

LES CAHIERS S.M.T. N°42

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

FÉVRIER 2026

ISSN 1624-6799

**ATTESTER DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES
PASSÉES ET PRÉSENTES
À L'AIDE DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL**

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

SUIVI POST-PROFESSIONNEL

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL AU XXI^e SIÈCLE

Éditorial	Jean-Louis ZYLBERBERG	3
La clinique médicale du travail		
La clinique médicale du travail	Alain CARRÉ	5
En mémoire à Alain Grossetête	Alain CARRÉ Ass-SMT	12
Incidence du déploiement du télétravail sur les pratiques professionnelles des salariés français depuis la crise sanitaire de 2020	Nathalie PENNEQUIN	17
Tentative de défenestration dans une mairie	Jean-Louis ZYLBERBERG	21
Histoire d'une décompensation asthmatique	Carole CHAVIN	25
Quelques observations issues de seize années de pratique en consultation « <i>Souffrance et Travail</i> »	Victorine ROURE	28
La prévention selon le statut dans l'emploi	Hervé LE SCAO	35
Suivi post-professionnel		
La prévention secondaire des cancers professionnels en péril	Alain CARRÉ	37
Une recherche systématique des expositions professionnelles après cancer	Benoît DE LABRUSSE	43
La santé des mineurs en France, une démarche en médecine du travail	Alain CARRÉ	50
Pourquoi l'Association Bernardino Ramazzini ?	Alain RANDON	53
La clinique médicale du travail au XXI ^e siècle		
La juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins face aux exigences du procès équitable imposées par l'article 6§1 CEDH	Alain CARRÉ	56
Réflexions sur le projet de décret du 10 décembre 2025	Benoît DE LABRUSSE	58
45 ^e Congrès et Assemblée générale de l'Ass. Santé et Médecine du travail, 7 décembre 2024	Ass-SMT	60
46 ^e Congrès et Assemblée générale de l'Ass. Santé et Médecine du travail, 13 décembre 2025	Ass-SMT	64

É D I T O R I A L

INTELLIGENCE ARTIFICIELLE**EN MÉDECINE DU TRAVAIL****LE NOUVEAU MIRAGE AUX ALOUETTES ?**

En septembre 2025, l'organisme Présance, regroupant des directeurs de services prévention et santé au travail interentreprises (SPSTI), publiait une charte d'usage de l'Intelligence Artificielle (IA) dans les SPSTI. Elle comprend dix articles (supervision humaine, protection des données médicales, transparence et explicabilité, équité et non-discrimination, responsabilité et traçabilité, gouvernance, usage proportionné et utile, sécurité et fiabilité et formation et accompagnement).

Dès la première page de cette charte, il est mentionné que ce document « vise à harmoniser les pratiques entre les SPSTI, tout en laissant à chacun la liberté d'adapter la charte à ses spécificités. [...] Afin d'harmoniser les pratiques et de garantir une utilisation responsable, Présance a souhaité établir une proposition de charte d'usage de l'IA [...] ».

Dans le langage anatomique, l'harmonisation est une articulation formée par des dentelures presque imperceptibles. On peut donc en déduire que Présance prescrit des pratiques où « aucun cheveu ne doit dépasser », omettant de mentionner l'obligation déontologique d'indépendance des professionnels de santé : « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à 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 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. » (article R.4127-95 du Code de santé publique).

Que nous dit l'IA sur l'IA ? Selon ChatGPT, l'une des intelligences génératives : « L'IA désigne un ensemble de technologies capables de simuler certaines fonctions cognitives humaines : apprendre, raisonner, résoudre des problèmes, percevoir ou même interagir en langage naturel. Elle s'appuie sur des algorithmes, souvent nourris par d'immenses volumes de données pour automatiser des tâches en assister l'exécution. »

ChatGPT ajoute : « L'IA n'est pas neutre : elle reproduit (et parfois amplifie) les biais présents dans les données d'apprentissage. Par exemple, un algorithme de recrutement peut discriminer certains profils, sans que cela soit immédiatement visible ou vérifiable. »

L'Organisation Internationale du Travail (OIT) met en garde contre « une dépendance excessive à l'IA » et sa recommandation première : « La participation des travailleurs est essentielle à chaque étape de l'adoption des technologies. »

En mars 2025, l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses) publiait un rapport d'expertise sur les conditions de travail et la santé des livreurs de repas à deux roues travaillant pour des plateformes numériques. Elle alertait sur un facteur majeur de risques : « **Le management algorithmique** ». Il recouvre l'exercice du pouvoir de contrôle par l'employeur au moyen de prises de décisions automatisées à partir de données personnelles de salariés et de

données non personnelles relatives au travail. Si ce contrôle consiste en la conformation des travailleurs aux attentes de l'employeur, il l'exerce, avec les technologies algorithmiques, suivant deux modalités : surveiller et évaluer les travailleurs. Ces instruments de surveillance portent en eux la capacité de normer les activités des travailleurs. Les algorithmes d'évaluation croisent de très grandes quantités de données et vont juger le travail et les « qualités » des travailleurs en fonction de référentiels (demandes ou offres, performances des travailleurs, attentes des clients, etc.) L'employeur ne devrait que collecter des données ayant pour finalité d'apprécier « sa capacité à occuper un emploi » ou « ses aptitudes professionnelles » (article L.1121-6 du Code du travail) mais ces informations s'avèrent davantage centrées sur le comportement des travailleurs (le fameux savoir être) à la place du résultat de leur travail.

Les deux principales entreprises qui vendent des « plateformes collaboratives » aux SPSTI mentionnent sur leurs sites internet : « L'IA ouvre des perspectives positives pour les SPSTI. Elle permet de transformer la gestion des risques en un processus plus fluide, précis et réactif. Elle anticipe les accidents du travail grâce à l'analyse prédictive, elle suit en continu l'état de santé des salariés et améliore les conditions de travail, elle réduit la charge des tâches répétitives et administratives, aide les SPSTI à prioriser leurs actions de prévention. » Pour le suivi individuel de la santé au travail des travailleurs, l'une de ses deux entreprises propose aux travailleurs arrivant dans un SPSTI, de répondre à un auto-questionnaire sur une tablette connectée pour évaluer leurs expositions aux risques et leur vécu au travail à travers quarante questions dont certaines sont obligatoires. L'évolution technologique de l'IA (sophistication des algorithmes) a désormais la capacité d'identifier onze émotions à partir d'une photo (des caméras sont déjà en place dans les sas des halls d'accueil pour les téléconsultations), relevant ainsi l'intime ou la santé mentale de l'individu.

Mais alors quelles cliniques pour les professionnels de santé (infirmiers en santé au travail et médecins du travail) dans ce contexte déshumanisant ?

La clinique médicale du travail considère la travailleuse ou le travailleur comme un sujet en relation avec son environnement de travail et sa dimension collective. Cette clinique considère que le sujet construit son identité à travers des activités qui participent de son accomplissement de soi en étroite interaction avec les autres. Elle intègre cette dimension subjective et vécue de l'activité de travail et explore ses relations. Elle cherche à comprendre ce qui se joue pour la travailleuse ou le travailleur dans ce cadre et ce qui s'oppose à son projet. Elle identifie et prend en compte les défenses psychiques du sujet contre sa souffrance.

Cette clinique rompt avec la posture médicale professionnelle du « sachant » et implique pour le médecin une écoute particulière (« écoute compréhensive ») permettant au médecin d'entendre et donc d'identifier les difficultés, les souffrances et les défenses de la travailleuse ou du travailleur. Cette écoute permet à la patiente ou au patient d'accéder à la compréhension des situations de travail auxquelles elle ou il est confronté.

Le diagnostic positif des liens santé/travail repose sur le recueil systématique d'indicateurs de santé en rapport avec le travail. Le diagnostic étiologique permet de relier les atteintes à la santé au repérage des situations de travail pathogènes (expositions professionnelles à un ou des agents toxiques ou des organisations du travail délétères). Toute identification d'une pathologie doit s'accompagner de la description de l'influence négative du travail réel.

La pratique de cette clinique médicale du travail aboutit, certes à un diagnostic individuel, mais se construit par des échanges perpétuels entre le collectif (diagnostic collectif des risques et diagnostic collectif des constats diagnostics individuels des collègues) et l'individuel. C'est la construction des faisceaux d'indices qui assure le diagnostic en clinique médicale du travail.

Comme notre confrère Alain Grossetête (décédé en 2025) l'écrivait en janvier 2017 : « Partir du récit du salarié sur sa propre activité pour l'aider à identifier les conflits qui mettent en jeu sa santé psychique, c'est l'approche clinique défendue par certains médecins du travail. Un levier pour la prévention individuelle et collective. »

Jean-Louis ZYLBERBERG, Président Association Santé et Médecine du Travail

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

Alain CARRÉ

INTRODUCTION

QU'EST QU'UNE CLINIQUE MÉDICALE ?

« La clinique médicale repose [...] sur l'observation de faits auxquels le médecin a conféré la valeur de signes, et sur leur organisation en ensembles cohérents et significatifs appelés maladies. »(1)

Ce processus classique, issu de la philosophie, « signes » prenant « sens » et permettant une « signification » est bien au cœur de la clinique médicale. C'est cette triade qui permet un diagnostic médical pertinent, objectif de toute clinique médicale.

LE CONTEXTE DU DÉPLOIEMENT DE LA CLINIQUE MÉDICALE

L'IDENTIFICATION « D'UN FAISCEAU D'INDICES » CONDUIT AU DIAGNOSTIC

Tout exercice médical repose donc sur une clinique de spécialité, c'est-à-dire spécifique de celle-ci. La clinique médicale du travail est strictement conforme à cette définition. Son objet consiste à parvenir d'une part au dépistage des maladies liées au travail, mais également, d'autre part à celui de l'existence de dangers et de risques, non seulement d'un point de vue individuel mais également collectif.

En clinique, selon le *Dictionnaire de la pensée médicale*, la phase diagnostique « combine des éléments hétérogènes : données subjectives fournies par le patient, don-

.....
1- « Article clinique », *Dictionnaire de la pensée médicale*, ouvrage collectif sous la direction de D. LECOURT, PUF, 2003

nées objectives issues de l'examen physiques, résultats d'examens. La clinique procède par étapes : observation, sélection et organisation des données, formulations d'hypothèses diagnostiques corroborées ou réfutées par des résultats d'examens complémentaires, élimination progressive de diagnostics évoqués au départ. »

Il en est de même en médecine du travail mais cette hétérogénéité est encore plus étendue du fait de la prise en compte d'éléments très divers à la fois individuels et collectifs impliquant le déploiement de connaissances issues des sciences sociales et notamment de techniques propres aux analyses du travail et se référant à une « clinique du travail » et du « travailler ».

UNE DÉFINITION OPÉRATOIRE DE LA SANTÉ

Dans ce cadre, la définition opératoire de la santé se doit d'être mieux précisée. Notre exercice privilégie une définition récente : « **La santé pour chaque homme, femme ou enfant, c'est d'avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychique et social.** »(2)

Il s'agit alors d'aider le travailleur ou la travailleuse à obtenir les conditions d'un exercice de liberté en matière de santé, y compris au travail, en assurant les moyens et en respectant le caractère personnalisé et original de l'exercice de cette liberté.

.....
2- Christophe DEJOURS, *Les risques du travail*, p.21, La Découverte, 1985

UNE MISSION D'ORDRE PUBLIC SOCIAL

Le principe constitutionnel du droit à la protection de la santé est inscrit dans le 11^e alinéa au préambule de la Constitution(3). Au travail, la protection de la santé est confiée à une institution : « La médecine du travail ». Son objet, repris dans le droit jusqu'à ce jour(4), consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

La nature même de cette mission, encadrée par le droit, en fait, par conséquent, une **mission d'ordre public social**.

Le rôle défini est particulièrement centré sur la santé dont les altérations sont le fait du travail (« leur » travail) **c'est-à-dire le travail de chacune et de chacun situé dans le temps et l'espace : le travail de cette travailleuse ou de ce travailleur-là, membre d'un collectif de travail, et tel qu'elle et il le vit.**

L'exercice de cette clinique est également constitutive la confiance des travailleuses et des travailleurs envers le médecin du travail en déployant des pratiques conformes à cet objectif.

UN ESPACE PUBLIC SOCIAL DE SANTÉ AU TRAVAIL : L'ENTREPRISE

L'entreprise est un espace privé mais qui du point de vue du droit est encadré comme un espace public social en matière de prévention et de santé au travail. En effet, l'article 11 du préambule de la Constitution ne fixe aucune limite à la protection de la santé et par conséquent l'élargit en imposant dans cet espace privé un espace public social de protection de la santé au travail.

L'entreprise est un lieu de confrontation. En effet : d'une part, la protection de la santé implique potentiellement des devoirs et, au cas où ils ne sont pas remplis, des sanctions pour les entreprises et, d'autre part,

.....

3— 11^e alinéa. « (La République Française) garantit à **tous**, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, **la protection de la santé**, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

4— Article L.4622-3 du Code du travail, « Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. **Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail**, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé, ainsi que tout risque manifeste d'atteinte à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. »

ces devoirs et sanctions peuvent peser sur les résultats économiques de l'entreprise.

Du point de vue des travailleuses et travailleurs et de leurs représentantes et représentants, la prévention de la santé au travail est une revendication légitime qui peut parfois être négociée, dans un contexte de rapport de force, par exemple, contre rémunération, par des primes liées aux risques encourus.

Ainsi, l'entreprise est un lieu éminemment politique au sens philosophique du terme, un lieu de débat et parfois de confrontation des points de vue, voire de conflit, notamment en matière de conséquences du travail sur la santé.

Exercer dans ce cadre particulier impose donc au médecin, dont la mission est parfois contestée, de déployer des aptitudes « politiques » au sens noble, pour favoriser, accompagner, ou combattre des décisions des uns ou des autres, avec pour objectif unique la prévention médicale primaire de la santé de ses patientes et patients, les travailleuses et les travailleurs.

Toutefois, l'apprentissage de cette intelligence rusée (la « métis »(5) des anciens grecs) ne peut pas faire partie de l'enseignement et est souvent le fruit de l'expérience ou des conseils des plus aguerris.

LA COOPÉRATION À L'INTÉRIEUR DE L'ÉQUIPE MÉDICALE

Dans un tel contexte d'exercice, rester isolé c'est se mettre en situation de ne pas remplir sa mission. En effet, le médecin n'est pas seul. Il anime une équipe médicale de santé au travail (dans les services autonomes) et jusqu'à une époque récente une équipe pluridisciplinaire de santé au travail (dans les services interentreprises).

C'est donc le travail collectif qui est ici à rechercher, notamment à l'intérieur des équipes que le médecin anime. 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 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.

.....

5— DETIENNE, VERNANT, *Les ruses de l'intelligence, la métis des grecs*, Champs Flammarion, 1974

Les coopérations au sein de l'équipe médicale du travail 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. 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 concernés.

LA COOPÉRATION ENTRE ÉQUIPES MÉDICALES DE SANTÉ AU TRAVAIL

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.

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. 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.

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 démunis pour accomplir ce devoir déontologique (dire le risque) et réglementaire (donner accès à des droits).

L'intérêt pour les compétences et les pratiques du médecin du travail de mener des coopérations avec les

membres des équipes et entre pairs est évident. Rester isolé rend, dans ce domaine, l'exercice périlleux. Sans cette action collective, dans cette situation, le médecin du travail est en difficulté.

LES PRINCIPES FONDATEURS DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

UNE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOMME AU TRAVAIL(6)

Cette clinique doit, pour permettre la mission liée à cet exercice, avoir pour référence « un modèle de l'Homme qui rend compte du travail du point de vue de l'engagement actif du sujet et de ses enjeux de santé »(7). Les bases théoriques de cette clinique font donc de fréquents emprunts à l'ergonomie, à la sociologie, à la psychologie et la psychodynamique du travail.

La clinique médicale du travail considère la travailleuse ou le travailleur comme un sujet en relation avec son environnement de travail et sa dimension collective

Les ergonomes ont démontré qu'« il n'y a pas de travail d'exécution. Tout travail impliqu(ant) une mobilisation de l'intelligence »(8).

De plus, le travail n'est pas solitaire. Il se déroule dans un environnement humain collectif et suppose une dimension collective, car personne ne travaille seul. Nous travaillons tous avec quelqu'un et pour quelqu'un. Cela impose de prendre en compte la dimension sociale de l'activité de travail.

Ici, « le travail est l'activité coordonnée entre les femmes et les hommes pour faire ce qui n'est pas prévu par l'organisation du travail »(9). Il y a donc un travail prescrit par l'organisation du travail qui procède par instructions pour atteindre une tâche à accomplir et un travail réel déployé par les travailleurs et les travailleuses dans un contexte collectif et qui suppose des échanges sur le « comment faire » et « comment faire ensemble » afin de parvenir à un résultat faisant l'objet d'un consensus entre eux.

.....
 6- Ce paragraphe emprunte à la communication : « Clinique médicale du travail : origines, concepts, définitions, pratiques », communication au colloque E-pairs – Association SMT, *La clinique médicale du travail, contribution de la médecine du travail*, 14 juin 2013 : Alain CARRÉ, Nicolas SANDRET, Huguette MARTINEZ, médecins du travail
 7- - Philippe DAVEZIES
 8- - Alain WISNER
 9- - Philippe DAVEZIES

La clinique médicale du travail postule que la santé se structure autour du pouvoir d’agir. Elle analyse par conséquent ce qui s’oppose au pouvoir d’agir du sujet

Dans l’esprit de l’article L.1111-4 du Code de la santé publique, cette clinique considère que « *la souffrance est l’amputation du pouvoir d’agir* »(10) et « *qu’être en bonne santé c’est avoir les moyens d’un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique, mental et social.* »(11) « *La santé est un pouvoir d’action sur soi et sur le monde gagné auprès des autres. Elle se rattache à l’activité vitale d’un sujet, à ce qu’il réussit ou non à mobiliser de son activité à lui dans l’univers des activités d’autrui et, inversement, à ce qu’il parvient ou pas à engager des activités d’autrui dans son monde à lui.* »(12).

La clinique médicale du travail considère que le sujet construit son identité à travers des activités qui participent de son accomplissement de soi en étroite interaction avec les autres. La clinique médicale du travail intègre cette dimension subjective et vécue de l’activité de travail et explore ses relations.

La clinique médicale du travail cherche à comprendre ce qui se joue pour la travailleuse ou le travailleur dans ce cadre et ce qui s’oppose à son projet

« *Le réel de l’activité c’est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu’on ne peut pas faire, ce qu’on cherche à faire sans y parvenir – les échecs –, ce qu’on aurait voulu ou pu faire, ce qu’on pense ou qu’on rêve pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter – paradoxe fréquent – ce qu’on fait pour ne pas faire, ce qui est à faire, ou encore ce qu’on fait sans vouloir le faire. Sans compter ce qui est à refaire.* »(13) Souvent, la hiérarchie ne partage pas une même conception de « *qu’est-ce qu’un travail de qualité* ». Ainsi, nous pouvons retrouver des profonds désaccords sur ce qui serait un bon résultat du travail. Le ressenti du salarié peut être, par exemple : « *L’organisation est en désaccord avec ce que j’estime être la*

qualité et le résultat de mon travail ne reconnaît pas ma valeur ou l’utilité de mon travail. L’isolement ne permet plus la reconnaissance symbolique de mon travail. »

La clinique médicale du travail identifie et prend en compte les défenses du sujet contre sa souffrance

La psychodynamique du travail décrit les processus de pensée inconscients qui permettent au sujet de mettre à distance la souffrance. Elles les nomment : processus de défense, stratégies défensives, idéologies défensives (déli peyoratif de l’encadrement, faire le Mal pour le Bien...). Ces processus inconscients comprennent les somatisations.

L’OUVERTURE DE L’ESPACE CLINIQUE : DU SIGNE AU SENS ;
LA CONSTRUCTION DES HYPOTHÈSES : DU SENS À LA SIGNIFICATION

L’ouverture de l’espace clinique implique un double mouvement qui tranche avec la posture médicale traditionnelle. Il s’agit en effet de « *Passer d’une situation où le salarié est en position d’objet d’étude à une perspective dans laquelle il redevient un agent actif de l’analyse, passer des discours généraux à l’analyse des situations dans leurs singularités concrètes.* »(14)

Elle implique le déploiement d’une « *écoute compréhensive* », écoute particulière qui puisse permettre au médecin du travail d’entendre et donc d’identifier difficultés, souffrances, et défenses. Le terme ne fait pas uniquement référence à la **compréhension des situations** qu’elle permet au médecin. Il désigne, en fait, sa finalité principale qui est de **permettre au patient d’accéder lui-même à la compréhension des situations auxquelles il est confronté.**

Il s’agit par conséquent d’une construction commune. Elle est **personnalisée** et se fait avec le salarié au regard de ce qu’il déclare de la situation, et de ce qu’il en comprend et fait comprendre au médecin. Elle est **conceptualisée**, par rapport à ce que le médecin a observé de la situation des autres travailleurs, de l’état des collectifs, de l’organisation du travail dans l’entreprise. Elle est **raisonnée**, en référence au corpus théoriques de la clinique médicale du travail.

La mise en place d’un **recueil formalisé « au fil de l’eau »** des témoignages des salariés sur leur vécu au

.....

10– Paul RICOEUR

11– Christophe DEJOURS

12– Yves CLOT

13– Yves CLOT

.....

14– Philippe DAVEZIES

travail permettra des hypothèses sur le lien santé/travail en les analysant. Parallèlement le repérage des risques permettra d'identifier les facteurs de risque liés à l'organisation du travail.

LE DIAGNOSTIC DU LIEN SANTÉ/TRAVAIL

Le diagnostic positif repose sur le recueil **systématique des indicateurs de santé mentale en rapport avec le travail** et peut s'appuyer sur des examens complémentaires de spécialité. Il prendra en compte les altérations « discrètes, paradoxales » : (démobilisation professionnelle, hyperactivité) mais aussi les atteintes camouflées (TMS et psychosomatiques).

Le diagnostic étiologique permet de relier les atteintes à la santé au repérage des situations de travail pathogènes. Ces dernières peuvent concerner une exposition à un ou des toxiques, ou une organisation délétère. C'est le résultat du travail d'élaboration : « **voit-on le salarié travailler ?** » Toute identification d'une pathologie doit s'accompagner de la description de ce qui l'influence négativement du côté du travail. **La pathologie est alors en rapport avec le travail et reliée à des caractéristiques de l'organisation du travail.** Le diagnostic étiologique s'élabore en référence avec la situation des autres travailleurs. Il doit être le plus précis possible pour préparer l'intervention.

Diagnostic positif et étiologique de la situation de santé du travailleur et de ses rapports au travail sont issus d'une démarche clinique médicale argumentée qui participe de pratiques professionnelles évaluées collectivement et un préalable à toute action individuelle et/ou collective du médecin du travail.

DU COLLECTIF À L'INDIVIDUEL ET DE L'INDIVIDUEL AU COLLECTIF

Pratiquement, la clinique médicale du travail, même si elle aboutit également à un diagnostic individuel, s'appuie sur des diagnostics collectifs, mais également nourrit le diagnostic collectif de constats diagnostiques individuels.

Pour être plus précis, chaque diagnostic qu'il soit individuel ou collectif se construit par des échanges « instantanés et perpétuels » entre le collectif et l'individuel.

Mais aussi chaque diagnostic individuel « résonne » avec les autres diagnostics individuels constatés dans la même entreprise et parfois dans le même groupe de travail.

Chaque action décidée en fonction du diagnostic s'appuie sur ces trois volets cliniques : diagnostic portant sur la santé de la travailleuse ou du travailleur, diagnostics individuels portant sur la santé des collègues de travail, diagnostic collectif des risques dans l'entreprise

Ainsi, diagnostiquer le caractère délétère d'une organisation du travail ne peut se faire sans la prise en compte des souffrances individuelles constatées lors des entretiens cliniques individuels mais également d'un diagnostic sur la nature même de l'organisation du travail.

C'est la construction de ces faisceaux d'indices de diverses origines, que nous détaillons ci-dessus, qui assure le diagnostic en clinique médicale du travail : chaque signe prend un sens à la lumière d'autres signes et leur confère à son tour un sens, ce qui donne une signification à ce faisceau d'indices devenu diagnostic.

Cette démarche diagnostique est un élément fondateur de l'exercice du métier. Ignorer cette symbiose entre individuel et collectif ne permet pas de comprendre sur quoi reposent les actions menées par le médecin du travail notamment dès lors que la compréhension se rétrécit au seul diagnostic individuel.

VERS QUEL OBJECTIF DIAGNOSTIC ?

Le but unique poursuivi est dicté par la mission du médecin du travail c'est celui d'une prévention médicale primaire. Mais il est parfois nécessaire pour atteindre cet objectif de passer par la prévention médicale secondaire.

L'objectif diagnostique en clinique médicale du travail est toujours double. Il porte de préférence sur les patientes et les patients, les travailleuses et les travailleurs, et leur santé au travail. Toutefois, pour l'efficacité de la prévention, l'objectif comprends aussi des diagnostics collectifs. Ces diagnostics permettent une évaluation des risques professionnels et de leurs effets du point de vue exclusif de la santé des sujets au travail.

Le diagnostic des dangers et des risques collectifs et individuels

Qu'il s'agisse de risques pour la santé physique psychique ou sociale, constitue une des étapes essentielles de la prévention. Rappelons que le danger est un risque non advenu, alors que le risque même s'il n'a pas encore eu d'effets, a un potentiel d'occurrence réel ou a déjà eu des effets.

Ce diagnostic naît à la convergence de ce qu'on observe sur les lieux de travail, ce que l'on sait de son organisation et de ce qu'on saisit dans les échanges individuels ou collectifs formels ou informels.

Le diagnostic des effets des risques en est la deuxième étape

La prévention primaire n'a pas été mise en œuvre ou n'a pas été efficace. Cette phase de prévention secondaire, qui est bel et bien un échec de la prévention, va servir de moteur pour préconiser une prévention primaire efficace. Ce diagnostic porte sur les personnes, mais dès lors que des effets du risque sont dépistés chez des personnes, un dépistage systématique s'impose pour le groupe de travailleuses et de travailleurs concerné.

*L'ÉCRIT COMME TRACE,
COMME THÉRAPEUTIQUE ET COMME PRÉVENTION*

Tracer les risques c'est à la fois les indiquer à chaque travailleuse et chaque travailleur, en acter par la parole, mais également en les consignand dans le dossier médical.

Cela permet au fil du temps de signaler la nature et les caractéristiques des risques dans l'hypothèse d'engager une démarche de prévention tout d'abord primaire, par la conscience que chacune et que chacun aura ainsi de l'existence du risque, mais également de permettre une prévention secondaire en mettant en place une vigilance quant aux éventuels effets.

Écrire c'est aussi (et surtout) donner acte des effets des risques sur la santé physique ou psychique à celles et ceux qui en souffrent.

Écrire ce qu'on a compris, comme médecin du travail de la situation que vit la patiente ou le patient n'a pas pour objet de lui apporter un atout dans ce qui, parfois, l'oppose à son employeur.

Il s'agit ici de lui permettre d'accéder à une compréhension personnelle de sa situation (compréhension qui peut être différente de celle du médecin), notamment en mettant sa situation en perspective avec le vécu d'autres travailleuses et travailleurs de cette communauté de travail.

Cet accès à la compréhension de ce qui se joue pour elle ou pour lui, dans le contexte ainsi révélé, a un effet thérapeutique particulièrement efficace et participe ainsi à la prévention.

Tracer c'est aussi écrire dans l'espace public de l'entreprise, écrire sur les risques existants et leurs effets, et si on en a la compétence conseiller, dans l'hypothèse d'une prévention primaire, même quand cela paraît parfois illusoire. Là encore c'est le rôle du médecin que de conseiller ce qui lui paraît utile pour la préservation de la santé, le choix final revenant à la patiente ou au patient(15).

Saisir une communauté de travail de l'existence des risques et de leurs effets c'est à la fois informer l'employeur et les travailleurs, les travailleuses et leurs représentantes et représentants. Dans ce cadre, celui de la prévention, dont nous avons signalé le caractère parfois conflictuel, on peut estimer que le médecin du travail est un « lanceur d'alerte » et il faut constater que ce statut protecteur ne lui est pas conféré.

Pourtant ce signalement, qui répond à la définition d'une alerte, est souvent le début d'un débat dans la communauté de travail non seulement sur la prévention mais également, par exemple, sur la distance entre le travail prescrit et le travail réel, sur les « savoir-faire de prudence », sur l'organisation du travail. Cet échange pouvant être le prélude à une prévention institutionnelle ou à des revendications mais également à des compromis.

EN DROIT : QUELLES TRACES ?

Les diagnostics sur les dangers et les risques et leurs effets vont être le prélude ce qui est l'aboutissement de la clinique médicale du travail, c'est-à-dire une prévention primaire et secondaire des risques d'altération de la santé des travailleuses et des travailleurs du fait de leur travail.

En effet cet aboutissement consiste avant tout à laisser une trace écrite de ces diagnostics. La traçabilité individuelle et collective des dangers et des risques et de leurs effets éventuels, par la mise en visibilité qu'elle implique, est le commencement de toute action préventive et engage ainsi la responsabilité du médecin du travail.

Cette traçabilité est encadrée par des dispositions réglementaires impératives :

Tout d'abord, en matière individuelle

- ♦ L'information, dès l'embauche, de chaque travailleuse et de chaque travailleur sur les risques que

.....
15- Article Code de la santé publique, Article L.1111-4

son poste de travail lui fait courir, information qui est rendue obligatoire par le Code du travail et le Code de la santé publique(16).

♦ La mention dans le dossier médical des risques auxquels elle ou il a été exposé et ceux auxquels elle ou il est exposé(17).

♦ La mise en œuvre d'une surveillance post exposition pour les risques auxquels la salariée ou le salarié a été exposé.

♦ La rédaction, au départ de l'entreprise, d'un état

.....

16- Code du travail, Art. R.4624-11, « *La visite d'information et de prévention dont bénéficie le travailleur est individuelle. Elle a notamment pour objet : [...] 2° De l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail [...]* »

Code du travail Art. R.4624-24, « *Le suivi individuel renforcé comprend un examen médical d'aptitude. Cet examen a notamment pour objet : [...]*

4° D'informer le travailleur sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire.

5° De sensibiliser le travailleur sur les moyens de prévention à mettre en œuvre. »

Code de la santé publique Article L.1111-2, « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur [...] les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent [...] 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. [...] Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »*

17- Code du travail Art. L.4624-8

des lieux des risques auxquels a été exposé, la travailleuse ou le travailleur(18).

♦ La rédaction d'un certificat médical initial dans le cadre d'une éventuelle déclaration de maladie professionnelle ou des conseils en matière de déclaration d'accident du travail.

Et en matière collective

♦ La mention dans la Fiche d'Entreprise et ses mises à jour des risques et de leurs effets sur la santé du personnel de l'entreprise(19).

♦ La formalisation d'un signalement de risque à l'employeur transmis au CSE et à la CPAM et à l'inspection du travail comportant les conseils en matière de prévention(20).

C'est la rigueur et la visibilité du travail clinique, son adossement aux sciences sociales et à celles du travail, sa pertinence au regard du droit, sa référence à des travaux collectifs, son exposition des faisceaux d'indices qui ont conduit aux diagnostics, qui rendent difficile toute contestation par les personnes ou les institutions concernées.

.....

18- Code du travail Art. R.4624-23-2 et suivants

19- Code du travail Art. R.4624-46 et suivants

20- Code du travail Art. L.4624-9

LES CAHIERS S.M.T.

Publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN 1624-6799

Responsable de rédaction : Jean-Louis ZYLBERBERG

Responsable de publication : Jean-Louis ZYLBERBERG

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

Ont participé à ce numéro : Alain CARRÉ, Carole CHAVIN, Benoît DE LABRUSSE, Dominique HUEZ, Hervé LE SCAO, Nathalie PENNEQUIN, Alain RANDON, Victorine ROURE, Jean-Louis ZYLBERBERG

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil
rotoimp@wanadoo.fr

EN MÉMOIRE D'ALAIN GROSSETÊTE

Alain CARRÉ et l'association Santé et Médecine du Travail

Avant son décès survenu le 10 février 2025, Alain Grossetête avait été l'objet d'une plainte d'un employeur devant le Conseil de l'Ordre des médecins du Rhône.

Cette plainte portait sur un extrait de dossier rédigé lors de la consultation de psychopathologie du travail à laquelle participait Alain et qu'il avait contribué, avec d'autres, à créer. Cet extrait avait été remis à l'issue d'une consultation pour donner acte et participer à améliorer la santé de sa patiente.

À la suite de la plainte, Alain avait subi un épisode de « conciliation » avec la partie plaignante. À l'issue le CDOM avait accepté la plainte et s'était associé à la plainte. Cela démontre, s'il en était besoin, le caractère partial et odieux de cette institution née de « l'État français » et dont la proximité avec les employeurs n'est plus à démontrer. Les médecins violeurs d'enfants sont mieux traités que les spécialistes en santé au travail.

Bien évidemment, Alain était particulièrement atterré par cette péripétie mais comme d'habitude combatif pour lui mais aussi pour les autres.

L'association Santé et Médecine du Travail dont il était membre actif et à laquelle il participait au fonctionnement comme membre du conseil d'administration lui a apporté son soutien, notamment en mettant en œuvre et en éditant une somme constituée, en commun, depuis quarante ans, sous forme d'un ouvrage - *La clinique médicale du travail* -, destinée à valider l'exercice en santé au travail et à déconsidérer à priori les actions des employeurs et de leurs complices ordinaires.

Une autre démarche consistait en la rédaction d'un argumentaire confraternel en défense en commun avec Alain. Il avait transmis ce mémoire à son avocat mais son décès le prive de la possibilité de faire valoir sa défense. C'est pourquoi nous souhaitons ici le rendre public.

ARGUMENTAIRE EN DÉFENSE CONCERNANT LE D' ALAIN GROSSETÊTE

PRÉAMBULE

Sur la décision du CDOM du Rhône de se joindre à la plainte

Rappelons que le fonctionnement problématique des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins a fait l'objet, en 2019, d'un rapport critique de la Cour des Comptes. La décision du 29 août 2023 du Conseil de l'Ordre des médecins du Rhône de se joindre à la plainte de la société plaignante est significative d'un parti pris.

Habituelle dans ce type de poursuite, elle est un des signes de la proximité entre les médecins de ces conseils ainsi que ceux participants aux instances avec les employeurs déposant plainte. En effet, les médecins du secteur privé de soins, majoritaires voire exclusifs de ces instances, sont souvent eux-mêmes des employeurs. Cela est une des raisons qui devraient, comme cela était le cas avant 2007, écarter la possibilité pour les employeurs de saisir ces instances.

La deuxième raison d'un traitement inéquitable dans ce cadre est que les médecins exerçant en secteur de

soins n'ont pas les compétences nécessaires pour apprécier professionnellement les faisceaux d'indices qui permettent les diagnostics des liens entre la santé et le travail. Nous remarquons également que, dans ce cadre, les instances disciplinaires de l'Ordre des médecins pourraient recourir, comme cela est prévu, à une expertise, ce qui n'est jamais mis en œuvre.

C'est pourquoi une partie de cet argumentaire en défense décrit les méthodes qui relèvent de la clinique médicale du travail et sur laquelle repose le diagnostic du lien santé/travail qui est dénié au médecin poursuivi.

Enfin, la qualification de remise d'un « certificat de complaisance » qui est reprochée au D^r Grossetête repose sur un rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce rapport indigne, approuvé en 2006 par le CNOM **et qui a disparu de son site**, soutient, depuis lors, l'emploi de la présente qualification dans des situations semblables.

En effet, ce rapport précise, contre toute évidence, concernant le médecin « (qu') *Il lui est interdit d'attester d'une relation causale entre les difficultés familiales ou professionnelles, et l'état de santé présenté par le patient* » ; cette phrase, **soulignée en italique dans le texte original**, sert encore de base idéologique aux condamnations.

On ne peut que mettre en doute la valeur légale de ces rapports idéologiques, rédigés et approuvés dans un cadre partisan d'une institution privée : le Conseil de l'Ordre des médecins.

Sur les compétences professionnelles du D^r Grossetête

La description qui en est faite dans la décision du 29 août 2023 est imprécise concernant la qualification et les compétences du D^r Alain Grossetête. En effet :

- ♦ Le D^r Alain Grossetête est praticien qualifié en médecine du travail. Il a exercé comme médecin du travail de 1984 à 2014. Son expérience de médecin du travail repose tout d'abord sur trente années d'exercice de cette spécialité.
- ♦ Il est particulièrement compétent dans ce domaine et a, ainsi, été médecin référent pour une association de formation professionnelle permanente des médecins du travail et des infirmières de santé au travail - *E-Pairs* - de 2007 à ce jour.

- ♦ Concernant ses compétences en matière d'atteintes psychiques en lien avec les expositions professionnelles, il a suivi les enseignements suivants : à Lyon avec Philippe Davezies, enseignant chercheur et au CNAM à Paris avec le professeur Chr. Dejours.
- ♦ Il est un des créateurs des consultations mutualistes *Souffrance et travail* qui existent depuis plus de dix ans et qui ont largement fait leurs preuves.
- ♦ Il est membre de l'association de médecins du travail *Santé et Médecine du Travail* depuis 1990 et membre de son conseil d'administration. À ce titre, il apporte sa contribution aux débats sur le métier de médecin du travail et sur la clinique médicale du travail. Cette association a pour objet une réflexion sur le métier de médecin du travail et a rédigé récemment un manuel de clinique médicale du travail notamment à destination de praticiens en formation qui comporte plusieurs contributions du D^r Alain Grossetête.

ARGUMENTAIRE EN DEFENSE

L'impossibilité légale d'énoncer des faits relevant du secret médical est une entrave à la défense dans le cadre d'une plainte auprès du Conseil de l'Ordre des médecins

Le Conseil d'État a jugé, dans deux arrêts, que le secret médical s'imposait au médecin mis en cause dans le cadre des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins.

Ainsi : l'arrêt du Conseil d'État N°403576 (séance du 13 octobre 2017) dispose : « *Considérant toutefois que s'il permet ainsi à un employeur lésé [...] d'introduire une plainte disciplinaire à l'encontre du médecin qui en est l'auteur, l'adverbe notamment dont les requérants demandent l'abrogation, n'a ni pour objet ni pour effet d'imposer au médecin poursuivi de méconnaître le secret médical pour assurer sa défense [...].* »

Mais encore, l'arrêt du Conseil d'État N°405453 (séance du 23 mai 2018) dispose également : « *Considérant que si ces dispositions permettent ainsi à un employeur, dès lors qu'il est lésé de manière suffisamment directe et certaine par un certificat ou une attestation établie par un médecin du travail, d'introduire une plainte disciplinaire à l'encontre de ce médecin, cette faculté n'a pas pour effet d'imposer au médecin poursuivi de méconnaître le secret médical pour assurer sa défense [...].* »

Ne pouvant évoquer pour sa défense des éléments cliniques, concernant la patiente, et justifiant ainsi son écrit, le médecin poursuivi par un employeur, tiers étranger à la relation entre le médecin et le patient, se trouve donc dans l'impossibilité de se défendre de l'accusation de « certificat de complaisance » en démontrant la véracité de l'écrit attaqué. On peut légitimement en inférer que cette entrave au droit de se défendre pourrait justifier une question préalable de constitutionnalité quant aux conditions de ces poursuites.

L'écrit mis en cause n'est pas un certificat remis à la plaignante mais un extrait du dossier médical établi par le D^r Alain Grossetête

Le secret médical s'impose conformément à l'article R.4127-4 du Code de la santé publique (CSP)(1).

La nature de ce secret est définie par l'article L.1110-4 du CSP : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.* »

Tenter d'obtenir des éléments couverts par le secret médical constitue un délit pénal. Toutefois, ce secret n'est pas opposable au patient qui, notamment, a libre accès aux éléments médicaux consignés dans le dossier médical.

En l'espèce, la patiente s'est vu remettre cet extrait de l'observation médicale dans le but de valider celle-ci cliniquement (nous reviendrons ci-après sur cette déclinaison clinique) mais également dans le cadre d'une démarche thérapeutique.

Ainsi, le D^r Alain Grossetête a déclaré lors de la conciliation : « *(cette observation) est remis(e) 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 ses désaccords et ouvrir ainsi à une nouvelle consultation. [...] On parle de soutien à l'élaboration, ou de restauration du pouvoir d'agir du ou de la patiente.* »

.....
1— Art. R.4127-4 du CSP : « *Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »

Il faut considérer ici que, même si elle a été remise dans le but que décrit parfaitement le D^r Alain Grossetête, cette observation figurant dans le dossier médical, l'article L.1111-7 du CSP garanti l'accès de la patiente à son dossier et le droit de le reproduire.

On ne peut donc accuser le D^r Alain Grossetête d'avoir rédigé cet écrit pour porter préjudice à la partie plaignante, dans la mesure où, même s'il a remis cette observation dans un but à la fois diagnostique et thérapeutique à la patiente, subsidiairement il n'aurait pu s'opposer à l'accès de la patiente à son dossier.

La rédaction de l'extrait du dossier médical par le D^r Alain Grossetête énonce le diagnostic d'un lien entre la santé et le travail justifié par une clinique spécifique : la clinique médicale du travail, ce qui valide sa pertinence

Tout d'abord, nous remarquons que l'observation a été rédigé à l'issue de deux consultations dont la date est précisée. L'une s'est déroulée le 22 juillet 2021 et l'autre le 27 septembre 2021 soit deux mois plus tard.

Les éléments recueillis et objet de l'observation médicale ne sont donc pas isolés mais émanent de ces deux consultations distinctes permettant la constitution d'un faisceau d'indices.

Dans l'analyse du concept de clinique médicale, le *Dictionnaire de la Pensée Médicale*(2), ouvrage de référence, précise que : « *La clinique médicale repose [...] sur l'observation de faits auxquels le médecin a conféré la valeur de signes, et sur leur organisation en ensembles cohérents et signifiants appelés maladies. Le processus d'identification de la maladie fait donc appel à des processus de reconnaissance de forme et une logique de type combinatoire, dont l'objectif est de dessiner une configuration qui se loge [...] dans une sous classe de maladies.* » Ce processus classique, issu de la philosophie, « signes » prenant « sens » et permettant une « signification » est bien au cœur de la clinique médicale. C'est cette triade qui permet un diagnostic médical pertinent : « *On procède à un examen médical, puis le médecin crée une réalité en attachant un nom au faisceau indéfini de symptômes dont le patient cherche à se défaire. En donnant un nom à ces troubles, le médecin, de fait, assigne une maladie au patient.* »(3)

.....
2— C. SINDING, « Clinique », in *Dictionnaire de la pensée médicale*, D. LECOURT (sous la direction de), p.249-255, PUF, 2003.

La clinique médicale du travail est strictement conforme à cette définition. Elle est mise en œuvre afin de parvenir, d'une part au dépistage des maladies liées au travail, mais également, d'autre part à celui de l'existence de dangers et de risques, non seulement d'un point de vue individuel mais également collectif. **C'est en effet ce que nous nommons l'identification « d'un faisceau d'indices » qui conduit à ces diagnostics.**

La phase diagnostique est précisée ainsi par l'ouvrage cité : « *La phase diagnostique de l'activité du clinicien combine des éléments hétérogènes : données subjectives fournies par le patient, données objectives issues de l'examen physiques, résultats d'examens. À cette logique combinatoire est associé un raisonnement de type séquentiel car la clinique procède par étapes : observation, sélection et organisation des données, formulations d'hypothèses diagnostiques corroborées ou réfutées par des résultats d'examens complémentaires, élimination progressive de diagnostics évoqués au départ.* »

Cette diversité de ces éléments hétérogènes est aussi présente en médecine du travail mais, cette hétérogénéité est encore plus étendue du fait de la prise en compte d'éléments très divers à la fois individuels et collectifs impliquant le déploiement de connaissances issues des sciences sociales et notamment de techniques propres aux analyses du travail et se référant à une « clinique du travail » et du « travailler ».

Cette clinique repose sur cinq principes :

- ◆ La clinique médicale du travail considère la travailleuse ou le travailleur comme un sujet en relation avec son environnement de travail et sa dimension collective.
- ◆ La clinique médicale du travail postule que la santé se structure autour du pouvoir d'agir. Elle analyse par conséquent ce qui s'oppose au pouvoir d'agir du sujet.
- ◆ La clinique médicale du travail considère que le sujet construit son identité à travers des activités qui participent de son accomplissement de soi en étroite interaction avec les autres. La clinique médicale du travail intègre cette dimension subjective et vécue de l'activité de travail et explore ses relations.

.....
3- STANLEY J., REISER, « Diagnostic », p.328-333, *ibid*°

- ◆ La clinique médicale du travail cherche à comprendre ce qui se joue pour la travailleuse ou le travailleur dans ce cadre et ce qui s'oppose à son projet.
- ◆ La clinique médicale du travail identifie et prend en compte les défenses du sujet contre sa souffrance.

L'ouverture de l'espace clinique implique un double mouvement qui tranche avec la posture médicale traditionnelle. Il s'agit en effet de « *Passer d'une situation où le salarié est en position d'objet d'étude à une perspective dans laquelle il redevient un agent actif de l'analyse, passer des discours généraux à l'analyse des situations dans leurs singularités concrètes.* »(4)

Cette clinique implique le déploiement d'une « écoute compréhensive », écoute particulière qui puisse permettre au médecin du travail d'entendre et donc d'identifier difficultés, souffrances, et défenses. Le terme ne fait pas uniquement référence à la **compréhension des situations** qu'elle permet au médecin. il désigne, en fait, sa finalité principale qui est de **permettre au patient d'accéder lui-même à la compréhension des situations auxquelles il est confronté.**

Il s'agit par conséquent d'une construction commune. Elle est **personnalisée** et se fait avec le salarié au regard de ce qu'il déclare de la situation, et de ce qu'il en comprend et fait comprendre au médecin.

Les diagnostics positif et étiologique de la situation de santé du travailleur et de ses rapports au travail sont issus d'une démarche clinique médicale argumentée qui participe de pratiques professionnelles évaluées collectivement et un préalable à toute action individuelle et/ou collective du médecin du travail.

Dans ce cadre le statut de l'écrit est à la fois celui d'une trace et d'une thérapeutique. Tracer les risques c'est à la fois les indiquer à chaque travailleuse et chaque travailleur, en acter par la parole, mais également en les consignand dans le dossier médical.

Écrire c'est aussi (et surtout) donner acte des effets des risques sur la santé physique ou psychique à celles et ceux qui en souffrent. Cet accès à la compréhension de ce qui se joue pour elle ou pour lui, dans le contexte ainsi révélé, a un effet thérapeutique particulièrement efficace et participe ainsi à la prévention.

.....
4- Philippe DAVEZIES

EN CONCLUSION

L'observation concernant la patiente et que lui a remis le D^r Alain Grossetête ne peut être qualifié de certificat de complaisance puisque, comme l'indique explicitement le D^r Alain Grossetête lors de la conciliation, il répond, point par point, au déploiement d'une clinique médicale permettant le diagnostic du lien santé/travail.

Il est ici démontré que cet extrait de l'observation consignée dans le dossier médical de la patiente à l'issue de deux consultations espacées de deux mois a été établi conformément à l'art médical. Il est en effet fondé sur un diagnostic du lien entre la santé de la patiente et son travail, établi en application de la clinique médicale qui relève de la spécialité de médecine du travail.

Cet extrait du dossier médical a été remis, en référence à cette clinique, dans un but thérapeutique, ce qui est l'objet de toute visite médicale. Écrire ce qu'on a compris, comme médecin du travail sénior de la situation que vit la patiente n'avait pas pour objet de lui apporter un atout dans ce qui l'opposait à son employeur.

Il s'agissait ici de lui permettre d'accéder à une compréhension personnelle de sa situation préalable à toute amélioration de son état de santé.

Nous sommes certains que, devant cet argumentaire, la mauvaise foi de la plainte aurait à un moment ou à un autre, été si évidente que le professionnalisme et l'engagement d'Alain aurait été reconnu.

Son décès ne l'a pas permis. Nous souhaitons ici lui rendre hommage et défendre sa mémoire.

L'association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (Ass. SMT) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail.

Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENT : Jean-Louis ZYLBERBERG

VICE-PRÉSIDENTS DÉLÉGUÉS : Alain CARRÉ – Dominique HUEZ

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Benoît DE LABRUSSE – Nadine KHAYI – Annie LOUBET-DEVEAUX

SECRÉTAIRE : Karyne CHABERT / SECRÉTAIRE-ADJOINT : Gilles SEITZ

TRÉSORIER : Alain RANDON

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Benoît DE LABRUSSE

RÉDACTEUR DU CAHIER SMT : Jean-Louis ZYLBERBERG

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

MEMBRES : Martine BESNARD, Marie-Andrée CADIOT, Josiane CRÉMON, Karine DJEMIL, Michel GUILLAUMOT, Mathieu KERGRESSE, Hervé LE SCAO, Samuel LASDIAS, Gérard LUCAS, Johan MASAMUNA, Brigitte PANGAUD, Antoine PAUCHET, Nathalie PENNEQUIN, Claire THOMASSIN

ANIMATION (animation@a-smt.org) : Karyne CHABERT, Nadine KHAYI, Johan MASAMUNA, Antoine PAUCHET, Jean-Louis ZYLBERBERG

INCIDENCES DU DÉPLOIEMENT DU TÉLÉTRAVAIL SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES SALARIÉS FRANÇAIS DEPUIS LA CRISE SANITAIRE DE 2020

Nathalie PENNEQUIN

INTRODUCTION

L'activité professionnelle en mode télétravaillé, c'est-à-dire, à distance du lieu de travail, après avoir été imposée réglementairement sur un mode dérogatoire en mars 2020 pendant la crise sanitaire liée au Covid-19 (pour la population éligible au télétravail), a été désormais adoptée par un quart des salariés.

Les organisations actuelles de travail, grâce aux accords d'entreprise et accords ministériels pour la fonction publique signés entre 2019 et 2024, ont formalisé et développé le recours au télétravail pour aboutir à une quotité n'excédant pas, en général, deux jours par semaine de cinq jours travaillés.

CE QUE DISENT LES DONNÉES CHIFFRÉES ÉTUDES NATIONALES ET SONDAGES

Avant 2019, 4 % des salariés étaient en situation de télétravail au moins un jour par semaine, selon les données de la DARES de novembre 2019(1).

.....
1- Mikael BEATRIZ, Louis-Alexandre ERB, « Comment évolue la pratique du télétravail depuis la crise sanitaire », *DARES Analyses* n°64, novembre 2024, https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/bae651843fdf63f94f1577a2c2c8b957/Dares_Analyses_Comment_%C3%A9volue_la_pratique_du_t%C3%A9l%C3%A9travail_depuis_la_crise_sanitaire.pdf

En 2023 la France comptait 26 % de télétravailleurs, selon les données de novembre 2024 du ministère du Travail dont 61 % de cadres, 51 % de femmes, 17 % dans la fonction publique.

Le télétravail concerne donc un quart des salariés en France et plus d'un salarié sur cinq dans le secteur privé et la pratique du travail hybride (présentiel et distanciel) est à ce jour bien ancrée dans les entreprises(2).

NB : rappelons que 60 % des emplois ne sont pas « télétravaillables » : services à la personne, emplois manuels...

ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DU TÉLÉTRAVAIL DEPUIS LA PANDÉMIE

FANTASME DU FLEX-OFFICE

Dans les suites de la pandémie, certaines entreprises ont réduit la surface des locaux de travail, voire vendu tous leurs bureaux, misant sur la généralisation du télétravail *full remote* pour tous les salariés...

.....
2- Philippe ASKENAZY, Ugo DI NALLO (Insee), Ismaël RAMAJO, Conrad THIOUNN (Dares), « Télétravail et présentiel : le travail hybride, une pratique désormais ancrée dans les entreprises », *Insee Analyses* n°105, mars 2025, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8379375>

Le *flex-office* permet aux employeurs de prévoir un espace de travail plus petit, mais suffisant au nombre de salariés présents en même temps dans les locaux du fait du travail à temps partiel ou en télétravail partiel.

Notons que la mise en place du *flex-office* est désapprouvée par une majorité de salariés lorsqu'on laisse le choix entre bureau individuel disponible et *flex-office* : le sentiment d'être interchangeable domine et le risque de conflit entre salariés n'est pas négligeable.

Selon une étude de l'*Essec Workplace Management* en 2021, seuls 4 % des salariés se disaient favorables au *flex-office*, le jugeant impersonnel, peu hygiénique et synonyme d'isolement.

REVIREMENT DE CERTAINES ENTREPRISES

En 2024, le télétravail a été remis en question par certaines directions de grandes entreprises (secteur de la tech, secteur bancaire...) allant parfois jusqu'à l'injonction de retour au travail présentiel à 100 % ; alors que la productivité semble meilleure en télétravail d'après les études (pour les cadres), les arguments invoqués par les directions seraient la recherche d'une meilleure cohésion d'équipe et l'équité mais certains y voient une incitation à la démission, aubaine pour ces grandes entreprises voulant réduire leur masse salariale (secteur bancaire...)

Le télétravail serait-il le bouc émissaire pour les entreprises en difficultés ?

Force est de constater qu'en 2025, les accords de télétravail signés dans les entreprises sont certes plus nombreux mais plus restrictifs (réduction du nombre de jours autorisés) ; cette tendance à la régression est particulièrement mal vécue car le télétravail est maintenant considéré comme un acquis social majeur pouvant même représenter un des critères de choix lors d'une recherche d'emploi.

Le télétravail est désormais largement plébiscité par les salariés et 44 % souhaiteraient faire davantage de télétravail.

NB : un bémol pour la génération Z (née entre 1990 et 2005) qui souhaiterait plus de travail présentiel.

Pour certains salariés, la conciliation entre vie professionnelle et vie privée semble ne tenir que grâce au nombre de jours télétravaillés (deux ou trois par semaine) ; cela concerne surtout les salariés seniors,

plus souvent porteurs de pathologies chroniques et subissant des trajets domicile-travail pénibles et chronophages : le risque de retour en arrière pourrait s'accompagner d'une augmentation de l'absentéisme maladie.

CE QUE M'A APPRIS LA PRATIQUE DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

LES MOTIVATIONS RELATÉES

PAR LES SALARIÉS LORS DU RECOURS AU TÉLÉTRAVAIL

Le premier argument est l'éloignement géographique du lieu de travail et le souhait de diminuer la fatigue des transports.

Viennent ensuite :

- ◆ l'inconfort de l'openspace avec les difficultés pour se concentrer et les dissensus sur le confort thermique et lumineux ;
- ◆ le besoin d'éloignement d'un collectif de travail jugé pénible (notamment en open space) ou de managers dont le management est vécu comme toxique ;
- ◆ la nécessité de plus de présence au domicile afin de concilier les vies familiale et professionnelle.

LES ARGUMENTS N'INCITANT PAS

LES SALARIÉS À DEMANDER DU TÉLÉTRAVAIL

- ◆ le premier élément mis en avant est l'exiguïté du logement inadapté à l'implantation d'un poste de travail satisfaisant allié au besoin de séparer la vie professionnelle de la vie privée ainsi que la proximité géographique avec le lieu de travail et le risque d'isolement social pour les gens vivant seuls ;
- ◆ certains salariés rapportent parfois un management vécu comme plus harcelant à distance : un certain nombre de managers estimerait que les télétravailleurs ne font rien en télétravail et restent dans l'hypercontrôle des subordonnés ;
- ◆ l'absence de compensation financière (consommation électricité...) pourrait dissuader certains salariés(3).

.....

3— Jean-Emmanuel RAY, « Télétravail : la guerre des coûts est déclarée », *Le Monde*, 8 avril 2025, https://www.lemonde.fr/emploi/article/2025/04/08/teletravail-la-guerre-des-couts-est-declaree_6592445_1698637.html, « L'occupation du domicile du salarié à des fins professionnelles constitue une immixtion dans sa vie privée, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité dès lors qu'un local professionnel n'est pas mis à sa disposition, ou qu'il a été convenu que le travail s'effectue sous la forme du télétravail »

LES EFFETS DÉLÉTÈRES DU TÉLÉTRAVAIL

DÉROGATOIRE À TEMPS COMPLET

- ◆ disparition de la fonction de socialisation du travail ;
- ◆ disparition des espaces de délibération informelle indispensable à l'accomplissement du travail réel ;
- ◆ perte de sens du travail, démotivation des salariés ; du point de vue psychodynamique, la fonction centrale de construction de l'identité que représente le travail (au sens travail avec autrui) est mise à mal.
- ◆ les carences informationnelles des interactions en distanciel (réunions en visio, appels téléphoniques) par rapport aux réunions présentielles génèrent davantage de fatigue cognitive.
- ◆ les médecins du travail ont pu constater un détournement du recours au télétravail 100 % pour remplacer ou écourter un arrêt de travail (sur prescription du médecin généraliste ou du chirurgien mettant le médecin du travail en porte à faux devant l'impossibilité de réaliser une visite de reprise présentielle !) : il est difficile de ne pas envisager que le salarié subisse des pressions managériales pour écourter son absence au travail ou qu'il se mette la pression, sachant que son absence ne sera pas compensée et qu'il devra faire face à un surcroît de travail lors de son retour. Il est souvent impossible, en l'absence d'examen physique du salarié, de s'assurer que la reprise du travail en télétravail (= travail) va permettre une convalescence optimale.

Certaines mesures du projet, actuellement en débat à l'Assemblée nationale, de loi de financement de la Sécurité sociale, prises « au nom d'impératifs comptables » pourraient affecter la protection des salariés. « Des amendements permettant aux médecins généralistes de prescrire une activité en télétravail en lieu et place d'un arrêt de travail ont également suscité l'attention des professionnels de santé », rejetés à ce jour par les députés, ces amendements pourraient revenir dans le projet d'autant plus qu'ils s'accompagnent de mesures visant à limiter la durée maximale des arrêts de travail !(4)

.....

Cour de cassation, Pourvoi n° 22-17.315, 19 mars 2025, <https://www.courdecassation.fr/decision/67da68659adb0fcda38e00ab>,

4- François DESNOYERS, *Le Monde*, 19 novembre 2025, <https://www.lemonde.fr/emploi/article/2025/11/19/protection-des->

- ◆ aspect générationnel ? : la génération Z exprime le besoin, de revenir au présentiel par rapport aux salariés plus âgés, plus souvent chargés de famille et subissant un temps de trajet domicile-travail important et souhaitant plus d'adéquation entre vie privée et vie professionnelle.

UN POINT SUR L'ACTIVITÉ DE TÉLÉCONSULTATION DES MÉDECINS DU TRAVAIL, INSCRITE MAINTENANT DANS LE CODE DU TRAVAIL DEPUIS 2022(5)

Comme toute clinique médicale, la clinique médicale du travail nécessite un colloque singulier entre le médecin et le salarié/patient dans un cabinet médical permettant la confidentialité des échanges.

Les téléconsultations (consultations en visio à distance), si elles peuvent apporter une solution dans certains déserts médicaux pour certains types de visites (départements non couverts par la présence de médecins du travail) ou pour des populations de salariés qui n'avaient pratiquement pas accès à la prévention en santé au travail (exemple des 1,2 millions de salariés des particuliers employeurs du CESU), représentent, de mon point de vue, un mode dégradé d'exercice de la clinique médicale ou tout du moins un exercice plus exigeant sur le plan de la charge mentale ; en effet, l'appauvrissement du face à face nous prive de tout un ensemble d'éléments infracliniques nécessaires à l'écoute bienveillante et à la compréhension de la situation du salarié et de son vécu : il faut surcompenser en multipliant les questions, ce qui est épuisant pour les deux (médecin et patient).

Il est regrettable que certains entrepreneurs créent des services de santé au travail ne fonctionnant qu'en téléconsultation en offrant des tarifs d'adhésion très alléchants : leur agrément en 2025 par la DRIEETS pose question sur l'avenir de notre profession ! La lecture de

[salaires-les-evolutions-liees-au-budget-de-la-securite-sociale-inquietent-des-medecins-du-travail_6653958_1698637.html](https://www.salaires-les-evolutions-liees-au-budget-de-la-securite-sociale-inquietent-des-medecins-du-travail_6653958_1698637.html)

5- - LOI n°2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, ses dispositions sont entrées en vigueur le 31 mars 2022,

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

Décret n°2022-679 du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions par les médecins du travail, aux infirmiers en santé au travail et à la télésanté au travail : a complété le dispositif de télésanté prévu par la loi santé au travail permettant aux services de prévention et de santé au travail de suivre les travailleurs à distance. Il peut donc dès à présent être utilisé pour effectuer en vidéo transmission les visites médicales et examens médicaux lorsque cela est possible,

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668051>

leur projet de service nous apprend que notre belle spécialité s'éloigne de ses principes premiers de la loi de 1946...

CONCLUSION

L'activité en mode télétravaillé, actuellement plébiscitée par de nombreux salariés qui y voient un moyen pour améliorer la soutenabilité de leurs conditions de travail au sens large, comprend certaines limites pouvant affecter la qualité du travail et la qualité du vécu au travail

Les limites du management à distance pour les salariés en télétravail :

- ♦ Le management basé sur le contrôle et le *reporting* ne fonctionne pas en télétravail, le manager doit lâcher du lest en permettant à ses subordonnés de s'autonomiser pour obtenir un télétravail réussi.

Les limites du télétravail excessif (supérieur à deux à trois jours par semaine) :

- ♦ risque d'empêchement de l'émergence d'une intelligence collective nécessaire à la discussion des méthodes de production par les salariés ne pouvant se faire qu'en présentiel avec tout le collectif de travail ;
- ♦ le risque d'hyperconnexion : journées de travail plus longues en raison de l'utilisation du gain de temps obtenu par l'absence de temps de trajet domicile travail pour prolonger l'activité professionnelle ;
- ♦ difficultés à maintenir la cohésion d'une équipe dispersée ;
- ♦ difficultés pour les salariés à trouver un sens au travail lorsque celui-ci est totalement abstrait, virtuel.

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 47^e Congrès annuel se tiendra à Paris en décembre 2026

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

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

courriel : contact@a-smt.org

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

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir page 63

TENTATIVE DE DÉFENESTRATION DANS UNE MAIRIE

Jean-Louis ZYLBERBERG

Médecin du travail dans la fonction publique territoriale depuis un an, j'ai été témoin rapidement des effets sur la santé des risques organisationnels et relationnels au travail. Le *New Public Management (NPM)*, introduit dans les fonctions publiques depuis au moins quatre décennies, est encore le modèle managérial dominant dans les collectivités territoriales de plus de cinquante agents. Il met en avant la « rationalisation » (le gouvernement par les nombres avec la multiplication du travail de reporting d'indicateurs chiffrés), « la marchandisation » (hybridation public-privé, avec des travailleurs sous contrat de privé aux côtés de fonctionnaires, une précarité institutionnalisée avec des CDD d'un an renouvelable six ans par exemple), le renforcement du contrôle du travail, la rémunération à la performance avec son entretien annuel d'évaluation.

L'article L.121-1 du Code de la Fonction publique énonce que les agents publics « exercent leurs fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité ». L'agent public qui ne respecte pas ses obligations professionnelles s'expose à une sanction disciplinaire.

Parmi des obligations professionnelles, l'obligation d'obéissance hiérarchique est souvent mise en avant par l'autorité hiérarchique : « *L'agent public doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.* » Le refus d'obéissance équivaut à une faute professionnelle.

Par l'histoire clinique d'une agente administrative, recueillie qu'au cours d'une seule consultation, cadre clinique devenu la grande majorité de ma pratique professionnelle, je vais tenter d'illustrer les enjeux de santé au travail dans le contexte particulier de la fonction publique territoriale.

Tout commence par l'appel téléphonique d'une directrice des ressources humaines d'une mairie d'environ une centaine d'agents : « *Je viens d'être témoin d'une tentative de défenestration d'une agente dans le bureau du directeur général des services, en présence de son responsable. Nous sommes très choqués que me conseillez-vous ?* »

Commence alors des échanges de courriels entre cette femme et moi où le travail va être petit à petit rendu invisible. Je conseille à la déléguée de l'employeur de déclarer en accidents de service, d'une part la tentative de défenestration de l'agente, d'autre part l'état des témoins. Puis je lui conseille d'analyser avec les représentants du personnel ces accidents de service par la méthodologie de l'arbre des causes. Les réponses de la DRH vont insister sur l'état de santé antérieur de l'agente : « Elle revient d'un arrêt de deux ans pour dépression » et refuser l'analyse de ce qui n'est pas un accident de service mais un « incident » du point de vue du maire.

Simultanément, je suis sollicité par les représentants du personnel : ils se sentent démunis et peu formés aux outils à leur disposition, en particulier leur possibilité de constater dans un registre spécial la tentative de défenestration de leur collègue au titre d'un danger grave et imminent pour la santé et la sécurité des agents. Ils solliciteront auprès du maire une réunion extraordinaire de la Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et des Conditions de Travail (F3SCT ex-CHSCT) qui n'aura jamais lieu car « cette tentative de défenestration est un incident ».

Quatre jours plus tard, alors que l'agente est en arrêt de travail, je la vois pour la première fois en consultation accompagnée de sa fille âgée de 32 ans. Sa formation initiale est un BEP espaces verts et jardins puis un bac technique agricole option pépinière. À l'âge de 22 ans elle débute sa vie professionnelle dans la mairie en tant que cheffe de l'équipe des agents techniques municipaux responsables de l'entretien des espaces verts. Je n'aurai pas l'occasion au cours de cette seule consultation d'instruire cliniquement comment ce premier poste de travail a pu avoir des conséquences sur son état de santé.

Quinze ans plus tard, elle devient responsable de service des espaces verts et petit à petit ses missions vont s'élargir à tous les suivis de chantiers du service environnement/risques majeurs au sein de la municipalité. L'agente me mentionne alors : « À partir de 2011, j'ai eu beaucoup d'autonomie dans mon travail. »

Puis elle me déclare : « Au printemps 2018, un nouveau maire est élu. On a donné beaucoup de notre temps. J'ai fait beaucoup d'heures supplémentaires dans un

contexte difficile car l'ancien directeur des services techniques avait été accusé de malversations financières... »

En août 2018 elle se fracture sa cheville droite à son domicile.

En septembre 2019, un nouveau directeur de son service (sa formation initiale est architecte) est embauché à temps partiel car il est élu municipal à l'urbanisme dans un autre département.

Je le verrai une première fois en consultation à la demande de l'employeur fin 2024. L'écrit accompagnant la demande de consultation était rédigé par l'actuelle DRH : « L'agent est en opposition totale avec son encadrement hiérarchique... Ne serait-il pas souhaitable qu'un suivi avec la psychologue du travail puisse être mis en place, pour que M. X. puisse travailler ses représentations hiérarchiques, ses relations de travail, son positionnement en cas de difficultés/désaccords qui permettrait de retrouver des relations plus normalisées ? ... »

L'agente me déclare : « Quarante-huit heures après l'arrivée de mon nouveau directeur, nous sommes convoqués par le premier adjoint du maire de l'époque. Ce dernier va me hurler dessus et mon nouveau directeur va s'interposer... »

« On demandera à mon nouveau directeur de sanctionner des collègues de l'urbanisme peu de temps après son arrivée et il refusera. Il sera alors petit à petit placardisé... », « Dans ce contexte de travail, je suis mal mais je prends sur moi tout au long de l'année 2020... »

À partir de janvier 2021 jusqu'à fin mars, elle est en arrêt de travail pour syndrome anxio-dépressif réactionnel à ses conditions de travail. Au retour de son arrêt de travail, on lui demande de court-circuiter son directeur de service, ce dernier lui ayant fait une note écrite de ne pas le court-circuiter.

« Je vivais dans la peur des réactions du premier adjoint et du maire... », « Au cours d'une réunion devant des collègues de l'agglomération, monsieur le maire m'humilie en me traitant d'incapable concernant un dossier dont je n'avais pas connaissance... »

À la fin de l'année 2021, la directrice générale des services part en retraite dans un état d'épuisement professionnel.

Pendant quelques mois, la directrice du cabinet du maire va faire fonction de directrice générale des services : « *Elle nous confie des tâches qui ne font pas partie de nos attributions. On ne sait plus qui fait quoi. Tout le monde traitait de n'importe quoi sans concertation. Une nouvelle fois, elle m'ordonne de court-circuiter mon directeur de service...* »

Simultanément un nouveau logiciel de gestion des travaux est utilisé : « *Je perds beaucoup de temps avec ce nouveau logiciel. Il existe un code couleur et dès que le maire voyait du rouge concernant un chantier, il se précipitait dans mon bureau en colère. Je passais mon temps à gérer ces codes couleur et j'étais de plus en plus en retard sur mes autres missions.* »

Un nouveau directeur général des services arrive fin 2022. Simultanément « *On somme la DRH de partir à la retraite avec interdiction de revenir à la mairie...* » L'actuelle DRH arrivera au début de l'année 2024.

« *Le service urbanisme va alors être complètement démantelé... On enlève à mon directeur tous ses agents et du jour au lendemain on me dit que je suis sous la responsabilité du directeur des services techniques...* », « *J'étais toujours sous anxiolytiques et antidépresseurs... Chaque réunion avec le maire m'angoissait car je savais qu'il allait trouver quelque chose à me reprocher...* »

À partir de début juillet 2023, l'agente est en arrêt de travail pour syndrome anxio-dépressif réactionnel à ses conditions de travail. La consœur qui m'a précédé la voit à deux reprises pendant son arrêt de travail et note : « *Elle a peur de reprendre son poste du fait de ses relations avec le maire... La mairie lui aurait proposé une agente pour l'aider mais qu'elle doit former... Elle souhaite reprendre à temps partiel thérapeutique jusqu'aux élections municipales...* »

Une semaine avant sa reprise de travail en mi-temps thérapeutique, elle reçoit à son domicile sa nouvelle fiche de poste. Elle a un grade d'agent de maîtrise et son ancien intitulé de poste est : Responsable service environnement/risques majeurs.

La description de son nouveau poste est : « *Assurer l'entretien des espaces verts.* ». Ses nouvelles missions principales sont : « *Effectuer les travaux de plantation, désherbage des massifs, tonte, débroussaillage, tronçonnage, taille des arbres et arbustes, nettoyage des espaces verts, surveillance de la flore, entretien du ma-*

tériel, création et entretien du système d'arrosage et arrosage des végétaux. » Au chapitre encadrement du personnel, il est coché « Non ».

Elle alerte un délégué syndical qui écrit un courriel au maire, argumentant le refus par l'agente de cette nouvelle fiche de poste du fait de son grade d'agent de maîtrise. Ce courriel restera sans réponse. « *Cette reprise c'était une sanction...* » me déclare l'agente.

Le jour de sa reprise, elle se présente dans les services techniques et le responsable demande à la voir : « *Il m'accueille en me vouvoyant ce qu'il n'avait jamais fait et je lui annonce que je refuse cette nouvelle fiche de poste... Il téléphone alors au directeur général des services qui accepte de la rencontrer avec la DRH... Je pars avec le responsable des services techniques à la mairie et dans son véhicule je me dis que devant les trois je ne pourrai pas tenir et je commence à prendre plusieurs Xanax®...* »

« *Dans le bureau du directeur général des services, je réitère mon refus de ma nouvelle fiche de poste et il me répond que je dois accepter que cela fait suite à la décision du Conseil Médical Unique, que cela prend en compte ma santé... mais si vous refusez, vous n'avez qu'à aller au Tribunal Administratif...* »

« *Je me dis dans ma tête qu'ils veulent vraiment m'abattre... je ne suis plus la même personne et la seule issue c'est de sauter par la fenêtre...* », « *Alors que je tente de sauter, mon responsable me retient, je dis laissez-moi... Puis je chute sur le sol du bureau et je me mets à ramper jusqu'au couloir... une collègue des services des ressources humaines se couche près de moi et me demande si j'ai pris des comprimés...* », « *Je me souviens du regard du directeur général des services : pas un brin d'empathie...* »

Elle est transportée par les pompiers aux urgences de l'hôpital de proximité et rencontre le lendemain une psychiatre, « *Je lui déclare que je n'ai pas envie de mourir et que je suis bien que chez moi...* »

Quelques jours plus tard, à l'examen physique, je constate qu'elle a perdu 8 kg depuis la précédente consultation ; sa pression artérielle est à 141/95 avec un pouls à 72/minute : elle a une douleur à la palpation de la tempe droite suite au traumatisme dans le bureau du directeur général des services et des douleurs à la palpation des épineuses de C5 à C7 et de D12 à L5. Je

l'informe que j'ai conseillé à sa DRH de déclarer en accident de service sa tentative de défenestration.

Quelques semaines plus tard, l'agente m'informera qu'elle a rencontré un médecin expert à la demande de sa collectivité territoriale et que ce dernier a confirmé que sa tentative de suicide était un accident de service mais que le maire n'a pas signé d'arrêté municipal confirmant l'imputabilité au service.

Dix jours après la tentative de défenestration, j'écris au maire avec copie aux représentants du personnel un courrier d'« alerte risques psychosociaux » en reprenant les éléments d'un courrier d'alerte que ma consœur précédente avait adressé au maire deux ans auparavant et en leur conseillant d'analyser ses accidents de services avec les représentants du personnel, d'actualiser leur Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels et leur programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Quatre mois plus tard, je suis invité à une « réunion informelle » (aucune réunion extraordinaire de la Formation spécialisée en matière de sécurité et conditions de travail n'ayant eu lieu depuis la tentative de défenestration) de présentation de leur nouveau Document

Unique d'Évaluation des Risques Professionnels par une professionnelle d'une société de prestation de services hygiène sécurité. Cette dernière exposera en détail l'ensemble des risques professionnels et en quelques minutes les risques organisationnels et relationnels au travail. Aucun programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail n'a été présenté.

En matière d'accident de service dans la fonction publique territoriale, seule la publication d'un arrêté municipal mentionnant l'imputabilité au service permet une mise en visibilité au moins individuelle des effets du travail d'une agente municipale sur sa santé. Il en est de même pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Dans cette histoire clinique, la tentative de défenestration dans les lieux de travail demeure un « incident ».

La visibilité collective des effets du travail sur la santé de cette agente n'a pu avoir lieu du fait de représentants du personnel peu ou pas formés sur les questions de santé au travail et avec un employeur avec ses délégués obnubilés par une éventuelle mise en responsabilité si une analyse du travail et de ses conditions avait eu lieu.



HISTOIRE

D'UNE DÉCOMPENSATION ASTHMATIQUE

Carole CHAVIN

M. A. est ingénieur dans un laboratoire de recherche depuis de nombreuses années. Il est marié et père de quatre enfants. Il a un BTS de production florale et une formation complémentaire aux biotechnologies et environnement.

Il est d'abord recruté sur un poste de technicien, chargé de la culture des plantes utilisées comme modèles expérimentaux. Il s'occupe donc des plantations (bouturage, repiquage, entretien, fertilisation...), de la surveillance de la croissance, des traitements phytosanitaires et biologiques, de la récolte des graines selon les procédures prévues par les protocoles de recherche, de l'évacuation et traitement des déchets (végétaux et terreau usés)...

Il n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'un terrain atopique familial.

Très rapidement après son affectation au poste, il signale des manifestations allergiques en réaction aux pollens de maïs, plutôt de type rhinite, pour lesquelles il prend des antihistaminiques. Un avis pneumo est de-

mandé par le médecin du travail en 2004 devant la persistance et l'aggravation des symptômes. Une notion de MP est rapportée dans le dossier médical (information ?) sans traces d'une éventuelle demande de reconnaissance.

Au fil des années, M. A. va mettre en place des stratégies d'évitement (il ne travaillera plus sur le maïs par exemple) et des mesures de protection individuelles qui vont lui permettre de rester à son poste de travail. Il va gravir les échelons progressivement pour devenir responsable technique en 2011 et aura deux personnes sous sa responsabilité.

Il va se proposer pour prendre la fonction de correspondant sécurité et va participer à faire évoluer les conditions de travail notamment sur le risque allergique puisqu'un poste de ventilation à flux laminaire horizontal sera installé quelques années plus tard pour limiter l'exposition aux allergènes pendant les phases de récolte des graines, tâches identifiées comme très « exposantes ».

Il sera suivi médicalement par un pneumologue, traité par antihistaminiques et bronchodilatateurs à la demande.

Je le rencontre en visite périodique en 2017 quelques mois après ma prise de poste. Il évoque son asthme avec un discours plutôt rassurant, m'indiquant qu'il est parfaitement bien pris en charge. Un essai de traitement de fond par *Symbicort 400*[®] est en cours et sera stoppé quelques mois plus tard en raison des effets secondaires. Il sait qu'il peut utiliser un bronchodilatateur à la demande en cas de crise. Le jour de la consultation, il présente un lumbago depuis quelques jours et me dit avoir refusé l'arrêt maladie car il va pouvoir aménager son poste de travail quelques jours. Il se dit très satisfait de son poste et de ses conditions de travail. Les interactions avec les différentes équipes de recherche se passent bien. Il se sent à l'aise et estime que son expertise technique est reconnue. Il est impliqué dans les différents projets de recherche, d'évolution de process ou de réaménagement de locaux. Je renouvelle les recommandations préventives au sujet du risque allergique.

Je le revois en 2018 et 2019, la situation est sensiblement la même. Il m'indique limiter cependant son temps de travail dans les serres (deux heures par jour maximum) et porter un masque FFP3 pour certaines tâches très exposantes aux allergènes. Il dispose d'une autonomie suffisante pour pouvoir varier ses tâches (travail de terrain au contact de végétaux mais aussi analyses de données, réunions techniques avec les chercheurs, projets en lien avec la sécurité et la prévention des risques...).

Dans la période post-Covid, je suis amenée à alerter la direction du laboratoire au sujet du risque allergique, du fait de l'apparition de manifestations de type rhinite chez plusieurs étudiants et chercheurs. M. A. participe alors activement aux réflexions collectives pour l'amélioration des conditions de travail de ses collègues.

Je n'aurai ensuite plus aucune nouvelle jusqu'en 2024, date à laquelle il prend contact par courrier électronique et s'étonne de ne pas avoir eu de rendez-vous de santé au travail depuis longtemps. Il m'alerte sur le fait qu'il vient de revoir son pneumologue, et que son asthme se serait aggravé.

Je m'aperçois qu'il n'a pas eu de proposition de convocation depuis 2019 alors qu'il est bien enregistré comme devant bénéficier d'une surveillance médicale

renforcée (au titre du risque allergique et risque chimique). Est-ce un bug du logiciel ou un des effets de la désorganisation liée à la période Covid ?

Il est donc reçu dans un délai rapide et m'explique qu'il a traversé une période très éprouvante depuis deux ans, date du changement de direction. Des conflits au sein de son service l'ont conduit à démissionner de ses fonctions de responsable technique et de correspondant sécurité. Il ne souhaite pas revenir sur cette période mais m'explique que les nouveaux projets sont devenus trop stressants, « *Il faut tout transformer et très vite, on fait des erreurs techniques et personne ne veut le reconnaître.* »

Je comprends qu'il a été chargé notamment de la gestion d'un gros projet de construction de nouvelles serres, et qu'il n'aurait pas été entendu notamment sur des aspects sécurité. « *On a investi dans des équipements inadaptés aux locaux en dépit de mon avis défavorable ; personne n'a voulu m'écouter.* » (J'ai effectivement pu constater, à l'occasion d'une visite des locaux quelques semaines plus tard, qu'une machine neuve destinée à recycler le terreau avait finalement été mise de côté car générerait trop de poussières dans les locaux). Il m'exprime aussi sa peur de l'accident « *On laisse intervenir des gens non formés dans les armoires électriques, moi je ne peux pas supporter ça.* » Du fait de son retrait temporaire du travail de terrain, des conflits sont survenus avec les membres de son équipe, et il semble avoir été décrédibilisé dans son rôle de manager.

Je comprends que l'un de ses collègues aurait « profité » de l'absence de M. A. pour faire sa place (et peut être faire « à sa place », sans que ce rôle ne lui ait été réellement confié ni que les tâches de chacun n'aient été définies. La direction du laboratoire, absorbée par les nouveaux projets et les impératifs scientifiques, n'a semble-t-il pas identifié les enjeux pour M. A. et son équipe. Je comprends alors que sa santé psychique a été très impactée (démotivation, signes anxieux, idées noires...) Dans la même période, la gêne respiratoire s'aggrave, la consommation d'antihistaminiques monte en flèche, la pneumologue prescrit de nouveaux examens et propose un traitement de fond et un suivi rapproché.

M. A. parle de quitter le laboratoire dans lequel il est affecté depuis vingt-cinq ans. Je lui propose de faire une

demande de reconnaissance de son asthme comme maladie professionnelle et de faire une demande de reclassement sur un poste sans contact avec les allergènes dans un premier temps.

Des questions se posent :

Comment cet homme au terrain atopique, asthmatique quasiment dès le début de son affectation, affecté sur un poste connu pour son exposition aux allergènes (pollens, moisissures...) a pu rester en poste pendant vingt-cinq ans ? Il semblerait que l'organisation du travail, l'autonomie dont il disposait, son implication dans l'évolution favorable des mesures de prévention du risque allergique aient contribué à son maintien au poste et à la stabilisation de sa pathologie.

Ce travailleur, que j'avais rencontré à plusieurs reprises dans le cadre de son suivi, dans le cadre d'études de poste et de visites de laboratoire, avec lequel une relation de confiance semblait être construite, n'a pas pu m'alerter sur les difficultés qu'il a rencontrées et l'impact sur sa santé psychique ? Nous pouvons faire l'hypothèse que l'envahissement psychique était tel qu'il n'a pas pu/su demander de l'aide, ni auprès de son mé-

decin traitant ni auprès du service de santé au travail. Le soutien de son épouse, lui aurait, dit-il, permis de ne pas sombrer. Ce sont les manifestations somatiques qui l'ont conduit finalement à consulter son pneumologue.

Je n'ai pas insisté sur la verbalisation de son vécu de cette période car j'ai perçu que la question de la stabilisation de son asthme était la demande prioritaire. Il exprimait le besoin de « tourner la page » par rapport à cet épisode douloureux de deux ans. On peut faire l'hypothèse cependant que décompensation asthmatique et déconstruction de son équilibre psychique sont dans son cas, intimement liés et que cet épisode de deux ans de sa vie professionnelle va laisser des séquelles sur sa santé et sur la poursuite de sa carrière.

L'histoire nous illustre à nouveau l'intérêt de rencontres régulières avec un professionnel de santé au travail tout au long de la carrière, et pas seulement à l'âge charnière de mi-carrière défini par la réglementation. Dans le cas de ce travailleur, le décrochage a eu lieu à 57 ans, dans un contexte de rupture de confiance avec sa hiérarchie.



QUELQUES OBSERVATIONS ISSUES DE SEIZE ANNÉES DE PRATIQUE EN CONSULTATION « SOUFFRANCE ET TRAVAIL »

Victorine ROURE

À l'issue d'une consultation « Souffrance et travail », le médecin du travail rédige un courrier ainsi libellé, courrier transmis en version PDF (après sa relecture par le patient pour validation des faits relatés), version que le patient choisira de remettre ou pas à l'un ou l'autre des médecins intervenant dans son suivi.

À la fin de chaque courrier il est fait référence au rapport Gollac(1) (avec copie du résumé du rapport Gollac). Cette référence qui ne sera rapportée qu'avec la dernière observation a sans doute eu un effet protecteur d'éventuelles poursuites par le Conseil de l'Ordre des Médecins, puisque je ne suis pas le médecin du travail de ces patients.

.....

1- Rapport Gollac : <https://travail-emploi.gouv.fr/mesurer-les-facteurs-psycho-sociaux-de-risque-au-travail-pour-les-maitriser>

MADAME H., INFIRMIÈRE AGENT DES HÔPITAUX PUBLICS

À l'attention du médecin traitant, du médecin de prévention, du médecin expert du Comité Médical ou de la Commission de réforme.

J'ai reçu dans le cadre du réseau « Souffrance et travail », le 11 janvier dernier, Mme H., née en 1987, infirmière diplômée, agent des hôpitaux publics en arrêt maladie depuis fin septembre 2016 .

Infirmière en Algérie, Madame H. est arrivée en France en 2007 et a dû donc passer le concours d'entrée à l'IFSI(1) et repasser son diplôme sans aucune dispense. Elle a choisi de travailler dans la fonction publique et a intégré en octobre 2013, le service où elle est actuellement (médecine interne gériatrique). Elle y avait fait un stage intéressant, avait apprécié l'équipe et l'encadrement. Ce service initialement localisé à X (25 lits) a été agrandi (40 lits), déplacé à Y. Un changement d'organisation du travail a été fait : choix

.....

1- IFSI : Institut de Formation En Soins Infirmiers

de travail en binôme (une aide-soignante et une infirmière pour 10 lits) avec des rotations sur l'ensemble des 40 lits et des changements de binôme. Il y a en tout 16 IDE et 16 AS. L'équipe de nuit est indépendante. Le week-end, le binôme est fixe. Mme H. dit avoir été favorable au travail en binôme, tout en entendant des collègues IDE réticentes à ce mode d'organisation et en sachant que certaines AS ne sont pas formées au travail en binôme.

Le **conflit professionnel** (conflit de règles de métier) à l'origine des problèmes de santé de Mme H. remonterait au 7 juin 2015 (un week-end) Mme H. travaillait ce samedi en binôme avec une aide-soignante. Mme H. avait dû appeler l'interne pour une urgence (patiente avec un taux d'hémoglobine à 5 g/l, difficile à piquer) à qui il fallait transfuser deux culots ; Mme H. estimait que cette patiente était prioritaire et l'aide-soignante contestait cette urgence en disant « Faut refuser les prescriptions médicales urgentes, tu papillonnes dans le service. » L'interne avait confirmé l'urgence. Le secteur était lourd et l'après-midi était

assuré par une infirmière intérimaire. Pour l'aide-soignante la priorité c'était d'avoir l'aide de Mme H. pour faire une toilette intime.

Le lendemain matin, une collègue IDE à qui Mme H. s'était confiée, a demandé à l'aide soignante de changer de binôme et de venir avec elle, l'aide-soignante aurait refusé. Le lendemain après la relève, Mme H. lui aurait proposé de parler. « *Elle criait et m'insultait sur mes compétences, mais aussi tu es une racaille, tu as grandi dans les banlieues* » dans la salle de pause. L'aide-soignante aurait menacé Mme H. avec un couteau.

Mme H. a fait un signalement d'incident, a consulté son médecin le 10 juin 2015 et a eu un arrêt maladie du 10 au 15 juin 2015 ; elle a adressé un courriel au cadre et au cadre supérieur.

Dans les suites, cette dispute professionnelle n'a pas été reprise par l'encadrement alors qu'elle aurait pu servir à discuter sur les aléas du travail pouvant entraîner des tensions (professionnelles) entre les deux métiers du binôme.

Mme H. a demandé à ne plus être en binôme avec cette aide-soignante, ce qui n'a pas été respecté dans le temps et a provoqué des troubles paniques chez Mme H. Au contraire, un rendez-vous a été programmé le 29 juin 2016, soit un an après les faits avec la cadre, l'infirmière coordinatrice, le DRH, le directeur des soins pour une « médiation ultime ».

Actuellement Mme H. présente des troubles anxieux, des crises d'angoisse, des phénomènes d'évitement, évocateurs de stress post-traumatique. Elle est en arrêt de travail. Cet état de santé est sans doute plus en relation avec le traitement administratif tardif d'un conflit de métier, qui aurait dû être traité rapidement par le cadre de proximité.

Il apparaît que l'arrêt de travail actuel est en relation avec l'agression du 7 juin 2015 et relève d'une prise en charge au titre d'accident de service.

MADAME G., INDUSTRIE DE LA PLASTURGIE

À l'attention du médecin traitant, du médecin du travail, du médecin psychiatre, du médecin conseil.

J'ai reçu le 18 septembre dernier dans le cadre du réseau régional « Souffrance et travail » Madame G. née en 1984, qui a consulté sur vos conseils.

Titulaire d'un BEP vente, elle a travaillé dès l'âge de 18 ans en magasins de vente (chaussures puis habillement). Elle choisira de démissionner après la naissance de son premier enfant en 2004, pour ne plus travailler le week-end, pour préserver sa vie familiale. Elle recherchera alors du travail dans l'industrie. Ce sera la plasturgie comme opératrice de production, en intérim. Elle travaillera en équipe du matin fixe puis en équipe de nuit. Elle aura deux autres enfants nés en 2009 (suivi d'un congé parental de trois ans) et 2012 (suivi d'un congé parental de un an).

Le 14 janvier 2013, elle intègre, à un poste d'opératrice de production intérimaire, l'entreprise qui l'emploie actuellement. Cette intégration sera difficile car une organisation se met en place, testée sur les travailleurs intérimaires, à qui il est demandé de s'occuper de deux presses, alors que les salariés en CDI ne s'occupent que d'une presse. Intérimaire, elle n'a guère le choix, même si surveiller deux presses simultanément est difficile.

Trois mois plus tard, le responsable de production lui propose un nouveau poste « animation, amélioration continue », ergonomie des postes de travail, mise à jour de documents, suivi production. La formation se fait en interne. Elle travaille dans le même bureau que le chef de production qui répond volontiers à toutes ses questions. Ce travail est intéressant, Mme G. apprend des choses nouvelles (ce qui est toujours positif en termes de santé). Elle travaille en horaires de journée. Dans un premier temps, cette promotion ne facilite pas ses relations avec les salariés de l'atelier de production.

Le jeune ingénieur process, responsable de production qui avait promu Mme G., va choisir de démissionner, « car on ne l'écoute plus ». Le directeur de site est aussi écarté.

En septembre 2014, arrive le nouveau responsable de production qui assure également la direction du site. Ce nouveau directeur promeut Mme G. qui passe d'animatrice de production à assistante support production. Ce nouveau directeur ne partage pas le bureau de Mme G., contigu à l'atelier. Il viendrait du secteur de la logistique et n'aurait pas d'expérience dans la production.

Mme G. doit assumer de nouvelles tâches, sans formation (malgré ses demandes) : en particulier des tâches RH en lien avec la production, gestion des effectifs du personnel intérimaire en fonction de la

production, réponse aux salariés en CDI, enregistrement des accidents de travail sur le registre (site de 100 salariés avec plus de 50 % d'intérimaires). Elle ne bénéficie d'aucun soutien technique et ne reçoit pas de réponse aux problèmes qu'elle soulève (elle se retrouve donc dans la situation qui a conduit l'ancien chef de production à démissionner) : six salariés sur douze dans l'équipe de nuit sont en arrêt maladie, le taux de non-conformité a été multiplié par cinq depuis début 2015. Les problèmes concrets de production que Mme G. connaît de par son expérience d'opératrice, lui sont remontés par les opérateurs, mais elle n'est pas entendue. Pour son chef, *« ce qui compte, c'est le chiffre d'affaires, le taux de rebus, la diminution du coût de la main d'œuvre »*.

Ne partageant pas le même bureau que Mme G., il ne voit pas travailler cette dernière et ne connaît donc pas réellement son poste de travail. Une grande partie du travail (écouter et analyser les demandes des salariés concernant les problèmes concrets de production y compris des problèmes machines sur les presses, gérer le recours aux intérimaires) est totalement invisible ; pourtant ce travail est indispensable à la bonne marche de l'atelier et le faire bien est essentiel pour Mme G. ; elle a été intérimaire, elle sait ce que la précarité signifie. En même temps, il faut suivre les commandes pour maintenir l'activité des intérimaires. Ayant été ouvrière de production elle sait repérer des défauts machines et comprend les demandes légitimes de la production (avoir des outils en bon état pour faire un travail de qualité).

Aucun reproche n'a été fait à Mme G. sur son travail. Elle fait le point tous les jeudis avec le directeur mais n'a pas de réponse aux questions concrètes qu'elle pose. Elle a donc annoncé qu'elle souhaitait une rupture conventionnelle. Il lui a été proposé par la DRH de démissionner.

Alors que jusqu'à septembre 2014, ce poste de travail a été constructeur pour la santé de Mme G., il est devenu source d'atteinte à la santé : vomissements et diarrhée avant d'aller au travail, difficultés familiales avec répercussion sur ses enfants et son mari.

Le nouveau contexte organisationnel est indiscutablement à l'origine des problèmes de santé de Mme G.

MONSIEUR A., RESPONSABLE QUALITÉ

À l'attention du médecin traitant, et/ou du médecin du travail, et/ou du médecin conseil

J'ai reçu le 29 juillet dernier, dans le cadre du réseau « Souffrance et travail », Monsieur A. 58 ans, responsable qualité d'une entreprise de tôlerie industrielle, créée en 1933, dans laquelle il est entré en 1982 à l'âge de 23 ans. Il a commencé à un poste d'opérateur sur presse, a appris le réglage puis a assuré le suivi de production jusqu'en 1985. De 1986 à 1989, il s'est occupé des approvisionnements. De 1989 à 2016, il a été acheteur.

L'entreprise a été rachetée à plusieurs reprises : 1998, 2008, 2017 (groupe italien). Sur le site de M. travaillent environ 70 personnes. La majorité des fonctions connexes sont sur un site d'un autre département de la région. N'ayant pas de clause de mobilité Monsieur A. a pu rester sur le même site en acceptant un poste de responsable qualité en 2017.

Il me dit ne pas avoir reçu de réelle formation pour tenir ce poste (deux jours). Le responsable qualité du groupe est venu sur son site une journée par quinzaine. Il n'a pas eu non plus de formation au management.

Compte tenu du travail en 3x8, jusqu'à fin 2017 il y avait deux techniciens qualité sur le site pour répondre aux exigences des clients (aéronautique, médical, fabricant de camions, etc.).

La trajectoire antérieure de Monsieur A. lui avait permis d'être très à l'aise lors de son travail d'acheteur. Au poste de responsable qualité il a dû se former à « l'univers des normes », apprendre à écrire des procédures. Tous les incidents de production sont gérés par des procédures. C'est le responsable qualité « qui décidera si besoin de faire une pièce en mode dégradé ».

Il y a également des procédures de certification à intervalles réguliers qui durent une semaine. Il décrit un service « qualité » toujours sous pression. *« Régulièrement des techniciens intérimaires sont recrutés, en général peu expérimentés : un technicien est en arrêt maladie. En production il y a environ un tiers d'intérimaires recrutés sans formation. Les soudeurs ne restent pas. »* Monsieur A. dit passer beaucoup de temps à former les nouveaux.

Monsieur A. se décrit comme un salarié exigeant sur la qualité du travail « *Je suis chiant au travail.* », « *C'est moi qui trouvais la non qualité.* »

Au printemps dernier, lors d'une opération de contrôle de pièces, le technicien chargé du contrôle s'est trompé et c'est Monsieur A. qui a été sanctionné d'un avertissement avec mise à pied d'un jour. Il a pu prouver sa bonne foi mais la direction a refusé de lever cette sanction. Pour faire retirer cette sanction il n'a pas d'autre possibilité que de s'adresser au conseil de prud'hommes et donc d'entrer en conflit avec sa direction. Il a été très ébranlé et ne peut plus croire à la loyauté de sa direction. Il est en arrêt de travail depuis le 16 mai et sous traitement antidépresseur : « *Ça m'a détruit.* »

Il savait qu'en son absence beaucoup de choses n'avaient pas été faites, pour préparer la recertification XXX de la fin d'année et appréhendait de reprendre le travail mi-août. Il a tenté cette reprise mais des manifestations anxieuses ont interdit cette reprise. Il n'avait jamais envisagé d'arrêter de travailler si tôt et restait très motivé par son poste.

Il est certain que Monsieur A. ne pourra reprendre le travail dans cette entreprise où on ne lui fait plus confiance. On peut faire l'hypothèse que son souci d'une vraie qualité, bien différente de la « qualité papier » des normes l'a desservi.

Son arrêt de travail doit être prolongé. D'ici quelque temps, une inaptitude médicale pourrait être proposée par le médecin du travail, sa demande de rupture conventionnelle n'ayant pas reçu de réponse.

MONSIEUR S., PROFESSEUR EN LYCÉE PROFESSIONNEL

À l'attention du médecin traitant et/ou du médecin psychiatre et/ou du médecin du travail et/ou du médecin conseil et/ou du médecin expert

J'ai reçu le 11 mars dernier M. S., 51 ans, professeur d'Arts Appliqués en lycée professionnel. Dernier d'une fratrie de quatre enfants, M. S. a eu très tôt le goût du dessin. Gaucher contrarié, sa scolarité à l'école élémentaire n'a pas été simple. En section A3 au lycée, il s'est senti bien. Il intégrera ensuite l'école des Beaux-Arts.

Parallèlement il est entré tôt dans la vie active, en aidant, puis en remplaçant (à l'âge de 15 ans) sa mère

malade qui tenait un bar. Il a eu ses premiers cachets liés à son travail graphique à 17 ans. Pendant ses études supérieures, il travaille comme réceptionniste de nuit dans un hôtel, mais aussi comme caissier dans une grande surface le samedi, chroniqueur sportif pour un journal le dimanche, journal pour lequel il fera aussi des illustrations.

Alors qu'il postulait pour un poste de surveillant, avec le projet de faire une bande dessinée et de la peinture, un poste de maître auxiliaire lui est proposé en lycée professionnel en 1992. Il a alors 23 ans ; il est maître auxiliaire à R. en lycée professionnel. Il est seul enseignant dans cette spécialité. L'année suivante, dans un lycée professionnel à C., il a une collègue. Pendant les sept ans où il est maître auxiliaire, il fait trois semaines de stage par an et les échanges professionnels lors de ces stages sont très formateurs. Il ne garde pas un bon souvenir d'une année effectuée en collège, « *Ce sont des bébés.* »

En parallèle, M. S. continue des illustrations pour des magazines dans le domaine du snow-board et du surf.

Titularisé en septembre 2000, il opte pour le lycée professionnel de T. où il reste jusqu'en 2019. Il est le seul professeur d'Arts Appliqués (15 classes) mais entretient de très bonnes relations avec ses collègues professeurs d'atelier (mécanique, électricité, menuiserie) qu'il rejoint parfois parce qu'il s'intéresse à ces différentes spécialités.

M. S. s'adapte facilement à chaque nouvelle direction (tous les trois à quatre ans) mais note une dégradation progressive des conditions de travail avec des demandes d'évaluation pour chaque élève, de moins en moins de formation. Jusqu'en 2019, M. S. n'a que de bons souvenirs de l'enseignement en lycée professionnel et des relations avec ses pairs.

Simultanément, il restaure la maison de ses grands-parents dans un autre département (rachetée en 2001), pendant les vacances scolaires. En 2019, il demande sa mutation pour venir s'installer dans ce département. Il est nommé dans un lycée professionnel où il y a plus de filles (section assistance à la personne, section gestion administration.)

Lorsqu'il rencontre la directrice de l'établissement en juin 2019, celle-ci lui dit « *avoir accompagné la professeure précédente, qui se laissait molester par les élèves, pour déposer plainte à la gendarmerie.* »

Il choisit alors d'informer la directrice sur ses pratiques professionnelles : en début d'année, il exclut de son cours avec une lettre motivée tout élève qui ne respecte pas le cadre de travail (discipline, défaut de matériel, propos inadaptés et insultants, etc.) L'élève est réintégré après rédaction d'une lettre d'excuse mentionnant les comportements ou propos qui ont motivé l'exclusion. En principe au bout de un mois et demi, les élèves ont compris et accepté les règles.

L'équipe de vingt professeurs a de l'ancienneté. Un professeur de français et le CPE(2) lui semblent hostiles. Quand il rentre en salle des professeurs, le silence s'installe et les professeurs lui tournent le dos. On lui aurait même reproché sa prise en mains des classes « *maintenant, c'est dans nos cours que les élèves se tiennent mal* » ; comme si le professeur d'Art Appliqué avait la fonction de bouc émissaire.

Sans qu'il le sache, à chaque exclusion, le CPE fait écrire à l'élève, une lettre qui est une lettre à charge contre lui et organise une réunion de ces élèves pour collecter les reproches qu'elles font à M. S.

Une inspection de deux heures sera demandée au retour des vacances de la Toussaint, ce qui ne serait pas habituel quand un professeur vient d'arriver dans un établissement. Cette hostilité émanant de l'administration de l'établissement et de ses collègues affecte M. S. qui se retrouve isolé professionnellement. Il annonce d'abord à la principale qu'il refuse l'inspection et lui demande de téléphoner à l'inspecteur en disant que « *cette inspection le stresse* ». La principale lui aurait alors suggéré « *de se mettre en arrêt maladie* ».

L'inspection a lieu, se passe bien. L'inspecteur précisera « *Je viens ici parce que la directrice a demandé une inspection, parce que vous êtes raciste, voire insultant, que vous refusez les AESH.* » M. S. précise qu'il a refusé les AESH pour le premier cours où il fait la connaissance des élèves. Le rapport d'inspection reçu au bout d'un mois est favorable.

Le lendemain de l'inspection, alors que M. S. se prépare à retourner au travail, une « diarrhée motrice » l'amène à consulter son médecin. Il aura deux semaines d'arrêt maladie à partir du 25 novembre. Il reprend le travail quinze jours avant les vacances de Noël. La direction a

.....
2- Conseiller Principal d'Éducation

adressé au rectorat une lettre recommandée, parlant de « gestes équivoques ». Il est convoqué chez le DRH le 22 janvier. Il se fait accompagner par un témoin de moralité, le maire du village où il habite qui le connaît depuis 19 ans. L'entretien ne se passe pas bien avec « menace et intimidation ».

Depuis cette date, M. S. n'a pu reprendre le travail, il suit pour la première fois un traitement anxiolytique et antidépresseur.

L'isolement professionnel, l'absence de pairs, l'absence de soutien social des collègues et de la hiérarchie (voire l'hostilité) me permettent de penser que M. S. ne peut pas reprendre le travail dans cet établissement. Il est nécessaire que son arrêt de travail en CMO (congé maladie ordinaire) soit prolongé par une demande de CLM (congé longue maladie) jusqu'à la fin de l'année scolaire.

On peut faire l'hypothèse que l'autorité professionnelle de M. S. (qui a su s'imposer rapidement dans les classes et que l'inspection a validé) et sa notoriété reconnue par d'autres professionnels (bande dessinée, graphisme d'objets publicitaires ou de matériel sportif) ont déstabilisé l'équipe de professeurs soudain privée d'un bouc émissaire. Ce que rapporte M. S. évoque une équipe en souffrance professionnelle arc boutée sur des « idéologies défensives », interdisant l'accueil d'un nouveau collègue qui ne se résigne pas à la fonction de bouc émissaire.

MADAME E., PROFESSEURE DES ÉCOLES

Mme E. a réussi le concours de professeur des écoles en 1997, alors qu'elle vient de suivre un cursus d'études économiques (Bac +5). Elle suit ensuite l'année de formation à l'IUFM(3) qui comporte trois grands stages en responsabilité et commence à travailler en 1998 : pour cette première année, elle complète deux mi-temps (un en CM2, un en CE1-CE2). Ce sera une année intense, car aux trois niveaux de classe s'ajoutent les déplacements, mais une année qui la conforte dans ce choix professionnel, avec une bonne coopération avec ses deux binômes.

Son premier enfant naît en mai 2000 et Mme E. fait la rentrée de septembre dans un dispositif CLIS(4) avec

.....
3- IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maîtres auxquels ont succédé en 2013 les Écoles Supérieures du Professorat et de l'Éducation (ESPE)

4- CLIS : Classe pour l'inclusion scolaire, devenues ULIS

une classe de douze élèves avec des handicaps mentaux et comportementaux. Mme E. décrit une année très formatrice où elle travaille aussi à l'intégration de la classe dans l'école ; elle aurait aimé conserver ce poste mais n'avait pas encore le diplôme nécessaire.

Pendant quinze ans Mme E. sera institutrice dans différentes écoles maternelles (beaucoup de grande section maternelle), en REP(5) le plus souvent. Elle sera aussi directrice dans certaines de ces écoles. Elle aime le travail de direction et d'animation.

Une de ces années de direction sera difficile : elle arrivait dans une école et en avait accepté la direction. Il y avait beaucoup de problèmes de poux. Elle avait réuni les ATSEM(6), invité les parents et demandé au médecin scolaire de venir et ses collègues, qui ne lui parlaient pas, n'avaient pas transmis l'information aux familles. Mme E. choisira alors de demander un autre poste pour éviter la dégradation de sa santé.

Elle rejoindra une autre école maternelle de village où elle exercera (avec bonheur) pendant neuf ans.

En parallèle, elle deviendra maître formateur pour adultes : elle allait former des jeunes enseignants qui exerçaient en école primaire et a pu observer des jeunes enseignants qui débutaient le métier dans des classes difficiles.

Mme E. choisira alors de quitter la classe maternelle pour retourner dans une école difficile plus éloignée et avoir des classes élémentaires. Elle décrit une année 2015-2016 très difficile à X., puis une autre année en REP qui l'amèneront à modifier sa façon de travailler.

Parallèlement, Mme E., qui est aussi parent d'un enfant ayant « une scolarité compliquée », est confrontée à ce que vivent d'autres parents « Ça m'a changée. » Sa nouvelle pratique s'avérera plus adaptée aux enfants : « Ce sera une année super. » Utilisation de fiches plastifiées en maths et français, où l'on peut effacer et recommencer.

Elle demande alors un poste de conseillère pédagogique. Elle n'a plus de classe et travaille avec les enseignants. Le conseiller pédagogique dépend de l'inspecteur. Il y a habituellement deux conseillers

.....

Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

5- REP : Réseau d'Éducation Prioritaire

6- ATSEM : Agent Technique Spécialisé d'École Maternelle.

pédagogiques par circonscription. Dans la sienne ils sont trois. Le conseiller pédagogique forme les enseignants (dans les classes), prépare et assure des animations pédagogiques, avec des missions autour des élèves difficiles et des liens avec les familles. Pendant trois années scolaires tout s'est bien passé pour Mme E., même si on n'a pas de retour immédiat sur le travail effectué et si cela induit des questionnements (grande différence avec le travail en classe) ; ce qui explique peut-être qu'une de ses collègues ait repris une direction d'école).

Depuis septembre 2021, une nouvelle collègue est arrivée, et les rapports se sont dégradés au sein de la petite équipe de trois conseillers pédagogiques : Mme E. se sent mise à l'écart du travail collectif, même si elle tient à jour l'agenda partagé et évite le télétravail pour rester intégrée au collectif. Elle perçoit une réticence de ses deux collègues à échanger avec elle, y compris pour des préparations collectives d'animations pédagogiques.

Progressivement, des troubles anxieux sont apparus, avec « sensation de boule au ventre » avant la réunion hebdomadaire de l'équipe, difficultés de concentration pendant ces réunions avec le besoin de tout noter, difficultés à prendre la parole. Ces troubles anxieux disparaissent quand Mme E. intervient seule dans les écoles. Lors de l'évaluation de fin d'année l'inspecteur lui a dit « J'ai l'impression que tu ne te sens plus légitime. »

Mme E. est actuellement en arrêt maladie depuis qu'un lundi matin elle n'a pas pu retourner au travail. Elle garde un sommeil de qualité (et a sans doute été soutenue par le traitement antidépresseur qui était déjà suivi).

Le maintien dans cette équipe de conseillers pédagogiques n'est pas possible sans risque pour la santé de Mme E. Elle a d'autres alternatives professionnelles envisageables pour lesquelles elle va postuler :

- ♦ conseillère pédagogique dans une autre circonscription ;
- ♦ retour dans une classe en demandant un poste de maître formateur.

Je pense qu'il est nécessaire de prolonger l'arrêt de travail de Mme E. jusqu'au résultat du mouvement, à

partir de là elle pourra se projeter dans l'avenir et reprendre le travail.

On peut faire l'hypothèse que Mme E. qui a choisi de changer assez régulièrement d'établissement pour multiplier les expériences mais qui a dû aussi s'occuper comme maman de son propre enfant en difficultés scolaires a développé des savoirs professionnels particuliers qui déstabilisent ses collègues.

**RÉSUMÉ RAPPORT GOLLAC,
RÉFÉRENCE ACTUELLE SUR LES RPS
(RISQUES PSYCHOSOCIAUX)**

Les facteurs psychosociaux de risque au travail mis en évidence par la littérature scientifique peuvent être regroupés autour de six axes. Ils sont relatifs à l'intensité du travail et au temps de travail, aux exigences émotionnelles, à une autonomie insuffisante, à la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, aux conflits de valeurs et à l'insécurité de la situation de travail.

La mesure de l'intensité du travail et du temps de travail englobe les notions de « demande psychologique » (opérationnalisée par le questionnaire de Karasek), « d'effort » (opérationnalisée par le questionnaire de Siegrist).

L'intensité et la complexité du travail dépendent des contraintes de rythme, de l'existence d'objectifs irréalistes ou flous, des exigences de polyvalence, des responsabilités, d'éventuelles instructions contradictoires, des interruptions d'activités non préparées et de l'exigence de compétences élevées. Le temps de travail influe sur la santé et le bien-être par sa durée et son organisation.

Les exigences émotionnelles sont liées à la nécessité de maîtriser et façonner ses propres émotions, afin notamment de maîtriser et façonner celles ressenties par les personnes avec qui on interagit lors du travail. Devoir cacher ses émotions est également exigeant.

L'autonomie au travail désigne la possibilité pour le travailleur d'être acteur dans son travail, dans sa participation à la production de richesses et dans la conduite de sa vie professionnelle. Comme la « latitude décisionnelle » du questionnaire de Karasek, elle inclut non seulement les marges de manœuvre, mais aussi la participation aux décisions ainsi que l'utilisation et le

développement des compétences. La notion d'autonomie comprend l'idée de se développer au travail et d'y prendre du plaisir.

Les rapports sociaux au travail sont les rapports entre travailleurs ainsi que ceux entre le travailleur et l'organisation qui l'emploie. Ces rapports sociaux doivent être examinés en lien avec les concepts d'intégration (au sens sociologique), de justice et de reconnaissance. Ils ont fait l'objet de modélisations partielles, dont les mieux validées sont le « soutien social » (modèle de Karasek et Theorell), « l'équilibre effort-récompense » (modèle de Siegrist) et la « justice organisationnelle ». Les rapports sociaux à prendre en compte comprennent les relations avec les collègues, les relations avec la hiérarchie, la rémunération, les perspectives de carrière, l'adéquation de la tâche à la personne, les procédures d'évaluation du travail, l'attention portée au bien-être des travailleurs. Les pathologies des rapports sociaux comme le harcèlement moral, doivent être prises en compte.

Une souffrance éthique est ressentie par une personne à qui on demande d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles. Le conflit de valeurs peut venir de ce que le but du travail ou ses effets secondaires heurtent les convictions du travailleur, ou bien du fait qu'il doit travailler d'une façon non conforme à sa conscience professionnelle. L'insécurité de la situation de travail comprend l'insécurité socio-économique et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail. L'insécurité socio-économique peut provenir du risque de perdre son emploi, du risque de voir baisser le revenu qu'on en tire ou du risque de ne pas bénéficier d'un déroulement « normal » de sa carrière. Des conditions de travail non soutenables sont aussi génératrices d'insécurité. Des incertitudes susceptibles de créer une insécurité peuvent aussi porter sur l'avenir du métier ou l'évolution des conditions de travail. De telles craintes peuvent être motivées par l'expérience de changements incessants ou incompréhensibles.

Tous ces risques existent aussi bien pour les travailleurs salariés que pour les travailleurs non-salariés, bien qu'ils prennent des formes différentes.

LA PRÉVENTION

SELON LE STATUT DANS L'EMPLOI

EXEMPLE D'EXPOSITION AU CHROME 6

DANS UN ATELIER D'ENTRETIEN D'ENGINS FERROVIAIRES

Hervé LE SCAO

Je suis informé par courriel par une jeune responsable Qualité Sécurité Environnement, affolée, d'une exposition à un cancérogène dans l'atelier. Elle me demande des ordonnances pour le dosage du chrome 6 pour tout le personnel de l'atelier, CSE et direction en copie de la demande. Du chrome 6 a été découvert dans un autre atelier de l'entreprise sur les capots d'engins (retrouvé par test de coton tige sur capots moteur diesel MTU - résultat non fourni).

Dans l'atelier de l'agence locale, des intérimaires ponceurs ont eu à poncer des capots de locos anciennes peints en orange. Des prélèvements ont été effectués autour des postes de travail et un périmètre contaminé a été délimité. Remontée de l'information et injonction réitérée au médecin du travail.

L'analyse réelle du travail à posteriori retrouve deux intérimaires ponceurs avec ponceuses avec aspiration et munis d'équipements de protection individuels adaptés (combinaison, masque à cartouche et adduc-

tion d'air). **Deux mécaniciens intérimaires** d'une autre entreprise travaillent à deux mètres des ponceurs avec pour seuls EPI des masques de protection Covid. Qui leur a donné cette mission ?

La directrice des quatre ateliers français de l'entreprise affirme que les ponceurs n'ont pas de soucis de santé.

Je propose un dosage urinaire à l'ensemble des acteurs proches du ponçage et aux personnes volontaires de l'atelier. Je demande à voir en visite les intérimaires. À partir de bribes d'information, je dois chercher par moi-même leurs coordonnées auprès des deux entreprises d'intérim. Ces deux mécaniciens souffrent notamment de saignements nasaux et d'obstructions nasales depuis le début de la mission et changent de gants quotidiennement.

Le rendez-vous est pris auprès d'un laboratoire local pour les prélèvements d'urine. Quinze flacons sont demandés au laboratoire, pour les quatre protagonistes proches du ponçage et les volontaires de l'atelier.

Plus de la moitié de ces volontaires ne se présentent pas au laboratoire. Les ponceurs ont des valeurs inférieures au seuil limite ainsi que tous les volontaires de l'atelier. Les deux mécaniciens ont dépassé ces seuils, chromurie dosée deux semaines après l'arrêt du ponçage. Je les convoque en visite, déclare la maladie professionnelle et les informe sur l'interdiction d'exposition des intérimaires aux produits cancérigènes (le chrome 6). Je leur propose d'informer le médecin de l'entreprise d'intérim. Je n'ai pas d'opposition. Contactés plus tard, l'un d'eux a contracté un diabète.

Confronté à plusieurs reprises à des référents qualité-sécurité débutants, j'ai pris du recul pour appréhender les situations de travail.

Pour chercher le risque et les personnes exposées :

- ◆ Remonter la chaîne de sous-traitance à l'envers en commençant par les intérimaires dont certains ne sont pas connus de l'employeur (ou dont le risque est nié).
- ◆ Rechercher en premier les personnes dont la présence dans l'aire du risque est la plus fréquente. Vérifier le respect de la logique de prévention (art. L.4121-1 et L.4121-2 du Code du travail).

- ◆ Proposer largement des dépistages, le volontariat éliminera les personnes non concernées.
- ◆ Recevoir les intérimaires pour connaître leurs conditions de travail réelles et les examiner.
- ◆ À l'issue du dépistage, leur donner tous leurs droits, leur proposer d'informer le médecin du travail de l'entreprise d'intérim ou leur médecin traitant.
- ◆ Et les informer le cas échéant du niveau de gravité de l'absence de prévention, La faute inexcusable double leur indemnisation en maladie professionnelle.

RÉFÉRENCES

- ◆ Faute inexcusable :
L.4154-2 et L. 4154-3 du Code du travail
L.431-2 du Code de la sécurité sociale
- ◆ Travaux interdits aux salariés en contrats à durée déterminée ou en intérim
Article L.4154-1 et Article D.4154-1 du Code du travail, alinéa 22 métaux durs
- ◆ Suivi par le médecin de l'entreprise utilisatrice
Article R.4625-14 du Code du travail
- ◆ Maladie professionnelle N°10 : Ulcérations et dermites provoquées par l'acide chromique, les chromates et bichromates alcalins, le chromate de zinc et le sulfate de chrome
Index biologique d'exposition chronique - tests urinaires
https://www.inrs.fr/publications/bdd/biotox/dosage.html?reFinRS=Dosage_23



LA PRÉVENTION SECONDAIRE DES CANCERS PROFESSIONNELS EN PÉRIL

Alain CARRÉ

INTRODUCTION

LA PRÉVENTION EN CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

La prévention des maladies professionnelles, dont les cancers professionnels, est un des axes de déploiement de la clinique médicale du travail.

La **prévention primaire**, c'est-à-dire le repérage et l'élimination du risque est déclinée collectivement par le médecin du travail dans ses actions de mise en visibilité des risques professionnels et d'alerte afin d'éviter toute **altération** de la santé des travailleuses et des travailleurs du fait de leur travail(1).

L'alerte sur le risque accompagnée de conseils pour l'éviter a été formalisée par l'article L.4624-9 du Code du travail. Toutefois ce signalement avait été précédé de longue date (1989) par l'obligation de rédaction d'une « fiche d'entreprise » mise à jour et comportant les risques existants et les postes concernés.

Ce signalement collectif est aussi individuel : lors de la visite d'embauche le médecin du travail ou l'infirmier du travail doit informer la nouvelle travailleuse ou le nouveau travailleur des risques existants à son poste de travail et des moyens de s'en protéger(2).

.....

1- Article L.4622-3 du Code du travail

2- Articles R.4624-11 et R.4624-24 du Code du travail

La **prévention tertiaire** est la dernière étape préventive : le mal est fait, la maladie professionnelle survient. La prévention primaire ayant été ignorée ou inefficace, le risque, qu'il aurait fallu prévenir, a été à l'origine d'une maladie d'origine professionnelle. Dans la mesure où il ne peut ignorer le risque qui en est à l'origine, le devoir déontologique du médecin du travail(3) est d'accompagner la victime dans la légitime déclaration de cette maladie d'origine professionnelle. Dans mon expérience de cinquante années d'exercice, peu de médecins du travail assument ce devoir. Nous reviendrons sur les raisons de cette attitude.

LA PRÉVENTION SECONDAIRE SA DESTRUCTION PAR LE LÉGISLATEUR

LA PRÉVENTION SECONDAIRE

C'est-à-dire le dépistage le plus précoce possible d'une maladie due au travail est dans l'exercice du médecin du travail un pis-aller. En effet, dans le monde réel, malgré des alertes du médecin du travail, quand elles existent, ou celle des préposés à la prévention de l'employeur, la prévention primaire est, pour ce dernier, l'objet d'un calcul économique coût-bénéfice.

.....

3- Articles 50 et 95 du Code de déontologie médicale

Cela signifie, en particulier pour les cancérrogènes, que si le process industriel est lié de façon intrinsèque à l'utilisation de cet agent chimique dangereux(4) et notamment des cancérrogènes, ou encore que la prévention du risque serait trop coûteuse, la prévention primaire va être oubliée ou remplacée par une toile peinte de conseils sur « le comportement individuel approprié » ou la mise en œuvre de moyens (protection individuelle par exemple) qui n'éliminent pas totalement le risque.

Cette prévention secondaire par les médecins du travail a été formalisée dans le Code du travail dans trois situations distinctes : le suivi des expositions, et plus récemment, la surveillance post-exposition et la surveillance post-professionnelle.

Ainsi :

- ◆ L'article R.4624-35 du Code du travail permet au médecin du travail de mettre en œuvre des examens de surveillance de la travailleuse ou du travailleur soumis à des risques.
- ◆ L'article L.4624-2-1 du Code du travail évoque la possibilité d'une surveillance post exposition pour les travailleuses et les travailleurs ayant été exposés aux risques, y compris dans d'autres entreprises, mais dont l'exposition a cessé(5).
- ◆ Les articles R.4624-28-1 à R.4624-28-3 du Code du travail, récemment promulgués, traitent précisément des dispositions pour la surveillance post exposition et post professionnelle et dans ce dernier cas abrogent les dispositions antérieures(6) en mettant en place notamment une visite autrefois désignée sous le terme de « visite de fin de carrière » avant l'élargissement du processus.

Le processus est le suivant dans ce cadre :

- ◆ La fin de carrière (départ en retraite)⁷ est signalée au service médical du travail par l'employeur, c'est ce service qui convoque le ou la salariée afin que le médecin du travail réalise cette visite.

.....

4- La très récente mise en lumière de l'utilisation de l'hexane pour l'extraction des huiles végétales alimentaires en est un exemple.

5- Article L 4624-8 du Code du travail sur le dossier médical

6- Abrogation de l'article R 461-25 du Code de la Sécurité sociale remplacé par un article R.461-23 qui confirme les dispositions du Code du travail.

7- Ce signalement de l'employeur survient également s'il estime que le salarié ou la salariée n'est plus exposé à un ou plusieurs risques ou dès lors que l'intéressé quitte l'entreprise.

◆ Cette visite débouche sur la rédaction par le médecin du travail « d'un état des lieux » des expositions notamment aux CMR assorti de conseils pour des examens de suivi post-professionnel.

◆ C'est cet état des lieux qui adressé à la CPAM par la retraitée ou le retraité et doit être dûment validé, voire amendé, par le médecin conseil ce qui donnera lieu (ou pas) à la délivrance de prise en charge d'examens de surveillance post professionnelle (SPP).

DU FAIT DE CES DISPOSITIONS LA SURVEILLANCE

POST-PROFESSIONNELLE (SPP) EST DORÉNAVANT EN PÉRIL

La première cause de destruction de la SPP est précisément la promulgation de ces nouvelles dispositions qui tranchent avec les précédentes obligations que portaient l'article D.461-25 du Code de la Sécurité sociale et l'arrêté du 28 février 1995.

Les anciennes dispositions reposaient sur **une double attestation d'exposition celle du médecin du travail (comme l'actuel « état des lieux ») mais également une attestation d'exposition de l'employeur.**

Cette attestation était jusqu'alors la dernière des attestations, à l'exception de celle à l'amiante, du fait de la suppression d'attestation aux agents chimiques dangereux (ACD) en 2012(8), au motif de la création de la « fiche de pénibilité » elle-même abrogée peu de temps après.

Mais il faut remarquer que, théoriquement, l'article R.4412-39 du Code du travail exige la remise au salarié d'une « notice de poste »(9) décrivant les expositions aux ACD et les moyens de se protéger de ces risques. Elle constitue en fait un document fantôme car, à ma connaissance, **jamais** remise au salarié. La devise des employeurs dans ce domaine paraît être « n'avouez jamais ».

Déjà théorique, mais permettant un recours en cas d'absence de remise par l'employeur(10), la responsabilité de l'employeur est désormais limitée à celle de signaler le départ en retraite de la salariée ou du salarié au service médical du travail.

.....

8- Décret n°2012-134 du 30 janvier 2012 tirant les conséquences de la création de la fiche prévue à l'article L.4121-3-1 du Code du travail

9- <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206027>

10- Voir arrêt du 4 décembre 2008 de la cour d'appel de Paris condamnant EDF à attester de façon identique à l'attestation du médecin du travail.

La convocation et la déclaration des expositions *via* l'état des lieux dépendent entièrement de la responsabilité du médecin du travail.

La traçabilité individuelle notamment des risques CMR lors de la fin du contrat de travail n'implique donc plus directement l'employeur.

De plus en cas d'absence d'état des lieux et sans élément convainquant c'est de la décision du médecin conseil que dépendra l'attribution de la SPP. Si celui-ci refuse, il vous faudra saisir la CMRA de la CPAM, et en cas de refus de celle-ci, vous adresser au pôle social du tribunal judiciaire. La SPP est devenue mission impossible !

LA CRISE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL QUAND ATTESTER DEVIENT DANGEREUX

En fait, toutes ces dispositions, absolument indispensables, imposant au médecin du travail de s'impliquer dans les trois domaines de prévention constituent dans l'actuelle réalité un catalogue de doubles injonctions pour les médecins du travail qui les placent en situation de bouc émissaire des responsabilités d'employeur.

Ainsi, l'absence de repérage officiel des risques par le médecin du travail et de ce qu'il est nécessaire de mettre en œuvre pour s'en protéger permettrait en cas d'abstention de prévention par l'employeur, à celui-ci de se retrancher derrière l'éventuelle abstention d'alerte du médecin du travail « qui ne l'avait pas alerté ».

C'est le début de la cascade d'inaction qui va faciliter l'invisibilité des risques professionnels et de leurs effets.

En effet, si le médecin du travail n'avait pas effectué cette alerte de risque :

- ♦ pourquoi et sur quelle connaissance pourrait-il prévenir des risques, les travailleuses et travailleurs concernés ?
- ♦ sur quels éléments prescrirait-il les examens de dépistage des effets de ces risques des exposés ou post exposés ?
- ♦ comment rédigerait-il un « état des lieux » lors d'une visite de fin de carrière ?

Il faut comprendre, ici, que s'il s'avise de franchir la première étape il pourrait être objet de maltraitance par certains employeurs.

En matière de traçabilité empêchée, la volonté de destruction notamment du suivi post-professionnel par les employeurs est compréhensible :

- ♦ En bénéficiant rend difficile la négation des risques qui justifient la SPP.
- ♦ Cela constitue en outre une possibilité de reconnaissance d'une éventuelle maladie professionnelle qui en résulterait.
- ♦ Et un atout de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur.

Il existe actuellement un état de grande détresse de la médecine du travail induit par les réformes réglementaires successives décrites dans des articles précédents (notamment la dernière réforme faisant de la médecine du travail un appui médical au management mais aussi la disparition des CHSCT), il faut y voir également l'effet des menaces générales, relayées par la SFMT, des plaintes d'employeurs, en inflation, auprès des conseils de l'Ordre, vis-à-vis de celles et ceux qui attesteraient.

La double injonction peut être ainsi énoncée :

- ♦ assumer ses devoirs mais être, peut-être, sujet à des représailles ;
- ♦ ou céder à la peur et choisir de se taire au prix de la honte.

Elle débouche parfois sur des défenses inconscientes de cécité sur les risques ou de dénigrement des travailleuses et travailleurs « qui exagère toujours ».

Le résultat est que l'ensemble des devoirs de prévention des médecins du travail sont très souvent en sommeil.

UN EXEMPLE DES DIFFICULTÉS LA SPP DANS LES INDUSTRIES ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES

LA MONTÉE DES PÉRILS : LE CONTEXTE D'UNE MISE EN PLACE D'UNE CONSULTATION DE SPP PAR LES ŒUVRES SOCIALES DU COMITÉ D'ENTREPRISE DES IEG.

L'involution de l'implication à la prévention de la médecine du travail dans les industries électriques et gazières est un exemple de cette situation. Depuis le milieu des années soixante-dix, jusqu'en 2010, le corps professionnel des médecins du travail a joué ce rôle d'alerte favorisé par l'implication de certaines fédérations syndicales dans le domaine de la santé au travail et le caractère d'entreprises nationales de ce secteur.

Par un travail collectif, favorisé par des effectifs par ETP le rendant possible, les médecins du travail ont élaboré, pour chaque poste de ces entreprises des fiches de poste, aidé par un logiciel médical permettant d'affecter les expositions de la fiche de poste à chaque travailleuse et travailleur concerné.

Un tel travail collectif et la solidarité entre les médecins du travail avait découragé les repréailles des employeurs en cas d'alerte de risque.

Cela avait favorisé la mise en place des préventions plus efficaces notamment pour tous les métiers techniques, qui du fait de la nature de ce secteur, **sont presque tous exposés à des cancérogènes à des degrés divers.**

Ainsi le risque est très élevé dans la production et le transport d'électricité et du gaz mais il existe également dans les métiers de la distribution du gaz et de l'électricité. C'est ce que révèle les incidences de cancers des études épidémiologiques sur ce secteur(11) en prenant toutefois en compte que, depuis la privatisation, certains risques sont dorénavant sous-traités

En fait, tout a changé avec la privatisation de ce secteur. On a assisté alors à la mise en place d'un management néolibéral, non seulement responsable d'une épidémie de RPS, mais également uniquement guidé par l'objectif gestionnaire financier.

Dans ce contexte, favorisé par l'affaiblissement de mener des travaux collectifs, comme dans les autres entreprises, dire le risque et en proposer la prévention est devenu de plus en plus difficile. Les ergonomes et les épidémiologistes qui avaient déterminés les risques et leurs effets, ce qui était à l'origine des fiches de poste, ont disparu. Certains ont été licenciés.

Les syndicalistes et les médecins du travail qui persistaient à jouer leur rôle ont été l'objet de répressions. Le logiciel médical a été remplacé par des logiciels moins efficaces et dont le dernier semble particulièrement contestable.

Or, la SPP repose sur l'identification des risques courus par le retraité dans le cadre de l'état des lieux. À partir de 2003, des difficultés d'obtenir une description des risques par le médecin du travail sont apparues et sont

11- <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Surveillance%20%C3%A9pid%C3%A9miologique%20en%20entreprise%20:%20analyse%20sur%2020%20ans%20de%20la%20mortalit%C3%A9%20des%20travailleurs%20et%20ex-travailleurs%20d'EDF-GDF>

actuellement quasi générales notamment pour la délivrance des états des lieux pertinents.

C'est pourquoi j'avais personnellement proposé en 2003, aux œuvres sociales du comité d'entreprise de IEG (CCAS) de mettre en place dans son centre de santé parisien une consultation de suivi post-professionnel en recrutant un médecin très compétent. Cette proposition a donné lieu à la première et la seule consultation de SPP en France dans le cadre d'un comité d'entreprise.

En 2005, le titulaire à l'époque de cette consultation a dû abandonner le poste à la suite de menaces de rétorsion des employeurs concernés.

À mon départ en retraite en 2008, j'ai proposé de rouvrir cette consultation. Et j'en suis devenu le titulaire. J'ai alors entrepris de développer cette activité dans plusieurs directions.

LE RÔLE DE LA CONSULTATION DE SPP DE LA CCAS

Un premier rôle : l'appui aux agents inactifs pour l'accès à la SPP et sa pertinence

La consultation avait pour fonction d'apporter un appui aux agents inactifs (retraités) des IEG en matière de prévention secondaire des cancers d'origine professionnelle. C'est-à-dire la mise en place des conditions de dépistage précoce permettant des rémissions de longue durée voire définitives.

Cette prévention consistait, en référence à l'article D.461-25 du Code de la Sécurité sociale, récemment abrogé, à prescrire des examens de dépistage afin de faire le diagnostic éventuel de cancer le plus tôt possible et donner ainsi des chances de rémission aux éventuelles victimes. Ces dispositions ont été modifiées récemment mais, dans ce nouveau dispositif, la consultation pouvait être encore plus utile pour permettre l'accès au suivi post-professionnel.

Un deuxième rôle : l'appui aux CMCAS(12)

Dans ce cadre, la consultation avait également mis en œuvre, avec les CMCAS qui le désiraient, un « *circuit d'accès au SPP* ». Après formation des agents de la CMCAS et rencontre, si nécessaire, avec les CPAM se mettait en place la SPP, localement entre les mains de la CMCAS avec supervision technique du médecin.

12- Les CMCAS sont les antennes locales des œuvres sociales du comité d'entreprise (CCAS).

Les CMCAS qui ont mis en place, partiellement ou en totalité, ce processus sont celles de Béarn-Bigorre, de l'Essonne, du Val-de-Marne, de Marseille, de Poitiers et de La Rochelle.

Un troisième rôle : le dépistage des maladies professionnelles et l'appui à la procédure de reconnaissance(13)

Récemment, en croissance exponentielle, la consultation assurait l'appui médical et réglementaire aux victimes de cancers d'origine professionnelle et à leurs ayants-droits dans le cadre du dépistage des causes professionnelles et de l'appui dans le processus de déclaration des maladies professionnelles.

LE BILAN DE LA CONSULTATION

Depuis avril 2008, la consultation avait pris en charge **465 agents inactifs (retraités)** ce qui représentait en moyenne deux à trois agents par consultation mensuelle. Il faut y ajouter les liens en consultation à distance, notamment depuis l'épidémie de Covid.

Sur ces 465 consultations :

- ♦ **351** avaient pour finalité l'accès au suivi post-professionnel. Dans ce cadre les attestations d'employeur et de médecin du travail sont soit absentes (en majorité), soit incomplètes. Ainsi en 2023 et 2024, trois agents n'ont pu obtenir, malgré leur demande, d'« état des lieux » de leur médecin du travail concernant leurs expositions aux cancérogènes.
- ♦ **114(14)** ont ou avaient pour objet ou ont donné lieu à des procédures de reconnaissances de maladies professionnelles(15), Non compris dans ces

.....

13- Ces activités de déclarations sont également assurées dans le cadre d'associations loi de 1901 militantes tels les GISCOF. L'une d'entre elles est particulièrement active en région Provence Alpes Côte d'Azur : Consultation du Risque, Maison Sainte Catherine 250 Chemin de Baigne-Pieds, CS80005 84918 Avignon Cedex 9

14- Notamment, **75** avaient pour origine des expositions à l'amiante (30 concernaient des plaques pleurales, 5 des asbestoses, 14 des mésothéliomes pleuraux, 22 des cancers bronchopulmonaires, 3 des cancers pharyngolaryngés, 1 cancer du côlon) ; **9** cancers des lignées sanguines (Benzène, rayonnements ionisants...) ; **3** cancers de la peau (HAP) ; **3** cancers de la vessie (HAP) ; **1** fibrose pulmonaire liée à l'inhalation de poussières de charbon (anthracose) ; **1** silicose chez un agent ayant travaillé en centrale thermique ; **6** cancers du rein liés à l'exposition au trichloréthylène ; **1** cancer de la thyroïde (rayonnements ionisants) ; **1** bronchopneumopathie chronique obstructive ; **1** glioblastome (champs électromagnétiques ?) ; **1** cancer prostatique (pyralène T 102 en utilisant jurisprudence « De Paoli »)

15- Dans ce cadre, certaines déclarations ont bénéficié de l'aide de l'ANDEVA et de l'association de médecins *Ramazzeni*.

chiffres, mais en augmentation sur demande, des appuis à la procédure de reconnaissance devenues plus aléatoire dans les CPAM et à la fixation de l'incapacité par la CNIEG (caisse AT-MP du régime spécial de Sécurité sociale des IEG) parfois difficile.

Une attention particulière de la consultation concernait, par définition, les cancers d'origine professionnelle. Ainsi, si les cancers survenant chez des techniciens actifs ou inactifs des IEG n'ont pas tous une origine professionnelle, toute survenue d'un cancer parmi cette population doit faire rechercher une origine professionnelle en référence à l'enquête épidémiologique de 2005 de l'INVS devenu *Santé Publique France*.

LA SUPPRESSION

DE LA CONSULTATION DE SPP DE LA CCAS

Mon exercice dans ce cadre a été émaillé de quelques difficultés.

- ♦ Tout d'abord, **peu après sa mise en place**, une demande de SPP d'un salarié retraité des IEG, dont j'avais assuré la traçabilité et auquel j'avais conseillé des examens de suivi, a été contestée par l'employeur au motif que je n'aurais pas été compétent à ce sujet.
- ♦ C'était une erreur puisque cette contestation a donné lieu à une jurisprudence favorable à mes actes dans le cadre d'une chambre sociale de cour d'appel, ce qui rendait difficile toute contestation ultérieure.
- ♦ La direction du centre de santé où se tenait la consultation a été transféré à une SIC (coopérative médicale) avec laquelle il a toutefois été facile d'obtenir le maintien de la consultation.

J'ai assuré les activités de cette consultation jusqu'en juillet 2023 et estimant avoir atteint ma limite d'âge, j'ai proposé à la CCAS un successeur. Celui-ci avait deux qualités professionnelles à l'origine de mon choix : il s'agissait d'un médecin du travail du BTP c'est-à-dire connaissant des métiers proches de certains métiers techniques des IEG et par ailleurs expert en maladies professionnelles.

Ce choix a été accepté et il a été embauché avec mon assurance d'une année de travail en commun pour lui permettre d'acquérir la maîtrise du logiciel médical que

j'utilise et les modalités particulières des expositions professionnelles dans les IEG.

Une difficulté pratique s'est produite dans la mesure où la SIC qui occupait l'ancien centre de santé a été mise en faillite et en liquidation judiciaire et reprise par un groupe privé.

J'ai proposé alors deux solutions : le maintien physique à négocier avec le repreneur et / ou le passage à une téléconsultation :

En effet, même si je l'estime inadaptée à l'exercice de la médecine du travail, la téléconsultation est licite en médecine du travail(16) et, dans le cadre de la SPP, se prêterait parfaitement au type d'activité que requiert la nature de cette consultation. Cela aurait également l'avantage de faciliter l'accès de cette consultation dans l'ensemble des territoires y compris ultramarins, les antennes locales (CMCAS) s'impliquant facilement dans ce projet. J'ai donc plaidé pour cette solution, en outre peu onéreuse.

Dans l'attente, j'ai donc, après un an de soutien à mon successeur, en juillet 2024 remis ma démission. Le mois suivant mon successeur recevait un courrier de licenciement ! La consultation, de plus de vingt ans d'existence, était supprimée d'un trait de plume !

Les raisons de cette suppression, vivement et justement combattue par certaines CMCAS, sont des hypothèses. Notamment en s'appuyant sur les deux actions des IEG menées précédemment contre cette consultation, la CCAS aurait-elle cédé à des sollicitations pressantes des IEG allant dans ce sens ?

Il s'avère que la CCAS a entrepris de prendre contact avec l'association *Ramazzini*(17) pour qu'elle assure les

.....

16- Articles R.4624-41-1 à R.4624-41-6 du Code du travail

17- L'association *Ramazzini* a pour objet l'aide aux collectifs (syndicats, associations) de défense des salariés et agents concernés par les atteintes à la santé liées au travail. Elle apporte à leurs adhérents un appui médico-légal pour l'accès à leurs droits : reconnaissance

prestations qu'assumait la consultation. Cette association, dont je suis par ailleurs membre, ne manque pas de praticiens compétents. Toutefois, outre le fait que cela pourrait être une tentative d'exempter de responsabilité la CCAS dans la disparition de ce processus, il faut considérer que c'est la spécificité IEG de l'ancienne consultation qui dissuadait les obstructions et notamment convainquait la division AT-MP des CPAM(18) en excipant également des fiches de postes existants dans la période considérée.

Considérant la spécificité et les moyens que nécessite cette SPP pour les agents des IEG, dans un contexte de construction d'invisibilité par ces employeurs, cela pourrait entraver la poursuite de la SPP. Il est alors à craindre que se multiplient les contestations sur la légitimité d'éventuelles demandes de SPP mais également que les reconnaissances d'éventuelles MP deviennent plus difficiles

Ainsi dans ce secteur comme dans d'autres, les droits à la santé des travailleuses et des travailleurs, qui reposent sur les préventions primaire, secondaire et tertiaire, sont en péril.

Il est aisé de relier cette disparition à celle de la notion de « pénibilité » qui devrait raccourcir la durée du travail dans l'hypothèse d'une réforme des retraites et dont les risques chimiques ont été supprimés.

Comment expliquer la difficulté actuelle à mobiliser les travailleuses et les travailleurs sur la question de la santé au travail sinon par l'invisibilité des risques qu'elles et qu'ils courent alors que celles et ceux qui les représentent choisissent parfois de favoriser cette invisibilité.

.....

des accidents du travail et des maladies professionnelles, aide pour une meilleure indemnisation, suivi médical des expositions professionnelles, démarches sociales de maintien en emploi... » <https://www.associationramazzini.fr/>

18- Dans le cadre des IEG c'est la CPAM dont dépend l'adresse des retraités qui est compétente pour la SPP.



UNE RECHERCHE SYSTÉMATIQUE DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES APRÈS CANCER

Benoit DE LABRUSSE

RÉSUMÉ

OBJECTIFS

Rendre effectif la réparation des cancers professionnels par la recherche systématique d'expositions professionnelles après diagnostic de cancer.

MÉTHODES

Depuis 2015, dans un centre anticancéreux, est proposé à tous les patients traités pour cancer primitif du poumon, un questionnaire récapitulatif de carrière (*curriculum laboris*) et éventuellement une consultation de recherche des expositions professionnelles par deux médecins du travail expérimentés.

Ce type de consultation est financé par l'ARS pour un montant annuel de 40 000 €.

RÉSULTATS

Sur les 1 374 dossiers analysés, 700 consultations ont été réalisées, 496 déclarations de maladie professionnelle faites, avec un taux de reconnaissance de 82 % pour les cancers primitifs du poumon et les mésothéliomes.

CONCLUSIONS

Cette consultation chiffre la sous déclaration massive des cancers professionnels car en son absence la quasi-totalité de ces déclarations n'auraient pas été faites et ces patients n'auraient pas bénéficiés de leur droit à réparation de la cause professionnelle de leur pathologie.

ABRÉVIATIONS (voir aussi en fin de texte)

SALARIÉ, PATIENT OU VICTIME : QUELLE TERMINOLOGIE EMPLOYER ?

Tout au long de ce texte, il est difficile de choisir un terme unique pour désigner les personnes que nous rencontrons.

Le mot *salarié* renvoie à la période d'activité professionnelle. Mais au moment où la personne décrit son parcours, est-elle encore salariée, déjà retraitée, devenue patient ou reconnue victime ?

Le terme *patient* évoque la sphère médicale, alors que notre démarche relève avant tout des conditions de travail. De plus, il suggère une attitude passive, loin de la dynamique engagée par nos échanges.

Quant à *victime*, il soulève d'autres questions : devient-on victime uniquement après une reconnaissance officielle de maladie professionnelle ? Cette qualification est-elle juridique, sociale ? De quoi ou de qui la personne serait-elle victime ? De son travail, qui a pourtant souvent constitué une source de fierté durant une grande partie de sa vie ?

CONTEXTE

La sous-déclaration des cancers professionnels est massive. Estimations de 5.2% à 8.5%(1). Et reste socialement invisible.

ORIGINE DU PROJET

POURQUOI CETTE CONSULTATION ?

Depuis plus de dix ans, avec un consœur, nous assurons une consultation spécialisée visant à rechercher les expositions professionnelles chez les patients atteints d'un cancer primitif du poumon.

Médecin du travail interentreprises dans les années quatre-vingt, j'ai été en charge d'une entreprise utilisant massivement de l'amiante : des sacs entiers d'amiante pulvérulent étaient mélangés à des fibres de cellulose pour produire des filtres. Une quinzaine de salariés étaient exposés.

Bien que formé à la dangerosité de l'amiante, je n'avais encore jamais été confronté à un cancer professionnel avéré. L'exposition restait théorique : quelles intensités ? Quelles durées ? Quels délais ?

J'ai alerté l'employeur (sans effet), l'inspection du travail, la CARSAT, ainsi que les salariés. Ceux-ci m'ont alors signalé un décès, survenu huit ans plus tôt, chez un retraité atteint de cancer du poumon.

La famille ignorait la possibilité d'une déclaration de maladie professionnelle, et aucun médecin ne l'avait évoquée. La déclaration fut effectuée, aboutissant à la reconnaissance et à l'indemnisation des ayants droit.

En 1997, après l'interdiction de l'amiante, nous avons collaboré avec le médecin inspecteur régional du travail pour faire reconnaître les entreprises concernées dans notre secteur afin d'ouvrir droit à l'ACAATA

LES PREMIÈRES ACTIONS

Il devint évident que, dans cette entreprise, les cancers d'origine professionnelle devaient être recherchés non chez les salariés en activité, mais chez les retraités.

À partir des listes d'anciens salariés, nous avons proposé des consultations post-exposition incluant un

.....
1- MARANT MICALLEF C., et al., "Estimated number of cancers attributable to occupational exposures in France in 2017: an update using a new method for improved estimates.", *Journal of exposure science & environmental epidemiology*, 33(1), p.125-131, 2023

scanner et une attestation d'exposition(2), souvent non signée par l'employeur, puisqu'elle engageait sa responsabilité. Mais cela ne concernait que cette entreprise où l'utilisation de l'amiante était bien identifiée.

L'évidence fut alors que les cancers d'origine professionnelle étaient à rechercher, non pas chez les salariés en activités mais chez les retraités ayant été exposés à des CMR. Mais cela apparaissait comme utopique et irréalisable. Elle supposait que des attestations d'exposition soient réalisées et conservées, ce qui en fait était exceptionnel, et aussi que les médecins de soins soient sensibilisés à une potentielle origine professionnelle. Or il apparaissait que seul le tabagisme était reconnu comme étiologie du cancer du poumon (et cela existe encore en 2025 : j'ai rencontré un pneumologue qui refusait de signer un CMI « car le patient était fumeur »).

CHANGER DE STRATÉGIE

PARTIR DU CANCER POUR REMONTER AU TRAVAIL

Il fallait donc inverser la démarche : partir du diagnostic de cancer du poumon et remonter vers les expositions professionnelles passées.

Comment avoir accès à ces diagnostics ? Par les lieux de soins qui sont soit l'hôpital soit le centre anticancéreux local. Le hasard m'aida. Alors que j'intervenais dans un colloque sur « cancer et travail », je rencontrais le médecin président du centre anticancéreux et lui exposait mon projet. « C'est très intéressant » et cela en resta là pendant deux à trois ans. Puis ayant lui-même évolué dans sa pratique, il me recontacta. Nous construisîmes le projet et grâce à son entregent, nous obtinrent une subvention de 40 000 € / an de l'ARS.

Le projet débuta fin 2014, en binôme avec un consœur médecin du travail expérimentée.

LE PROJET

OBJECTIF :

- ◆ rechercher **systématiquement** les expositions professionnelles chez les patients atteints d'un cancer primitif du poumon ;
- ◆ proposer une déclaration de maladie professionnelle lorsque cela est justifié ;
- ◆ accompagner les démarches médico-administratives pour garantir l'accès aux droits à réparation.

.....
2- Code du travail, articles R.4412-40, R.4412-41 et R.4412-58 abrogés au 1^{er} février 2012 par le décret n°2012-134 du 30 janvier 2012

Le détail de la démarche pourra être lu dans une publication de 2022(3). Elle s'appuie sur la recherche **systématique** : elle porte sur tous les patients, et non uniquement sur ceux adressés par un médecin, contrairement à d'autres structures (CCPPE, Accueil à la demande de salariés, etc.) dont le recrutement dépend uniquement de l'initiative des patients et de médecins.

Cette démarche fut aussi utilisée lors d'une expérimentation intéressante(4) de la part de la Sécurité sociale qui demandait aux médecins conseil, à partir du diagnostic de prise en charge à 100 %, des cancers de la vessie, d'explorer leurs expositions professionnelles. Cela avait permis, en dix ans, de multiplier par six le nombre de déclarations de maladies professionnelles de la vessie.

UNE EXPERTISE ISSUE DE L'EXPÉRIENCE DU TERRAIN

Nous sommes deux médecins du travail retraités, ayant une expérience de plus de trente-cinq ans, dans la plupart des secteurs industriels et économiques locaux dans une partie du secteur géographique de *recrutement* des patients. Cela nous permet éventuellement d'avoir accès aux informations sur la nature des expositions dans l'entreprise.

Le travail est effectué en binôme avec échanges sur l'analyse des dossiers avant et après consultation. Ce qui nous enrichit de nos compétences et expériences respectives.

AUTO-QUESTIONNAIRE ET PRÉSÉLECTION

À tous les diagnostiqués cancer primitif du poumon, (environ 380-400 / an) nous proposons un auto-questionnaire qui s'apparente à un *curriculum laboris*. Seuls 45 % répondent (180/an).

À la lecture de ce document nous écartons les dossiers sans exposition manifeste ou possible (45-50 %). Cela est dépendant de nos connaissances sur la situation évoquée. Or, à posteriori, ayant accumulé des informations, nous réalisons que quelques dossiers écartés auraient pu être déclarés en MP.

.....

3- Benoit DELABRUSSE, « Les cancers induits par les expositions professionnelles : les progrès 2022 », *Société Française du Cancer. Bull Cancer 2022*, <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.05.008>

4- Assurance maladie, cancers reconnus d'origine professionnelle page 21, Dispositif de repérage de l'origine professionnelle des cancers de la vessie, https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2019-04_cancers-professionnels_enjeux-et-actions_assurance-maladie.pdf

Exemple : Monsieur M., 67ans, atteint d'un cancer primitif du poumon, a été chauffeur livreur de bungalow de chantier pour l'entreprise B. Ni son *curriculum laboris*, ni le questionnement pendant la consultation, ne mettent en évidence d'exposition à des cancérogènes pulmonaires. Nous rédigeons donc un compte rendu écartant l'hypothèse d'une origine professionnelle. Mais l'année suivante, monsieur V., atteint de la même pathologie, a travaillé aussi dans l'entreprise B. comme ouvrier de fabrication. Un questionnement plus précis révèle qu'il sciait et perçait des panneaux de Glasal® qui est un fibrociment contenant de l'amiante. Dans les années suivantes deux autres patients ayant travaillé dans la même entreprise furent aussi déclarés en MP. Fort de ces informations, nous avons pu recontacter M. M et reprendre le descriptif de ces tâches. Il s'avérait qu'il aidait aussi parfois, à la découpe et à l'assemblage de ces bungalow. Sa MP fut reconnue.

Cette démarche est initiée dans le cadre du réseau « Propoumon(5) ».

AUTRES PATHOLOGIES

CANCER DE LA PROSTATE ET QUELQUES AUTRES CANCERS

Environ 25 % des consultations concernent d'autres type de cancer, notamment depuis la création du tableau RA61 (2021), les patients ayant exercé dans l'agriculture sont accompagnés pour une déclaration. Une centaine de dossiers ont été déposés à ce jour, avec un seul refus du FIVP. L'indemnisation repose toutefois sur une évaluation du taux d'IPP propre au FIVP, parfois inférieure aux barèmes AT/MP.

CONSULTATIONS (TÉLÉPHONIQUES OU PRÉSENTIELLE)

Pour une soixantaine de dossiers par an, nous organisons une consultation : par téléphone depuis la Covid. Certes elle ne permet pas par le contact direct et l'appréhension des comportements non verbaux, mais elle évite les difficultés de déplacements pour des personnes âgées à la santé précaire. Elle est suffisante dans la mesure où l'accès au corps n'est pas indispensable. Plus rarement, nous conservons une consultation en présentiel.

Nous réalisons un véritable interrogatoire « policier » de la trajectoire professionnelle, dépassant largement

.....

5- OLIVIA PEROL, "A Multicenter Study to Assess a Systematic Screening of Occupational Exposures", in *Lung Cancer Patients*, <https://doi.org/10.3390/ijerph20065068>

l'intitulé de poste. Les tâches réelles sont détaillées afin d'identifier des expositions souvent inconnues du patient lui-même. Nous les orientons, grâce à notre expérience, sur leurs travaux exposants dont ils n'avaient le plus souvent pas conscience.

Exemple : Monsieur X. n'évoque aucune exposition professionnelle puisque son travail était essentiellement administratif. En étudiant son parcours professionnel nous relevons qu'il a commencé sa carrière comme ouvrier spécialisé puis, ayant gravi les échelons, était devenu cadre chargé des travaux neufs et de maintenance dans une entreprise agroalimentaire. Nos questions furent sur le contenu réel de la fonction cadre, était-il à 100 % dans un bureau ? N'allait-il pas dans les ateliers vérifier la réalisation des travaux ? Comme ancien ouvrier résistait-il à l'envie de montrer aux ouvriers comment changer les joints de tuyauterie vapeur ? « *Oui bien sûr !* » Et ces tuyauteries n'étaient-elles pas calorifugées ? « *Oui bien sûr ! Il fallait arracher ce calorifugeage pour accéder aux tuyauteries puis le remplacer.* », etc. L'exposition aux fibres d'amiante était évidente.

Cette méthodologie diffère d'autres expériences où seul un auto-questionnaire est utilisé et est interprété soit par des médecins hospitaliers ou universitaires ou des hygiénistes du travail qui ont rarement l'expérience du travail réel effectué par les patients. Ils utilisent des modèles d'exposition selon les métiers. Ils ne peuvent pas toujours, identifier dans le travail réel les tâches exposantes à des cancérigènes. Les colloques singuliers que sont les consultations utilisant la clinique médicale du travail(6) permettent de recueillir les données d'exposition réelles et non celles du travail prescrit.

CONSTITUTION DU DOSSIER DE MALADIE PROFESSIONNELLE

À l'issue de la téléconsultation nous expliquons au patient/victime s'il y a possibilité de déclaration en MP et les conséquences en matière de délais, démarches administratives, et indemnisation.

Lorsque l'exposition paraît plausible :

- ◆ explication détaillée au patient (délais, procédures, conséquences) ;

.....

6— Alain CARRÉ, Dominique HUEZ (coordinateurs), *La clinique médicale du travail - Contribution à la formation et à l'exercice de la médecine du travail*

<https://www.octares.com/accueil/313-la-clinique-medicale-du-travail-contribution-a-la-formation-et-a-l'exercice-de-la-medecine-du-travail.html>

- ◆ rédaction du CMI adressé directement à la Sécurité sociale, préparation du DMP, de la lettre explicative ;
- ◆ rédaction d'un compte-rendu argumentant les expositions professionnelles incluant des références bibliographiques ;
- ◆ transmission au médecin conseil et aux médecins traitants.

L'accompagnement administratif est indispensable compte tenu de la complexité des démarches et des difficultés de nombreux patients âgés, ouvriers et peu familiers du numérique.

AIDE AUX DÉMARCHES MÉDICO-ADMINISTRATIVES

Il existe ensuite une longue période de démarche administratives pour la victime qui dure à minima un an et souvent plus longtemps

Une organisation permet d'aider les victimes à réaliser les démarches médico-administratives particulièrement complexes pour une population majoritairement âgée et ouvrière dont la compétence n'est pas dans l'écrit, ne maîtrisant ni la compréhension des documents demandés, ni l'informatique.

RÉSULTATS

Suite aux demandes de médecins, nous avons exploré une centaine d'autres pathologies cancéreuses que le cancer primitif des poumons et depuis 2023 nous avons inclus une centaine de cancers de la prostate (RA61 & RG102) avec présélection sur le métier.

Au total (au 30 novembre 2025) :

- ◆ 1 374 dossiers analysés
- ◆ 700 consultations
- ◆ **496 déclarations de maladie professionnelle**
- ◆ Taux de reconnaissance : 81 %
- ◆ **33 % des cancers du poumon et mésothéliomes ont été déclarés en maladie professionnelle.**

Seuls 32 patients avaient déjà engagé une démarche avant la consultation, et seulement 4 mésothéliomes avaient été déclarés par un médecin en amont.

Cette carence démontre que dans la grande majorité des cas, il n'est pas pertinent de miser sur les médecins de soins pour faire des déclarations de MP. Cela est pourtant la politique inamovible de la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) dont l'efficacité n'est

pas démontrée par une augmentation des déclarations de cancers professionnels

Ces chiffres illustrent la **sous-déclaration massive** des maladies professionnelles en France.

IMPACTS FINANCIERS

POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LES EMPLOYEURS

Le coût annuel moyen médical d'un cancer du poumon serait estimé entre 30 000 € et 50 000 € et par patient. En l'absence de déclaration en MP, ce coût est supporté par la Caisse maladie de la Sécurité sociale dont les cotisations proviennent des employeurs et des salariés. Ce régime est en déficit : le « trou » de la Sécurité sociale. S'il y a reconnaissance de la MP le coût est entièrement supporté par le régime AT/MP qui est bénéficiaire et alimenté exclusivement par les cotisations des employeurs (puisque ce sont eux qui ont créé le risque). Devant le scandale de la sous-déclaration massive des MP, a été instauré un système de reversement forfaitaire de la caisse AT/MP vers la Caisse maladie.

En 2024 le rapport d'évaluation(7) chiffrait la sous déclaration entre 2,009 à 3,797 milliard d'euros par an. En proposant, dans le PLFSS pour 2026(8) de fixer à 1,6 milliard d'euros le transfert de la branche accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP) à la branche maladie de la Sécurité sociale, le gouvernement offre un discret mais très coûteux cadeau aux employeurs.

Le coût généré pour chaque MP reconnue suite à notre dispositif, financé par l'ARS, est d'environ 900 €. Il est à mettre en parallèle avec le coût moyen médical d'un cancer du poumon (30 000 € et 50 000 € annuel) qui du fait de la reconnaissance en MP, est désormais supporté, non plus par la branche maladie mais par la branche AT/MP.

Ce rapport d'évaluation préconisait de « *financer via les agences régionales de santé des initiatives telles que Propoumon visant à favoriser la détection des pathologies d'origine professionnelle, via notamment le rapprochement entre les centres de lutte contre le cancer et les centres régionaux de pathologies professionnelles* »

7- Estimation du coût réel, pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles <https://www.vie-publique.fr/rapport/299967-sous-declaration-des-accidents-du-travail-et-des-maladies-professionnelles>

8- https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b2141_projet-loi#

et environnementales ». Si cette préconisation, déjà énoncée en 2021, était appliquée, elle permettrait le développement de tel système de recherche systématique des pathologies cancéreuses professionnelles.

À ce jour cette préconisation est restée lettre morte.

POUR LES VICTIMES ATTEINTES DE CANCER DU POUMON

Ces patients dont l'espérance de vie est de 2,5 ans, quand ils sont indemnisés (en général au bout d'un an) perçoivent une rente mensuelle de plusieurs centaines d'euros. S'ils ont été exposés à l'amiante, le FIVA complète par une rente équivalente et un capital de plusieurs dizaines de milliers d'euros. Cette indemnisation ne les aide pas à guérir mais améliore leur quotidien pendant leur survie.

Ce système est menacé par un processus en cours de révision à la baisse des taux d'IPP du barème d'indemnisation des MP de 2013. .

RÔLE DES ACTEURS

LES SERVICES ADMINISTRATIFS DES CPAM

Nos contacts avec les services administratifs de la CPAM sont minces. Alors qu'il y a quelques années nous avions une collaboration et arrivions à avoir officieusement des renseignements sur le devenir des déclarations de MP, depuis un changement de direction à la CPAM locale c'est le black-out.

Puisque la Sécurité sociale a pour objectif de prendre en charge le risque maladie, ne devrait-elle pas faciliter les démarches médico-administratives pour des victimes, majoritairement âgées, et d'origine ouvrière, qui ne les maîtrisent pas ? Or la politique de numérisation des démarches est à l'origine d'abandon du long parcours de reconnaissance : 10 % des cas déclarés. Il existe au sein des CPAM des assistantes sociales, mais il leur est interdit d'aider ces patients dans ce type de démarches, elles doivent se concentrer sur les salariés en arrêt de travail !

MÉDECIN CONSEIL

Nous avons quelques contacts officieux avec les médecins conseil de la Sécurité sociale et de la MSA, ce qui permet parfois de surmonter des obstacles. Toutefois nous nous interrogeons sur leur rôle puisqu'est en discussion un projet de révision à la baisse de l'indemnisation des MP : exemple pour le cancer du poumon, actuellement compte tenu de la gravité et du risque

élevé de récurrence, le pourcentage d'IPP est compris entre 67 % et 100 %. Dans le projet ce taux pourrait descendre à 30 % pour « *le cancer broncho-pulmonaire primitif localisé d'évolution favorable...* ».

CRRMP (COMITÉ RÉGIONAL DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLE)

Le CRRMP de notre région du Sud de la France est particulièrement restrictif dans la reconnaissance des MP ne répondant pas à tous les critères des tableaux. Son taux de reconnaissance est, en 2022, de 25 % alors que dans la région de Bretagne ce taux est de 68 %. Ces disparités régionales ne peuvent s'expliquer que par les personnalités des médecins décideurs au sein de cet institution. Ainsi les victimes de notre région ont environ trois fois moins de chances, que les bretons, de faire reconnaître l'origine professionnelle de leur MP.

Nous devons nous inquiéter de la PLFSS de 2026(9) qui prévoit désormais qu'une partie de ces MP aux critères incomplets, seront traités par les médecins conseil à l'échelon départemental et ne seront plus adressés aux CRRMP où siège un médecin inspecteur régional du travail, le seul à avoir une connaissance du travail.

LES MÉDECINS DE SOINS

Lors de la première année d'activité nous laissons aux médecins traitants le soin de rédiger le CMI, dans l'objectif de les impliquer dans la déclaration de MP. Ce fut un échec, aussi avons-nous rédigé et envoyé nous-même ce document.

Nous leur adressons systématiquement copie de compte-rendu argumenté d'expositions professionnelles.

Pour les cancers nécessitant un certificat final de consolidation qui déclenche l'indemnisation (ex. cancer de la prostate) nous avons beaucoup de difficultés à l'obtenir de ces médecins traitants. En effet il y a contradiction entre la pathologie évolutive et la notion administrative de stagnation de la pathologie.

Rappelons que la politique officielle demande que ce soit les médecins de soins qui identifient et rédigent les CMI. Ce qui reste exceptionnel et a démontré son inefficacité car ces médecins n'ont ni la connaissance des conditions de travail, ni celles nécessaires aux dé-

.....
9- Projet de loi, n° 2141 https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/117b2141_projet-loi#

marches médico-administratives. Cette politique en vigueur depuis trente ans au moins, réduit à la portion congrue, la prise en charge des pathologies professionnelles par d'autres organismes tels que les CRPPE.

LES MÉDECINS DU TRAVAIL

L'ABSENCE DE TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS

Du fait de notre implantation locale et professionnelle, le contact avec les médecins du travail des entreprises utilisatrices est facilité.

Nous nous sommes toutefois heurtés à plusieurs obstacles :

- ◆ Quelques médecins en services autonomes sont restés muets à nos demandes de copie de dossier médical (DMST). Il a fallu faire intervenir le MIRT.
- ◆ Le délai d'obtention d'une copie de DMST ne respecte pas toujours les impératifs légaux de 8 jours et de 2 mois(10), notamment quand l'archivage des dossiers est externalisé et sous-traité voir informatisé.
- ◆ Les DMST ne comportent quasiment aucune information sur les expositions professionnelles en entreprise, alors que le tabagisme et l'alcool sont systématiquement quantifiés.
- ◆ Seuls les DMST des services des centres nucléaires comportent des fiches individuelles d'exposition depuis une quarantaine d'années. Mais l'amiante n'est jamais cité alors que la base de données d'anciens médecins EDF/GDF(11) est beaucoup plus riche.
- ◆ Seuls 1 % des fiches et attestations d'exposition (obligatoires avant 2012) ont pu être obtenues.
- ◆ Si les médecins du travail nous donnent oralement des informations sur des expositions en entreprise, ils se heurtent au secret professionnel pour transmettre les documents les justifiant.

Nous n'avons eu connaissance d'aucune déclaration de MP par des médecins du travail dont les difficultés, parfois idéologiques, furent analysées dans une étude sociologique dans le sud-est de la France(12).

.....
10- Code de la santé publique, article L.1111-7
11- *Santé et travail énergies et mines* <https://www.santetravailiegm.expert/>
12- C.PARDON, *Médecins du travail et cancers professionnels : attitudes, opinions et pratiques. Une recherche qualitative dans le Sud-est de la France*, <https://doi.org/10.1016/j.respe.2007.07.002>

Nous espérons qu'à l'avenir les infirmières en santé au travail acquerront suffisamment d'expérience pour prendre le relais de la traçabilité des expositions professionnelles.

PERSPECTIVES

Après onze ans de fonctionnement :

- ♦ Le recrutement d'un troisième médecin expérimenté est acté, et permet l'extension à d'autres cancers (fosses nasales, larynx, digestif, rein, vessie, etc.). Cela nécessitera l'obtention de financements supplémentaires.
- ♦ Limites actuelles du système : ce type de recherche systématique des expositions professionnelles après diagnostic de cancer nécessite l'intervention de professionnels ayant à la fois, une très bonne connaissance des milieux de travail et une expérience de la clinique médicale du travail permettant de dévoiler le travail réel. À ce jour il n'y a guère que les médecins du travail en capacité de

le faire. Or vu leur démographie déclinante, nous espérons que les infirmières en santé au travail acquerront cette capacité

- ♦ Nous espérons la reconnaissance institutionnelle de tels dispositifs (inspirés de *Propoumon* : recommandations 2021 et 2024 de la commission nationale d'évaluation).

CONCLUSIONS

Ayant démontré l'efficacité de notre dispositif pour un faible coût, nous estimons que la mission originelle a été remplie et a démontré que la recherche systématique d'expositions professionnelles chez les patients atteint de cancers primitifs, a en partie remédié à la sous déclaration massive des cancers professionnels.

En l'absence de cette consultation, la quasi-totalité de ces déclarations n'auraient pas été faites et ces patients n'auraient pas bénéficiés de leur droit à réparation de la cause professionnelle de leur pathologie.

ABRÉVIATIONS

ARS	Agence Régionale de Santé	FIVP	Fond d'Indemnisation des Victimes de Pesticides
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail	MIRT	Médecin Inspecteur Régional du Travail
CCPPE	Centre de Consultations de Pathologie Professionnelles et Environnementale	MP	Maladie Professionnelle
CMI	Certificat Médical Initial (par le Médecin)	MSA	Mutualité Sociale Agricole
CMR	Cancérogènes Mutagènes Reprotoxiques	PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale (2026)
CRRMP	Comité Régional de Reconnaissance des Maladies professionnelle	RA	Régime Agricole
DMP	Déclaration de Maladie Professionnelle (par le patient/Victime)	RG	Régime Général
DMST	Dossier Médical en Santé au Travail	SPSTI	Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises

LA SANTÉ DES MINEURS EN FRANCE

UNE DÉMARCHE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Alain CARRÉ

J'ai accepté en 2016, pour donner suite à leur sollicitation, d'aider les syndicalistes responsables de la Branche Mines de la Fédération Mines-Énergie CGT à mieux cerner les risques cancérigènes qui existaient dans les anciennes mines françaises. J'ai été sollicité par les mineurs de tous ces types de mines.

Le projet consistait à permettre un suivi post-professionnel cohérent permettant une prévention secondaire efficace. Je me doutais que cela ne serait pas sans difficulté. Toutefois j'ai rapidement été confronté, d'une part, à la diversité des minerais exploités qui a existé dans notre pays (charbon, fer, uranium, potasse, ardoise, or). D'autre part, concernant les mines de charbon je me suis vite aperçu de l'existence de particularités régionales qui ont rapidement eu pour effet de traiter les risques bassin par bassin.

Ma première approche bibliographique n'a pas été couronnée de succès. Peu d'ouvrages traitent de ces risques et la silice est, ici, l'arbre qui cache la forêt. Néanmoins plusieurs ouvrages savants souvent sociologiques sont disponibles mais peu de contributions traitent de la situation française. J'en tiens néanmoins la liste à disposition, mais les articles concernent plutôt la question dans les mines étrangères.

Les archives syndicales, du fait - au mieux - de la quinzaine d'années écoulée depuis la fermeture, étaient partielles et peu déterminantes. N'ayant jamais exercé dans les mines, j'ai alors considéré qu'il me fallait aborder ce travail au croisement entre la clinique médicale du travail et la clinique du travail des ergonomes.

La clinique médicale du travail, que je pratique depuis une cinquantaine d'année, et inscrite dans mon ADN, a pour principe fondateur la confiance entre le médecin et le patient qui considère comme postulat la véracité de la parole échangée notamment concernant le vécu subjectif. J'y ai largement intégré la clinique ergonomique du travail que j'avais acquise, plus tard, dans le cursus du CNAM. Ainsi, la clinique du travail de l'ergonomie me paraissait adaptée dans la mesure où ce qui m'intéressait, avant tout, était le travail réel et les stratégies collectives des acteurs.

Dans mes pratiques professionnelles passées, lors des premières visites médicales, lorsque j'arrivais dans de nouvelles entreprises ou de nouveaux secteurs, pour comprendre de quoi était faite la réalité du travail, je posais à ma patiente ou à mon patient, la question du travail en journée ordinaire et en situation exceptionnelle.

Je recoupais ensuite ce que j'avais recueilli avec les réponses de travailleuses et travailleurs occupant le même poste, puis avec mes observations sur le terrain. J'aboutissais en rédigeant des fiches de postes décrivant les risques inhérents aux tâches que j'avais repérées dans l'activité. L'intérêt du travail collectif sur ce sujet avec mes collègues du même secteur était qu'il permettait de cristalliser la connaissance des risques ainsi que leur évolution dans le temps en confrontant nos expériences.

Dans la solitude et l'ignorance du début de ma démarche pour les mineurs, j'ai décidé et proposé d'adapt-

ter ma pratique clinique à la mission que j'avais acceptée. Ainsi, j'ai demandé que dans chaque type de mines et rapidement dans chaque bassin de mines de charbon soient réunis des groupes d'anciens mineurs.

Les réunions se déroulaient de préférence en ma présence mais parfois, devant l'énormité du défi, hors de ma présence, mais avec un meneur de jeu local autour de deux questions : « *Décrivez-moi, en nommant le poste que vous occupez, "une journée habituelle de travail" et les tâches que vous effectuiez alors, et avec quels matériels et éventuellement, si vous vous en souvenez quels produits utilisiez-vous ?* », « *Racontez-moi des "journées exceptionnelles" lors de laquelle ou desquelles vous avez dû sortir des tâches habituelles, en effectuer d'autres, lesquelles et dans quelles circonstances, avec quelle fréquence ?* »

À partir de ce matériel je remontais la piste des risques et j'élaborais alors un projet de fiche de poste plus ou moins précise que je soumettais ensuite aux intéressés. Cet aller et retour permettait de gommer des erreurs nées d'incompréhensions et de fonder la véracité des fiches de poste. C'est grâce à ce travail collectif d'échange constant entre spécialiste du travail et mineurs et leurs représentants, lesquels se sont investis sans compter, que la démarche a pu aboutir.

Nous avons mis sept années pour voir le terme de notre démarche. Cela s'est concrétisé par un ouvrage publié et disponible(1) décrivant, type de mine par type de mine (par bassin pour les mines de charbon), poste par poste, les risques cancérigènes et leur origine dans les gestes professionnels mais aussi, et surtout, la nature de la nécessaire surveillance post-professionnelle qui devait en être déduite.

En matière de risque professionnel ma surprise progressive a été, qu'à l'exception des centrales thermiques de production d'électricité dans lesquelles j'avais été médecin du travail durant dix ans, je n'avais jamais observé de métiers exposant à autant de risques cancérigènes cumulés. L'occupant de chaque poste dans le secteur des mines était très souvent exposé à plusieurs cancérigènes et plusieurs atteignant le même organe. J'ai donc conseillé ce qui était considéré comme pertinent en matière d'examen et de fréquence par les organismes nationaux de prévention, tels la HAS ou les anciens arrêtés sur le suivi post-professionnel.

.....

1- <https://www.editions-arcane17.net/fr/livres/re-connaissances-des-risques-cancerogenes-au-travail-dans-les-mines>

Toutefois j'ai toujours conclu que la polyexposition et la polyexposition d'organe impliquait des procédures de surveillance adaptées qui relevaient de l'évaluation par des consultations spécialisées en pathologies professionnelles.

J'ai aussi conseillé à mes interlocuteurs syndicaux de se mettre en rapport avec la Division Santé Travail de *Santé Publique France* afin de demander que soit engagée une étude épidémiologique rétrospective sur la morbidité et la mortalité des anciens mineurs. Lors de l'entrevue avec les épidémiologistes de ce service nous n'avons pu les convaincre, malgré nos arguments et notre insistance, de la nécessité d'une telle étude. J'avais proposé cette démarche, car quelques temps après le début de notre enquête, du fait de l'écho dans ce milieu de la démarche syndicale, j'ai été sollicité pour apporter ma compétence afin d'évaluer les liens entre la survenue de cancers d'anciens mineurs et leurs expositions professionnelles.

Ce qui devrait être un travail de connaissance devint progressivement un travail de praticien en matière d'aide à la (re)connaissance des maladies professionnelles. Ayant été depuis toujours engagé comme médecin du travail dans les droits à la reconnaissance des maladies liées au travail, que je croyais susceptible de nourrir la prévention, je n'ai pu éviter ce travail opiniâtre, et désolant quant à ses résultats incertains, pour les mineurs qui s'adressaient à moi.

Malgré plusieurs rencontres communes avec les caisses de sécurité sociale des mines en compagnie des syndicalistes, chaque déclaration est devenue, comme dans les autres secteurs, un combat. Il n'y a plus d'accueil empathique des victimes que j'avais observé au début de ma carrière.

Pour fourbir mes armes, j'ai rejoint la commission médico-juridique d'une association de victimes ayant élargi son périmètre de compétence au-delà de l'amiante.

Les responsables syndicaux et moi-même avons rencontré, à notre demande, au sujet du suivi post-professionnel, la division risques professionnels de la CNAM qui a suivi nos propositions en recommandant dans une lettre réseau l'intervention dans le suivi post-professionnel des consultations de pathologies professionnelles. Cette lettre réseau a malheureusement été modifiée, après intervention des organismes chargés

de la gestion des conséquences sociales des anciennes mines et des CPAM du régime minier.

Le suivi post-professionnel passe dorénavant, en théorie, par les médecins traitants référents ce qui pose un problème de pertinence du suivi. Ainsi, à la demande des intéressés, je rédige des propositions de prise en charge en insistant sur la nécessaire intervention des consultations de pathologies professionnelles.

Je n'avais, jusqu'à récemment, aucune évaluation objective, de l'impact de leur ancien travail sur la santé des mineurs dans la mesure où ma mise en visibilité pouvait, selon moi, avoir biaisé mon évaluation de l'impact des cancérogènes sur la santé des anciens mineurs. C'est alors que, récemment, les syndicalistes du secteur ont pu comparer les reconnaissances de maladies professionnelles des mines et celles du régime général. Ce que je prenais pour un possible biais d'observation est devenue une réalité incontournable.

Ainsi, de 2017 à 2023 :

- ◆ Pour une reconnaissance dans le cadre du régime général d'une leucémie dans le cadre du tableau lié au benzène (T4), 20 mineurs sont reconnus.
- ◆ Pour une reconnaissance dans le cadre du régime général d'une maladie dans le cadre du tableau lié aux rayonnements ionisants (T6), 200 mineurs sont reconnus.
- ◆ Pour une reconnaissance dans le cadre du régime général d'un cancer de la vessie dans le cadre du tableau lié aux huiles minérales (T16 bis C), 70 mineurs sont reconnus.
- ◆ Pour une reconnaissance dans le cadre du régime général d'une maladie dans le cadre du tableau lié à la silice (T25) 435 mineurs sont reconnus.
- ◆ Pour une reconnaissance dans le cadre du régime général d'une maladie dans le cadre du tableau lié à l'amiante (T30 et 30 bis) 75 mineurs sont reconnus.
- ◆ Pour une reconnaissance dans le cadre du régime général d'un cancer du rein dans le cadre du tableau lié au trichloréthylène et hors tableau (T101) 108 mineurs sont reconnus.
- ◆ Pour une reconnaissance dans le cadre du régime général d'un cancer de la peau dans le cadre du tableau lié aux huiles minérales (T36 bis A), 194 mineurs sont reconnus.

Ainsi dans le cadre de la reconnaissance des maladies professionnelles notamment cancéreuses, en moyenne, pour une victime hors mines sont reconnus 194 mineurs !

Il s'agit ici d'une catastrophe sanitaire majeure dont nous doutons que les employeurs de mines et l'État qui les soutenaient ignoraient l'existence au regard des conditions de travail.

Les reconnaissances de maladies professionnelles n'étant que la partie émergée de l'iceberg des cancers professionnels, ces statistiques rendent encore plus impératif une étude épidémiologique sur la morbidité et la mortalité des mineurs.

Se pose aussi la question des conditions de travail dès lors que de nouvelles mines seraient ouvertes en France métropolitaine et ultramarine.

Cette catastrophe sanitaire devrait avoir trois conséquences immédiates :

- ◆ La mise en place d'un suivi post-professionnel automatique et renforcé pour tous les anciens mineurs dans le cadre d'une consultation de pathologies professionnelles. Ce suivi doit être facilité par des conditions simplifiées de prescription et de prise en charge des examens, incluant des prises en charge automatiques des transports dans ce cadre.
- ◆ Des procédures d'instruction de déclarations des maladies professionnelles simplifiées et de reconnaissance dans un cadre empathique. La procédure pourrait, par exemple, prévoir la saisine automatique, par l'organisme refusant la reconnaissance, de l'organisme de contestation sur simple accord de la victime présumée.
- ◆ Une réparation intégrale par un « fond d'indemnisation des victimes du travail dans les mines » mis en place par l'État et abondé financièrement par les exploitants miniers, par une taxation des produits importés et l'État.

Faut-il rappeler ici que « perdre sa vie à la gagner » est contraire aux principes définis par la Constitution de la République qui précise dans le 11^e alinéa de son préambule qu'est garantie par l'État la « protection de la santé ».

POURQUOI L'ASSOCIATION BERNARDINO RAMAZZINI ?

Alain RANDON

Association Bernardino Ramazzini

Après une pratique de douze ans en service interentreprises de Seine-Saint-Denis sur un secteur industriel de TPE et PME, j'ai rejoint le service autonome d'une grande entreprise de 40 000 personnes dans de bonnes conditions d'exercice : des salariés bénéficiant d'un statut protecteur, un collectif médecins ouvert au débat sur les pratiques, une représentation du personnel très présente, des CHS-CT très actifs.

Dans cette entreprise où les risques professionnels étaient identifiés (notamment pour l'amiante et les TMS), il n'existait pas de recueil des conséquences de ces expositions, en particulier dans le domaine des maladies professionnelles déclarées. L'usage au niveau du service médical du travail était de déléguer la rédaction des Certificats Médicaux Initiaux (CMI) aux médecins traitants agréés.

Par ailleurs, l'entreprise gérait son régime spécial de sécurité sociale pour les AT-MP. Il n'existait pas à l'époque, au niveau de cette caisse, de répertoire des maladies déclarées et reconnues. Ce qui mettait en invisibilité les conséquences des risques professionnels et donc le développement ciblé de la prévention.

Avec plusieurs collègues, nous avons constitué un collectif qui nous avait permis de modifier certaines pratiques du service médical du travail. Ainsi en 2000, nous avons mis en place un observatoire des maladies professionnelles dont le bilan faisait partie du rapport annuel de service et qui était présenté et argumenté aux

niveaux des instances. Parallèlement nous avons créé un observatoire de l'inaptitude médicale. Ceci n'a pas été sans conséquence sur la cohésion du corps médical, et sur sa relation avec la direction de l'entreprise.

Dans le prolongement, nous avons initialisé une étude mortalité sur les causes de décès des salariés de cette entreprise en partenariat avec l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS). La construction d'une matrice emploi exposition est ébauchée.

Les premiers résultats de l'étude interpellent élus et direction, « une reprise en main » du service médical du travail est déclenchée.

Ainsi au terme d'une quinzaine d'années, une réorganisation administrative du service, sous prétexte de rationalisation de l'organisation du service médical et « d'harmonisation des pratiques », est imposée dans le cadre d'un nouvel agrément du service. Ceci alors que dans un contexte de mise en concurrence de l'activité de l'entreprise, le statut protecteur du personnel est modifié.

Le départ en retraite de médecins impliqués, le recrutement de jeunes médecins inexpérimentés ou profilés par la direction entrainera le départ des médecins « engagés ». Cette étude de mortalité se poursuit actuellement... à minima, mais c'est une autre histoire. L'élaboration de la matrice emploi exposition a été abandonnée.

L'ARRÊT DE L'ACTIVITÉ SALARIÉE LIÉ AU DÉPART À LA RETRAITE NÉCESSITE UNE ADAPTATION

LA RENCONTRE

À l'origine, l'initiative de deux confrères conseillers médicaux depuis de nombreuses années auprès d'associations de victimes (ANDEVA) ou d'organisations syndicales. Ils réunissent autour d'eux quelques médecins qui font la même analyse de la situation, à savoir :

- ◆ Les maladies professionnelles en particulier sont sous déclarées, sous reconnues.
- ◆ Les médecins généralistes et spécialistes ne connaissent pas la pathologie professionnelle, leur formation dans ce domaine est insuffisante. Le lien santé/travail n'est pas exploré.
- ◆ Les médecins du travail déclarent peu de maladies professionnelles.
- ◆ Les dossiers des victimes, en particulier pour les maladies professionnelles hors tableau, sont peu argumentés entraînant beaucoup de rejet.
- ◆ L'appel à un médecin de recours par les victimes est rare du fait de son coût (200 à 1 200 €).

Ils font également le constat qu'il existe une forte demande sociale d'appui médical et que leur expérience professionnelle et leur disponibilité leur permettent d'intervenir. Aussi, en lien avec des associations de victimes, des structures syndicales, l'association Bernardino Ramazzini est créée en 2019.

L'association Ramazzini a pour objet l'aide aux collectifs (syndicats, associations) de défense des salariés et agents concernés par les atteintes à la santé liées au travail. Elle apporte à leurs adhérents un appui médico-légal pour l'accès à leurs droits : reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles, aide pour une meilleure indemnisation, suivi médical des expositions professionnelles, démarches sociales de maintien en emploi, ...

Elle contribue à la connaissance des pathologies professionnelles, des systèmes de protection sociale et de prévention des risques.

L'association est constituée de médecins bénévoles et de collectifs (associations, syndicats, ...) d'aide aux victimes du travail, qui travaillent en coopération étroite, sur tout le territoire national.

L'association RAMAZZINI prend en charge les dossiers individuels présentés par les collectifs, elle ne traite pas les dossiers de personnes isolées, qui ne souhaitent pas s'inscrire dans un collectif.

Les associations et syndicats qui adhèrent à l'association RAMAZZINI signent une convention qui précise les modalités de leur coopération.

Elle comprend actuellement quinze médecins dont six qui assurent des permanences et vingt organismes (structures associatives de 60 à 3 000 personnes, structures syndicales).

Une méthode de travail qui repose sur des pratiques coopératives, avec pour objectif principal de construire le dossier médical pour la CPAM ou les conseils médicaux de la fonction publique. Chaque dossier est préparé avec l'aide d'un militant associatif qui est le référent pour la victime et l'accompagne au long court. Il veille en particulier au suivi du traitement du dossier.

L'IDENTIFICATION DES RISQUES PROFESSIONNELS EST UN TEMPS ESSENTIEL

Elle passe par l'analyse du cursus professionnel. L'expérience accumulée par les médecins, leur connaissance des conditions de travail passées, l'entretien clinique avec la personne, ainsi que les témoignages de collègues de la victime, permettent d'analyser la réalité du travail des victimes. On s'appuiera également sur les matrices emploi expositions existantes et la bibliographie.

LA PRODUCTION D'ÉCRITS

L'analyse du dossier permettra de définir la stratégie à mettre en œuvre et donnera lieu à un compte rendu communicable à la victime. Le médecin de l'association intervient aussi par la rédaction d'un avis médical à destination du médecin traitant. En cas de difficulté un Certificat Médical pourra être rédigé par le médecin « Ramazzini ».

L'avis médical pourra être écrit aussi en vue d'une procédure de recours auprès du tribunal judiciaire et ou pour le dossier de l'avocat.

- ◆ Des résultats concrets qui sont évaluables par le militant associatif et le médecin et la victime.
- ◆ Qualité du soutien organisationnel par la prise en charge par le collectif médecin/militant de la construction du dossier.

- ◆ Reconnaissance symbolique du lien entre la maladie et le travail effectué.
- ◆ Faire valoir ses droits à réparation.
- ◆ Avancées jurisprudentielles dans la reconnaissance de nouvelles maladies.
- ◆ La réparation financière répond à une exigence de justice sociale.

Cette réparation, sous forme de rente ou d'indemnisation pour la victime ou ses ayant droit si elle est souvent dérisoire pour les TMS, est significative dans le cas des cancers professionnelles. Elle transforme leur situation économique.

NOS AUTRES ACTIONS

L'association contribue aussi à la formation des militants des organismes partenaires : conférences, production de documents techniques et médicaux.

À la demande d'une organisation syndicale, elle participe à une action de recherche sur la reconnaissance de nouvelles pathologies professionnelles (notamment le cancer du sein lié au travail de nuit).

Elle réfléchit sur l'évolution de la réglementation dans le champ santé/travail. Nous contribuons ainsi à l'analyse critique de la réforme des barèmes d'indemnisation des accidents de travail et maladies

professionnelles en cours avec un appui concret aux organisations syndicales demandeuses.

Notre action s'inscrit dans une démarche collective avec les associations et les syndicats, visant à faire valoir des revendications dans le champ santé au travail.

LE FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION RAMAZZINI

Par la mise en place d'un site internet (www.associationramazzini.fr), nous voulons donner de la visibilité à notre action.

Les représentants des organismes adhérents font également partie du conseil d'administration et ont des représentants au bureau de l'association.

Le compagnonnage, le partage des connaissances, le travail coopératif entre médecins est de mise. Pour les médecins, la tenue d'une réunion mensuelle, en présentiel ou visioconférence permet des analyses de dossiers d'organismes demandeurs.

La création d'un espace numérique partagé, sécurisé, pour échanger des dossiers, des avis, des jugements, des expertises est essentiel pour un développement efficace de l'association.

L'association est ouverte à tous médecins partageant ces objectifs.



NOTE DE LECTURE

LA JURIDICTION DISCIPLINAIRE DE L'ORDRE DES MÉDECINS FACE AUX EXIGENCES DU PROCÈS ÉQUITABLE IMPOSÉES PAR L'ARTICLE 6§1 CEDH

Alain CARRÉ

Le « Collectif Santé Justice France » a fait récemment paraître sous la signature de Grégory Houillon un ouvrage juridique : « *La juridiction disciplinaire de l'ordre des médecins face aux exigences du procès équitable imposées par l'article 6§1 CEDH* ».

Cet article de la CEDH stipule : « *Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial.* »

Il est la base obligatoire de toute justice dans un État de droit.

Déjà en 2019 un rapport de la Cour des comptes épinglait le fonctionnement problématique des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins. Ce nouvel ouvrage démontre leur illégalité. Son caractère juridique peut paraître rébarbatif mais, très rapidement, l'intérêt est éveillé par la factualité des exemples de dérives des juridictions de l'Ordre des médecins au regard de cet article CEDH.

Après avoir exploré le fonctionnement théorique de cette juridiction disciplinaire. Le chapitre suivant intitulé : « *Les griefs par lesquels la juridiction ordinaire de l'Ordre des médecins porte atteinte à l'article 6§1* »

consacre 152 pages à analyser les différents points qui ne sont pas conformes à l'article 6§1.

La liste des failles est impressionnante et s'appuie sur l'étude de cas réels :

- ♦ L'accès au juge est inéquitable.
- ♦ L'équité du procès est absente car l'argumentaire met en lumière notamment la présence du rapporteur au délibéré de la Chambre disciplinaire, ce qui est condamné par la CEDH. Le rapport de ce dernier n'est pas communiqué aux parties en cause ce qui est inéquitable. Est également indiqué que la présence du rapporteur au délibéré constitue une confusion des phases d'instruction et de jugement.
- ♦ Le délai « raisonnable » n'est pas toujours appliqué ainsi il existe de grandes variations dans les délais d'instruction et d'organisation des instances.

Ces imperfections de forme ne sont que la partie émergée de l'iceberg car l'ouvrage analyse en suite deux éléments de fond : l'indépendance de ces instances et l'impartialité du tribunal.

L'INDÉPENDANCE DE L'ORGANE CHARGÉ DE JUGER FAIT L'OBJET D'UN ARGUMENTAIRE TRÈS PERTINENT

L'ouvrage rappelle tout d'abord la définition de ce qu'est l'indépendance pour la CEDH : « *Il désigne un état d'esprit qui dénote l'impartialité du juge envers toute pression extérieure en tant qu'attribut de son intégrité morale.* »

L'ouvrage décrit ensuite les conflits d'intérêts à l'œuvre dans ce cadre.

L'indépendance de ces instances est ici qualifiée « *d'apparence* » au regard d'un certain nombre d'exemples notamment au sujet des conflits d'intérêt des assesseurs, c'est-à-dire des membres de l'instance.

Cette analyse rejoint la nôtre concernant l'indépendance de ces assesseurs, lors du jugement concernant les plaintes d'employeurs, car les médecins libéraux qui y siègent sont le plus souvent eux-mêmes des employeurs. Il est surprenant de ne pas trouver cet argument dans cet ouvrage.

L'IMPARTIALITÉ DU TRIBUNAL EST PARTICULIÈREMENT CRITIQUÉE (100 PAGES)

L'**impartialité subjective** concerne le « *comportement du juge du point de vue du justiciable [...] qui pourrait altérer la neutralité de son jugement* ». La description des gardes fous théoriques est ici exhaustive. Elle est suivie par une analyse de jugements qui démontre que la pratique est bien différente de la théorie et les exemples de partialité sont particulièrement démonstratifs de cette dérive.

L'**impartialité objective** « *consiste [...] à regarder si, indépendamment de la conduite personnelle du juge certains éléments – juridiques ou factuels – vérifiables autorisent à suspecter le manque d'impartialité de ce dernier* ». La démonstration est ici sans équivoque : elle analyse notamment les failles que représentent l'auto-saisine des conseils de l'Ordre, juges et parties, la confusion des fonctions du CNOM à la fois rédacteur du chapitre déontologique inscrit dans le cadre de la santé publique et chargé de réprimer les atteintes à celui-ci qui rompt la séparation entre le législateur et le juge.

Enfin se pose la question « *de savoir si la compétence du Conseil d'État, saisi en cassation des décisions de la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins, lui donne une étendue d'appréciation et des pouvoirs de cette "pleine juridiction" telle que requise par l'article 6§1 CEDH* » : la réponse à cette interrogation est négative.

En conclusion de l'ouvrage, l'auteur propose neuf propositions de transformation visant à réformer la juridiction disciplinaire :

- ◆ Transférer le contentieux disciplinaire au juge judiciaire.
- ◆ Confier à la Cour de cassation le recours ultime.
- ◆ Imposer à l'auto-saisine du conseil départemental de préciser toutes les sources des griefs.
- ◆ Ouvrir la juridiction à des représentants des patients.
- ◆ Confier au rapporteur un pouvoir d'investigations à charge et à décharge.
- ◆ Rendre les décisions « au nom du peuple français ».
- ◆ Permettre la possibilité de récusation des membres de la juridiction.
- ◆ Élargir le périmètre des déclarations d'intérêt.
- ◆ Rendre disponibles directement les jugements des chambres ainsi que les noms complets de assesseurs et des membres de l'instance.

Le lecteur sort abasourdi de cette lecture. **Même s'il considère que, comme feu le tribunal des forces armées, le plus simple serait de supprimer cette juridiction d'exception**, des questions fondamentales sont à poser à l'État de droit :

- ◆ Comment a-t-il pu mettre en place de telles juridictions ?
- ◆ Pourquoi le législateur laisse-t-il perdurer celles-ci en l'état, alors qu'elles sont une atteinte aux droits fondamentaux ?

Il est urgent que nos représentantes et représentants s'en saisissent et, dans l'attente d'une réforme, qu'ils et elles commencent par interdire que les employeurs puissent y avoir recours pour menacer les médecins.

RÉFLEXIONS

SUR LE PROJET DE DÉCRET 10 DÉCEMBRE 2025

Benoît DE LABRUSSE

Il fut un temps (années quatre-vingt) où, médecins du travail, nous consultions annuellement l'ensemble des salariés des entreprises et recueillions, notamment lors des colloques singuliers, beaucoup d'informations sur le fonctionnement de l'entreprise et sur les expositions impactant leur santé au travail. Nous pouvions ensuite, lors des interventions en entreprise confirmer nos informations et parfois proposer et obtenir une amélioration des conditions de travail. Certes il arrivait que la santé de certains salariés ne leur permettait plus de tenir leur poste de travail. Dans ces temps anciens l'entreprise pouvait souvent les reclasser comme gardien, agent d'entretien, etc. Exceptionnellement nous étions obligés de prononcer des inaptitudes mais avec un coup de téléphone au médecin conseil de la Sécurité sociale, nous arrivions à obtenir une invalidité ou à prolonger l'arrêt de travail jusqu'au jour de la retraite (à l'époque c'était au pire à 60 ans).

À postériori ce fut une époque presque paradisiaque !

Puis suite à une pénurie organisée de médecins et plus particulièrement de médecins du travail, la périodicité des « visites médicales » fut, années après années, augmentée. Elle peut désormais atteindre cinq ans. Seules

persistaient les « visites de reprise » après arrêt de travail. Mais même celles-ci furent, au fil des ans, indexées sur des arrêts de plus en plus longs. Et dernièrement la reprise après accident de travail est remise en cause.

Comment désormais appréhender les conditions de travail, l'évolution de la santé des salariés ? Du fait des effectifs à surveiller, la majorité des rencontres avec les salariés a lieu quand leur état de santé est très dégradé et ne leur permet plus d'assumer leur travail. Du fait du management actuel, le reclassement interne à l'entreprise est devenu exceptionnel. Aussi ne nous reste-t'il plus qu'à prononcer des inaptitudes afin qu'au moins ces travailleurs puissent bénéficier, pour un temps, d'indemnité de chômage qui elles même s'amenuisent au fil des ans.

Mais « heureusement » furent créés des « visites de mi-carrière », des dispositifs et de « prévention de la désinsertion professionnelle » (PDP), et de « maintien en emploi » (ce qui suppose que ces salariés retrouveraient facilement un emploi hors de l'entreprise). Ne sont-ils pas un prétexte pour éliminer les salariés à bout de leur capacité sous le motif hallucinant « de rebondir » dans le marché du travail. Ces mécanismes ont

permis aux employeurs de transférer leur obligation de reclassement aux SPST et aux médecins du travail de sous-traiter les inaptitudes pour de très hypothétiques reclassements.

Désormais nous, médecins du travail, sommes devenus des auxiliaires de la politique managériale des entreprises pour se débarrasser des salariés insuffisamment productifs.

De la prévention il n'est plus guère question, elle est souvent déléguée à des « techniciens » qui n'ont pas eu accès au vécu du travail, et donc ne peuvent que rendre des préconisations uniquement techniques.

Il ne nous reste plus que la réparation que sont : le prétendu « maintien en emploi » et la déclaration de maladie professionnelle qui permet une meilleure indemnisation financière. Or toutes les usures professionnelles ne sont pas déclarées (ex tendinopathies épaules, lombaires, etc.)

Ces travailleurs en impossibilité d'assumer les pénibilités de leur emploi, grossissent les chiffres des arrêts maladie et creusent le « trou » de la Sécurité sociale.

C'est inadmissible, il faut y remédier !

Depuis un ou deux ans, la Sécurité sociale, délègue à des « assistantes » un contact téléphonique aux « bénéficiaires » d'arrêt afin de leur demander de prendre

contact avec leur médecin du travail qui va résoudre leur reclassement au sein de leur entreprise. Dans le même temps le médecin conseil a déjà programmé une consolidation qui supprime les indemnités journalières.

Ce n'était pas suffisant, aussi le projet de décret du 10 décembre 2025, obligerait les médecins du travail à fournir aux services de la Sécurité sociale, des informations sur les conditions de travail.

Quid du secret médical alors que la transmission se fait auprès d'un médecin non choisi par le salarié ? Sans confiance, il ne peut y avoir de secret partagé. Or la confiance entre médecin du travail et salarié se construit difficilement.

Cela justifierait la théorie politique affichée que l'assurance maladie est réservée à la prise en charge des « véritables maladies » et que les problèmes de santé liés au travail, ne sont pas de son ressort, mais de celui des entreprises.

La boucle est bouclée. Ces salariés n'ont plus d'échappatoire.

Après être devenus les auxiliaires d'un certain management délétère des entreprises pour se débarrasser des salariés moins rentables, les médecins du travail deviendraient les auxiliaires de la politique de la Sécurité sociale de réduction des arrêts de travail.



*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 600 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.*

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

Voir en page 63

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

45^e CONGRÈS ET ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION SMT

7 DÉCEMBRE 2024



PRÉAMBULE ET QUESTIONS DIVERSES

Les travailleurs des mines présentent un surrisque de développer une maladie professionnelle du fait de nombreuses expositions. Comme pour tous les métiers il existe une sous déclaration et une sous reconnaissance importante. Un document de synthèse réalisé par un collègue présente des chiffres issus d'un travail de recueil de données et d'accompagnement d'anciens mineurs en vue de faire des recommandations concernant le suivi post-professionnel et d'aider à la reconnaissance des cancers d'origine professionnelle dans ce secteur d'activité peu connu en France.

Une collègue est sollicitée par un SST pour animer des groupes de réflexion sur les pratiques auprès des médecins en parcours de formation (collaborateurs et autres). Ce même service aurait une demande d'intervention sur la thématique de l'historique de la médecine et santé au travail. Des supports de formation peuvent être mis à disposition.

Référence bibliographique : *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19^e-20^e siècles)*, BRUNO Anne-Sophie, HATZFELD Hélène, GEERKENS Éric, OMNÈS Catherine (sous la direction), Presse universitaire de Rennes.

Le colloque IPDT organisé à Toulouse fin novembre 2024 a permis de mettre à disposition des flyers du livre à paraître mi-janvier 2025 *La clinique médicale du travail – Contribution à la formation et à l'exercice*, Alain Carré et Dominique Huez (coordinateurs), Octarès.

ACTUALITÉS

16 janvier 2025 : Enquêtes institutionnelles et lutte ouvrière. Site (ou va-t-on.org), organisateurs : CGT, Solidaire, Réseau féministe rupture, Andeva... Groupe animé par Louis Marie Barnier : AT/MP, projet de formation pour les représentants du personnel.

25 mars et 26 mars 2025 : Assises Santé et travail de Paris, Bourse du travail, Paris.

Publication de l'ouvrage *La clinique médicale du travail – Contribution à la formation et à l'exercice de la médecine du travail*, Alain Carré et Dominique Huez (coordinateurs), Octarès. Date de publication prévue mi-janvier 2025, 480 pages prévisibles. Contenu : une partie théorique et une partie issue d'expériences de terrain. L'information sera relayée sur le site de l'association.

L'ouvrage est aussi destiné à apporter des arguments pour la défense des collègues attaqués par le Conseil

de l'Ordre. Rôle didactique pour les professionnels, rôle politique pour les acteurs. Destiné notamment à combler l'insuffisance de connaissance du monde médical sur le lien santé/travail.

Une diffusion est prévue pour informer les acteurs de la profession, les médias, certains acteurs politiques et le monde syndical.

Actualités juridiques : procès des collègues attaqués au Conseil de l'Ordre. Les argumentaires peuvent être différents d'une affaire à l'autre car dans un cas il s'agit d'écrits de médecins du travail et dans l'autre cas d'un écrit de consultation « Souffrance et travail ».

SANTÉ AU TRAVAIL ET FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

QUELS REPÈRES POUR LA PRÉVENTION COLLECTIVE ?

Expérience d'un médecin du travail qui intègre un poste en fonction publique territoriale.

L'équipe médicale est composée de médecins (jusqu'à peu formés à la santé au travail), d'infirmières (dont deux non formées à la santé au travail) et l'équipe pluridisciplinaire est composée d'une psychologue, de deux chargées du handicap et de deux « inspecteurs » dont le rôle n'est pas très bien défini (équivalent d'IPRP ?).

Les premiers constats interrogent : une journée d'information à destination des maires sur la thématique de la santé mentale et le travail n'aborde pas les questions de santé au travail (organisation d'ateliers « bien-être » par exemple), des managers s'interrogent sur la présence du médecin du travail sur les lieux de travail, des maires mettent en avant l'absentéisme de leurs agents alors que le médecin du travail constate plutôt un présentéisme, des situations décrites comme maltraitantes par les agents ce qui pose la question, pour le médecin du travail, d'une éventuelle alerte collective à l'employeur...

Le fonctionnement de l'équipe de santé au travail interroge aussi : la psychologue anime des groupes de parole, des chargées de handicap voudraient obtenir des informations médicales sur les agents qu'elles accompagnent...

L'expérience nous incite à la prudence quant aux actions à mettre en œuvre dans un contexte de prise de fonction dans un nouveau poste. Même si le médecin du travail est expérimenté et est en capacité de détecter très rapidement à la fois les dysfonctionnements institutionnels et les situations collectives de dégradation des conditions de travail, la discussion tourne autour des possibilités pour le médecin du travail, en fonction du contexte, des objectifs attendus et des moyens à sa disposition. Il est proposé de mobiliser ses savoir-faire de prudence pour pouvoir inscrire ses actions durablement. Ne faut-il pas prendre le temps d'observer et de comprendre les enjeux pour les différents acteurs (ce temps serait estimé à deux ans en moyenne sur un même poste).

Dans le contexte décrit, les infirmières pourraient être en souffrance par manque de repères dans leur métier (changements de médecins, médecins non qualifiés en santé au travail...). La pseudo autonomie dont elles disposent a probablement favorisé l'apparition de pratiques basées sur des stratégies de défense. Pour autant, elles semblent avoir une « bonne » écoute. Le fait de les inviter à assister à des consultations médicales puis d'en discuter collectivement et régulièrement, permettrait de clarifier les objectifs et de partager les constats, de trouver des clefs d'intelligibilité pour la compréhension des situations de travail. L'instauration de réunions cliniques où chacun expose sa compréhension et ses interrogations peut être un espace de construction d'une confiance mutuelle. C'est peut-être la première étape avant de pouvoir envisager un travail pluridisciplinaire avec les autres acteurs de prévention.

Voir les écrits « *Références colloque E-Pairs sur la coordination médecins et infirmiers en santé au travail et le DPC* » ; octobre 2015, <http://www.e-pairs.org/colloque2015/2015-06-05-livret.cooperation.medecin.infirmiere.htm>

Les chargés de handicap et la psychologue ont construit une pratique en fonction des exigences et contraintes fixées par le management et l'environnement.

En l'absence d'information sur l'historique du service, il est plus difficile de comprendre le fonctionnement. Une des pistes pourrait être de proposer de s'expliquer mutuellement sur son propre fonctionnement, sous réserve que les stratégies défensives éventuelles le per-

mettent. Un objectif commun, « Préserver la santé ? Adapter les conditions de travail à l'individu ? » pourrait idéalement être retenu, dans le respect du référentiel métier de chacun. Par exemple, expliquer que si le médecin refuse de donner des éléments médicaux, ce n'est pas par manque de confiance, c'est parce que cela relève du secret médical qui s'impose à tout médecin. Ces révélations sur l'état de santé de l'agent ne sont pas nécessaires pour mettre en place des actions de prévention et d'adaptation des postes de travail. C'est le principe du travail en pluridisciplinarité, dans le respect mutuel de chacun des métiers. Pour faciliter les échanges, des protocoles de coopération pourraient être discutés : comment oriente-t-on un agent en difficulté vers la psychologue ? De quels éléments aurait-elle réellement besoin pour prendre en charge l'agent, un retour au médecin est-il attendu ? nécessaire ? sous quelle forme ? comment matérialiser l'accord de l'agent ? Comment l'agent pourrait-il prendre connaissance des éléments échangés entre les professionnels qui l'accompagnent ?

Faut-il tracer, et comment, ces éléments dans le dossier médical de santé au travail ? Sous quelles conditions et quelles informations pourraient être transmises au management (recommandations collectives par exemple ?) Peut-on mettre en commun nos constats pour apporter du poids à nos propositions d'amélioration des conditions de travail ?

Références fonction publique territoriale : Décret de 1982 modifié en 2007-2015-2022.

Pour répondre aux sollicitations de l'employeur sur la problématique de l'absentéisme, il est possible de prendre en compte cette demande comme un indicateur pertinent, parmi d'autres, pour l'évaluation du risque dit « psychosocial ». Une manière de répondre pourrait être de proposer d'aider à comprendre, à faire le lien avec les conditions de travail afin que l'employeur puisse agir sur l'organisation du travail.

L'alerte collective est un outil de prévention pertinent, mis en pratique et discuté maintes fois par les médecins du travail bien avant 2018 (exemple : « Développer des alertes du risque psychosocial du médecin du travail » – Cahier SMT n°19, 2004). Son encadrement par

la réglementation(1) notamment l'obligation de l'employeur en matière de réponse et de transmission aux représentants du personnel est plus récente. Néanmoins, sur quels critères considérer qu'il est possible de faire une alerte collective ?

Certains collègues parlent de signalement « Quand le médecin constate un risque qui n'a pas été repéré, le médecin fait un signalement accompagné de propositions d'amélioration ». Quel vocabulaire utiliser : j'observe ? je vous signale ? je vous alerte ? Comment s'appuyer sur les arguments issus de la clinique médicale du travail sans mettre en difficulté les salariés individuellement. Même sur un petit collectif, il est possible de faire un courrier argumenté sur un risque collectif (en structurant les idées à partir de notes de dossiers individuels, si possible complétées par des arguments issus d'observations de terrain ou d'échanges avec les managers...). À l'extrême, il n'est pas exclu de pouvoir faire, à partir d'une demande individuelle, un diagnostic collectif en parlant de salarié « sentinelle » qui viendrait révéler un risque collectif. L'action préventive au service de ce collectif prend alors tout son sens.

L'idée générale est d'une part de faire un constat de dégradation des conditions de travail et d'autre part, d'apporter des arguments sur les conditions du « travailler » pour que « ça se passe bien ». Les propositions tournent généralement autour du « travailler ensemble », avoir des lieux de délibération, avoir des espaces d'échanges informels, favoriser les échanges sur le travail réel, impliquer les travailleurs dans les modifications des process...

Une des conditions de cette alerte serait d'identifier des alliés potentiels : avec certains managers de proxi-

.....
 1- Article L.4624-9 Version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018
I.-Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver. L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.
II.-Lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues en application de l'article L.4622-3, il fait connaître ses préconisations par écrit.
III.-Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur, prévues aux I et II du présent article, sont transmises au comité social et économique, à l'agent de contrôle de l'inspection du travail mentionné à l'article L.8112-1, au médecin inspecteur du travail ou aux agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés à l'article L.4643-1.

mité - s'ils ne sont pas dans l'aliénation culturelle totale (c'est-à-dire en rupture avec le réel) -, il est parfois possible de pouvoir échanger sur les difficultés du travail, ce qui fait obstacle ou ce qui pourrait faciliter le « travailler ensemble ». Les représentants du personnel peuvent être ressources sur la question des conditions de travail et donc ils peuvent se positionner en « alliés possibles ». Il paraît nécessaire de prendre le temps de construire là aussi une confiance mutuelle.

VIE DE L'ASSOCIATION SMT

Discussion autour de l'avenir de l'a-SMT.

Le *Cahier* est diffusé sur une liste de 500 à 600 noms, dont beaucoup ne sont plus en exercice. Il est proposé d'utiliser la promotion du livre à paraître en janvier 2025 pour sensibiliser de jeunes médecins du travail en demande d'échanges professionnels. Nécessité de ré-

fléchir à la continuité et à la pérennisation *via* les publications et les acquis concernant l'évolution de la profession.

Un projet de colloque autour du livre avec l'objectif de faire connaître l'association, et ce qui est discuté (exposés et débats), est évoqué.

Le projet du *Cahier N°42, février 2026* pourrait inclure des extraits du livre et de nouveaux articles proposés par les membres de l'association.

Renouvellement des instances.

LECTURES

- ♦ *Femmes au travail, violences vécues*, Association Santé et Médecine du Travail, Syros, mai 2000
- ♦ « Quand le travail nuit à la santé », *Pratiques N°105*, avril 2024

B U L L E T I N D ' A D H É S I O N

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 61 avenue Camus 44000 NANTES

Tél. 06 79 72 44 30 / courriel : contact@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 2026.

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°42* m'a intéressé(e) : je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je réserve le *CAHIER N°43* (à paraître courant 2026)

Adresser à Ass. Santé et Médecine du Travail

61 Avenue Camus 44000 NANTES

46^e CONGRÈS ET ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION SMT

13 DÉCEMBRE 2025



ACTUALITÉS 2025

Actualité juridique et plaintes au Conseil de l'Ordre : l'association suit l'évolution des affaires en cours. Le « Collectif Santé Justice France » a fait récemment paraître, sous la signature de Grégory Houillon, un ouvrage juridique : *La juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins face aux exigences du procès équitable imposées par l'article 6§1 CEDH*. Une note de lecture est parue dans ce *Cahier SMT N°42*.

Pour rappel au sujet des frais engendrés par les affaires juridiques en cours, l'employeur des médecins du travail attaqués au Conseil de l'Ordre doit participer aux frais d'avocat (jurisprudence).

Un projet de décret 10 décembre 2025 Sécurité sociale sur les échanges entre médecins du travail et médecins conseils de la CPAM a généré des réflexions de certains collègues, ces écrits sont intégrés dans ce *Cahier SMT N°42*.

Un projet de modification des conditions de reconnaissance des MP est en cours. Si la durée d'exposition n'est pas celle prévue par le tableau, ce seront les médecins conseils qui statueront.

Pour les autres critères, la procédure reste identique et passera par le CRRMP.

En parallèle se prépare une révision du barème d'indemnisation des IPP très probablement pour revoir les indemnisations à la baisse.

ORGANISATION DE L'ANIMATION DE L'ASS. SMT

Cinq membres du bureau actuel constitueront le groupe d'animation. Le contact sur le site de l'association sera renvoyé sur ces cinq membres de l'animation. Adresse générique : animation@a-smt.org.

Le bureau reste inchangé. Il faudra définir un trésorier adjoint.

L'équipe d'animation sera chargée de réceptionner les demandes/questions arrivants à l'association et d'initier les réflexions et travaux en fonction des priorités et de l'actualité. Il faudra définir un comité de rédaction pour le prochain *Cahier SMT N°43*.

L'animation du site internet est gérée actuellement par une seule personne. Il faudra un volontaire pour prendre le relais et/ou être adjoint. Il serait utile de trouver un prestataire pour assurer la pérennité des données et publications car il est probable que nous n'ayons pas les compétences suffisantes au sein de l'association.

L'association pourrait être ouverte aux autres métiers de la santé au travail : infirmiers de santé au travail, psychologue du travail... C'est une question à discuter.

Renouvellement de l'adhésion au CNPMT (Collège national de la médecine du travail), l'*a-SMT* est membre au titre d'une société de médecine du travail nationale. Le renouvellement est acté et deux collègues se proposent pour participer aux réunions.

**SUITES DE LA PARUTION EN 2025
DU LIVRE LA CLINIQUE MÉDICALE DU
TRAVAIL – CONTRIBUTION À LA FORMATION
ET À L’EXERCICE DE LA MÉDECINE
DU TRAVAIL, OCTARÈS**

Le constat est que la diffusion s’est faite essentiellement dans l’entourage des membres de l’a-SMT. Les réactions sont rares. Les syndicalistes seraient plutôt dans l’étonnement du fait d’un décalage entre ce qui est décrit dans le livre et ce qu’ils constatent de l’exercice des médecins du travail qu’ils côtoient sur le terrain. Le livre n’a provoqué aucune réaction du côté des politiques.

Quelle utilité/réaction pour les jeunes médecins et internes en santé au travail à un stade où ils découvrent le métier. Il serait intéressant de pouvoir en discuter avec eux.

Le livre peut être une référence, une base en cas de litige professionnel. C’est une façon de montrer comment l’exercice du métier peut se faire avec une approche globale de la santé incluant les aspects sociaux, sociétaux, environnementaux et politique...

L’approche permet de montrer de manière anticipée l’évolution du système de prévention de la santé au travail au regard de l’évolution réglementaire, les conséquences pour les salariés et leurs droits. Les questions de santé au travail ne sont plus portées majoritairement par les professionnels de santé au travail (un peu plus par les généralistes et les psychiatres depuis quelques années du fait de la souffrance en lien avec les situations de travail exprimée par leurs patients).

Pourquoi pas présenter le livre devant un public de médecins et infirmiers pour lancer le débat, notamment sur les difficultés d’exercice ? Certains sont en souffrance par rapport à leurs pratiques et à leur isolement.

Peut-on envisager une présentation du livre en lien avec l’association E-Pairs ? cela nécessiterait que les médecins de E-Pairs soient engagés dans la démarche. Il n’y a pas eu de retour suite à l’envoi du livre mais la question n’a pas été posée aux différents GAPEP médecins et infirmiers qui ont tous reçu deux exemplaires du livre.

Comment définir des espaces pour échanger sur les pratiques à partir du livre et de ce qui est décrit sur la clinique médicale du travail ?

Le Congrès national de médecine et santé au travail qui se tiendra à Lyon en juin 2026 sera l’occasion de parler de l’ouvrage : prévoir de demander des exemplaires à l’éditeur pour le proposer et en discuter au stand a-SMT / E-Pairs. Plusieurs membres de l’association seront présents.

Il est aussi possible de continuer à communiquer dans les différents réseaux de professionnels.

**CAHIER SMT N°42 : ATTESTER
DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES
PASSÉES ET PRÉSENTES À L’AIDE
DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL**

La liste des différents articles proposés sera mise à jour et les collègues chargés de la rédaction feront l’arbitrage. Un collègue se chargera de la relecture. Pour les prochains articles, les auteurs penseront à respecter les règles de rédaction. Chacun transmettra la mise à jour de listes de diffusion (listes de médecins en exercice ou autres professionnels de santé intéressés pour recevoir la revue).

RÉFÉRENCES

- ◆ Site de l’a-SMT : pour mémoire, biographies de certains membres ou anciens membres de l’association.
- ◆ Revues annuelles de l’association archivées sur le site : 42^e numéro cette année.
- ◆ Pour rappel, cinq ouvrages sont parus depuis la création de l’association.
- ◆ Exemple de matrices emploi/exposition de Santé publique France : <https://expro.santepublique-france.fr/matrices>.
- ◆ Fiches de poste proposées par le site *Bossons futé*.

À PRÉVOIR

- ◆ Prochaines réunions animation environ tous les deux mois.
- ◆ Congrès national de médecine et santé au travail – 2 au 5 juin 2026 à Lyon.
- ◆ Pilotage *Cahier SMT N°43* : anticiper la rédaction des articles et l’arbitrage si possible.

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)
- N°41 **La clinique médicale du travail – contribution à la formation et à l'exercice de la médecine du travail, (2025), Éditions Octarès**
- N°42 Attester des expositions professionnelles passées et présentes à l'aide de la Clinique médicale du travail (février 2026)

- 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) –

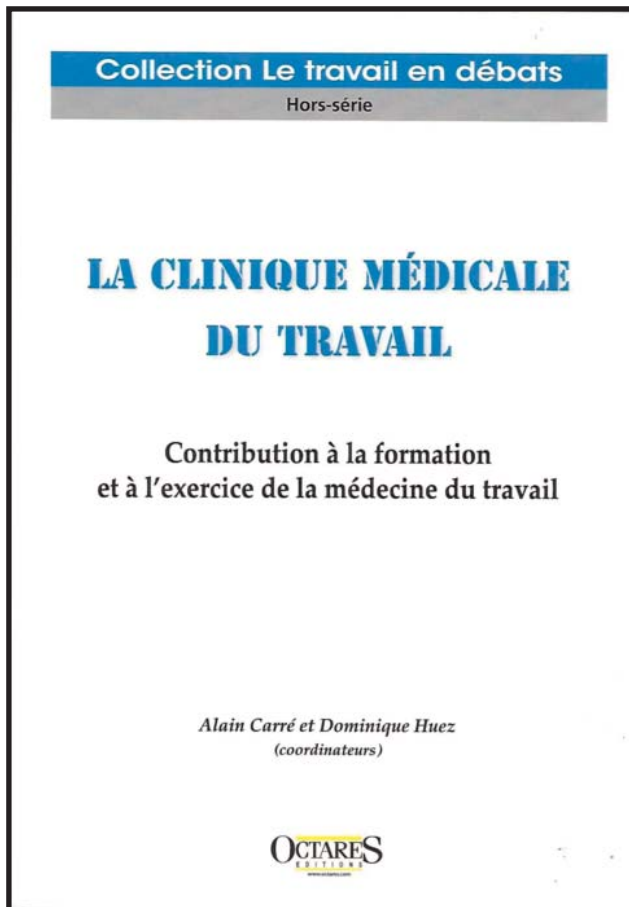
L'accès à chaque article de quasiment tous les *CAHIERS SMT* est en ligne.
Accessible sur le site internet de l'association
<http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

LES CAHIERS S.M.T.

Les *CAHIERS SMT* ci-dessus 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>

À paraître dans le prochain numéro 43

- ♦ *Du plaisir à l'aliénation au travail, une conductrice de bus maltraitée par l'organisation de son travail, Dominique HUEZ*
- ♦ *Histoire et évolution de la santé au travail, La clinique médicale du travail, Nadine KHAYI*



Ce dont traite cet ouvrage La clinique médicale du travail est le soubassement d'une pratique médicale qui appréhende la santé au travail d'une patiente ou d'un patient. « La santé pour chaque homme, femme ou enfant, c'est d'avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychique et social. »

Alors qu'un tiers de nos journées et les trois quarts de notre vie sont consacrés à travailler, l'influence du travail sur la santé est la matière noire de l'univers de la médecine.

C'est dire si cette contribution est précieuse, puisqu'elle constitue, à notre connaissance, la première référence qui se veut exhaustive consacrée à ce seul sujet.

Elle s'adresse bien évidemment à celles et ceux qui se destinent au métier de médecin du travail mais aussi aux médecins du travail en exercice afin de conforter leur pratique. Elle peut être également un atout pour les autres professionnel·les de la santé au travail, tout particulièrement les infirmières et infirmiers en santé au travail, comme prémices de la construction de leur propre clinique ou pour faciliter les coopérations professionnelles.

Cet ouvrage pourra, peut-être, combler la relative cécité sur le travail des praticiennes et praticiens du secteur de soin. Leur consultation pourra comporter, après la lecture de l'ouvrage, parmi les questions habituelles sur la santé individuelle, celle, fondatrice, qui guide notre clinique : « Alors, comment va votre travail ? ».

Il deviendra plus difficile, voire stigmatisant, de s'obstiner à poursuivre et à condamner des médecins qui, grâce à cette clinique, diagnostiquent le lien entre le travail et la santé.

Cet ouvrage est structuré autour des concepts et des principes spécifiques de cette clinique médicale du travail. Pour en faciliter la compréhension, il inclut également des contributions et des témoignages vécus qui l'illustrent. Il s'agit de cas concrets concernant des travailleuses et des travailleurs, dans la réalité quotidienne, où s'entremêlent la vie au travail et hors travail. À travers ces exemples concrets, la lectrice ou le lecteur peut observer les pratiques et les résultats de la clinique médicale du travail.

Cet ouvrage est également destiné à toute personne, travaillant ou ayant travaillé, ainsi qu'à celles et ceux qui les représentent. Il peut servir de jalon dans la compréhension de ce qui se joue lors de la consultation ou de l'intervention du médecin du travail.