, le travail et le contact avec ces praticiens déclenchaient la curiosité, le besoin et l'envie d'apprendre ; et comme personnellement je fonctionne « à la carotte », j'ai enchaîné pendant ces années, sans discontinuer, toute une série de formations diplômantes qui m'ont permis d'acquérir une culture générale de base dans plusieurs domaines : ergonomie, toxicologie, médecine des transports, épidémiologie et statistiques médicales, psychologie clinique...

Quand il s'est agi de déployer notre spécialité du côté de la santé, nous nous sommes retrouvés à quelques uns pour proposer de mutualiser nos connaissances dans un cadre collectif dépassant le service médical : ainsi est née Bourgogne Ergonomie (B.E.), à la fin des années quatre-vingt, structure pluridisciplinaire organisée « par des médecins pour des médecins », dans le cadre universitaire « rassurant » de l'Institut de

médecine du travail et d'ergonomie de Bourgogne animé par le professeur Smolik. Le principe de son fonctionnement était relativement simple : les services de la région (interentreprises ou autonomes) adhéraient à Bourgogne Ergonomie en y payant une cotisation proportionnelle au nombre de salariés que suivait le service. En contrepartie de cette cotisation qui pouvait être aussi réglée en temps médical, les médecins bénéficiaient de prestations pouvant aller d'études diverses (bruit, toxico, thermique, éclairage, charge physique, risques psychosociaux, etc.) à des aménagements de postes pour handicapés, en passant par des travaux de nature épidémiologique ou de suivi d'indicateurs biologiques.

En pratique, quand un praticien d'un service adhérent à B.E. avait un besoin dans les domaines précités, il saisissait B.E. et un des médecins du travail membre de l'association gérait alors le dossier, toujours en étroite collaboration avec le médecin du travail demandeur.

J'ai personnellement fait partie de B.E. au sein de laquelle j'ai été détaché par mon service un jour par semaine jusqu'à ma nomination à l'inspection médicale fin 1994. Tout n'a pas toujours été un long fleuve tranquille comme on s'en doute, mais grâce à l'énergie de quelques uns et aux engagements militants « transidéologiques » de beaucoup, l'expérience de B.E. a permis de progresser considérablement dans le travail en réseau, la coopération, la pluridisciplinarité, atouts considérables pour la suite. Tous les services interentreprises y ont adhéré ainsi que la quasi totalité des services autonomes.

Mes années « médecine du travail » ont aussi été marquées par quelques épisodes... marquants, plus ou moins anecdotiques, éventuellement significatifs, soulevant quelques lièvres :

- ◆ Un tabouret devenu une arme par destination brandie au-dessus de nos têtes par un chef d'entreprise irascible lors d'une visite conjointe avec la contrôleuse du travail ; sur le coup, après une fuite à toutes jambes, nous en rigolions moins que quelques années plus tard quand cette contrôleuse était devenue « ma » directrice du travail à la DRTEFP.
- ◆ Une salariée, authentique nymphomane, me violant presque au décours d'une visite médicale.
- ◆ La prise en otage de « mon » infirmière du travail par un jeune ingénieur armé d'un cutter au décours d'une bouffée délirante aiguë, épisode d'entrée dans la schizophrénie ; l'intervention de police secours...

- ◆ Un DRH, grand gaillard sexagénaire, « tueur » de son état, s'effondrant en pleurs dans mon cabinet ; on appelait « tueur » ces managers recrutés pour des missions de « dégraissage » de personnel.

- ◆ Un débrayage tout juste évité de tout un atelier quand j'ai décidé de « remplacer » le dosage sanguin, réalisé depuis des années, d'un métal lourd, par le dosage urinaire d'un métabolite dudit métal, plus pertinent en termes de suivi médical ; j'avais mal jaugé combien « la prise de sang », ô combien symbolique, constituait une sorte d'acquis social et voire un leurre, faussement rassurant bien sûr.

- ◆ La « drôle d'idée », typique des méthodes managériales de l'époque, consistant à ce que, dans le cadre d'un « plan social », le courrier de licenciement soit remis en mains propres par leur N + 1, le même jour, à chaque salarié concerné, et l'épidémie de crises de nerfs et autres malaises qui s'en est suivie, l'infirmier quasiment transformée en hôpital de campagne ; la direction, craignant des violences, avait même demandé au personnel médical d'être exceptionnellement présent à partir de 22 heures pour les équipes de nuit composées de jeunes hommes éventuellement « radicaux ».

- ◆ La bataille perdue pour que, dans le cadre du recrutement d'une infirmière ou d'un infirmier d'entreprise « après accord du médecin du travail » comme disait le Code du travail de l'époque, le médecin puisse exprimer son choix entre plusieurs candidates, en amont de l'employeur ; comme si je l'avais pressenti... l'infirmière recrutée sans mon véritable accord était une vraie « espionne », chargée par la direction de lui rapporter, par écrit, tous faits, gestes et propos qui pouvaient être retenus contre moi, prouvant la partialité de mon exercice ; l'absourdissement qui a été le mien quand, convoqué devant une espèce de tribunal, j'ai entendu égrener, dûment retranscrits par cette infirmière, quelques épisodes prouvant mon pacte avec le diable incarné dans les organisations syndicales de l'entreprise ; il est vrai que, argument massue, je « tutoyais » le secrétaire du CHSCT, copain de lycée et de foot de ma jeunesse ! Ce montage, pour ne pas utiliser un terme plus péjoratif, n'avait qu'un but : me faire dégrader de l'entreprise ! Mais comme j'exerçais dans le cadre d'un service interentreprises, c'était juridiquement compliqué. D'où l'idée du management de créer un service autonome d'entreprise : en changeant de forme juridique de service médical, on changeait de médecin ! Après une rude bataille de quelques semaines dans le genre partie d'échecs, « ils » ont cédé devant les menaces de médiatisation et de poursuites, l'appui du SNPMT étant décisif ;

inutile de préciser que l'infirmière ne s'est pas attardée sur ce poste...

À la suite de cette dernière affaire, j'ai en toute cohérence, adhéré au SNPMT, tout en restant syndiqué au SMT puis membre de l'a-SMT lorsque la forme syndicale de notre équipe a perdu de sa pertinence. Depuis leur création, je crois avoir toujours été adhérent à ces structures et avoir participé à la quasi-totalité des congrès, jusqu'à ma nomination au poste de médecin-inspecteur de Bourgogne en 1994. Ces congrès annuels étaient en fait un bien grand mot pour évoquer des réunions plutôt conviviales autour des « maitres-à-penser » qu'étaient Dominique Huez et Alain Carré – je ne citerai qu'eux en tant qu'« ancêtres » unanimement reconnus, même si d'autres, dont plusieurs amies femmes à l'apport fondamental, sont venues par la suite apporter leurs éclairages.

Ces réunions où nous nous retrouvions entre 20 à 30 constituaient pour moi un moment capital pour prendre un grand bol d'air et d'échanges idéologiques, pratiques, éthiques, permettant de relever la tête du guidon. C'est ainsi que j'ai participé aux « aventures » de la rédaction d'ouvrages collectifs comme *Les Risques du travail – Pour ne pas perdre sa vie à la gagner* ou *Souffrances et précarités au travail* – Paroles de médecins du travail, parutions qui ont fait un certain bruit à l'époque.

Bien que ma nomination à l'inspection médicale m'ait contraint à prendre mes distances avec l'association (essentiellement par manque de temps), je suis resté membre de son conseil d'administration jusqu'à récemment où, n'ayant plus aucune activité dans la spécialité, cela n'avait plus guère de sens d'y figurer.

Mais évoquer l'a-SMT, c'est dire l'influence majeure qu'elle put avoir, dans la filiation du SMG en posant les questions de la et des pratiques et de l'utopie en médecine.

À L'INSPECTION MÉDICALE DU TRAVAIL

J'ai toujours été intéressé par l'État : ses rouages, son fonctionnement, son rôle dans les sociétés humaines, voire sa suppression – son dépérissement, comme disaient les marxistes... (68 n'était pas loin). J'ai « fait médecine » à 18 ans, mais j'avais proposé à mon père de « faire Sciences Po ». Quand il m'a dit : « *Fais donc médecine, on verra après* », je n'ai pas insisté. J'avais un bac D, la moitié de ma classe de terminale faisait médecine, il fallait aller à Paris, bref...

À 40 ans, j'ai passé le concours d'admission au cycle préparatoire du troisième concours de l'École Nationale d'Administration (ENA), réservé aux salariés bac + 5. Je

fus admis mais des contraintes familiales et financières (pendant le cycle, on est « élève fonctionnaire »... soit payé à peu près trois fois moins qu'un médecin du travail en service inter avec 15 ans d'ancienneté !) ne m'ont pas permis de poursuivre.

Et, disons-le, après 15 ans de médecine du travail de terrain en service inter, j'avais envie de changer / bouger.

Quand le poste de MIRTMO (Médecin-Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'Œuvre) de Bourgogne s'est trouvé disponible, je n'ai guère hésité à candidater d'autant que mes copains et copines de l'a-SMT m'encourageaient à franchir le pas.

Il n'avait pas été possible d'envisager un tuilage avec ma prédécesseure déjà partie et quand j'ai débarqué à la DRTEFP le 1^{er} décembre 1994, lorsque je m'asseyais à mon bureau, je disparaissais derrière la pile de courrier accumulé depuis plusieurs mois...

Une nouvelle aventure commençait au 11^e étage de la Tour Mercure à Dijon, immeuble de grande hauteur, amianté, comme il se doit ! Je voulais connaître de l'intérieur une administration, un ministère, les corps de l'État, les fonctionnaires, leurs mentalités, j'allais être servi !

Première surprise : certaines règles de fonctionnement d'une administration réputée être décentralisée. J'ai évoqué plus haut la question du courrier. De nombreuses lettres étaient adressées au médecin-inspecteur régional ou, nominativement, à ma prédécesseure, Madame le docteur E... Ces lettres étaient toutes soigneusement ouvertes, le courrier qu'elles contenaient glissé verticalement dans l'enveloppe ! Dans les mois qui ont suivi, il en a été de même avec les lettres qui m'étaient adressées, nominativement ou pas. Certes, le contenu de toutes ces lettres n'était pas confidentiel, loin s'en faut ! Mais quand même, on s'asseyait allègrement sur le principe du secret médical, intangible... Ce fut mon premier combat car, comme me l'a rappelé l'Ordre départemental rapidement alerté, *c'est au médecin de faire respecter la règle du secret*. Et comme me le fit remarquer plus tard une directrice régionale à propos d'un autre sujet : « *Mais moi, je ne suis pas inscrite à l'Ordre des médecins, cher docteur.* »

L'inertie de l'administration déconcentrée comme centrale a été telle que cette affaire de courrier ouvert a duré pendant des années, rebondissant ici ou là au gré des changements de DR (directeur régional), de secrétaire de direction, voire de médecin. Car dans une DR, tout ce qui entre passe donc par le DR. Logique. Tout ce qui en sort, également...

En matière de courrier, il m'a fallu « un certain temps » pour comprendre les règles du « sous couvert » avec son « objet », son suivi (le fameux « Affaire suivie par... ») et sa signature : finalement, dans une DR, à part évidemment le directeur, seul le médecin-inspecteur « a la signature », c'est-à-dire qu'il peut signer un courrier de son nom en toute autonomie, voire en toute indépendance.

En 1995, le médecin-inspecteur du travail ne bénéficiait d'aucune véritable formation à ses missions et j'ai débarqué à la DR de Bourgogne en terre inconnue d'autant que j'étais le seul médecin au sein d'une administration dont les cadres étaient tous des juristes issus du même corps de fonctionnaires : l'inspection du travail. Ma formation initiale a consisté à me rendre, une journée par semaine pendant quelques semaines, à la DR de Rhône-Alpes, « immergé » auprès des consœurs pour apprendre, à leur contact, comment procéder dans la pratique, par exemple, à une enquête d'agrément de service ou comment traiter une contestation d'avis d'aptitude. Ce n'est qu'une dizaine d'années plus tard que la cheffe de l'Inspection médicale put mettre en place, dans le cadre de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) de Rennes, une solide formation de plusieurs semaines spécifiquement destinée à tous les médecins-inspecteurs du travail. Ces derniers avaient aussi la possibilité de bénéficier, à la carte, de formations dispensées dans le cadre de l'Institut National du Travail et de la Formation Professionnelles (INTEFP) de Marcy-l'Étoile, près de Lyon, bonne occasion de côtoyer les directeurs, inspecteurs et contrôleurs du travail.

Dans la série « on change de monde » quand on passe du privé au public, la question du salaire et du statut n'était pas la moindre : en quittant le service interentreprises pour le ministère du Travail, je perdais 30 % de salaire net, sans compter la désaffiliation d'une mutuelle de groupe « béton » et les avantages en nature d'un comité d'entreprise riche. Et, cerise sur le gâteau, je passais d'un CDI à... un CDD de trois ans renouvelable une fois ! Merci d'être venu !

« Quand on aime, on ne compte pas » certes, mais à 43 ans, ce n'est pas évident au regard de charges diverses incompressibles, du moins en ce qui me concernait. La plupart des médecins inspecteurs s'en sortaient au moyen d'un expédient : les activités pudiquement dénommées « dérogatoires » qui n'étaient en fait que vaguement tolérées ou plutôt ignorées, tant du DR que de l'administration centrale (qui les avait d'ailleurs explicitement interdites du temps où Martine Aubry était directrice des relations du travail, puis « rétablies » face aux recrutements

devenus impossibles). Traditionnellement, le médecin-inspecteur de Bourgogne exerçait donc, en plus de son temps plein, comme médecin du travail à hauteur d'une journée et demi par semaine dans un petit service autonome.

Avantages : le salaire net s'en trouvait à peu près compensé et le MIRTMO continuait à avoir une activité de médecin du travail de terrain, confronté par conséquent aux mêmes problèmes que les médecins des services qu'il contribuait à contrôler.

Inconvénients : la charge de travail majorée et le conflit d'intérêt lorsqu'il s'agissait pour le MIRTMO, certes seulement tous les cinq ans, de donner son avis au DR quant à l'agrément du service dans lequel il exerçait.

Situation plus que boiteuse donc jusqu'à ce qu'une instruction officielle de la DRT vienne y mettre fin en contrepartie de l'ouverture de négociations syndicales visant à la revalorisation/restructuration de la grille salariale des MIRTMO.

Les MIRTMO disposaient en effet d'un syndicat corporatiste auquel j'adhérais d'autant plus que son adhésion était obligatoire pour bénéficier de la Mutuelle groupe que nous avons négociée avec une assurance privée. Tout naturellement, j'ai vite fait partie de son bureau, la petite équipe qui l'animait. J'en ai même été le secrétaire pendant quelques années, ce qui n'a pas toujours été simple. Classé politiquement à gauche, voire « gauchiste », j'étais forcément un peu suspect aux yeux de médecins dont les opinions n'étaient pas de ce bord (je tiens à préciser néanmoins que ces divergences d'opinion, bien naturelles, n'ont jamais entraîné de manifestations d'irrespect au sein du groupe).

La première décision que nous avons prise a été de séparer l'adhésion syndicale de l'adhésion à la Mutuelle groupe en créant une association support, la MIRMOTTE, afin de mettre un terme à cette pratique quelque peu « nord-coréenne ». Cela a pu rassurer un peu...

Il est vrai que le syndicat avait une réputation de radicalité depuis qu'à l'issue d'une assemblée générale où nous avons trouvé que les choses traînaient un peu trop à notre goût en matière de salaires et de statut, nous nous étions rendus à une vingtaine dans le bureau du DRT afin de lui en toucher deux mots. Il semble que ce que nous considérions comme un monôme pas méchant de carabins attardés ait été vécu comme une forme de séquestration, méthode peu habituelle en ces lieux – le ministère du Travail – et de la part de gens dont on attendait davantage de respectabilité.

« Vous êtes bien jeune pour être médecin-inspecteur. » ai-je entendu à deux ou trois reprises à ma prise de poste. À 43 ans et 15 ans d'ancienneté comme médecin du travail (10 ans au moins étaient demandés pour faire acte de candidature au poste de MIRTMO), je n'avais pourtant pas l'impression d'être si jeune que ça ! Mais il est vrai qu'aussi bien dans la grille du CISME (représentation nationale des services de santé au travail interentreprises) des salaires de médecins du travail que dans celle de l'inspection médicale, tout s'arrêtait à 20 ans pour le CISME et à 15 ans pour les MIRTMO. C'est qu'en fait, et ce n'est pas anodin, assez rares étaient celles ou ceux qui dès la fin de l'internat se consacraient à la médecine du travail ; pour beaucoup, c'était une deuxième carrière.

En fait, ces questions de salaires et de statut ont ponctué les 22 années passées à l'Inspection médicale :

- ♦ les activités « dérogatoires » ont été supprimées, s'éteignant peu à peu avec le départ des derniers « récalcitrants » ;
- ♦ les MIRTMO n'ont pas trouvé de corps de fonctionnaires à intégrer et sont restés sur un statut de contractuels de la Fonction publique, ce qui n'est pas forcément plus mal ;
- ♦ le combat pour que la présence des MIRTMO aux Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) soit rémunérée de façon analogue à celle des PU-PH a été perdu après une « grève » douloureuse ; on a supprimé le problème, en... supprimant quasiment les MIRTMO de l'instance alors qu'ils y apportaient la dimension « travail » !
- ♦ la velléité de rémunérer les MIRTMO selon leur « manière de servir » a fait long feu après avoir fait couler beaucoup d'encre et de salive, et que le syndicat eut été débouté de sa saisine au Conseil d'État. « Servir » d'accord, mais qui et / ou quoi ? À l'évidence, quand l'État parle de « servir », il s'agit, pour le fonctionnaire ou l'agent public concerné, de le servir et, par son truchement, de servir le public, tandis que le Code de déontologie médicale pose dans son article 2 que le médecin est « au service de l'individu et de la santé publique ». « C'est pareil » ont pu affirmer certains. Voire ! Mais surtout, quelle autorité administrative est compétente pour évaluer un médecin sur sa « manière de servir » et selon quels critères et indicateurs assez pertinents pour que sa rémunération en dépende ? La question est restée sans réponse, et c'est tant mieux.

Une des missions importante, illustrative et... chronophage de l'activité du médecin-inspecteur régional du travail et de sa place dans l'administration

du travail était la contestation, par le salarié ou l'employeur, de l'avis d'aptitude du médecin du travail que ce dernier exprimait sur une « fiche d'aptitude_ » modélisée.

On pourrait en écrire des pages en retraçant l'histoire et l'évolution de la jurisprudence sur cette question. Cela n'a cependant guère d'intérêt aujourd'hui puisqu'en pratique, l'aptitude, déterminée par le médecin du travail, d'un salarié à son poste de travail, a été supprimée par le législateur dans le cadre des dernières réformes. Pour mémoire, cette suppression constitua pendant plusieurs années une revendication centrale de courants progressistes en santé au travail : quel sens cela pouvait-il avoir, en effet, pour un médecin, de déclarer un salarié « apte » à être, par exemple, exposé à des agents cancérigènes ? Sur ce point, satisfaction a été obtenue et les problèmes déontologiques posés ont disparu avec la disparition de la notion, même si d'autres sont survenus.

La mécanique d'une contestation était la suivante : le médecin-inspecteur était saisi d'une contestation de l'avis du médecin par l'inspecteur du travail qui décidait (prenait une décision administrative) après avoir reçu l'avis technique du médecin-inspecteur. Ce dernier se trouvait donc en interface avec le médecin du travail et l'inspecteur du travail. Cette question du positionnement du médecin-inspecteur par rapport aux médecins et aux inspecteurs et directeurs du travail a été permanente.

Personnellement, je me suis vécu d'emblée comme un animateur du réseau des médecins du travail de ma région de compétence : je connaissais beaucoup d'entre eux pour avoir travaillé avec eux et je me vivais comme un appui, un conseiller, un faire-valoir, un correspondant, un informateur... certainement pas comme un « chef » comme m'appelaient ironiquement certains, encore moins comme un agent de contrôle ; une de mes missions était de contribuer au contrôle des services, certainement pas de contrôler les médecins (ne serait-ce que parce que certains étaient totalement... incontrôlables !). Cette vision fut très vite « rectifiée » par certains anciens qui se vivaient comme étant au service des contrôleurs, inspecteurs et directeurs du travail, auxquels ils apportaient leurs connaissances et appui médical.

« Vaste débat » mais je crois pouvoir dire que je suis resté largement tourné du côté des médecins. Je considérais que les administratifs, notamment ceux qui n'étaient pas sur le terrain, au contact de l'utilisateur, devaient être des facilitateurs des missions des techniciens de terrain au contact et au service du

public. Naïveté ? Sans doute ! Mais de là à ce que les administratifs deviennent des obstacles aux dites missions, il y a un milieu. Quand le combat de celles et ceux qui ont un devoir déontologique de mettre en œuvre leurs missions prescrites par la loi est quasi permanent contre celles et ceux qui ont le pouvoir de faire appliquer les lois, c'est usant et quelque peu révoltant, non ?

C'est dire que cet état d'esprit n'a pas toujours été de nature à faire de mes relations professionnelles avec certains agents du corps de l'inspection du travail, singulièrement certains directeurs du travail, un long fleuve tranquille, loin s'en faut. Très attaché à l'indépendance médicale et à ma liberté d'action, je me suis parfois heurté à elles et eux.

On a vu plus haut la question de la contestation d'avis d'aptitude. Quand un inspecteur du travail s'est avisé de prendre une décision prenant exactement le contrepied de mon avis médical, je me suis permis de lui dire son fait !

Quand un directeur régional a agréé sans la moindre réserve un service de médecine du travail complètement pourri alors que j'avais émis un avis défavorable argumenté et étayé à l'agrément, j'ai cru bon de rendre public mon avis.

Quand un directeur régional a « délogé », le jour même, la salle que j'avais réservée pour un groupe de travail, arguant qu'« on est pas des billes, quand même ! », je n'ai pas apprécié et le lui ai fait savoir.

Quand j'ai utilisé mon « droit de retrait » des réunions où était présent tel directeur au motif de préservation de ma santé mentale, cela a fait un certain bruit, jusqu'à la DGT (Direction Générale du Travail).

J'aurais voulu disparaître dans un petit trou, de honte, quand lors d'un colloque sur les cancérigènes, en conclusion de mon intervention au cours de laquelle j'avais rendu compte d'une action exemplaire en matière de prévention, le directeur régional a expliqué à l'assistance nombreuse que nous étions proches des fêtes de fin d'année et qu'une bonne action consisterait à offrir en cadeaux les produits fabriqués dans l'entreprise en question.

Quand un directeur de service interentreprises a demandé par courrier au DR de prendre une sanction contre le médecin-inspecteur régional en lisant sa lettre en entrée de réunion sur les RPS (risques psychosociaux) au motif que la façon dont je gérais ces questions en relation directe et en toute indépendance avec les médecins de « son » service lui convenait, les masques sont tombés.

Quand un directeur régional s'est avisé d'écrire à tous les services qu'il ne « validait pas » (*sic*) le groupe de médecins provenant desdits services que je réunissais pour travailler ensemble sur les RPS (risques psychosociaux), j'ai eu le regret d'écrire le lendemain à tous ces services qu'il convenait de ne pas tenir compte de son courrier, que je réunissais les médecins volontaires au titre de l'article du Code du travail qui m'y autorisait (disparu depuis) et que j'entendais poursuivre ma mission en toute indépendance, conformément au Code de déontologie médicale. Dire que je n'ai pas un peu « bluffé » serait inexact, mais c'était pour la bonne cause, n'est-ce pas ?

Chacun l'aura compris avec ces deux derniers exemples, l'explosion des problématiques relatives à l'indépendance s'est produite à l'occasion de l'entrée des RPS dans le champ du travail.

Une révolution qui venait de loin : partout où le Code du travail parlait de santé, de santé physique ou de risque physique, le législateur avait ajouté deux petits mots : « ... et mentale ». Enfin, juridiquement, le travailleur avait un cerveau et il pensait !

Le scandale de l'amiante avait certes percuté le monde du travail mais tant qu'il s'agissait de risques physiques, c'était relativement gérable. Dès lors qu'on approchait les questions psycho-sociales, de souffrance psychique, de stress, management, harcèlement, etc., on soulevait les problèmes des organisations du travail et par conséquent le pouvoir au sein de l'entreprise. Cela convenait à un certain nombre de personnes dont, qu'on le veuille ou non, les DR qui, on s'en doute, n'étaient pas parvenus à leur poste de direction par un pur hasard (même si j'ai pu apprécier la grande intelligence de certains).

Qu'on se rassure ! *Happy end* ? Presque ! Le groupe de travail RPS constitué à mon initiative a tenu bon pendant des années, se renouvelant avec de nouveaux praticiens, s'ouvrant à des non-médecins, se réunissant parfois « clandestinement » en fac ou ailleurs, et surtout sortant deux éditions d'un *Vademecum RPS*, boîte à outils proposée aux médecins et inspecteurs du travail en vue de les aider dans leur pratique quotidienne. Mais que de problèmes et d'embûches quand il a fallu, pour accomplir sa mission, affronter celles et ceux censés vous donner les moyens de votre mission !

Le dernier avatar vécu à la DIRECCTE de Bourgogne en ce qui me concerne a été sa mutation en DIRECCTE de Bourgogne-Franche-Comté dans le cadre de la fusion des deux régions, survenue dans un contexte de déficit sévère en médecins-inspecteurs qui m'a obligé à faire

l'intérim d'une partie de la région Grand-Est. Le siège de la DIRECCTE serait-il à Dijon ou à Besançon ? Quels services resteraient en Bourgogne, quels autres en Franche-Comté ? Dit autrement, quels agents se verraient contraints de déménager, ou d'avoir à faire quotidiennement le trajet aller-retour entre les deux ex-préfectures de région ?

Enfin, et surtout, qui serait « chef » ? Car bien sûr, là où il y avait deux directeurs régionaux, il n'y en aurait plus qu'un, réduction qu'on retrouvait au niveau tous les services.

Situation d'autant plus difficile que la fusion des régions avait été précédée quelques années auparavant, par une autre fusion, administrative celle-là, entre l'Administration du travail et l'Administration de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes. Choc des cultures... et choc des missions de deux corps de fonctionnaires se retrouvant au sein de la même administration de l'État qui pouvait être amenée, par exemple, à encourager économiquement une entreprise gravement déficiente en matière de conditions de travail. Autrement dit, elle pouvait se trouver dans la posture délicate de celle ou celui dont la main droite ignore ce que fait la main gauche. Exemple vécu de telle entreprise très performante récompensée par je-ne-sais quel prix (remis en grandes pompes par le DR) touchée par une grave « épidémie » de TMS. Seul un esprit chagrin eût pu y voir un lien de cause à effet...

Ces deux fusions, associées au surnombre de cadres en résultant, ont eu pour effet d'instaurer une crise d'identité et de perspectives délétère pour le fonctionnement de l'Administration qui en naquit.

Personnellement, si je n'étais pas directement concerné par ces réformes, il est clair qu'elles n'ont pas été de nature à m'offrir une fin de carrière parfaitement sereine.

Ma collègue Sigolène Morand et moi-même étions déterminés à rechercher le plus tôt possible un

médecin pour me remplacer avant que je sois atteint par la limite d'âge à laquelle nul ne peut déroger. Retraite couperet à 65 ans et 3 mois au ministère du Travail : telle est la règle. Or nous connaissions les difficultés de recrutement et nous savions bien, qu'un poste non pourvu est souvent supprimé. Notre démarche a été un échec et aujourd'hui il n'y a plus que deux médecins-inspecteurs du travail pour la région Bourgogne-Franche-Comté *versus* trois lorsque j'ai fait valoir mes droits à la retraite. Je dois dire que cet échec m'a affecté : je rêvais de transmettre le relais à une jeune consœur ou à un jeune confrère. Je ne manquais jamais de « faire un peu de pub » pour le métier aux internes de spécialité qui passaient à l'Inspection médicale.

Ainsi va la vie, j'ai quitté l'administration en septembre 2016 quelque peu frustré. Je n'ai jamais rencontré physiquement le nouveau DR basé à Besançon alors que la fusion était effective dès janvier 2016. Peut-être est-il passé à un moment où j'étais encore par monts et par vaux. Je n'ai même pas fait de pot de départ : pas envie ! J'ai profité du pot de départ de ma collègue l'année d'après pour m'associer à elle, en fac de médecine, dans ce « grand amphî » où nous nous entassions en PCEM1... Tout un symbole, la boucle était bouclée.

Depuis ma retraite, j'ai suivi de loin les réformes « macroniennes » de la santé au travail. Je ne suis plus médecin : en 2018, j'ai demandé ma radiation à l'Ordre en la motivant par le scandale qu'a constitué à mes yeux la condamnation de notre amie Karine Djemil à 6 mois d'interdiction d'exercer. Trop, c'était trop ! Tout ce que l'Ordre a trouvé à répondre, c'est que je n'avais plus le droit de faire des ordonnances, « pas même pour [vous] ». Pauvres gens !

La seule chose qui me lie encore à la médecine du travail est mon adhésion renouvelée chaque année à l'Association Santé et Médecine du Travail, par fidélité et amitié.

L'ORDRE DES MÉDECINS ENTRAVE LE DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DES PSYCHOPATHOLOGIES DU TRAVAIL

Alain GROSSETÊTE

L'objet de tout écrit médical en clinique médicale du travail est le soutien à la santé d'une personne consultante (par exemple dans le cadre du réseau *Souffrance et Travail*) dont la subjectivité est mise à mal par une histoire de travail racontée lors d'une consultation.

En effet la personne qui consulte est le plus souvent dans un grand désarroi, avec une atteinte qui peut être à la fois somatique et psychique, lui occasionnant notamment un trouble identitaire, car elle a été attaquée dans son travail et ne comprend pas bien ce qui lui arrive.

Le travail clinique tente de comprendre de quels éléments du travail est fait la dégradation de la santé de la personne qui consulte. Elle est invitée à rentrer dans son « travailler ».

La consultation (entre deux heures et deux heures trente) prend la forme de l'écoute d'un récit fait par la personne consultante qui à la fois se remémore (parfois avec une grande souffrance) et travaille avec le ou la clinicien(ne) spécialiste du travail. Ses notes prises sur le vif contiennent donc

un premier travail clinique : sur ce qui est entendu et compris. En l'état ces notes sont illisibles. Mais un écrit médical peut être rédigé à partir des notes de la consultation, le plus souvent à la demande de la personne qui consulte. Il est remis à la personne avec l'idée qu'elle pourra revenir « à tête reposée » sur le fil du travail entre elle et le clinicien, marquer ce qu'elle en retient, ou pointer ses désaccords, et ouvrir ainsi à une nouvelle élaboration.

Un diagnostic étiologique de la psychopathologie du travail est étayé à partir de l'existence d'un faisceau d'indices portant sur le lien qui peut être fait entre la dégradation de la santé et l'organisation du travail. Lorsque l'écrit est présenté comme pièce aux prud'hommes il acquiert une visibilité sociale.

Ce type d'écrit n'a aucune existence pour le Conseil de l'Ordre. Pour ce dernier, il doit donc être retiré (objet de la séance dite de conciliation) ou être sanctionné.

COMMENTAIRES SUR L'ÉCRIT PRÉCÉDENT

(Alain Carré)

Ce qui est contesté ici par l'Ordre des médecins est le statut de la parole du patient ou de la patiente. Notons qu'il conteste principalement ce statut à la suite de plaintes d'employeurs.

Les raisons de cette contestation, dans ce cadre, tiennent principalement à la qualité d'employeur de la grande majorité des médecins du secteur libéral de soin.

L'assimilation de l'entreprise à une situation familiale, qu'on retrouve dans certains rapports du Conseil de l'Ordre, est caractéristique de ce conflit d'intérêt.

Cette situation, de nature politique, masque le profond mépris des bases de la déontologie médicale et de la clinique qui sont ici en jeu.

Ainsi, la déontologie médicale repose sur une confiance partagée entre le médecin et le patient : le patient fait confiance au médecin qu'il a choisi (c'est ici le cas) et le médecin par empathie doit faire de même, ne serait-ce que pour construire son diagnostic.

Dans un premier temps il n'interprète pas les paroles du patient du point de vue de leur véracité car il se trouve dans une posture clinique.

La clinique médicale, née au début du 19^e siècle, a pour objet d'établir un diagnostic sur lequel reposera le traitement. C'est la première rationalisation du cheminement vers le diagnostic médical.

« L'interrogatoire » en est la première étape. Son objet est, à travers ce que le patient exprime de son état, de sa souffrance, de ses origines (étiologie), de son évolution (anamnèse), de cheminer, guidé par l'examen clinique (signes cliniques) puis aidé, éventuellement, par des investigations extra cliniques (examens complémentaires) vers la compréhension de ce dont il souffre (diagnostic) et de lui proposer un traitement approprié.

Les maladies psychiques sont, notamment, prises en charge en psychiatrie.

La clinique psychiatrique accorde un statut particulier à la parole à la fois dans son expression mais également dans sa cohérence ou son incohérence (délire par exemple). Toutefois cette parole, dès

lors qu'elle est cohérente, a également un statut thérapeutique. L'expression de la souffrance et de ses causes, questionnées ou non par le praticien, par la compréhension réelle ou subjective du patient qu'elle permet, a un effet thérapeutique.

Ce versant psychothérapeutique se retrouve également en psychopathologie du travail mais elle repose principalement sur une clinique propre à l'exercice en milieu de travail : la clinique médicale du travail, parfaitement et volontairement ignorée par le conseil de l'ordre des médecins.

Rappelons que cette clinique part du principe que le travailleur (et la travailleuse) n'est pas un objet de production ou de service (une ressource pour le management) mais un sujet, acteur de sa santé, considérée, comme : « avoir les moyens, pour chaque homme femme ou enfant, d'un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique mental et social »(1).

Cette clinique considère que le sujet au travail n'est pas seul mais en interaction avec ses collègues avec lesquels, pour construire sa santé au travail, il doit partager la réalité du travail (toujours distincte du travail prescrit) et des règles de métier (le pourquoi et le comment faire ensemble) et dont il attend une reconnaissance qu'il fait « bien » son travail, qu'il est un « bon » professionnel.

Cette clinique intègre en tant que de besoin des techniques d'autres sciences du travail, par exemple l'ergonomie et son volet de clinique du travail ou la sociologie du travail.

Quand des obstacles surviennent, dans le travail et/ou son organisation, qui s'opposent à la construction de la santé et génèrent de la souffrance, se déploie alors le volet diagnostique de la clinique médicale du travail, ce qu'il est convenu d'appeler la psychopathologie du travail.

Pour prendre en compte le rôle du travail dans l'atteinte à la santé, cette clinique :

- ♦ Prend le travail comme grille de lecture.
- ♦ Passe du *comment va votre santé ?* au *Comment va votre travail ?*
- ♦ Explore le faire et le faire ensemble.
- ♦ Facilite le récit par l'intérêt manifesté pour *comprendre avec*.

.....

1- Christophe Dejours

- ♦ Fait raconter par le sujet comment il fait précisément pour arriver à travailler, comment il faisait antérieurement, ce qui a changé concrètement dans l'organisation du travail.
- ♦ Explore en intercompréhension avec le sujet, la dynamique du « travailler », **son engagement subjectif dans son travail**.

Cette compréhension par le médecin peut être distincte de celle du patient (ou de la patiente), puisque subjective, elle n'a pour objet que de favoriser, en réaction à cette expression, la compréhension de sa situation par le patient.

C'est par un écrit que cette parole retranscrite est portée à la connaissance du patient pour lui permettre de « comprendre » à son rythme et de retrouver ainsi, souvent, son pouvoir d'agir.

Cet écrit lui appartient, il peut effectivement en faire état dans un conflit avec son employeur mais cet écrit n'a pas été rédigé dans ce but.

Il ne saurait donc, du fait de sa cohérence avec la démarche clinique et sa pertinence, être considéré, comme cela est habituellement le cas, comme un « certificat de complaisance ».

Pour avoir développé ces arguments régulièrement en défense de médecins poursuivis, je ne peux imaginer que ces arguments soient ignorés dans ce cadre. J'estime par conséquent que je me suis heurté à une position idéologique d'un organisme et de ses instances disciplinaires d'exception qui constituent un déni de droit.

ASSOCIATION S.M.T.

– LE BILAN 2022/2023 –

44^e CONGRÈS ANNUEL

LE 2 DÉCEMBRE 2023

AU FIAP (PARIS)

⌘ Face aux textes réglementaires, comment le médecin du travail peut-il conserver son éthique professionnelle : Missions et exercice bouleversés

(Voir page 9 pour les pré-inscriptions)

RÉUNIONS TENUES

◆ Notre 43^e Congrès annuel s'est tenu le 3 décembre 2022 à Paris sur le thème suivant :

❖ Face aux textes réglementaires, comment le médecin du travail peut-il conserver son éthique professionnelle : Missions et exercice bouleversés

◆ La Journée de Printemps s'est déroulée en visioconférence le 18 mars 2023 :

❖ Poursuite de la réflexion sur le thème du congrès

◆ Réunion du Conseil d'Administration en visioconférence le 24 juin 2023

Vous trouverez les comptes rendus dans ce *Cahier SMT N°40*.

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 du fait de plaintes d'employeurs.

◆ L'a-SMT est membre du Conseil National Professionnel des Médecins du Travail (CNPMT).

◆ Participation à l'association *E-pairs* (Analyse des groupes de pratiques entre pairs).

BILAN DU SITE INTERNET www.a-smt.org

Le site a toujours un rôle majeur dans la diffusion de notre réflexion.

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°39*, décembre 2022

◆ Ce *Cahier SMT N°40*, a été tiré à 500 exemplaires

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Le 3 décembre 2022, 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) – Gilles SEITZ (92)

Secrétaire : Karyne CHABERT (69)

Secrétaire-adjointe : Karine DJEMIL (93)

Trésorier : Alain RANDON (44)

Cahiers SMT :

Rédacteur : Dominique HUEZ (13)

Maquettiste : Jean-Noël DUBOIS (11)

Administrateur du site Web : Benoît DE LABRUSSE (84)

Conseil d'administration : Bernadette BERNERON (37) – Martine BESNARD (38) – Marie-Andrée CADIOT (69) – Josiane CRÉMON (38) – Catherine GONDRAN (92) – Alain GROSSETÊTE (69) – Michel GUILLAUMOT (52) – Mathieu KERGRESE (49) – Claire LALLEMAND (37) – Hervé LESCAO (92) – Gérard LUCAS (44) – Brigitte PANGAUD (75) – Nathalie PENNEQUIN (94) – Odile RIQUET (69) – Nicolas SANDRET (75) – Claire THOMASSIN (44)

ORIENTATIONS 2023-2024

Notre prochain congrès se tiendra au FIAP à Paris le 2 décembre 2023.

Thème retenu :

⌘ Face aux textes réglementaires, comment le médecin du travail peut-il conserver son éthique professionnelle : Missions et exercice bouleversés