

COVID-19 ET TRAVAIL

LES CAHIERS S.M.T. N°37

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

OCTOBRE 2020

ISSN 1624-6799

ÉTHIQUE ET PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL

MÉDECINE DU TRAVAIL EN TEMPS D'ÉPIDÉMIE

SANTÉ AU TRAVAIL,

EFFONDREMENT DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ

FACE AUX OBSTACLES, L'ACTUALITÉ DES PRATIQUES

Médecine du travail en temps d'épidémie

Épidémie et médecine du travail	<i>Alain CARRÉ</i>	5
La santé au travail à l'heure de l'épidémie de Covid-19	<i>Jean-Louis ZYLBERBERG</i>	8
« To test or to test Covid-19 » telle est la question d'un médecin du travail confiné ?	<i>Docteur MONTDARGENT</i>	11
« CSE masqué » en temps de Covid-19	<i>Docteur MONTDARGENT</i>	14
Secret médical, Covid-19, frissons des données de santé connectée	<i>Gérard LUCAS</i>	16
L'irruption du télétravail pendant la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19	<i>Nathalie PENNEQUIN</i>	19
Période Covid-19, travail en mode dégradé	<i>Karine DJEMIL</i>	24
Constats et posture de médecin du travail au cours d'une crise sanitaire	<i>Karyne CHABERT</i>	30
Pratiques professionnelles « déconfinées »	<i>Jean-Louis ZYLBERBERG</i>	32
Prescription d'actes médicaux par les médecins du travail Déclaration de l'Association SMT	<i>Ass-SMT</i>	35
En 2021, la Covid-19 a fait passer la médecine du travail à l'ère 3.0 !	<i>Docteur BALDESCURE</i>	37

Santé au travail, effondrement de la protection de la santé

Confinement, déconfinement, vers une médecine du travail de sélection de la main d'œuvre et de gestion des risques en accompagnement des employeurs et du gouvernement	<i>Collectif des personnels des SSTI UGICT-CGT</i>	40
Le télétravail : un risque pour la santé	<i>Alain CARRÉ</i>	45
Covid-19, régression résistible de la médecine du travail	<i>Gérard LUCAS</i>	47
La destruction de la médecine du travail en France : passé, présent, avenir	<i>Alain CARRÉ</i>	50

Face aux obstacles,
l'actualité des pratiques en médecine du travail

Des coopérations à réinventer au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'un SST clinique du travail et clinique médicale du travail	<i>Dominique HUEZ</i>	55
Chronique de la construction d'une collaboration entre une infirmière en santé au travail et un médecin du travail	<i>Docteur BALDESCURE</i>	57
Expérience d'un réajustement des missions pour améliorer la coopération médecins/infirmière en service autonome	<i>Karyne CHABERT</i>	61
Pratiques actuelles au regard des changements législatifs des coopérations à réinventer <i>Compte rendu du Congrès de l'Association Santé et Médecine du travail, 30 novembre 2019</i>	<i>Benoît DE LABRUSSE Karyne CHABERT Jean-Louis ZYLBERBERG</i>	63
Bilan de consultations spécifiques « Souffrances et travail ». Retour sur la clinique et les pratiques	<i>Alain GROSSETÊTE</i>	66
Démonstration du caractère juridiquement abusif des plaintes d'employeur et de la procédure des instances disciplinaires	<i>Alain CARRÉ Dominique HUEZ</i>	68
Ordre des médecins et entrave aux pratiques médicales en soutien de la santé des salariés Complicité avec le management néolibéral	<i>Alain CARRÉ Dominique HUEZ</i>	73

Bilan 2019-2020

Alain RANDON

É D I T O R I A L

« LA SANTÉ AU TRAVAIL D'APRÈS »

BAS LES MASQUES !

Par décret n°2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus SARS-CoV-2, les déplacements de toute personne hors de son domicile ont été interdits, à l'exception de certains motifs dont « ...les trajets entre le domicile et le ou les lieux d'exercice de l'activité professionnelle et déplacements professionnels **insusceptibles d'être différés...** ».

Le lendemain, la Direction générale du travail (DGT) publiait une instruction relative au fonctionnement des Services de santé au travail (SST) pendant l'épidémie de Covid-19, insistant sur l'obligation d'assurer « ...la continuité de leur mission essentielle d'intérêt général de protection de la santé et de la sécurité des salariés, dans l'objectif de ralentir la propagation de la pandémie, tout en garantissant la poursuite des activités essentielles à la continuité de la vie de la Nation... ». Mais il est écrit que « ...les actions en milieu de travail doivent être reportées... sauf dans les situations d'urgence et justifiées (enquête d'accident du travail grave ou mortel, décision dans le cadre d'une procédure d'inaptitude ne pouvant être différée)... ».

La mission prioritaire des services de santé au travail pour la DGT est de maintenir les visites médicales concernant les salariés exerçant une **activité nécessaire à la continuité de la vie économique de la Nation**. L'équipe pluridisciplinaire est devenue virtuelle...

Le 2 avril, une nouvelle instruction de la DGT enfonce le clou : « ...les SST doivent être entièrement mobilisés pour mener les actions suivantes :

- ♦ accompagnement et conseil des employeurs et des salariés soit par des interventions sur site si les conditions de sécurité sont remplies, soit à distance ;
- ♦ visites en présentiel ou à distance pour les salariés exerçant une activité nécessaire à la continuité de la vie de la Nation ;
- ♦ relais des messages de prévention diffusés par les autorités sanitaires... ».

Du côté des sociétés savantes, le 23 mars, la Société Française de Médecine du Travail publie des recommandations pour les équipes de santé au travail prenant en charge des établissements de santé où sont hospitalisés des patients Covid-19+. Là encore, on peut y lire que l'objectif est double :

- ♦ « contribuer à la protection des agents ;
- ♦ mais aussi contribuer à **maintenir la capacité soignante** de nos établissements... ».

Le cap était maintenu, par l'ordonnance n°2020-386 du 1^{er} avril 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire et modifiant le régime des demandes préalables d'autorisation d'activité partielle. Les missions des SST sont « **d'accompagner les entreprises amenées, par l'effet de la crise sanitaire, à accroître ou adapter leur activité** ».

Problème, des salariés indispensables à la continuité de la vie économique de la Nation mouraient au travail (des caissières, des professionnels d'établissements médico-sociaux et d'établissements de santé, des livreurs, des préparateurs de commandes, etc.).

Le 22 avril, le ministre de la Santé Olivier Véran déclarait à l'Assemblée nationale que « ...le coronavirus sera systématiquement et automatiquement reconnu comme maladie professionnelle pour les soignants... » et que les autres professionnels seraient soumis à « la procédure classique ».

Le 7 juillet, un projet de décret relatif à la reconnaissance en maladie professionnelle des pathologies liées aux contaminations par le SARS-CoV-2 est présenté en commission des maladies professionnelles du Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT). Le futur tableau n°100 des maladies professionnelles ne prend en compte que certaines pathologies avec un

délai de prise en charge excluant la réparation des séquelles chroniques et une liste très limitative des travaux susceptibles de provoquer les pathologies. Pour tous les salariés ne remplissant pas les conditions drastiques de ce tableau, ce sera un CRRMP nouvelle formule : deux médecins (exit le médecin inspecteur) et uniquement dédié à ces pathologies. Circulez, il n'y a rien à voir des effets du travail sur la santé !

Le 11 mai, le déconfinement prit ses quartiers et dès le mois suivant les députés Charlotte Lecocq, Carole Grandjean, Cendra Motin et les membres du groupe La République En Marche et apparentés rédigeaient une proposition de résolution « appelant à faire de la France l'un des pays les plus performants en matière de santé au travail ».

On y apprend que les SST n'ont pas tous fait leur travail d'accompagnement car « ...les entreprises se sont trouvées isolées, désemparées, durant plusieurs jours, ce qui dans un climat d'incertitude a pénalisé le maintien de l'activité économique dans certains secteurs... » ?

Pour une prévention dans le domaine de la santé au travail performante et innovante, rien de tel que de « ...diffuser les messages de santé publique portant par exemple sur les addictions, le sommeil, la nutrition... ».

Pour des acteurs en santé au travail « plus efficaces et tournés vers la prévention des risques professionnels », les équipes pluridisciplinaires sans médecins (l'armée mexicaine composée « de psychologues, d'ingénieurs en prévention, d'ergonomes, de professions paramédicales telles que les kinésithérapeutes, jusqu'aux assistants sociaux ») doivent « monter en puissance ».

La cerise sur le gâteau est la prévention de la désinsertion professionnelle, avec les salariés « fragiles », « vulnérables », un peu trop vieux et usés.

On vit une époque formidable où il ne faut plus s'encombrer « du secret professionnel institué dans l'intérêt des patients », frein à la traque du SRAS-CoV-2. En effet, les médecins du travail peuvent enfin faire du soin en prescrivant des arrêts de travail mais uniquement pour les salariés infectés par le SRAS-CoV-2.

Le 20 décembre 2019, le tribunal correctionnel de Paris déclaraient trois anciens dirigeants de France Télécom, ainsi que l'entreprise, coupables de harcèlement moral « institutionnel », « systémique », c'est-à-dire étant le fruit d'une stratégie d'entreprise « visant à déstabiliser les salariés, à créer un climat anxigène et ayant eu pour objet et pour effet une dégradation des conditions de travail ».

Ce contexte de « coup d'État permanent », avec un état d'urgence sanitaire prorogé de semaines en semaines et qui peut revenir à tout moment, nécessite des pratiques professionnelles ancrées dans le droit si nous voulons demeurer des professionnels de santé au travail.

Jean-Louis Zylberberg

Président Association Santé et Médecine du Travail

LES CAHIERS S.M.T.

Publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN 1624-6799

Responsable de rédaction : Dominique HUEZ

Responsable de publication : Jean-Louis ZYLBERBERG

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

Ont participé à ce numéro : Ass. SMT, Herbert BALDESCURE, Alain CARRÉ, Karyne CHABERT, Collectif UGICT CGT, Karine DJEMIL, Alain GROSSETÊTE, Benoît DE LABRUSSE, Dominique HUEZ, Gérard LUCAS, D^r MONTDARGENT, Nathalie PENNEQUIN, Alain RANDON, Jean-Louis ZYLBERBERG

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil

ÉPIDÉMIE ET MÉDECINE DU TRAVAIL

Alain CARRÉ

Un praticien est, par définition, prisonnier des contingences. La situation actuelle est liée au choix initial d'absence de dépistage systématique par tests biologiques et mise en quarantaine des cas positifs¹ ce qui a imposé le confinement de l'ensemble de la population. La situation étant ce qu'elle est, la proposition est d'en considérer les déterminants et de permettre une réflexion sur la conduite à tenir, comme médecin du travail, c'est-à-dire comme spécialiste médical de la prévention des risques de leurs effets en milieu de travail du point de vue exclusif de l'intérêt de la santé des travailleuses et des travailleurs

Il s'agit ici de considérer cette situation comme professionnel.le de ce secteur d'un triple point de vue :

- ◆ Celui des droits de la travailleuse ou du travailleur en matière de prévention à travers les principes généraux de prévention.
- ◆ Du point de vue pratique comme le ferait un médecin d'un secteur concerné par le risque.
- ◆ Enfin d'un point de vue politique pour en peser les implications en termes d'erreur et de responsabilité.

ANALYSE DE LA SITUATION DU CÔTÉ DES PRINCIPES DE PRÉVENTION

ÉVITER LE RISQUE

Cela signifie que seuls les salariés et salariées dont l'activité est vitale (au sens premier du terme) pour le reste de la nation peuvent être **potentiellement** exposés.e.s au risque de contagion par un agent biologique de catégorie 3. Cela exclu toute exposition potentielle qui ne serait pas **strictement** et **immédiatement** nécessaire à

.....
1- Cette option mise en œuvre en Corée-du-Sud a permis de contrôler l'épidémie avec un nombre minimal de victimes. Et un confinement limité dans le temps du reste de la population.

celles et ceux qui vivent sur le territoire national (c'est-à-dire que par exemple le maintien d'une activité économique pour son caractère lucratif n'est pas légitime). Les secteurs d'activité doivent donc être strictement limités aux besoins vitaux : à la santé, à l'alimentation, à l'énergie, aux transports. Cela exclu par exemple le secteur du bâtiment, hors maintenance de base, ce que semblent avoir compris les employeurs de ce secteur.

ÉVALUER LES RISQUES QUI NE PEUVENT ÊTRE ÉVITÉS

Cela implique que dans chaque situation de travail relevant des secteurs d'activité concernés sont effectués **un repérage et une description précise** des situations **potentiellement susceptibles** de provoquer la contamination par l'agent biologique.

Par exemple : contact avec le public pouvant être porteur, manipulation d'objets ayant été manipulés par le public, contact avec les malades, contact avec les fluides biologiques provenant des malades (labos...), partage de locaux ou d'outils entre travailleur.euse.s des secteurs productifs indispensables, intervention sur des lieux qu'ont fréquentés des personnes du public (nettoyage, désinfection)...

ADAPTER LE TRAVAIL À L'HOMME

Notamment, c'est au médecin du travail, qui après avoir examiné le salarié ou la salariée, de déterminer si du fait de son état de santé, (vulnérabilité dans le dossier ou lors de l'examen) des mesures spécifiques de prévention sont nécessaires et de les signifier à l'intéressé.e et à l'employeur qui doit les appliquer.

Si le risque potentiel est trop grand ou si l'employeur refuse d'appliquer les aménagements, le médecin du travail peut alors diriger le salarié ou la salariée sur le secteur de soin pour arrêt de travail (dans la situation actuelle).

PRENDRE DES MESURES DE PRÉVENTION COLLECTIVE

Diminuer la durée d'exposition est la première mesure logique de bon sens : moins on est en contact avec l'agent biologique moins le risque est présent. Ainsi augmenter la durée journalière ou hebdomadaire du travail fait prendre un risque supplémentaire aux salarié.e.s. Seuls les secteurs en grande pénurie de personnel qualifié peuvent déroger à ce principe.

Instaurer un *turn-over* pour les situations de contact potentiel (par exemple réception-stockage ou réapprovisionnement) est souhaitable. Instaurer également un *turn-over* pour la fréquentation des vestiaires en multipliant les locaux destinés à cet usage l'est aussi.

S'il y a pénurie de vêtements jetables, il est nécessaire de prendre en charge dans des conditions pratiques de confinement les vêtements de travail non jetables (sacs étanches avec logo ou inscription risque biologique) pour lavage avec lessives antivirales.

Organiser un nettoyage des locaux en désinfectant régulièrement ou lors de la fermeture (produits dégraissants puissants, par ex. bicarbonate de soude ou mieux eau de Javel si possible) est indispensable.

PRENDRE DES MESURES DE PRÉVENTION INDIVIDUELLE

La contamination étant principalement aérienne (gouttelettes de respiration = aérosols) tous les secteurs à risques doivent être munis de masques efficaces² FFP2 ou FFP3. Dans ces circonstances, ne pas fournir de masques ou des masques inefficaces constitue une mise en danger d'autrui.

Pour la contamination par objets souillés, le port de gants jetables étanches (pas de gants en coton ou en tissu) est là encore indispensable.

Pour les outils, il faut les considérer comme individuels et/ou les désinfecter avec des lingettes virucides si les outils sont collectifs.

Les écrans transparents étanches sont utiles mais n'offrent pas une protection totale les courants d'air pouvant contourner l'obstacle.

Dans les cas de contact direct et prolongé avec des personnes contaminées, des vêtements jetables doivent être fournis et dans tous les cas **une douche doit être possible** avant de remettre les vêtements personnels.

Pour l'ensemble des matériels jetables, il faut prévoir des moyens de confinements (sacs étanches) et les incinérer.

.....
2- <http://www.inrs.fr/media.html?reflNRS=ED%206106>

DONNER DES INSTRUCTIONS APPROPRIÉES AUX SALARIÉ.E.S

L'ensemble des mesures de protection collectives doit être formellement transmises aux travailleur.euse.s. Les mesures de protection individuelles, mises à disposition, doivent faire l'objet d'une information formelle aux intéressé.e.s.

FORMER LES TRAVAILLEURS ET LES TRAVAILLEUSES AUX MESURES DE PROTECTION

Cela implique que les instructions doivent être accompagnées d'un temps pédagogique pour leur mise en œuvre et que l'employeur s'assure de la compréhension de ses instructions.

ANALYSE COMME MÉDECIN DU TRAVAIL

La mission d'un médecin du travail est « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » et accessoirement de prendre en compte les risques pour les autres travailleurs ou les tiers. C'est sur ce point de vue exclusif que cette analyse est fondée.

Les médecins du travail forment (ou devraient former) une communauté professionnelle faite d'échanges sur le métier et les pratiques autour d'une clinique commune : la clinique médicale du travail. Il est donc particulièrement approprié, notamment dans une situation inédite, que les médecins du travail d'un même secteur échangent sur la situation, les risques et ce qu'ils comptent mettre en œuvre (la réflexion collective permet d'améliorer sa propre réflexion).

Au-delà des médecins, cette réflexion doit être étendue aux membres de l'équipe médicale de santé au travail et, quand elle existe, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Les aspects médicaux, en particulier du côté du « prendre soin » sont dans des circonstances exceptionnelles, particulièrement importants.

Les questions pratiques du côté du travail et de la prévention de ces risques et la survenue, très probable, d'implications psychiques de la situation mettent en tension les intervenants en prévention des risques professionnels et plus particulièrement les psychologues du travail. À un moment ou à un autre, la réunion de groupes de paroles des salarié.e.s sera sans doute utile. C'est donc un travail d'équipe, à la fois médicale, paramédicale et pluridisciplinaire, que doit coordonner le médecin du travail.

L'aboutissement pratique de ce travail d'équipe se cristallisera, s'agissant d'un risque nouveau, conformément à l'article L.4624-9 du Code du travail, par la rédaction d'un ou de plusieurs documents de signalement, synthétisant l'analyse du point de vue des prin-

cipes de prévention ci-dessus et la réflexion commune, en les appliquant **et en les déclinant aux conditions du travail réel des salarié.e.s**. Ce type de document est indispensable pour servir de base à une réflexion commune puisqu'il est transmis à l'employeur, au CSE, à l'inspection du travail et à la CARSAT. Pour un employeur, tenir hors du débat la représentation du personnel en prise avec la réalité du travail, serait une aberration.

En matière de surveillance médicale individuelle la question se pose du maintien des visites dites systématiques. Il serait souhaitable de se concentrer uniquement sur des visites à la demande de l'employeur, du salarié ou à l'initiative du médecin du travail. Cela dégrègerait notamment du temps pour aller sur les lieux de travail pour affiner les conseils au regard des situations concrètes et mieux préciser des missions aux IPRP pour leur demander d'intervenir sur des situations ciblées. Cela permettrait également d'ouvrir une réflexion discrète sur l'émergence de « savoir-faire de prudence ».

Il serait également souhaitable que l'équipe médicale, après une ou plusieurs réunions de réflexion, examine les dossiers individuels afin de repérer les sujets à risque et de les recevoir en visite à l'initiative du service médical.

Enfin, il faut tenir compte de la situation de travail particulièrement anxiogène dans ces conditions et faire savoir que les membres du service médical du travail sont à la disposition de tous ceux et toutes celles qui seraient inquiets du fait de leur travail ou qui penseraient avoir des symptômes de la maladie.

ANALYSE DU POINT DE VUE DE L'AVENIR

Le médecin ne saurait se consacrer uniquement à la santé physique et mentale car la santé est aussi sociale. Il ne peut faire l'impasse sur les déterminants politiques de la situation. La mondialisation des échanges, corollaire du néolibéralisme, a joué un rôle clé dans la propagation de l'épidémie. La délocalisation des productions autrefois locales et actuellement externalisées, pour la même raison, a entraîné une pénurie en matériel de première nécessité.

Les politiques de réduction des crédits et des effectifs dans le secteur de soin et la politique de réduction de formation des professionnels (notamment des médecins), la gestion purement financière des établissements publics de soins a été responsable des conditions défavorables de prise en charge et par là même de décès de victimes de la maladie. Ce sont à l'évidence les plus démunis ou les plus vulnérables notamment les plus âgés qui sont voués à mourir.

Des retards à la mise en œuvre de mesures de prévention ont pu être impliqués à la volonté de « protéger l'économie » au détriment de la santé de la population, voire à des considérations électorales.

Ne pouvant ignorer la mise en cause de leur responsabilité dans la survenue et les défauts de traitement de la situation, les responsables politiques sont en grande difficulté. C'est ce que révèle le caractère très problématique de leurs réactions teintées d'autoritarisme et de dénigrement. Sous prétexte de réagir à ce qui n'est pas une guerre, le caractère martial (« *Armons nous et partez* » ?) fait monter d'un cran la méfiance. Les lois d'exception la cristallisent. La visibilité de la domination engendre la révolte.

Ainsi les restrictions aux droits légitimes et constitutionnels du travail ont eu pour effet de compréhensibles réactions négatives des travailleurs et de leurs représentants.

La surenchère sur les mesures de confinement, sans aucun doute nécessaires du fait du choix initial, leur caractère particulièrement autoritaire et strictement policier et répressif, pour protéger, malgré eux, des citoyennes et des citoyens d'un danger présenté comme incommensurable ont eu pour effet des comportements dits « irresponsables » et « imbéciles » (dénoncées par des personnes jouissant d'un statut protecteur) qui sont à l'évidence des conduites « défensives », au sens psychodynamique du terme. Jouer sur la peur pour les faire cesser c'est alimenter l'incendie.

Cela augure mal de l'avenir, car dans la surenchère autoritaire il n'y a pas de limite. « *Les jours heureux reviendront ils* » ? Au-delà de la réflexion sur la santé au travail saurons-nous tirer collectivement les enseignements de la situation actuelle ?

LA SANTÉ AU TRAVAIL

À L'HEURE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Jean-Louis ZYLBERBERG

LE CADRE SPÉCIFIQUE DE LA PRÉVENTION LIÉE AUX AGENTS BIOLOGIQUES

Les agents biologiques sont des micro-organismes (bactéries, virus, parasites, champignons) susceptibles de provoquer une infection, une allergie ou une intoxication (article R.4421-2 du Code du travail). Les agents biologiques sont classés en 4 groupes (article R.4421-3 du Code du travail).

Le SARS-CoV-2 appartient au groupe 3 : il peut provoquer une maladie grave chez l'Homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs et les travailleuses ; sa propagation dans la collectivité est possible, mais il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace.

Lorsque l'exposition des travailleurs ou des travailleuses à un agent biologique dangereux ne peut être évitée, elle est réduite en prenant les mesures suivantes (article R.4424-3 du Code du travail) :

- ♦ Limitation au niveau le plus bas possible du nombre de travaill.eur.euse.s exposé.es ou susceptibles de l'être.
- ♦ Définition du processus de travail et des mesures de contrôle technique ou de confinement visant à éviter ou à minimiser le risque de dissémination d'agents biologiques sur le lieu de travail.
- ♦ Signalisation dont les caractéristiques et les modalités sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de l'agriculture et de la santé.

- ♦ Mise en œuvre de mesures de protection collective, ou lorsque l'exposition ne peut être évitée par d'autres moyens, de mesures de protection individuelle.
- ♦ Mise en œuvre de mesures d'hygiène appropriées permettant de réduire ou, si possible, d'éviter le risque de dissémination d'un agent biologique hors du lieu de travail.
- ♦ Établissement de plans à mettre en œuvre en cas d'accidents impliquant des agents biologiques pathogènes.
- ♦ Détection, si elle est techniquement possible, de la présence, en dehors de l'enceinte de confinement, d'agents biologiques pathogènes utilisés au travail ou, à défaut, de toute rupture de confinement.
- ♦ Mise en œuvre de procédures et de moyens permettant en toute sécurité, le cas échéant, après un traitement approprié, d'effectuer le tri, la collecte, le stockage, le transport et l'élimination des déchets par les travailleurs. Ces moyens comprennent, notamment, l'utilisation de récipients sûrs et identifiables.
- ♦ Mise en œuvre de mesures permettant, au cours du travail, de manipuler et de transporter sans risque des agents biologiques pathogènes.

L'article R.4424-3 du Code du travail s'applique sans restriction.

Contraindre pour quelque motif que ce soit un travailleur ou une travailleuse sans avoir appliqué ces mesures a des conséquences :

- ♦ Les effets éventuels de l'exposition sur la santé sont considérés comme un accident du travail ou une maladie professionnelle.
- ♦ L'employeur est responsable personnellement et pénalement (mise en danger d'autrui).
- ♦ S'il agit sur injonction des pouvoirs publics l'agent public ayant exercé la contrainte est pénalement coresponsable.
- ♦ Le salarié ou la salariée peut légitimement exercer son droit de retrait.
- ♦ Les membres du CSE sont en droit de déclarer un danger grave et imminent.

LES MESURES GÉNÉRALES QUI S'APPLIQUENT DANS CETTE SITUATION

L'évaluation des risques biologiques doit être actualisée dans le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), accessible à tout salarié depuis 2008. L'employeur doit déterminer la nature, la durée et les conditions de l'exposition des travaill.eur.euse.s. Il tient compte de toutes les informations disponibles, notamment de celles relatives aux infections susceptibles contractées par les travailleurs du fait de leur activité professionnelle et de celles concernant les effets allergisants et toxiques pouvant résulter de l'exposition aux agents biologiques.

L'employeur tient à la disposition de l'inspection du travail et des agents du service de prévention des organismes de Sécurité Sociale, les éléments ayant servi à l'évaluation des risques.

À la suite de cette évaluation des risques, l'employeur doit **mettre en œuvre les actions de prévention** ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travaill.eur.euse.s (article L.4121-3 du Code du travail). Il doit aménager les établissements et les locaux de travail de manière à ce que leur utilisation garantisse la sécurité des travaill.eur.euse.s, et il doit tenir ces établissements et locaux dans un état constant de propreté et faire en sorte qu'ils présentent les conditions d'hygiène et de salubrité propres à assurer la santé des intéressé.e.s (article L.4121-1 du Code du travail). Il doit organiser et dispenser une information des travaill.eur.euse.s sur les risques pour la santé et la sécurité et les mesures prises pour y remédier (article L.4121-1 du Code du travail) et il doit organiser une formation pratique et appropriée à la sécurité.

L'employeur doit consulter le CSE, notamment sur (article L.2312-8 du Code du travail) :

- ♦ tout aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail;
- ♦ les conditions d'emploi, de travail, notamment la durée de travail ;
- ♦ les mesures de nature à affecter le volume ou la structure des effectifs ;
- ♦ les programmes de formation à la sécurité (article L.4143-1 du Code du travail).

LES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE LA SITUATION

Dans une situation particulièrement anxiogène et des conditions de travail inhabituelles il est très probable que se développent des risques psychosociaux au travail, que l'on soit en télétravail ou sur site. Il est, par conséquent, indispensable de les prendre en compte. Rappelons la définition consensuelle et sa traduction possible dans les situations actuelles :

EXIGENCES DU TRAVAIL

- ♦ quantité excessive de travail du fait de la diminution des effectifs ;
- ♦ interruption fréquente d'une tâche pour une autre : « explosion » des appels téléphoniques et courriels ;
- ♦ augmentation de la complexité des tâches sans formation préalable (remplacement au « pied levé ») ;
- ♦ penser à trop de choses à la fois ;
- ♦ porosité entre le travail et le hors travail, en particulier lorsque les moyens n'ont pas été mis en place pour télétravailler « sereinement » pour les travaill.eur.euse.s avec des enfants ;

EXIGENCES ÉMOTIONNELLES

- ♦ travail en contact avec le public : agressivité violence externe (cf. travailleurs dans le secteur de l'alimentaire ou du transport de personnes) ;
- ♦ travail en contact avec la souffrance de l'autre (travailleurs dans le secteur médico-social et de soins) ;
- ♦ devoir cacher ses émotions au travail ;
- ♦ peur au travail.

AUTONOMIE, MARGE DE MANŒUVRE

- ♦ liberté de décider comment je travaille ; interrompre son travail quand on veut ;
- ♦ participation des salariés, représentation : fonctionnement actuel des CSE ;
- ♦ injonctions paradoxales : appliquer des moyens

de prévention collective et individuelle avec dans le même temps l'obligation de travailler sous la pression des autorités gouvernementales et/ou des clients (BTP, Amazon et cie, secteur de la distribution, etc.).

RAPPORTS SOCIAUX ET RELATIONS DE TRAVAIL

- ♦ situations de travail de conflits internes sans soutien entre collègues ou de la hiérarchie.

CONFLITS DE VALEURS

- ♦ Qualité empêchée : ne plus avoir les moyens pour beaucoup de professionnels de faire un travail que l'on considère de qualité.
- ♦ Conflits éthiques : injonctions de rester au travail sans moyens de prévention mis à la disposition dans son lieu de travail.

INSÉCURITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE : emploi, salaire, maintien des possibilités de licenciement.

Là encore il s'agit de mettre en place les préventions nécessaires et si elles ne sont pas effectives de sanctionner les entreprises ou les pouvoirs publics irresponsables.

Si vous êtes salarié.e, représentant.e du personnel ou employeur.euse, vous pouvez faire appel aux professionnel.le.s de santé au travail que sont les infirmier.e.s en santé au travail, les médecins du travail (professionnel.le.s de santé) et les intervenant.e.s en prévention des risques (ergonome, hygiéniste du travail, psychologue du travail, etc.) à la fois dans le cadre de la prévention individuelle mais aussi et surtout de la prévention collective. Ils sont là **exclusivement** pour « éviter toute altération de la santé des travailleurs et des travailleuses du fait de leur travail ».



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

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

Voir en page 23

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

« TO TEST OR NOT TO TEST COVID19 » TELE EST LA QUESTION D'UN MÉDECIN DU TRAVAIL CONFINÉ ?

Docteur **MONTDARGENT**

Après une « quatorzaine » de chômage partiel (sans lien avec un contage viral « coronarien »), la direction de notre service de santé au travail nous adresse un courriel nous informant que, seuls les médecins du travail seront désormais en télétravail. Elle argumente ce changement de doctrine, suite à la réponse du médecin inspecteur à mon courrier demandant à ma direction de télétravailler : « *Les services de santé travail vont devoir rémunérer les médecins du travail car ils ne sont pas éligibles à l'activité partielle. Ils doivent poursuivre leur activité comme précisé dans l'instruction de la Direction Générale du Travail du 17 mars 2020.* »

Dès le lendemain, une entreprise familiale de peinture et revêtement de sols (effectif d'environ quarante salariés) m'inonde de courriels intitulés « *Mise à jour des Plans Particuliers de Sécurité et de Protection de la Santé (PPSPS)* ». Elle consiste au paragraphe « Mesures d'hygiène » : « *...à assurer un entretien renforcé et quotidien à l'aide de produits efficaces face au risque biologique mais sans conséquence chimique vis-à-vis des compagnons...* ». L'employeur est le seul à m'adresser les fiches de données de sécurité incluses dans le PPSPS et à avoir lu avec attention leur fiche d'entreprise actualisée, allant jusqu'à tenter des substitutions de certains produits CMR. Dans ce même paragraphe, il est mentionné les fameux gels hydroalcooliques et savon et aussi une phrase sur la distance de sécurité « *... La capacité du cantonnement doit être suffisante afin que les consignes soient respectées, notamment la distance de sécurité d'un*

mètre minimum. Dans le cas contraire, une réglementation de l'accueil des compagnons dans le cantonnement devra être mise en place... ». À un autre paragraphe « Prévention des maladies infectieuses », « *...une organisation de travail spécifique est mise en place afin de répartir les compagnons sur l'ensemble du chantier et ainsi éviter tout contact physique. Cette organisation est prise par le responsable qui veille au respect de ces consignes...* ». Puis un chapitre vient rappeler les fameux gestes barrières.

Un chantier du BTP, lors de la phase dite de second œuvre, voit arriver simultanément les électriciens, les menuisiers, les peintres, etc. Pour des raisons financières, les donneurs d'ordre ne font plus appel à un pilote de chantier, salarié expérimenté, chef d'orchestre de la co-activité des différents corps d'état, et les compagnons de cette entreprise qui sont censés intervenir en dernier, m'expliquent, lors des consultations, que des conflits entre corps de métiers sont plus fréquents du fait d'une co-activité plus du tout « *régulée* »...

Le lendemain, une entreprise de ravalement m'appelle car le coordonnateur en matière de sécurité et de protection de la santé (CSPS) leur a demandé une aptitude au port de masques. Je l'appelle pour tenter de comprendre sa demande. Ce dernier me répond qu'une note écrite récente de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Île-de-France, risques professionnels, demande cette aptitude spécifique. Après un long entretien, je comprends que c'est en fait

une stratégie pour que l'entreprise ne reprenne pas ses chantiers car il est convaincu qu'en l'état actuel de la pandémie il serait « criminel » de rouvrir les chantiers. Nous tombons d'accord pour que je lui adresse un courriel résumant qu'une aptitude médicale au poste est globale et que la reprise de l'activité est un non sens en terme de santé au travail.

La semaine suivante, une entreprise d'une filiale d'une des majors du BTP (environ soixante-dix salariés, électriciens et techniciens vérifiant les capteurs de température, pression, etc.) m'appelle car leur donneur d'ordre, une usine pharmaceutique de fabrication d'anticancéreux, mais qui depuis quinze jours fabrique aussi des gels hydroalcooliques, me demande un avis médical pour quatre de leurs salariés. Le contexte est le suivant: quinze jours auparavant, un de leurs collègues a été infecté par le SARS-CoV-2, et après quatorze jours de confinement à leur domicile, ils se sont présentés aux portes de l'usine et le donneur d'ordre leur a refusé l'accès tant qu'un avis médical ne leur serait pas remis.

L'article R.4624-35 du Code du travail indique: « *Le médecin du travail peut réaliser ou prescrire les examens complémentaires nécessaires :*

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

Après entretien téléphonique avec chaque salarié, je leur propose de leur adresser par courriel une ordonnance de test Covid-19 (RT PCR SARS-CoV-2) et appelle un laboratoire de ville qui l'effectue depuis quelques semaines. La secrétaire me conseille de bien motiver ma demande car du fait de la pénurie, le laboratoire pourrait refuser d'effectuer les prélèvements naso-pharyngés et leurs analyses.

J'adresse quatre ordonnances au laboratoire avec la motivation de la demande suivante: « *Salarié travaillant pour l'usine de fabrication d'anticancéreux et de gel hydroalcoolique en contact avec un collègue infecté par le SARS-CoV-2, depuis le 19 mars 2020 en confinement. Nécessité de test pour reprise de l'activité professionnelle. »*

Quelques heures plus tard, le médecin biologiste m'appelle en me rappelant que les recommandations actuelles de tests prioritaires sont les personnes symptomatiques, les professionnels de santé et des EHPAD. Je lui explique ma stratégie comparable à celle du CSPS, ma pratique de prescription étant de retarder la reprise du travail en accord avec les quatre salariés asymptomatiques. Le médecin biologiste accepte d'effectuer les tests 48 heures après la réception des ordonnances.

Simultanément, j'avais demandé à l'entreprise un document écrit me décrivant les conditions de travail futures et leur organisation du fait des modifications de production de l'usine (gels hydroalcooliques). Un document nommé « *Attestation modalités d'organisation de reprise du travail* » m'est adressé par l'entreprise: « *Le chef d'entreprise atteste sur l'honneur qu'il met à la disposition des masques, du gel hydroalcoolique, des casques visière, que les vestiaires sont équipés de lavabos et approvisionnés en savon et que des causeries et des affichages relatifs au respect des mesures barrières sont en place. »*

J'adresse au chef d'entreprise, le lendemain, un courrier intitulé « *Propositions du médecin du travail en vue d'éviter l'altération de la santé du fait du travail en période de pandémie de Covid-19* », où j'écris :

« (...) Je vous remercie de bien vouloir me transmettre les données concernant les salariés infectés par le coronavirus SARS-CoV-2 dont vous avez eu connaissance depuis le 25 janvier 2020 (date des premiers cas identifiés en France) et à l'avenir de me transmettre les nouvelles données afin d'effectuer mes missions de conseil auprès de vous en vue d'éviter l'altération de la santé du fait du travail.

Pour rappel, l'article L.411-11 du Code de sécurité sociale définit un accident de travail: "Un accident survenu **par le fait ou à l'occasion de votre travail, quelle qu'en soit la cause**, est considéré comme un accident du travail." Je vous conseille, à la suite de future infection par le coronavirus SARS-CoV-2, d'effectuer une déclaration d'accident de travail et de la transmettre aux membres du CSE dont je fais partie afin que cette instance diligente une enquête conjointe comme votre entreprise a l'habitude de faire (cf. l'électrisation sur un site)... ».

Puis dans un second temps, je rappelle les textes concernant les principes généraux de prévention en milieu professionnel, les textes spécifiques à la prévention des risques biologiques et m'inspire de la note technique du 26 mars 2020 de l'agence de sécurité sanitaire d'alimentation, de l'environnement et du

travail (ANSES) relative à la proposition d'orientations utiles pour la prévention de l'exposition au virus SARS-CoV-2 en milieu professionnel, dans des contextes autres que ceux des soins et de la santé, pour les conseiller sur les moyens de prévention techniques et organisationnelles. J'ajoute : « *Le recours à un masque de protection respiratoire reste une mesure de prévention moins efficace que les mesures techniques, organisationnelles et les gestes barrières conseillés précédemment.* »

La veille des résultats, le chef d'entreprise m'appelle pour me dire que les quatre salariés vont reprendre leur poste de travail dès le lendemain, le donneur d'ordre n'exigeant plus d'avis médical.

Le lendemain les quatre résultats normaux sont transmis aux salariés et je leur adresse ainsi qu'au responsable d'entreprise une attestation médicale : « *Suite à la demande de l'entreprise du ____, à l'issue de la téléconsultation du même jour, après résultat d'examen complémentaire, apte à son poste de travail dans le site ____, avec des moyens de prévention collective et individuelle vis-à-vis des risques professionnels, incluant les risques biologiques. À revoir à l'issue du confinement décrété par l'État français.* »

Au cours de cette semaine, augmentant ma « productivité » en matière de participation aux séances de CSE (deux dans une journée), j'ai perçu que, dans le secteur du BTP, on ne mettait à l'ordre du jour que des informations et avis du CSE sur des *Plans de Continuité de l'Activité* concernant les activités dites de bureaux mais aussi les chantiers, avec des dates de reprise de l'activité mi-avril 2020. Au cours d'une séance, un employeur déclare « *la vie est un risque* » à la suite d'un représentant du personnel l'interpellant sur « le volontariat » des salariés à reprendre le travail alors qu'il est informé de grandes difficultés économiques de nombreux collègues.

À la suite de ces séances, j'ai rédigé un courrier type *Propositions du médecin du travail en vue d'éviter l'altération de la santé du fait du travail en période de pandémie de Covid-19* où j'écris en préambule : « (...) *En l'état actuel des connaissances scientifiques sur le*

virus SARS-CoV-2, responsable des différentes formes de maladie Covid-19, le taux d'immunisation (présence dans le sang d'anticorps vis-à-vis de ce virus) de la population française est estimée entre 5 et 15 % de la population française.

La reprise de votre activité économique, mi-avril 2020, a un sens sur le plan économique et financier mais est un non sens sur le plan de la santé publique, avec la pénurie actuelle de moyens humains et techniques des structures franciliennes de soins... »

Cette semaine a été aussi l'occasion d'un retour à de la discrimination sur la santé en milieu professionnel. En effet, l'organisme professionnel de prévention des risques dans le BTP (OPPBT) a été à l'origine d'un document *Guide de préconisations de sécurité sanitaire pour la continuité des activités de la construction en période d'épidémie de coronavirus Covid-19* (on en est à la quatrième version depuis le 20 mars) dont une annexe est intitulée « Questionnaire sur l'état de santé du salarié » qui « (...) *constitue un autodiagnostic destiné aux travailleurs qui permet d'évaluer son état de santé avant de se rendre sur son lieu de travail, ou bien en arrivant sur le chantier, voire en cours de journée afin de surveiller son état de santé...* ».

À la suite de la parution de ce guide, un préventeur d'une entreprise de gros œuvre d'environ 250 salariés me téléphone pour me demander le seuil en degré Celsius où on peut affirmer qu'une personne a de la fièvre. La gestion par la dose n'est pas une nouveauté dans le secteur du nucléaire pour les entreprises sous-traitantes et il n'y avait pas de raison que cette pandémie la diffuse dans tous les secteurs professionnels.

Aucune ordonnance gouvernementale n'a aboli les textes *princeps* de nos métiers : « Éviter l'aggravation de la santé du fait du travail ». Dans les semaines qui viennent, il est indispensable que nos pratiques professionnelles s'appuient sur ce cadre réglementaire au moment où la République française veut une nouvelle fois, après l'aptitude à être exposé à un cancérigène certain pour l'Homme, de faire de nous des professionnels du tri sanitaire.

« CSE MASQUÉ » EN TEMPS DE COVID-19

Docteur MONTDARGENT

Depuis une semaine, la direction de mon service de santé au travail a décidé, sans dialogue social, une organisation du travail m'excluant de mes missions : l'activité de chômage partiel. Néanmoins, dans le cadre de mes obligations de moyens de docteur en médecine, je contactais le lendemain la secrétaire médicale, en télétravail avec ses deux enfants en bas âge, pour lui demander de transmettre aux entreprises et aux salariés mes coordonnées téléphoniques professionnelles.

Le premier jour, la fille d'un salarié, vu en consultation de pré-reprise en janvier, m'appelle pour me demander conseil suite à l'interruption des indemnités journalières de son père depuis un mois. Après entretien téléphonique avec une assistance sociale de sa sécurité sociale et au bout de cinq jours, j'apprends que son employeur n'ayant pas adressé d'attestation de salaire depuis le 1^{er} janvier 2020 à sa caisse de sécurité sociale, le salarié doit faire parvenir à sa caisse par courrier ou courrier électronique les copies de ces fiches de paye de juillet 2018 (date de début de son arrêt de travail) à décembre 2019...

Le même jour, un salarié en temps partiel thérapeutique jusqu'au 31 mars 2020 m'appelle pour savoir ce qu'il doit faire, son entreprise ayant arrêté toute activité depuis 24 heures. La même assistante sociale me conseille de faire déplacer ce salarié auprès de son médecin traitant pour que ce dernier lui prescrive un arrêt de travail à temps complet à compter du 1^{er} avril 2020 : vous avez dit poisson d'avril en période de confinement...

Ayant accès à ma messagerie professionnelle, je reçois le même jour une invitation pour le 25 mars, à une réunion extraordinaire du CSE, dans une entreprise de gros œuvre du BTP d'environ 260 salariés avec comme ordre du jour :

- ◆ Information et consultation des membres du CSE sur le recours au dispositif de chômage partiel.
- ◆ Consultation des membres du CSE sur la mise à jour du document unique d'évaluation des risques (DUER) liée au Covid-19.

N'ayant pas les outils à mon domicile me permettant de participer en visioconférence à cette réunion, je me suis donc déplacé dans les locaux de l'entreprise.

Six représentants du personnel étaient présents avec le directeur des ressources humaines et le directeur général. L'entreprise étant fermée, le directeur des ressources humaines nous accueille devant les locaux et nous remet à chacun un masque FFP2 (oui, je confirme que ce n'étaient pas des masques chirurgicaux) et nous débutons, assis à « distance sociale de sécurité », la réunion.

Le directeur des ressources humaines nous informe que depuis huit jours les chantiers ont été arrêtés pour la grande majorité, six demeurant en activité très partielle (vérification périodique de l'absence de risques de chutes de matériel par exemple sur la voie publique, par exemple). Il justifie ces arrêts par les difficultés d'approvisionnement de matières premières, l'absence de travail d'entreprises sous-traitantes et d'entreprises d'intérim et de la délicate mise en œuvre de conditions de travail permettant d'appliquer

strictement les consignes gouvernementales de prévention vis-à-vis du Covid-19.

Il nous rappelle les événements médiatiques de la semaine précédente : suite à l'arrêt d'une majorité des chantiers du BTP sur le territoire, la ministre du Travail a qualifié ce secteur professionnel de « feignants ». Quelques jours plus tard, les syndicats patronaux du BTP arrivent à un accord avec le cabinet ministériel pour reprendre l'activité à partir de lundi 23 mars, avec des consignes émanant de l'OPPBTB (organisme professionnel de prévention dans le BTP, organisme paritaire) permettant de retravailler en sécurité sur les chantiers. Mais dimanche soir, coup de théâtre, le président de la Fédération française annonce à la télévision que les chantiers ne peuvent reprendre le lendemain, le document de l'OPPBTB n'étant pas finalisé...

Puis il annonce qu'il va faire une demande auprès de la DIRECCTE Île-de-France de chômage partiel pour l'ensemble des salariés à l'exception de vingt personnes dont le poste de travail est indispensable pour la continuité de la vie de l'entreprise, jusqu'au 31 juillet 2020... Aucun des représentants du personnel ne votera contre.

Puis le second point de l'ordre du jour est abordé. L'actualisation du DUER nous avait été adressé avec la convocation et concernait la situation dangereuse suivante : « *Personnes ou matériel contaminé par un agent pandémique* ». Les moyens de prévention mis en place sont :

- ♦ Organisationnel : mise en confinement du personnel pouvant télétravailler. Demande de remontée d'informations en cas de contamination d'un salarié pour surveillance des salariés à proximité. Généralisation des réunions en visioconférence.
- ♦ Matériel : mise à disposition de masques FFP3 dans chaque chantier pour prévenir toute contamination en cas de symptômes de COVID-19. Mise en place d'affichage partout dans le bâtiment pour rappeler les gestes barrières.
- ♦ Technique : désinfection renforcée quotidienne de l'ensemble des locaux, plus particulièrement les zones de contact (boutons, poignées, ...)

Mon intervention va consister à conseiller d'ajouter un point sur la prévention des risques psychosociaux, avec rappel des six familles de risques du rapport Goljac, thème qu'il connaissait déjà car depuis quelques mois, un groupe de travail du CHSCT devenu CSSCT travaille avec le psychosociologue du SST avec des entretiens collectifs par métiers.

Le même jour, j'ai un entretien téléphonique avec une directrice des ressources humaines d'une association gérant les foyers ex SONACOTRA (devenus « résidences sociales ») à la suite d'un courriel où elle me demandait mon avis sur l'actualisation de leur DUER concernant les risques psychosociaux mais sans passer par une réunion extraordinaire de CSE...

Continuant à être abreuvé à plus soif de courriels, j'ai la chance de recevoir le 24 mars qu'une plateforme de soutien psychologique pour les soignants vient de mettre à disposition gratuitement ces services (« outil d'auto-diagnostic capable de jauger mon niveau de crise »). Ni une ni deux, je me connecte sur leur site internet et je laisse mes coordonnées pour avoir « une démo ». Cinq minutes plus tard, je suis appelé par une de leur collaboratrice qui me demande dans quel cadre je souhaite cette démo. Je réponds qu'en tant que médecin du travail, je suis intéressé par leurs services et souhaite des informations complémentaires sur leur outil d'auto-diagnostic. J'apprends que cette entreprise a été créée en 2016 et que deux psychologues, l'un professeur en comportement organisationnel à Lyon et l'autre professeur de psychologie des émotions à Louvain, forment le pôle recherche et qu'ils ne manqueront pas de m'écrire au courriel donné pour me préciser la méthodologie des 3A (Analyse, Action, Accompagnement)...

Avant la période de confinement, les salariés « fragiles » des entreprises dont je suis le médecin du travail, se signalaient à leur hiérarchie et j'ai eu ainsi un appel téléphonique : « *Bonjour Docteur, Monsieur Machin a une maladie de Parkinson, j'en fais quoi ?* ».

Heureusement ce n'est pas un personnel d'un établissement de santé, car si on suit les recommandations du 23 mars 2020 de la Société Française de Médecine du Travail, ma réponse serait « martiale » : un tri militaire des salariés.

SECRET MÉDICAL, COVID-19

FRISSON DES DONNÉES DE SANTÉ CONNECTÉE

Gérard LUCAS

médecin du travail senior

Les données de santé sont une valeur marchande très recherchée. *Google* est un des premiers à les accumuler de façon massive ce qui permettrait de faire des diagnostics difficiles plus rapidement que les systèmes médico-techniques, mais il sait cibler des adresses de profil à vendre à des annonceurs. Des assurances complémentaires santé ne s'en privent pas non plus. *Doctolib*, qu'on ne croyait intéressé que par les prises de rendez-vous, n'est pas passé à côté de la mine d'or de renseignements qu'il pouvait capter et déploie méthodiquement un recrutement de chercheurs et d'opérateurs pour améliorer la base de données de santé de ses utilisateurs. Ne serait-ce que pour l'accompagnement d'activités sportives, des logiciels de suivi connecté savent non seulement capter, analyser et stocker le rythme cardiaque de vos performances, mais aussi susciter le recueil consenti de bien d'autres indicateurs qui devraient nous surprendre et qui leur donne à coup sûr des capacités de « vente ».

SOLLICITATION

Au mois de juin, une notoriété médicale m'a coopté pour intégrer avec trois autres médecins, le comité d'éthique d'une entreprise pour un projet de suivi de reprise du travail de ses salariés en cette période de déconfinement progressif de la Covid-19.

Cette entreprise, consultante et développeur de logiciels, dont presque tous les collaborateurs continuent le télétravail à Paris, en province et dans trois pays étrangers, a conçu un logiciel connecté pour sécuriser la réintégration de ses 2500 collaborateurs dans les locaux ou leurs contacts avec des clients. La directrice des ressources humaines et le secrétaire général me présenteront leur société comme une entreprise modèle, novatrice, sans hiérarchie pyramidale, où les activités et les décisions sont collectives et horizontales, dans un climat de bienveillance et de fierté.

Le médecin du travail du siège social parisien ne serait pas assez disponible pour suivre le projet. Contacté, il me confirme, avoir été pressenti pour tester ce projet, ce qui lui a paru difficilement réalisable dans le cadre de son activité, en service interentreprises.

À ma proposition de relayer l'appel d'offre dans des réseaux de médecins du travail pour trouver un médecin plus qualifié que moi en logiciel ou en entreprises consultantes, l'entreprise insiste pour que ce soit moi.

Le diaporama qui m'est envoyé sur le projet précise les modalités de mise en œuvre avec une connexion au *smartphone* de chaque salarié. Tout commence par la saisie d'une vingtaine de questions en trois parties, coordonnées personnelles, environnement de travail,

état par rapport à la Covid-19. Un algorithme traite les données pour affecter chaque salarié à l'une des quatre catégorisations illustrées par une couleur : présence normale possible, aménagée, maintien en télétravail, en arrêt. Parallèlement le médecin du travail reçoit un classement en sept items. Chaque collaborateur doit mettre à jour ses données quotidiennement. La présentation mentionne la déclaration à la CNIL, et il me sera confirmé que le secrétaire du CSE a donné son accord. L'aspect commercial de ce diaporama me laisse peu de doute sur des intentions de vente à d'autres entreprises.

J'ai bien compris que ce n'était pas mes qualités scientifiques ou éthiques qu'il recherchait, mais mon titre de président du CNPMT. J'ai donc envoyé une réponse négative à cette participation au comité d'éthique avec six critiques :

- ◆ sur le recueil de données, à caractère privé et de santé, dont je ne sais pas analyser les risques d'utilisations secondaires avant ou après leur brassage par l'algorithme ;
- ◆ sur la catégorisation en quatre couleurs pour les Ressources Humaines (présence normale possible, aménagée ou maintien en télétravail) et en sept items pour le service de santé au travail (de standard, contacts, préconisations, prescriptions ou suivi consultations...);
- ◆ le traitement des données en ligne par l'algorithme plutôt que la fourniture du logiciel qui permettrait à chaque salarié de se catégoriser sans donner ses données ;
- ◆ sur la pression que représente la quotidienneté du renseignement à valider par les salariés ;
- ◆ sur la revendication d'objectivité à partir certes d'un questionnaire pertinent mais avec des pondérations et des liens d'associations relativement arbitraires ;
- ◆ sur l'écart entre la revendication de leur système de confiance entreprise/collaborateurs (salariés) et le recours à cette objectivation plutôt qu'à l'engagement subjectif des salariés...

Surprise ! Ils disent trouver mes remarques pertinentes et ils sont convaincus que je suis la personne qu'ils recherchent encore plus pour suivre l'application que pour le comité d'éthique.

Après le recueil d'avis controversés de confrères, je décide d'accepter la mission, seulement les trois premières semaines, pour mieux appréhender le dispositif, moyennant la modification d'un contrat qui me laisse libre de parole.

ACTION

La qualité de protection des données m'est montrée par la difficulté des codages d'accès aux résultats de l'algorithme. Mon rôle est de constater chaque jour la répartition des catégorisations état de santé obtenu par l'algorithme en sept items colorés :

- ◆ Violet : *covid +*, le salarié est considéré comme contagieux ce jour là.
- ◆ Rouge : à *orienter vers un test*.
- ◆ Orange foncé : à *protéger*, asymptomatique, sans test positif mais salarié vulnérable médicalement.
- ◆ Orange clair : à *sécuriser*, en raison des fragilités de son entourage.
- ◆ Jaune : à *sensibiliser*, en raison de son âge ou de son environnement.
- ◆ Vert clair : *standard*, RAS, peut appliquer les gestes barrières.
- ◆ Vert foncé : *immunisé*, cette catégorie n'a jamais été utilisée car non validée encore.

On me demande simplement de valider cette répartition statistique quotidienne que je serais seul à voir, mais dont les résultats individuels pour chaque salarié pourraient être portés à la connaissance de son médecin du travail. À la suite de quoi l'algorithme définit le protocole RH (Ressources Humaines) du salarié dont je peux lire les chiffres et les courbes statistiques dans les minutes qui suivent, et qui sont envoyés au RH de chaque site.

Il apparaît que des projets de développement de ce dispositif seraient projetés avec plusieurs grandes entreprises « partenaires » telles qu'une grande banque, une enseigne de distribution, un distributeur d'énergie, et même un des plus grand conseil régional... dont l'ampleur et les structures pyramidales laissent sans doute peu de place à l'horizontalité bienveillante vantée de *Onepoint*.

Un contact avec la CNIL révèle que leur accord tacite pour l'entreprise créatrice pour 2 000 salariés n'avait pas pris en compte l'utilisation par d'autres plus grandes institutions.

Comme je le pressentais, mon titre n'est qu'un alibi pour passer de quelques données privées et médicales à une catégorisation pour la gestion des ressources humaines.

Je réitère donc mes réserves en ajoutant le renforcement de mes inquiétudes pour la vente de ce dispositif à d'autres entreprises et pour la mise en place

de ce type de dispositif dans d'autres domaines de santé dont j'ai compris qu'elle était évoquée redoutablement pour les RPS.

Je refuserai la prolongation du contrat, malgré leur insistance, déroutante.

ENJEUX ET QUESTIONS

Les cinq questions santé de ce logiciel par rapport à la Covid-19 semblent relativement anodines et nécessaires dans ce « climat de guerre » lié à la Covid-19 :

- ♦ Avez-vous été diagnostiqué positif à la Covid-19 par un médecin ?
- ♦ À quand remonte ce diagnostic ?
- ♦ Ressentez-vous les symptômes suivants ? : ...
- ♦ Début et durée des symptômes ? : ...
- ♦ Vous trouvez-vous dans une ou plusieurs situations de santé particulières (telles qu'une grossesse) ou maladies associées ?

Associées aux données personnelles d'environnement de vie et de travail, les réponses rendent chacun des répondants cible ou stigmatisable.

De plus la garantie de destruction des données est difficilement contrôlable.

Nombre d'entre nous aspirent à ce que le secret médical n'entrave pas l'acculturation en matière de santé au travail et que les collectifs s'en approprient les connaissances dans les entreprises et les espaces publics afin d'optimiser au mieux les compromis des conditions de travail. Mais, bien que notre système de santé au travail semble le plus développé des pays occidentaux, jusqu'où peut-on admettre le *shuntage* des services de santé au travail ?

Le recueil numérique de données de santé par des grands opérateurs devient de plus en plus répandu. Le consentement de l'abonné est conditionné à l'application proposée ou une appartenance auxquelles les utilisateurs aspirent et en tant qu'utilisateurs nous

acceptons dans l'urgence ou par fatalité sans prendre conscience des impacts secondaires de leur détournement commercial, voire discriminatoire.

Le Dossier Médical Universel Partagé qui pourrait avoir l'ambition d'être un refuge sécurisé par et avec le corps médical tout en étant une ressource inégalable est loin d'être opérationnel ou sécurisé...

Ces bases de données numériques de santé sont sans doute incontournables et utiles à des tas de niveaux : statistiques, suivis ou même diagnostics, mais en partant de l'hypothèse que le contrôle du consommateur est une illusion, comment en prévenir des détournements et en garder un contrôle démocratique respectueux de chaque usager ?

ANNEXE

Prestations de référent médical :

J'ai essayé pendant toute ma carrière, médecin généraliste puis médecin du travail de résister à toute compromission avec les lobbys pharmaceutiques, techniques, commerciaux ou patronaux...

Depuis mon titre de président du CNPMT je blaguais sur la valeur marchande que j'aurais pu en tirer, sans penser qu'un jour je serais coopté par un confrère sous prétexte d'éthique, mais en fait pour valider un dispositif commercial. On m'a même fait entendre que je pourrais avoir d'autres propositions ! Et les émoluments qu'on me propose sont significatifs – 2 000€ pour une demi-heure de travail effectif par jour ouvrable pendant trois semaines – même si j'ai passé bien plus de temps à concerter pour évaluer mon engagement, puis aussi à restituer au mieux mon point de vue. Ce qui m'a frappé est que le contrat « standard » qui m'était proposé au départ était très restrictif pour l'expression extérieure. J'en supputais l'existence, mais n'y avait jamais été confronté. À rapprocher peut être du silence assourdissant de certains spécialistes sur des problèmes de santé...

L'IRRUPTION DU TÉLÉTRAVAIL PENDANT LA CRISE SANITAIRE LIÉE À LA PANDÉMIE DE COVID 19

Nathalie PENNEQUIN

DÉFINITION

Le télétravail (TT) est défini par l'article L.1222-9 du Code du travail (2012). Il désigne « toute forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur, est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication » (ordinateurs fixes et portables, internet, téléphonie mobile, tablette, fax, etc.). Le salarié (ou l'agent) qui effectue du télétravail est qualifié de « télétravailleur ». Le télétravail peut être réalisé au domicile ou dans des lieux tiers. Le télétravail repose toujours sur la base du volontariat, de même, le télétravail ne peut pas être imposé à un agent de la fonction publique ou de la magistrature : c'est lui qui en est à l'initiative.

ÉVOLUTION JURIDIQUE EN FRANCE (RÉGIME PRIVÉ ET FONCTION PUBLIQUE)

Le télétravail est encadré par l'accord cadre européen du 16 juillet 2002, repris en France par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 19 juillet 2005 puis l'article L.1222-9 du Code du travail. La définition de l'article L.1222-9 du Code du travail de 2012 a été assouplie avec l'ordonnance dite « Macron » du 22 septembre 2017, en n'exigeant plus que le télétravail soit inscrit dans le contrat de travail du salarié et en permettant à côté du télétravail régulier, le télétravail occasionnel (ou ponctuel).

Le télétravail n'est ni un statut, ni un régime juridique mais correspond avant tout à une méthode d'organisation du travail qui nécessite la formation du

télétravailleur et de son encadrant et la préparation du travail (sélection des tâches éligibles au télétravail, formalisation de la façon de rendre des comptes, ...)

Dans la **fonction publique**, c'est une **loi du 12 mars 2012**, dite loi « Sauvadet », qui a consacré la possibilité pour les agents publics (fonctionnaires et contractuels de droit public) de télétravailler, sous certaines conditions. Un décret du 11 février 2016, modifié par le décret du 25 juin 2019, précise les conditions et les modalités d'organisation du télétravail dans le secteur public. Le télétravail ne s'est développé dans la fonction publique qu'à partir de 2017, d'une façon plutôt frileuse (quotas maxima dans certaines directions).

Un décret du 5 mai 2020, paru pendant la crise sanitaire, a assoupli les règles du télétravail dans la fonction publique, dans l'esprit de l'ordonnance « Macron ».

L'autorisation peut désormais être délivrée pour une pratique régulière ou ponctuelle du télétravail (auparavant, seul le télétravail organisé de manière régulière était autorisé). Elle n'a plus obligatoirement une durée limitée à un an et ne fixe plus forcément les jours d'exercice. Elle peut prévoir l'attribution de jours de télétravail fixes au cours de la semaine ou du mois.

TÉLÉTRAVAIL EN FRANCE AVANT LA CRISE SANITAIRE DE 2020

Le télétravail avant la crise sanitaire est assez peu développé en France et ne peut concerner bien évidemment que les métiers dont la présence permanente sur le lieu de travail n'est pas obligatoire (sont donc exclus les métiers tels que hôteesse d'accueil,

commerces, services à la personne, ouvriers, ...) : on estime à 40% la part des emplois accessibles au télétravail; 60% des emplois ne sont donc pas télétravaillables.

Selon une étude de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES, le service statistique du ministère du Travail), publiée en novembre 2019, seuls 3 % des Français télétravaillaient jusqu'alors de manière régulière (au moins une fois par semaine).

Le télétravail réglementaire ne peut être imposé au salarié et le refus du salarié n'est pas sanctionnable en temps normal. De même, le salarié ne peut exiger un télétravail de son employeur; en effet, l'employeur conserve la possibilité de s'opposer à la demande de télétravail formulée par un salarié dont le poste est éligible dans les conditions prévues par un accord d'entreprise ou une charte. Dans ce cas, il a obligation de motiver son refus.

Le salarié ou l'employeur peut mettre fin au télétravail pendant la période d'adaptation, le télétravail défini pour une certaine durée est réversible.

De mon expérience personnelle de médecin du travail, les motivations des salariés demandant un télétravail sont prioritairement en rapport avec un temps de trajet domicile/travail important ou un problème de santé limitant leur mobilité de façon ponctuelle ou durable; plus rarement, on retrouve aussi la tentation d'échapper à un collectif de travail ou un mode de management vécus comme pathogènes.

Les études montrent que le salarié a une productivité supérieure lorsqu'il travaille en télétravail, et mettent en exergue le risque de porosité dangereuse entre vie privée et vie professionnelle.

Le nombre de jours télétravaillés par semaine est fixé par accord collectif à trois jours maximum dans la fonction publique (davantage sur préconisation médicale); les horaires de travail sont fixés par l'employeur: les plages horaires pendant lesquelles l'employeur peut contacter son salarié doivent correspondre au même temps de travail que celui du travail en entreprise. Le télétravailleur a le droit à la déconnexion.

Les recommandations habituelles en termes de quantité de télétravail sont de deux jours maximum par semaine afin de préserver le collectif de travail et de lutter contre le risque d'isolement du télétravailleur. Réserver un jour par semaine pour réunir l'équipe en entreprise est fortement recommandé. Le télétravail doit se préparer en sélectionnant de façon fine les différentes tâches qui y seront éligibles au télétravail.

L'IRRUPTION DU TÉLÉTRAVAIL AU DÉBUT DU CONFINEMENT DE LA CRISE SANITAIRE DE 2020

ACTIVITÉ DE TÉLÉTRAVAIL DES SALARIÉS DU PRIVÉ
ET DES AGENTS DU PUBLIC

Un quart des salariés a télétravaillé pendant le confinement.

Les caractéristiques du télétravail pendant la crise sanitaire furent :

- ♦ télétravail forcé à temps plein (dérogatoire) et imposé (refus impossible et sanctionnable) :
« *Au nom de l'article L.1222-11 du Code du travail, l'employeur peut imposer ce mode de fonctionnement à ses salariés en cas de circonstances exceptionnelles ou de force majeure. Dans ce cas, le salarié qui refuserait de télétravailler est passible de sanctions disciplinaires, qui peuvent aller cette fois jusqu'à la rupture du contrat de travail.* »
« *En cas de circonstances exceptionnelles, notamment en cas de menace d'épidémie (type Covid-19, par exemple), ou en cas de force majeure, auquel cas, le télétravail peut être considéré comme un **aménagement du poste de travail** rendu nécessaire pour assurer la continuité de l'activité de l'entreprise et garantir la protection des salariés (L.1222-11). Dans ces circonstances, le télétravail peut être imposé sans l'accord des salariés.* »
- ♦ brutalité de la mise en œuvre du jour au lendemain, empêchant bien souvent la préparation du télétravail pour ceux qui débutaient dans l'activité ;
- ♦ quantité dérogatoire de cinq jours par semaine (en totale opposition avec les recommandations) ;
- ♦ mode de travail dégradé : manque d'outils disponibles, mauvaise ergonomie de l'espace de travail au domicile, générateur de TMS dans un contexte de surcharge de travail ;
- ♦ charge de travail importante, parfois cogestion de la garde des enfants (particulièrement pour les femmes) obligeant à travailler tard le soir ; il est plus difficile de laisser du travail non fini quand on travaille à la maison que quand on est au bureau (perte des repères temporels).

L'une des mesures phares du plan de lutte contre la propagation du nouveau coronavirus a consisté à **imposer la mise en place du télétravail** pour tous les emplois qui le permettent. Avec la Covid-19, le recours au télétravail a pu être imposé unilatéralement au salarié sans son accord, conformément aux dispositions de l'article L.1222-11 du Code du travail, et sans formalisme particulier.

Depuis le 17 mars 2020 (jour de l'instauration du confinement de la population en France), le télétravail doit être systématiquement privilégié.

Dans la Fonction publique, lorsque le télétravail est impossible dans ces circonstances (garde d'enfant, activité non « télétravaillable », etc.), l'agent est placé en autorisation spéciale d'absence (ASA) et payé à 100 %. Les agents à risque de forme sévère de Covid-19 ne pouvant télétravailler sont placés en autorisation spéciale d'absence sur certificat d'isolement de leur médecin traitant.

Les salariés du privé ne pouvant télétravailler ont pu bénéficier du chômage partiel .

Les salariés à risque de forme sévère de Covid-19 ne pouvant télétravailler ont pu basculer en arrêt maladie sur présentation d'un certificat d'isolement de leur médecin traitant.

Si le télétravail a été mieux vécu par ceux qui le pratiquaient déjà (disposant donc du matériel nécessaire et de l'organisation du travail déjà mise en place), ce fut beaucoup plus difficile pour ceux pour lesquels, le télétravail a été mis en place dans l'urgence c'est à dire, sans la préparation indispensable au bon déroulement du télétravail et avec des outils non adaptés, des locaux personnels exigus.

Le télétravail est plus aisé pour les salariés ayant une autonomie suffisante et une ancienneté dans le poste de travail : il fut donc plus facile pour les managers aguerris (même si le stress fut plus important qu'en temps normal) que pour les agents du public (télétravail peu développé) et les salariés des PME qui se sont sentis moins efficaces.

Lors de la crise sanitaire, certains salariés débutants ont dû se mettre au télétravail sans connaître la nature de leurs tâches, ce qui a pu générer un stress intense avec la peur de ne pas y arriver et une sensation d'abandon.

Si certains salariés ont pu acquérir une plus grande autonomie dans le travail, le télétravail n'a pas fait disparaître certains types de management toxique : les managers harcelants le furent parfois davantage en développant un contrôle incessant ; il n'est pas donné à tous de faire confiance aux subordonnés. On parle de flicage dans certaines entreprises (insertion de *trackers* dans les logiciels fournis).

La mise en chômage partiel des salariés n'est pas compatible avec le télétravail. Dès lors qu'un salarié est placé en activité partielle, son contrat de travail est suspendu pendant les heures ou périodes non travaillées. Il ne peut donc pas être en même temps en activité partielle (pas de cumul possible).

La question ne se pose pas dans la fonction publique, qui n'est pas éligible au dispositif de chômage partiel.

L'enquête ANACT : exploitation d'un questionnaire mis en ligne sur le site de l'Anact du 8 mars au 10 mai 2020, auquel ont répondu 8 675 personnes en situation de télétravail dans le cadre du confinement.

- ◆ Un quart des salariés français, soit plus de 5 millions de personnes, ont exercé leur activité à distance pendant le confinement. C'est près de huit fois plus qu'avant la crise sanitaire !
- ◆ Près de la moitié des personnes interrogées ont ainsi eu le sentiment de travailler davantage que d'ordinaire, ce qui s'est traduit notamment par un accroissement de leur fatigue.
- ◆ Temps de travail augmenté : moins de pauses, amplitude horaire augmentée.
- ◆ Réunions en audio ou visioconférence : plus de fatigue cognitive, exigeant plus de ressources pour se concentrer et se faire comprendre .

LES EFFETS DÉLÉTÈRES DU TÉLÉTRAVAIL DÉROGATOIRE À TEMPS COMPLET

- ◆ Disparition de la fonction de socialisation du travail pendant la période de confinement forcé.
- ◆ 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) a été mise à mal.
- ◆ De nombreux salariés n'ont eu qu'une envie lors du déconfinement, c'est de revenir dans les locaux de travail rencontrer leurs collègues car les audio et visioconférences (chronophages et plus coûteuses sur le plan de l'énergie cognitive) ne remplaceront jamais les rencontres présentes ; malheureusement, la redécouverte des relations sociales lors du déconfinement s'est heurtée au principe de réalité face aux injonctions de la prévention du risque sanitaire : distanciations physiques, limitation des espaces de convivialité et disparition des éléments de compréhension inhérents à la communication non verbale, en raison du port du masque.
- ◆ La tentation pour certains employeurs d'instaurer, après la crise sanitaire, le télétravail pour tous afin de diminuer la surface nécessaire dans les locaux de travail : une présence à tour de rôle des salariés dans l'entreprise permet de réduire la surface des locaux disponibles en mutualisant les bureaux ou *open spaces*.
- ◆ Certains dirigeants de *start up* ont même profité de la crise sanitaire pour supprimer les locaux de

travail et imposer le télétravail temps complet au domicile des salariés.

Danièle Linhart parle du risque d'atomisation du travail et du risque de déréalisation de la finalité du travail avec des répercussions sociologiques gravissimes « *On travaille avec autrui et pour autrui* ».

Marie Pezé rappelle les contours des Risques Psycho Sociaux : « *Toute situation qui s'éternise et qui n'est pas variée devient forcément facteur de risques psychosociaux (RPS) (...) L'employeur a l'obligation de protéger la santé physique et mentale de ses salariés. Mais il devra discuter des solutions à trouver avec les partenaires sociaux, la médecine du travail et les représentants du personnel, car seule la délibération collective prime face aux RPS.* ».

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 (télétravail réussi).

La majorité des salariés ayant vécu le télétravail imposé furent satisfaits, mais 50% des salariés en télétravail déclarent être plus fatigués qu'à l'ordinaire : la satisfaction pendant la crise sanitaire pourrait provenir du sentiment d'être protégé du risque de contamination et d'avoir une situation plus enviable que celle des salariés mis au chômage partiel (risque de burn-out et de désocialisation encore plus important).

J'ai eu des contacts téléphoniques avec des agents mis en Autorisation Spéciale d'Absence pendant deux mois : certains d'entre eux, vivant seuls le confinement sans activité professionnelle ont présenté des troubles anxiodépressifs parfois à l'origine de réelles décompensations psychotiques ayant nécessité une prise en charge médicale urgente.

ACTIVITÉ DE TÉLÉTRAVAIL DES MÉDECINS DU TRAVAIL PENDANT LE CONFINEMENT

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 à distance) improvisées bien souvent uniquement par téléphone nous permirent de garder le contact avec de nombreux salariés dans l'urgence de la crise sanitaire, de dispenser des conseils et rédiger des préconisations dans l'intérêt des salariés ; néanmoins, cette activité à distance représente un **mode dégradé d'exercice de la clinique médicale** d'autant plus qu'il ne fut plus tant question du contenu du travail habituel que des

questions d'ordre sanitaire : j'ai personnellement vécu cette période comme harassante (augmentation inédite de la charge de travail avec une activité à flux tendu pendant le confinement) et comme frustrante du point de vue de l'intérêt clinique de la profession.

Ce qui fut vraiment une souffrance est ce sentiment de ne plus être en capacité de penser, du fait de l'accélération inouïe de l'activité et de devoir enchaîner des réponses formatées comme une machine : pendant plusieurs semaines, j'ai été incapable de réfléchir sur le sens de mon travail...

L'absence de face-à-face lors de la téléconsultation, ou l'appauvrissement du face-à-face pour les plus chanceux qui ont bénéficié des téléconsultations de visu, 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).

Christophe Dejourné, qui a continué à recevoir ses patients en psychanalyse à son cabinet pendant le confinement car il se sentait incapable de poursuivre le suivi des patients en téléconsultation : « *J'en suis incapable, je suis distrait, ma pensée fout le camp... J'ai besoin de la présence, des odeurs, des peurs* » dit qu'**en l'absence de corps pour l'éprouver, il n'y a pas d'affect.**

Je sais que la crise sanitaire est loin d'être terminée et que nous allons encore être sollicités pendant de nombreux mois pour des demandes focalisées sur le risque sanitaire (préconisation pour les personnes à risque de forme grave de Covid-19, conduite à tenir par l'employeur en cas de présence sur le lieu de travail d'un agent testé positif...), nous éloignant du sens originel de notre métier, nous obligeant à ignorer les autres risques professionnels et nous mettant en porte-à-faux sur le plan de la déontologie médicale (entre autres, la rupture banalisée de la confidentialité des données personnelles de santé).

CONCLUSION

Le télétravail dérogatoire que nous avons connu pendant la crise sanitaire et particulièrement pendant la période de confinement ne doit pas servir de base de référence pour la diffusion future de ce mode d'organisation du travail car les critères sont biaisés par le contexte particulièrement anxigène et hors normes de l'épidémie due au virus SARS-COV-2.

Le télétravail à dose modérée (un à deux jours par semaine), anticipé et cadré, avec un management autonomisant, dans de bonnes conditions matérielles

et sans débordement sur la vie privée, peut apporter des avantages à de nombreux salariés qui y trouvent leur compte particulièrement lorsque leur temps de trajet domicile travail est important.

Une généralisation du télétravail intensif serait une catastrophe pour le collectif du travail et l'accomplissement du travail réel :

- ♦ Comment libérer l'intelligence collective nécessaire à la discussion des méthodes de production par les salariés si tout le monde reste chez soi ?
- ♦ Comment maintenir la cohésion d'une équipe dispersée ?
- ♦ Comment trouver un sens au travail lorsque celui-ci est totalement abstrait, virtuel ?

RÉFÉRENCES

- ♦ Danièle LINHART, sociologue du travail ; émission *Arrêt sur image* sur le télétravail du 20 août 2020
- ♦ Marie PEZÉ, psychologue clinicienne ; article en ligne du 12 juin 2020 sur *Emploi.cadreservices.com*
- ♦ Christophe DEJOURS, psychanalyste spécialiste de la souffrance au travail ; article paru dans l'édition du *Monde* du 28 août 2020 sur la psychanalyse au temps du Covid-19
- ♦ ANACT : Agence Nationale de l'Amélioration des Conditions de Travail ; enquête en ligne du 8 mars au 10 mai 2020
- ♦ DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques du ministère du Travail

BULLETIN D'ADHÉSION

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 12 Rue Adrien Damalix 94410 ST MAURICE

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

- ❖ Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et je vous joins mon adhésion.
- ❖ Je suis adhérent(e) à l'association et je règle ma cotisation 2020.

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°37 m'a intéressé(e) : je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je réserve le CAHIER N°38 (à paraître courant 2021)

**Adresser à Ass. Santé et Médecine du Travail
12 rue Adrien Damalix 94410 SAINT MAURICE**

PÉRIODE COVID-19

TRAVAIL EN MODE DÉGRADÉ

Karine DJEMIL

AU COMMENCEMENT ÉTAIT LA COVID-19

La Nation s'est arrêtée d'un coup, tout semble s'être passé comme si la nouvelle, même prévisible, d'un confinement (passage en phase 3 dite de pandémie, annoncée par l'OMS) avait pris tout le monde au dépourvu. Pourtant nous avons assisté, ma collègue infirmière en santé au travail et moi, la semaine précédente à une Commission Santé Sécurité Conditions de Travail (CSSCT) extraordinaire dont la question principale et unique était l'obligation de continuité d'activité que l'entreprise nationale venait de recevoir : **obligation de pourvoir en permanence ceux qui seront en première ligne**. L'entreprise et ses salariés connaissaient la chanson, compte tenu de leur activité en ravitaillement militaire entre autre. La CSSCT se déroula avec des tensions et des moments d'accords, néanmoins le plan de continuité d'activité avait été fait dans l'extrême urgence, sans savoir exactement comment se protéger de ce coronavirus ennemi invisible mais surtout mal connu, peu évalué, omniprésent en puissance, qui arrivait à toute vitesse. Salariés et employeurs semblaient démunis, comme nous-mêmes. Pas de masque, pas de gant, pas de plexiglas face aux clients, juste du gel hydroalcoolique et la consigne de se laver les mains, de s'écarter à plus de 2 m des clients en caisse ou lors de la mise en rayons des marchandises. J'avais préparé une présentation sur le coronavirus, ses modes de transmissions et les moyens de s'en protéger. Le message principal que je diffusais alors, récitant bien ma leçon, présentait l'affection à coronavirus comme une affection bénigne le plus souvent, dont on guérissait spontanément, plus bénigne que la grippe, comme on nous en avait bien informés...

Comment nous positionner médicalement sur le plan travail? Excepté pour expliquer le mode de transmission de ce coronavirus, son mode d'action à l'époque connu comme étant une infection pulmonaire

susceptible de se surinfecter dans les formes graves... Un réseau parallèle d'informations médicales de tout bord s'était spontanément mis en place entre médecins, shuntant tous les discours officiels, récupérant toutes les données scientifiques aussi bien du terrain que publiées ou directement envoyées par réseaux sociaux, de France mais aussi de l'autre bout de la Terre. Très vite, grâce à ce réseau parallèle, nous prîmes conscience de la gravité de ce qui se passait, qu'il ne s'agissait pas d'une simple pneumonie virale. Ce qui accentua encore plus la confusion et le sentiment d'impuissance. La bagarre dont nous, médecins du travail et de soin de terrain, allions faire les frais et devoir se dépatouiller sans se faire sanctionner. Même les plus prudents d'entre nous ont trouvé aberrant de relayer le message, par exemple, que les masques ne servaient à rien, que ceux en tissus ne protégeaient pas, que...! C'était trop gros! Comment pouvions-nous tenir un tel discours en tant que médecins? Face à un risque de contamination mortelle dans un pourcentage de cas que l'on ne connaissait même pas. Encore moins sur la façon dont finalement les gens mourraient. Un malaise profond s'installait et très vite il devint impossible et impensable de diffuser de tels messages en CSSCT, auprès des salariés, des employeurs... Il allait falloir inventer des stratégies de contournement afin de trouver le moyen de protéger les salariés obligés de travailler en présentiel, chacun dans son coin, puis en osant échanger là-dessus. Mais nous avons l'habitude de travailler dans les contradictions et querelles d'autorités, qui bien souvent ne prennent pas suffisamment en compte la santé physique et mentale des salariés, dès que des questions économiques sont en jeu.

Donc très vite, face aux premières consignes générales contradictoires, quel discours efficace et réel tenir aux

salariés et employeurs ? Une des techniques consista finalement à faire un parallèle avec d'autres périodes épidémiques dans d'autres lieux, comme la fièvre Ebola par exemple. Ce virus potentiellement mortel était régulièrement à l'origine de départs d'épidémies graves que les gens connaissaient bien. Il allait falloir vivre avec et se protéger du virus, sachant que comme pour Ebola, il se transmettait par les objets que l'on touchait après quelqu'un à main nue, que l'on porte à sa bouche, dans le même air respiré, dans les *sludges*, la machine à café, etc. Il s'agissait de traquer le virus dans toutes les situations possibles dans les entreprises et vivre avec les précautions qui s'imposaient. L'exemple des épidémies d'Ebola m'avait paru judicieux à l'époque car on connaissait bien comment ces épidémies démarraient et comment on se prémunissait de sa transmission. Tout le monde avait entendu parler de ce virus, de sa dangerosité et de l'importance de s'en préserver. Ici aussi il allait falloir vivre avec cette épidémie et s'en protéger individuellement au quotidien. Sans terreur, mais aussi sans minimiser. Ce fut principalement la ligne de conduite plus tard.

L'inquiétude des salariés était palpable, les employeurs se voulaient rassurants en admettant avoir commandé masques, gants, et gels... mais en être dépourvus... Tout en espérant qu'ils arriveraient bientôt. Pas de test à disposition, juste les gestes barrières et la continuité d'activité...

Plus tard, au moment de l'annonce gouvernementale du confinement qui devait survenir deux jours après, les sites de cette même entreprise comme bien d'autres ont été submergés de gens partant se confiner à la campagne, en famille, sur un lieu de vacances, dans leur maison secondaire, venus faire le plein de courses en cas de pénurie, etc. et les premiers cas de coronavirus ne se firent pas attendre chez les salariés avec hospitalisation en service de réanimation. Des sites furent fermés. La CSSCT suivante, quinze jours plus tard en visioconférence, mis en évidence que les consignes étaient très difficiles à respecter devant l'afflux, les incivilités et l'agressivité des clients, face aux consignes « imposées ». Certains salariés avaient pu mettre en place des « petits moyens » (fabrication de Plexiglas° avec de la cellophane ou tout autre matériau, utilisation de carte bancaire, foulard, col roulé, tissu comme masque, etc.), d'autres non. La donnée scientifique avait changée et en plein marasme, tous les moyens qui pouvaient être mis en place étaient bienvenus ! Décision fut prise lors de la CSSCT de généraliser ces « petits moyens », avec désinfection à la prise de poste, après chaque client, etc. Cette fois, c'était un revirement à 180 degrés : il avait fallu les premières hospitalisations en réanimation pour que

nous décidions, l'infirmière en santé travail et moi, de diffuser des messages oraux en contradiction complète avec les consignes gouvernementales : porter un vêtement à col roulé en remontant le col sur la bouche et le nez, ou un tissu, un foulard sur le nez et la bouche, aussi bien pour les contacts avec les clients qu'avec les collègues et lors de la prise de transports en commun, porter des gants de tout type : laines, sous gants de soie, plastic, latex, certains ont pensé à des chaussettes, tout ce qui pouvait protéger... désinfecter tout le temps autour de soi...

Consignes furent données de tout mettre au lavage en rentrant chez soi à 60°, et de prendre une douche afin de ramener le moins possible de virus à la maison. Ne plus se laisser approcher par les clients, rester à distance, etc. Plus tard, après l'exode et pendant le confinement, cela fut plus facile d'aider à gérer les lieux de travail mais les cas de contamination continuèrent à être signalés sans hospitalisation en réanimation cette fois, à ma connaissance du moins. Plus personne ne discutait les consignes ou le port d'une protection sur le visage, l'actualité diffusée chaque jour l'imposait par elle-même et l'inquiétude devenait profonde.

Au niveau des EHPAD, ce fut tout aussi compliqué. Salariées et employeurs étaient très investis à protéger leurs résidents mais sans moyen : arrêt des visites extérieures, méfiance et déploiement des désinfections sur tout ce qui entrainait, gestes barrières mais aussi tout moyen pour se protéger furent les consignes données aux salariées pour entrer dans l'EHPAD mais aussi dans les transports, à l'extérieur, et chez eux... Certains résidents commencèrent à tomber malades, très peu au final dans les structures que je suivais. Beaucoup des structures avaient pris contact avec l'hôpital de secteur et le service de réanimation. Mais certains de ces services avaient déjà annoncé dès le départ qu'ils ne prendraient pas de résident malade de la Covid-19 âgés de plus de 70 ans : pas de place et priorité aux malades qui avaient une chance de survie. Plusieurs EHPAD anticipèrent et travaillèrent avec un laboratoire qui accepta de se déplacer et faire les prélèvements nasopharyngés aux résidents sur place. L'isolement se faisait dans la chambre en mettant blouse et surblouse, doubles gants, masques ou ce qu'il y avait (parfois avec les masques FFP2 de la crise sanitaire précédente gardés en stock). Dès le début, les directions et les salariés avaient anticipé en faisant tester tout résident, tout salarié malade et toutes celles et ceux qui le voulaient, avec isolement en cas de test positif, en payant les tests. La stratégie s'avéra payante puisqu'il y eut bien quelques cas de Covid-19 parmi les résidents et salariés, qui furent mis immédiatement en isolement

à domicile pour les salariés et dans leur chambre pour les résidents, avec suivi médical sur place et aucune hospitalisation nécessaire à ma connaissance. Nous primes contact avec les structures par téléphone, restant à disposition mais beaucoup avaient anticipé bien en amont des consignes gouvernementales, d'autres faisaient des CSSCT en visioconférence (les plus importantes), régulièrement toutes les deux à trois semaines, conviant les médecins du travail des différentes structures, notamment pour les IME (instituts médico-éducatifs), etc. Nous avons conseillé à d'autres structures accueillant des personnes âgées d'instaurer les prélèvements nasopharyngés sur place en expliquant comment d'autres établissements le pratiquaient déjà...

Tirant des leçons de ce que l'on voyait dans des entreprises et avec insistance, l'infirmière en santé/travail et moi-même, diffusions alors largement les moyens efficaces comme l'utilisation des prélèvements nasopharyngés en EHPAD et ainsi que les consignes données ici aussi d'utiliser tout moyen pour se protéger de tous les modes de contamination possibles, à commencer dans les transports en commun pour se rendre au travail, pour aller faire les courses, etc. La concertation fut payante en général, mais bien évidemment là aussi les échanges furent essentiellement oraux par téléphone avec les employeurs et les salariés.

MISE EN PLACE DE L'AUDIO ET TÉLÉCONSULTATION EN SANTÉ ET TRAVAIL

Pendant ce temps avec le début du confinement dans le service, nous nous organisions, en télétravail, pour garder contact avec les salariés et les entreprises par tous les moyens possibles : un ordinateur, un téléphone, un numéro à communiquer par courriel, une connexion au bureau et aux dossiers médicaux dématérialisés suffisaient pour cela. L'aventure des audio et téléconsultations commença. Très vite, les appels des entreprises et salariés se firent plus nombreux. Les visioconférences se succédèrent, le télétravail se généralisa. Plus question de se retenir ou de faire attention à ce que l'on disait : tous les moyens étaient bons pour diffuser les renseignements, répondre aux demandes inquiètes, comment se protéger et oui, les masques en tissus étaient efficaces. C'était une insubordination en direct mais qui ne fut jamais discutée par les entreprises : elle relevait du bon sens et de la volonté de se protéger au travail. Pendant ce temps les informations télévisées distillaient des chiffres de plus en plus inquiétants, les premiers

salariés contaminés dans les entreprises arrivaient, jusqu'au premier mort... Autant avant le confinement, je faisais attention à ce que je disais autant par la suite, je fus prise d'une frénésie de paroles et de conseils parfois en contradiction avec les recommandations gouvernementales car il s'agissait de gagner du temps sur l'avancée de l'épidémie dans les entreprises, conseils en tout genre qui allaient des masques et gants au bricolage système D, dans les transports, à la maison, etc. Oralement, par écrit, courriel, réponse téléphonique, tout en suivant les nouvelles connaissances scientifiques sur le virus de plus en plus inquiétantes puisqu'il ne s'agissait pas d'une infection purement virale mais d'une énorme réaction immunitaire incontrôlable... Tout le monde alimentait le réseau parallèle sur les découvertes ou remontées cliniques en instantané. C'était une course contre la montre pour adapter le plus vite possible les moyens de protection les plus efficaces au travail et dans le privé, les inventer s'il le fallait.

Petit à petit les consultations téléphoniques se mirent en place principalement pour les demandes en préreprise, demandes salariés et entreprises... Des groupes se constituèrent pour travailler sur une méthodologie pour intégrer la Covid-19 comme risque, mettre en place des gestes barrières efficaces à adapter, tout en dématérialisé et à disposition des entreprises, ce qui permit de s'organiser et passer le vent de panique du départ.

DES CONTACTS POTENTIELLEMENT INFECTANTS

Il y eut quelques consultations de salariés potentiellement infectés : un salarié avec des signes grippaux carabinés dont on ne se rendit pas compte suffisamment tôt. Moment de panique avec mon assistante médicale, dans le centre, prenant tout ce que nous avions comme serviettes en papier pour les lui coller sur la bouche et le nez tout en éloignant le salarié. Nous n'avions comme protection qu'un questionnaire, du gel hydroalcoolique et pas de masque. Pendant qu'il attendait tout seul dans le couloir, je fis immédiatement un courrier pour que son médecin traitant le mette en quarantaine par consultation téléphonique. Bien sûr, il était venu au travail malade et avait inquiété ses collègues de l'*open space* le matin même. Là aussi c'était système D pour se protéger. Deux jours plus tard, je ne coupais pas moi aussi à un syndrome grippal carabiné qui me cloua au lit une semaine. Un second salarié, malade juste avant le confinement, se présenta en visite médicale. Cette

fois nous étions rodées : les chaises étaient éloignées les unes des autres et nous avions des masques chirurgicaux. Les cas de coronavirus se multipliaient en Île-de-France. Il y avait des chances que le salarié soit porteur du virus.

Plus tard, lorsque les tests sérologiques furent enfin mis sur le marché privé, je m'en prescrivis un immédiatement pour savoir s'il s'agissait du coronavirus : il s'avéra négatif.

Pendant que ce second salarié attendait à grande distance, je rédigeais un courrier pour son médecin traitant et l'informais de la quarantaine qui s'imposait pour les quinze prochains jours. Il expliqua vouloir se rendre chez ses parents à la campagne. L'assistante et moi nous insurgeâmes en même temps : il était hors de question de bouger – quarantaine voulait dire ne plus bouger de chez soi –, se faire livrer les courses par des amis devant la porte, ne plus entrer en contact physique avec personne, uniquement des contacts téléphoniques y compris pour des consultations avec son médecin traitant... Nous avons été très fermes cette fois, en lui expliquant tous ces gestes qu'il devait mettre en place dorénavant, en l'absence de certitude possible. Au moindre signe de gravité, il devait consulter impérativement son médecin traitant. Ce fut plus tard ma ligne de conduite quasi systématique : orienter et travailler avec les médecins de ville et les centres COVIDOM tout au long de cette pandémie, collaboration qui s'avérera efficace et précieuse. Par la suite, je n'ai orienté que très rarement vers les centres hospitaliers. Soulagées mais inquiètes sur la façon dont nous allions continuer à travailler, je décidais de réduire le nombre de consultations et ensemble, nous appliquâmes le plus strictement possible les distances. Les masques commençaient à être fournis en quantité un peu plus importante et on arrivait à jongler avec plusieurs masques : il suffisait de les laisser au sec pendant quatre jours pour que le virus meurt.

C'était système D et c'est ce que je préconisais également aux entreprises en période de pénurie de masque : ne pas les jeter pour les économiser.

Enfin dernier contact potentiellement infectant : je fis une permanence téléphonique dans un centre COVIDOM, un peu portée volontaire... Lorsque je reçus mes créneaux de permanence, je courus à la pharmacie m'acheter de l'hydroxychloroquine, de l'azithromycine et du zinc, pour le prendre tout de suite en cas de début de symptômes. Mais la préparatrice refusa. J'insistai alors en expliquant au pharmacien la permanence que je devais aller assurer. Il ne discuta même pas et me donna les boîtes. Un collègue

médecin du travail calé en cardiologie me détailla les effets secondaires, risques, quoi surveiller lors des prises. À demi-rassurée, à demi-inquiète, j'allais donc au centre COVIDOM, les boîtes de médicaments cachés dans ma poche. Mon collègue qui assurait les consultations physiques m'expliqua que tous étaient tombés malades de la Covid-19. Aucun n'avait semblé-t-il développé une forme grave. Je n'eus pas besoin de prendre le traitement.

CERTIFICAT D'ISOLEMENT, FACTEURS DE RISQUE CONFLIT ÉTHIQUE, PAS QU'AU TRAVAIL

J'ai vu un salarié à la demande de son manager en période de fin de confinement. Le motif en était que l'usine allait rouvrir bientôt et qu'il se posait la question si ce salarié (particulièrement celui-ci) pouvait reprendre son poste en présentiel. Les conseils et décisions gouvernementaux étaient parus au JO et diffusés à tous les médecins. La liste des facteurs de vulnérabilité avait également été publiée et diffusée par le Haut Conseil de Santé Publique.

J'ai assuré la consultation par téléphone comme prévu sur le planning mais voilà : le salarié présentait bien un facteur de risque vis-à-vis de la Covid-19. Il n'avait pas de certificat d'isolement fait par son médecin traitant et ne savait pas trop s'il en relevait ou pas, m'expliquant qu'il se sentait bien mais que sa voiture étant en réparation, il allait devoir prendre les transports en commun. Il hésitait, se sentant en pleine forme mais tout de même vaguement inquiet à l'idée de devoir prendre les transports pour se rendre à son poste de travail. C'était moi qui allais devoir décider s'il pouvait ou non retourner à son travail en présentiel... ! J'eus l'impression du retour de l'aptitude au poste ! Sur une base de potentialité de maladie !

Je savais, pour avoir assisté à une CSSCT au premier trimestre, qu'il y avait un Plan Social et Economique (PSE) dans cette entreprise internationale. Je prenais le train en marche, l'établissement venant de m'être attribué. Néanmoins la discussion me revenait en mémoire : il était question de proposer des départs volontaires pour certains des cadres et pour d'autres, dans les noms cités, des propositions de changements géographiques et/ou de missions, parfois même à l'étranger. Certains avaient déjà retrouvé un autre travail, dans une autre entreprise, avais-je pu comprendre.

Et c'est moi qui me retrouvait, du fait de cette demande employeur à l'occasion de la pandémie, à devoir décider si ce salarié allait pouvoir travailler ou non, ce qui me heurta énormément puisque selon les

recommandations du HCSP, je devais écarter une personne du travail au motif qu'il pouvait avoir un potentiel de mauvaise santé (mais pas avéré, le salarié ne relevant pas d'un arrêt maladie) et sur demande de l'employeur en apparence de bonne foi... ! Beaucoup de médecins et notamment médecins du travail allaient donc se retrouver en position de faire le tri pour les employeurs mais surtout pour le gouvernement, avec son absolution !

Puisque le fait d'émettre un certificat d'isolement débouchait sur une autorisation d'absence dans le public ou le chômage partiel dans le privé, le télétravail étant de principe pour tout le monde sans avoir besoin de certificat d'isolement. Dans ce cas-là, il y avait en plus le doute de la transformation du chômage partiel en chômage définitif au motif même pas d'une inaptitude médicale, mais d'un facteur de risque de vulnérabilité qui, si le sujet attrapait le coronavirus, serait susceptible éventuellement de développer une forme grave pouvant nécessiter une hospitalisation en réanimation. Il y avait donc un risque que ce salarié soit écarté du travail sur un simple facteur de risque médical avec moi, médecin du travail, comme instrument !

Les entreprises bénéficiaient dorénavant de décrets officiels pour écarter les salariés des postes au motif de facteurs de risque d'être ultérieurement en mauvaise santé. Le « trieur » en était le médecin.

Je bottais en touche pour ce salarié, évitant d'émettre un certificat d'isolement ou un quelconque avis, préférant plutôt rappeler les conseils diffusés à toute la population de ne pas prendre les transports en communs en Île-de-France en période pandémique et que donc qu'il ne pouvait pas être question pour ce salarié de reprendre son travail en présentiel sans son véhicule actuellement en réparation.

Il fallait donc trouver des stratégies de contournement pour ne pas tomber dans le piège de la discrimination à l'accès au travail par la santé.

UN TRI DES SALARIÉS SUR LA SANTÉ, TRI FAIT PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL ? LA DOUBLE VOIRE TRIPLE PEINE ?

Il y a donc les salariés avec facteurs de risque et ceux sans facteur de risque, ceux en télétravail et ceux en chômage partiel, ceux avec certificat d'isolement et ceux « normaux ». Parmi ceux qui ont des certificats d'isolement, il y a ceux qui vivent avec une personne vulnérable et ceux qui sont eux même vulnérables.

Dans les dispositifs gouvernementaux, dans le privé, pour celles et ceux qui ont un certificat d'isolement,

vous avez ceux qui seront en télétravail et ceux qui sont en chômage partiel. Pour les autres, obligation de déconfiner et de reprendre leur poste, l'entreprise ayant mis en place les gestes barrières et la distanciation physique nécessaire...

Dans la Fonction publique, ce sont des autorisations d'absence en lieu et place du chômage partiel, avec certificat d'isolement à l'appui et demande de l'agent, devant impérativement préciser pour certains qu'ils sont porteurs de facteurs de vulnérabilité édités par le Haut Conseil de Santé Public ! Ainsi l'employeur est au courant de l'état de santé du salarié... Beaucoup ont du refaire faire leur certificat d'isolement par leur médecin pour y faire mettre la mention qu'ils étaient porteurs d'un facteur de risque édité par la liste du HCSP. Aussi bien dans le privé que dans le public, ces certificats d'isolement ont été demandés pour pouvoir continuer le télétravail alors même que nous sommes toujours en période épidémique.

Lorsque le télétravail était refusé mais que le salarié avait un certificat d'isolement, il lui était demandé de se mettre en arrêt maladie. Idem pour les parents d'enfants en bas âge, un seul des deux avait le droit de rester à maison, l'autre étant en télétravail ou en présentiel. Un des parents est donc isolé avec son enfant, l'autre non... Actuellement le décret des certificats d'isolement est toujours d'actualité, pourtant beaucoup d'entreprises demandent que les salariés qui ont un certificat d'isolement soient en aménagement de poste, même pour continuer le télétravail quand les autres salariés ont repris en présentiel.

En tant que médecins du travail, il fallut nous débrouiller dans tout ce micmac. Il fallait réfléchir vite pour ne pas perdre de vue les fondements de notre métier. C'est par la négative que les grandes lignes de notre rôle se dégagèrent d'emblée finalement :

- ◆ ne pas faire le tri sur la santé,
- ◆ ne pas stigmatiser les salariés avec certificat d'isolement,
- ◆ ne pas se prononcer sur une activité en présentiel imposée,
- ◆ ne pas entrer dans un dispositif mis à la disposition du salarié et de l'entreprise par le gouvernement.

Donc ne pas faire de certificat d'isolement, ni arrêt de travail mais recommander le télétravail pour tous.

Si le présentiel était obligatoire, ne pas se prononcer si oui ou non le salarié pouvait travailler ou pas : la mise en place des gestes barrières et de la distanciation physique pour ne pas exposer ses salariés est de la

responsabilité de l'employeur y compris dans le BTP. Cela signifiait que l'organisation du travail sur les chantiers devait respecter les mesures de protection contre la Covid-19 sans mettre les salariés en danger. Une seule entreprise du BTP de mon effectif pu continuer son activité après confinement : une entreprise de désamiantage. Les salariés m'expliquèrent que les précautions nécessaires contre la Covid-19 ne les changeaient pas beaucoup.

Enfin ne pas prendre de décision à la place du salarié. S'il ne voulait pas fournir de certificat d'isolement à son employeur, cela restait son choix et il n'était donc pas question d'intervenir entre l'employeur et le salarié par une visite médicale à la demande de l'employeur pour « impression de fragilité ou vulnérabilité ». Beaucoup de salariés ont eu la présence d'esprit de solliciter une visite médicale à leur demande, et mon rôle a surtout été d'informer les salariés sur le coronavirus, les risques pour leur santé, les dispositifs mis à leur disposition s'ils souhaitaient s'en emparer et la deuxième partie de la consultation téléphonique portait sur comment se protéger : dans l'entreprise, dans les transports, en allant faire les courses, en rentrant chez soi, etc. Les consultations téléphoniques duraient au mois une heure .

L'autre partie consistait à aider les entreprises désemparées au départ, qui ont dû s'adapter extrêmement rapidement et dans l'urgence, sans connaissance sur le coronavirus, sans parfois comprendre les mesures à appliquer, sans savoir comment gérer une suspicion de Covid-19 chez un salarié malade. Parfois, les mesures mises en place ont consisté en une prise de température des salariés en arrivant. Quand vous expliquiez que lorsque la fièvre est déjà là, c'est que la personne était contagieuse les jours avant au travail. On voyait alors les têtes s'allonger, l'angoisse monter, et les questions habituelles étaient alors : mais docteur, qu'est ce que l'on peut faire ? C'est là que tout un travail devait être fait sur la connaissance du virus et ses modes de transmission réels, sans fioriture, sans minimiser le risque, mais en admettant qu'il était bien là, vivre avec et s'en protéger dans et hors de l'entreprise, changer les modes d'échanges, de vie et ne pas nier les risques déjà identifiés dans le DUERP classique. La connaissance exacte et les informations réelles mises à jour des modes de transmission des risques ont fait beaucoup pour la prise de conscience sur la façon dont on devait se protéger et ne pas paniquer en cas de collègues malades. Il m'est arrivé de prendre l'exemple d'autres épidémies beaucoup plus connues où le moindre contact (toucher, air respiré, objets touchés tels qu'une poignée de porte, appuyer sur le bouton

d'une machine à café derrière un utilisateur, toucher avec des gants mais se contaminer en les retirant, etc.) dans un bus peut entraîner la contamination de tous les passagers en 48 heures...

Il s'agissait donc de faire passer le message qu'un collègue malade ne signifiait pas être contaminé dès lors que l'on avait changé ses habitudes dans et hors entreprise, que l'on appliquait les gestes nécessaires pour se protéger. Le collègue serait en arrêt au moins quinze jours mais par mesure de précaution un mois. Il s'agissait alors de revoir avec les cadres et salariés si les gestes barrières avaient bien été respectés, si c'était faisable, si l'organisation du travail le permettait ou s'il fallait revoir tout le process. Tout cela sans tests PCR, ni tests sérologiques à disposition.

Ainsi le problème se posait pour des assistantes médicales qui prenaient les rendez-vous (devaient-elles donner un rendez-vous à l'employeur au motif que son salarié avait fourni un certificat d'isolement ou au contraire n'en avait pas) ? De même les infirmières et infirmiers en santé au travail devaient-ils réorienter vers le médecin du travail des salariés qui présentaient des facteurs de risque ? Était-ce notre rôle d'écarter des postes de travail des salariés présentant des facteurs de risque ? Des salariés qui ne relevaient ni d'un arrêt maladie, ne nécessitant aucun aménagement de poste se retrouvaient en chômage partiel pour raison de santé, écartés du travail, avec bien sûr leur état de santé connu finalement des managers, employeurs, etc. J'expliquais à l'équipe de santé au travail, que notre rôle était plutôt d'informer le salarié, de l'orienter vers son médecin traitant s'il se sentait en danger afin de produire lui-même un certificat d'isolement à son employeur. Cela permis à l'équipe d'aborder plus sereinement les visites médicales téléphoniques et de retrouver ainsi notre rôle de prévention de la dégradation de la santé du salarié à son poste de travail, en y intégrant l'épidémie de coronavirus.

Il est à noter que certains commentaires furent qu'il fallait donner l'exemple en reprenant en présentiel. Cela écartait un peu plus les salariés avec certificats d'isolement. Sans compter qu'ils sont également écartés de toute prime systématiquement puisqu'ils ont un certificat d'isolement pour des facteurs de vulnérabilité qui ne les autorisent pas à travailler ! Ces salariés sont à risque de devenir invisibles dans leur entreprise, étiquetés comme étant « en mauvaise santé », comme les chômeurs devenus invisibles aux yeux de la société, à qui l'on prête souvent l'envie de ne pas travailler.

CONSTATS ET POSTURE DE MÉDECIN

DU TRAVAIL AU COURS D'UNE CRISE SANITAIRE

Karyne CHABERT

L'expérience de l'épidémie récente de Covid-19 montre que les conditions de travail des travailleurs sont largement transformées durant la crise, tout comme l'équilibre de vie, du fait de l'épidémie et des décisions gouvernementales qui en découlent.

Pour une grande partie des travailleurs, cela s'est traduit par ce qui a été appelé abusivement le « télétravail », qui devrait plutôt être qualifié de travail à domicile imposé, mis en place en urgence et avec des conditions matérielles non optimales ce qui est très différent en terme de conditions de travail. Il s'agit là d'une mise à distance brutale et massive, mobilisant les capacités d'adaptation, très inégales selon les situations individuelles et collectives. Cette situation a pu mettre en évidence d'une part l'accentuation de l'envahissement de la sphère privée par le travail et ses conséquences, et d'autre part, une dégradation des conditions de travail avec des difficultés à communiquer à distance (y compris avec les outils numériques de communication ce qui confirme qu'ils peuvent être un prolongement des liens déjà en place mais ne se substituent pas aux échanges directs), une perte de sens dans le travail, des incohérences dans la gestion des priorités, une surcharge ou sous charge de travail à l'origine d'effets délétères sur l'équilibre psychique et la santé des individus, les uns se sentant investis d'une mission sans limite, les autres se sentant coupables de cette sous activité. Le constat est celui d'une grande difficulté à maintenir des liens professionnels efficaces, d'autant plus net si le collectif est fragile et d'une sous capacité à demander de l'aide, d'autant plus marquée dans les situations où l'isolement et la détresse sont majeurs.

Pour exemple, les travailleurs identifiés par l'équipe médicale comme « plus à risque » de souffrir de cette mise à distance (sur les éléments médico-socio-professionnels dont nous disposons) n'ont que très rarement contacté spontanément le service. Par contre, chaque fois qu'ils ont été contactés par le médecin, ils ont manifesté un grand intérêt et une reconnaissance à l'égard de cette initiative et leur niveau d'anxiété semble avoir nettement diminué.

Dans les situations où le collectif s'avérait être plus « solide », il a été constaté une plus grande adaptabilité et une plus grande capacité à imaginer des pratiques nouvelles (réseaux d'entraide à distance, partage d'outils, initiatives de solidarité, mise en place de formations à distance...)

Pour exemple, dans une unité où l'entraide a été très présente pendant la période de confinement, la préparation du retour au travail s'est faite collectivement et les décisions ont amené à mettre en place une laverie pour le nettoyage collectif des masques réutilisables.

D'autres travailleurs ont été contraints de poursuivre leur activité habituelle, la plupart du temps dans des conditions inhabituelles du fait de l'anxiété générée par le risque de contamination, du fait du travail isolé, ou du fait de la nature même de la tâche (maintenance d'installation, arrêt et mise en sécurité...) pour répondre aux besoins sanitaires, aux besoins dits « essentiels » ou aux besoins économiques.

Le médecin du travail a pu être amené à se prononcer sur les mesures préventives à prendre par rapport aux conditions de travail dans le contexte d'un plan de

continuité d'activité, c'est-à-dire un contexte de contraintes qui ne font pas toujours sens dans le travail (continuité motivée par des motifs économiques par exemple), un contexte de surcharge, d'absence de collectif, d'impossibilité de construire des savoirs faire (qui nécessite du temps et de l'interaction), parfois de manque de moyens de protection (métiers du médico-social). Il a pu s'agir de faire face au risque infectieux, mais aussi à d'autres risques générés par ces nouvelles organisations de travail : travail isolé, outils numériques de communication, risques de conflits majorés par une diminution des possibilités d'échanges et des possibilités de régulation par la hiérarchie ou par le collectif.

Le médecin du travail a pu être amené faire des préconisations par rapport à un risque non généré directement par l'activité de travail, et en intégrant les consignes imposées par le gouvernement à l'échelle nationale et par l'employeur à l'échelle locale, avec parfois des moyens de protection insuffisants ou inexistantes. Le médecin du travail s'est vu confronter de manière plus directe à un enjeu de taille : concilier l'intérêt de la santé individuelle du travailleurs et l'intérêt de la collectivité.

La période a nécessité d'apporter des réponses à des problématiques liées au confinement imposé (donc non généré directement par le travail) et ses conséquences sur le travail : apparition ou majoration d'une anxiété, et plus généralement majoration de pathologies chroniques antérieures (syndrome dépressifs, troubles musculosquelettiques, ...) amplifiées ou majorées du fait de la modification de l'équilibre santé/travail et d'un moindre accès aux soins habituels.

Le médecin du travail, lui-même confiné et donc partiellement isolé a du parfois réinterroger ses règles de métier et son éthique professionnelle :

- ♦ Faut-il privilégier le risque psychique lié à l'isolement d'un jeune en contrat précaire ou le risque sanitaire ?
- ♦ Faut-il privilégier le risque lié à la surcharge cognitive et émotionnelle d'une mère de famille en télétravail ou le risque sanitaire ?
- ♦ Faut-il limiter la prescription d'aménagements de poste pour les travailleurs dits « à risque sanitaire accru » lié à une pathologie particulière (avis du HCSP du 20 avril 2020) ou faut-il prendre en considération l'individu dans sa globalité en référence aux dimensions physiques, psychiques et sociales de la santé et les contraintes de l'activité du travail réel ?

Si ces questionnements ont pu être abordés au sein des équipes médicales malgré le confinement (un lien a pu

être maintenu sous forme d'échanges réguliers par téléphone, par courriel, par visioconférence, ...) ou avec d'autres équipes de santé au travail confrontées au même type de réflexion, l'activité a pu se poursuivre pour répondre aux besoins spécifiques :

- ♦ Conseils de prévention sous forme de mesures collectives d'organisation de travail et préconisation d'équipements de protection.
- ♦ Soutien psychologique pour faire face à l'isolement et à l'anxiété des travailleurs du fait de la situation de risque sanitaire et des conséquences sur la situation médico-socio-professionnelle.
- ♦ Téléconsultation à la demande des travailleurs en raison de psychopathologies aggravées ou apparues du fait de la recrudescence de tensions relationnelles dans le travail.
- ♦ Conseils d'aménagement ergonomique du poste de travail à domicile.
- ♦ Téléconsultation à la demande du travailleur amenant à la prescription d'aménagements pour limiter le risque de contamination : poursuite du travail à domicile, modifications d'horaires, ...

À noter que le médecin du travail, s'il s'est rendu accessible du fait du lien de confiance qui a pu s'établir dans le cadre du suivi santé/travail, a pu être sollicité pour avis médical en l'absence de disponibilité des médecins de soins.

EN CONCLUSION, le contexte particulier de crise sanitaire a généré des situations de travail inhabituelles pouvant faire émerger ou majorer des problématiques santé/travail sous-jacentes. Les conséquences sur la santé des individus ont été moindres dans les situations de fort soutien hiérarchique et collectif.

Le constat global est celui d'une majoration des effets sur la santé chez les plus précaires (forte dépendance hiérarchique et faible autonomie, emploi précaire...).

Le médecin a pu être sollicité pour arbitrer des décisions qui ne relèvent pas strictement de ses missions au regard d'un risque non directement inhérent au travail et de mesures organisationnelles imposées. Il s'est focalisé sur les effets dans l'interaction santé/travail de cette situation.

Le maintien d'un lien au sein des équipes médicales de santé au travail a pu faciliter l'activité et réajuster le positionnement en fonction de ces nouvelles contraintes, sans nuire à l'intérêt de la santé individuelle et collective des travailleurs.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

« DÉCONFINÉES »

Jean-Louis ZYLBERBERG

En janvier 2020, j'avais vu en consultation de pré-reprise un plaquiste roumain, âgé de 51 ans, employé par une entreprise d'environ une quarantaine de salariés, dirigée par un notable du village roumain où ce salarié demeurait jusqu'en 2014, date de son arrivée en France.

En Roumanie, il avait débuté comme agriculteur et bûcheron, à partir de l'âge de 15 ans, puis à partir de 2002 il devint maçon. À partir de 2017, il souffre de douleurs chroniques de sa cheville droite nécessitant des arrêts de travail répétés de quelques jours jusqu'à un arrêt complet à partir de début 2018. En février 2018, il subit une infiltration de sa cheville qui ne le soulage que quelques jours. Je l'avais vu début juillet à la demande de son employeur après une journée de travail. Dès la reprise du travail, il décrivait des douleurs très intenses de l'ensemble de l'avant pied droit lors de la marche sur sol instable et à la montée et descente des escaliers. Du fait du barrage linguistique, il était accompagné de son frère, qui m'expliqua que son frère avait vu en consultation fin juin un orthopédiste hospitalier. Ce dernier lui avait prescrit un arthroscanner et avait abordé une éventuelle arthrolyse de sa cheville.

La consultation d'embauche datant de 2015, j'entamais un examen physique non focalisé uniquement sur son pied droit. Ce jour là, je retrouvais à deux reprises une hypertension artérielle (comme lors de la consultation de 2015) et une obésité morbide (il avait pris 30 kg depuis 2015 et je constate *a posteriori* que je ne l'avais pas interrogé sur les liens entre sa prise de poids et son travail ou son arrêt d'activité). Son frère m'avait traduit qu'il était arrêté depuis juin. Son traitement antihypertenseur, débuté en 2015 suite au courrier que je lui avais remis pour son médecin traitant d'origine roumaine. Je l'adressais à son médecin traitant pour

qu'elle l'arrête à nouveau et revoit avec lui la prise en charge de son hypertension artérielle. J'évoquais le geste chirurgical envisagé et lui proposais d'envisager une reprise du travail si possible en temps partiel thérapeutique.

En janvier 2020, il me remit un courrier du 24 décembre de la médecin-conseil m'interrogeant sur la possibilité de reprise de son travail avec ou sans aménagement. Cette entreprise de plaquistes effectue très majoritairement des activités de sous-traitance pour les quatre grands majors du BTP et les marges de manœuvre sont quasi inexistantes, rendant très complexes toute proposition d'aménagement de poste de travail, ce que j'écris à la médecin-conseil ainsi qu'à son médecin traitant.

Le 17 mars, la France se confine mais certaines entreprises du BTP, essentiellement les TPE et PME sous-traitantes poursuivent les chantiers, madame la ministre du Travail qualifiant, deux jours plus tard, les entreprises du BTP ayant arrêté leur activité de « *défaitistes* ».

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) se confinent mais l'arrêt des indemnités journalières se poursuit. Ainsi, fin avril, la seule femme de l'entreprise de plaquistes, m'appelle pour savoir ce qu'elle doit proposer à son collègue qui a reçu un courrier de sa CPAM l'informant de l'arrêt de ses indemnités journalières depuis le 31 mars. En avril, son statut est le chômage partiel. Je lui propose une consultation huit jours avant le déconfinement, sa situation sociale devenant « urgente ».

Il est accompagné à nouveau de son frère qui me traduit ces propos : au bout de quinze minutes, des douleurs de l'ensemble de son pied droit et de sa cheville apparaissent s'aggravant à la montée des

escaliers et sur sol instable. Depuis janvier, il a consulté à nouveau l'orthopédiste hospitalier qui lui propose, devant l'échec de quatre infiltrations, une arthrolyse de sa cheville tout en l'informant sur les risques opératoires et post-opératoires en lien avec une dermite ocre et un tabagisme important. Mais il conclue son courrier : « ... *Le patient n'est pas prêt à prendre ces risques et étant en arrêt de travail depuis 2018, je pense qu'il faut faire un dossier d'invalidité.* » Je contacte sa médecin traitant qui m'informe qu'elle a effectué une demande d'invalidité une semaine avant la période de confinement mais elle n'a pas eu de réponse de la CPAM. Par courriel, la gestionnaire de production de la CPAM m'écrit : « ...*Nous n'avons pas de demande d'invalidité concernant cet assuré...* ». Devant cet imbroglio médico-administratif en temps de Covid-19, je conclue la consultation : « *Inapte au poste de plaquiste. Peut effectuer des activités sans marche de plus de 15 minutes, sans montées et descentes répétées d'escaliers, sans position statique de plus de 30 minutes.* »

Le consentement éclairé avec en partie un barrage linguistique est difficile à mettre en pratique sans traducteur. C'est pourquoi, quelques semaines plus tard, je conseille à un artisan moldave d'une entreprise tous corps d'état qui souhaitait assister à la consultation d'embauche de son père, en tant que traducteur, de se rapprocher de la direction de mon service de santé au travail afin de solliciter une aide financière pour qu'un traducteur agréé extérieur à son entreprise, assiste à la consultation de son père. La réponse de ma direction fût la suivante : « ... *Notre offre de service ne comprend pas ce type de prestation ni de subvention. Je suis au regret de ne pouvoir donner suite à votre demande, nos statuts ne nous permettant pas d'octroyer des financements aux entreprises adhérentes, quelle que soit leur taille...* ».

Fin avril, la directrice d'un centre de formation pour apprentis (CFA) pour les métiers de plombier et couvreur m'appelle à la suite de la réception d'un courrier d'un formateur, âgé de 59 ans, d'une copie de la notification d'invalidité deuxième catégorie. Elle m'indique qu'il est en arrêt de travail depuis fin septembre 2018 et que jusqu'au début du confinement il venait une fois par semaine dans les locaux du CFA pour voir ses collègues formateurs. Je lui conseille de me l'adresser en consultation à la demande de l'employeur huit jours avant le déconfinement.

Ce monsieur a débuté comme couvreur à partir de 1980 puis il devient formateur en CFA à partir de 2001.

En 2006, il est hospitalisé suite à la première rupture d'un kyste rénal dans le cadre d'une polykystose rénale. À partir de 2008, il est dialysé toutes les quarante-huit heures, tout en poursuivant son activité de formateur qui comprend vingt-six heures de « face à face » et neuf heures dites périphériques où il prépare des maquettes (deux ateliers de seize maquettes) pour les travaux en atelier et il effectue la correction des travaux. En 2012, il est greffé après un an et demi d'attente. En 2016 il est hospitalisé suite à une néphropathie tuberculeuse qui a pour conséquence un début de rejet du greffon. Au bout de deux mois d'arrêt de travail, il reprend son poste de travail sans aménagement. Lorsque je le vois pour la première et dernière fois en consultation, il m'explique qu'il s'est arrêté fin septembre 2018 dans un état d'épuisement professionnel « *J'ai craqué* ». Durant son arrêt de travail, il va être traité par deux traitements antirejet : « *avec le dernier, le greffon tient* ». J'aborde avec lui la possibilité de travailler à temps très partiel, tout en étant en invalidité 2^e catégorie, en lui indiquant que sa directrice serait d'accord pour ce type d'aménagement organisationnel. Il me répond : « *J'ai trop peur de perdre mon greffon. Je préfère l'inaptitude* ».

Au cours du mois d'avril, je reçois un appel téléphonique d'un directeur commercial d'une entreprise d'électricité et de câblage informatique d'une quarantaine de salariés, m'informant avoir reçu un courrier de sa CPAM, quelques jours auparavant, l'informant qu'à compter du 30 avril 2020, ses indemnités journalières seront suspendues. Je lui propose de se voir en consultation de reprise maladie non professionnelle début mai.

Je l'avais vu une seule fois en 2014 dans le cadre d'une consultation périodique. Il débute à l'âge de 16 ans comme vendeur pendant deux ans, puis devient ambulancier pendant un an et débute comme commercial dans une société franco-belge de vente de matériel électrique où il passera dix-huit ans de sa vie professionnelle pour finir directeur d'une agence de cette société. À l'âge de 35 ans, il est embauché dans l'entreprise d'électricité et de câblage informatique comme directeur commercial mais il effectue dans le même temps un poste de conducteur de travaux (planifications et suivis de chantiers) et répond aux différents appels d'offres avec le patron. Il est père de cinq enfants, maire et son épouse depuis 2004 lui a succédé à l'agence de vente de matériel électrique qui est en liquidation judiciaire fin 2013. Il me décrit des troubles du sommeil « *2013 et 2014 sont des années*

tendues» et je constate à deux reprises une hypertension artérielle.

En octobre 2017, il rompt son tendon d'Achille gauche et fracture son poignet gauche en chutant d'une échelle à son domicile lors de travaux de peinture. Au bout de six semaines de plâtre, une paralysie du releveur du pied gauche apparaît mais ce n'est qu'en février 2018 qu'un EMG montre une compression du sciatique poplité externe et du sciatique poplité interne. En mai 2018, une scintigraphie osseuse met en évidence une algoneurodystrophie à la fois au niveau du tendon d'Achille gauche et du genou droit (ligamentoplastie en 2000). Quelques semaines plus tard, il a une hépatite médicamenteuse. Il décompense la même année un diabète de type 2 (prise de 30 kg suite à l'immobilisation). C'est à partir d'août 2018 que ses douleurs chroniques sont prises en charge par un centre antidouleur où un traitement morphinique associé à un boîtier d'électrostimulation pour diminuer les douleurs au niveau de la cheville gauche et de son genou droit. En 2019, il décompense une hypertension artérielle. À l'issue de six semaines en service hospitalier de rééducation fonctionnelle, il ne peut toujours pas marcher sans deux béquilles. Cette même année il souffre d'épicondylites bilatérales liées au béquillage. C'est à partir du printemps 2019, qu'il est pris en charge en hôpital de jour où le travail et que son

avenir est abordé par une équipe francilienne de soignants très investie dans « handicap et travail ». Il va être accompagné pendant trois mois pour tenter de construire un projet professionnel jusqu'en février 2020. Puis la France se confine et la machine médico-administrative s'accélère.

En 2017, le patron meurt brutalement d'un accident vasculaire cérébral et son fils prend la succession. Il me déclare au cours d'un de nos nombreux entretiens téléphoniques que les désaccords se sont très vite accentués entre son nouveau patron et lui avec de moins en moins de tâches de travail. Lorsque je le vois en consultation, accompagné de son épouse devenue assistante dans un cabinet de notaires, il marche toujours avec deux béquilles. Leur projet professionnel est de partir dans les Landes pour créer un gîte mais « *il va falloir vendre la maison et avec la Covid ce n'est pas simple* ».

Je conclus la consultation : « *Inapte au poste de directeur commercial. Peut effectuer des activités avec position assise uniquement sans déplacements* ».

Ces trois histoires, huit jours avant le déconfinement de la France, sont les prémices de pratiques « déconfinées » où les marges de manœuvre se sont fortement réduites avec une machine médico-administrative poursuivant son mode dégradé.

PRESCRIPTION D'ACTES MÉDICAUX PAR LES MÉDECINS DU TRAVAIL



DÉCLARATION DE L'ASSOCIATION SMT

Nous avons pris connaissance du communiqué des internes en médecine du travail du 17 avril qui déclare notamment : « *La possibilité de prescription d'arrêts de travail est une dimension de l'activité médicale sur laquelle l'ANIMT s'était déjà positionnée favorablement par le passé. Nous pensons qu'elle doit se concevoir comme un complément des activités de médecine générale et en respectant le cadre du parcours de soin* » mais aussi : « *Après la crise sanitaire, l'ANIMT restera mobilisée afin d'observer les conséquences de ces dispositions qui représentent autant d'opportunités pour concevoir l'évolution de la santé au travail et du métier de médecin du travail dans le contexte démographique difficile.* »

Nous souhaitons ici faire part de notre point de vue de professionnels de terrain sur la question de la prescription d'actes médicaux par les médecins du travail. Nous désirons rappeler en préambule que le médecin du travail est déjà un prescripteur. Il prescrit dans un cadre individuel :

- ♦ des consultations médicales, en l'occurrence les siennes, dès lors qu'il l'estime nécessaire (R.4624-34 du Code du travail) ;
- ♦ des examens complémentaires (R.4624-35 à R.4624-38 du Code du travail) qui dans les circonstances actuelles peuvent comprendre des tests biologiques ;
- ♦ des modifications ou des aménagements de poste dans diverses circonstances réglementaires.

Dans ces domaines, notre association estime que le médecin du travail ne peut ignorer les dispositions du Code de la santé publique notamment celles de l'arti-

cle L.1111-4 qui fait de la prescription un conseil destiné à éclairer la patiente ou le patient dans sa prise de décision concernant la santé.

Pour ce qui concerne la prescription des arrêts de travail, elle est possible « en pratique » sous la forme d'une « inaptitude temporaire sous réserve de l'examen du médecin traitant », accompagnée d'un courrier détaillant les raisons pour lesquelles la prescription d'un arrêt de travail paraît nécessaire du fait de l'impossibilité d'aménager le poste de travail.

Le médecin du travail prescrit également dans un cadre collectif, par ses conseils de prévention notamment dans le cadre de l'article L.4624-9 du Code du travail.

Plusieurs obstacles existent à la prescription par le médecin du travail d'un arrêt de travail du point de vue du droit :

- ♦ Celui de la compétence : un arrêt de travail est un acte thérapeutique qui prend en compte des éléments de santé physiques, psychiques et sociaux dont les déterminants ne sont pas toujours accessibles au médecin du travail et qu'un médecin traitant est mieux à même d'appréhender.
- ♦ L'article 99 du Code de déontologie médicale qui interdit la prescription et qui n'est que suspendu pour la période exceptionnelle.
- ♦ La situation juridique du salarié lors de la consultation de médecine du travail. Le salarié est alors sous la subordination contractuelle de son employeur. Tous les actes du médecin du travail s'exercent dans ce cadre. Or la prescription d'un arrêt de travail suspend le contrat de travail. La

prescription d'un arrêt sort donc du cadre juridique qui est celui des décisions du médecin du travail. Ainsi, la visite de pré-reprise de travail tient compte de cette situation juridique particulière puisque, pour en transmettre les conclusions à l'employeur, le médecin du travail doit avoir l'accord explicite du salarié.

Nous remarquons qu'une décision d'arrêt de travail, *a fortiori* d'inaptitude, devrait représenter une part très mince de l'activité du médecin du travail, car elle constitue un échec de l'adaptation du travail à L'Homme qui devrait être le moteur essentiel de la prévention en milieu de travail. C'est, comme le rappellent opportunément les recommandations de la HAS, le maintien du, ou de la salariée au travail et dans l'emploi, qui est la priorité de l'action du médecin

du travail. Nous comprenons toutefois que dans le cadre d'une épidémie et pour prévenir la mise en danger éventuelle d'autres professionnels de santé, et à titre très provisoire, cette possibilité existe.

Mais la perpétuation de cette possibilité de prescription, hors de cette période exceptionnelle, nous semble inappropriée voire même négative pour le métier, même, de médecin du travail.

Nous tenons à rappeler ici que la base de l'exercice de la médecine du travail est exclusivement préventive et que la mission du médecin du travail consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». La prescription pourrait donc constituer une diversion préjudiciable quant au principe même sur lequel se fonde notre métier.

EN 2021, LA COVID-2019 A FAIT PASSER LA MÉDECINE DU TRAVAIL À L'ÈRE 3.0 !

Docteur Herbert **BALDESCURE**

Vous souvenez vous de la sympathique utopie soixante-huitarde de la médecine du travail d'avant les années 2010 ? Elle prétendait non seulement connaître tous les rouages de l'entreprise en consultant tous les salariés tous les ans (ils appelaient cela « la clinique médicale du travail »). De plus ils voulaient donner des conseils de prévention et d'amélioration des conditions de travail, comme si les entrepreneurs et la représentation officielle des collaborateurs salariés, n'étaient pas les mieux placés !

Depuis la crise du coronavir-virus de l'année 2020, nous sommes revenus à des fonctions plus concrètes des *Services de santé et de prévention en milieu de travail*. Il faut dire que la pénurie de médecins du travail des années précédentes avait initié la transformation des services de **médecine du travail** en services de **santé au travail**, permettant l'introduction d'autres spécialistes beaucoup plus en phase avec les réalités de l'entreprise.

À ce qui était désigné sous le vocable « visites médicales » se sont substitués :

- ◆ Les check-up numérisés de santé qui permettent enfin, grâce à la base de données nationale, d'avoir enfin des résultats chiffrés instantanés et exploitables pour une politique de qualité de vie au travail.
- ◆ Les collaborateurs d'entreprise bénéficient de la part du personnel médical (médecins et infirmiers), des conseils en qualité de vie (hygiène, diététique, équilibre psychologique, addictions, qualité du sommeil, etc.)
- ◆ Des vidéo-consultations, qui se sont généralisées, car la période transitoire de distanciation de 2020 a démontré sa faisabilité en évitant les coûteux déplacements aux cabinets médicaux des collaborateurs d'entreprise.

Grâce à l'implémentation du DMST (Dossier Médical en Santé au Travail) dans le DMUS (Dossier Médical Universel de Santé), les examens médicaux présentiels sont devenus exceptionnels puisque médecin et infirmière en santé au travail, peuvent ainsi accéder à tous les actes médicaux effectués en ville et à l'hôpital. Ce qui évite aussi la dissimulation d'états pathologiques pouvant nuire à l'« **aptitude à produire** » (nouvelle dénomination de « **l'aptitude au poste de travail** »).

Pour la gestion des arrêts de travail, l'ordonnance n° 2020-386 du 1^{er} avril 2020 avait ouvert la possibilité aux médecins du travail de prescrire des arrêts. À l'époque cela était limité aux salariés présentant des signes de Covid-19. Cela eut un tel succès que cette possibilité a été généralisée. Enfin les médecins du travail se sentaient reconnus dans leurs prérogatives face à leurs confrères libéraux ou aux médecins-conseils de la Sécurité Sociale. N'étaient-ils pas les mieux placés, à la jonction de la santé et du travail, pour apprécier le bien fondé de la « *cessation temporaire d'activité* » (arrêt de travail) suite à une pathologie ? N'étaient-ils pas moralement responsables de la santé financière des fonds de garantie de salaire qui se sont substitués aux anciennes « *prestations de maladie* » de la Sécurité Sociale ?

Enfin les missions de ce qui étaient les *Services de santé au travail* ont été redéfinies dans un sens plus pragmatique pour faciliter la reprise économique, suite à la chute du PIB de 2020. Désormais la mission est bien « *l'accompagnement des entreprises amenées, par l'effet de la crise sanitaire, à accroître ou adapter leur activité* ». Depuis 2021, la gestion de la prévention en entreprise a été externalisée aux *Services de santé et de prévention en milieu de travail* qui en assument la responsabilité, l'entrepreneur n'ayant l'obligation de réaliser ce qui est économiquement raisonnable.

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 41^e Congrès annuel se tiendra au FIAP (Paris), le 5 décembre 2020

30 rue Cabanis 75014 Paris

Métro Glacière Ligne 6

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

Association SMT, 12 rue Adrien Damalix 94410 ST MAURICE 06 79 72 44 30

courriel : secretaire@a-smt.org

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

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

LES CAHIERS S.M.T.

- N°1 Spécificité et médecine du travail (89) – (épuisé) –
- N°2 Éthique et pratique en médecine du travail ; introduction aux débats (90) – (épuisé) –
- N°3 Évaluation en médecine du travail (nov. 90) – (épuisé) –
- N°4 Éthique en médecine du travail (mars 91) – (épuisé) –
- N°5 Précarité et sous-traitance en médecine du travail (mai 92) – (épuisé) –
- N°6 Médecine du travail et santé publique (mai 93) – (épuisé) –
- N°7 **Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail (mai 94)**
Éditions Syros – (épuisé) –
- N°8 Parler des règles de métier : nos pratiques en médecine du travail (mai 95) – (épuisé) –
- N°9 Les dérives de l'organisation du travail. Quelles pratiques pour les médecins du travail ? (mai 96)
- N°10 Pluralité, éthique commune, un métier en quête de sens (mai 97)
- N°11 Médecine du travail, un débat nécessaire (avril 98)
- N°12 **Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat (juin 98), Éditions Syros**
- N°13 Poursuivre la Refondation de la médecine du travail (juin 99)
- N°14 **Femmes au travail, violences vécues (mai 2000), Éditions Syros**
- N°15 Rendre visible les expositions. Témoigner des risques (juin 2000)
- N°16 Articuler accompagnement clinique et identification exhaustive des expositions (juin 2001)
- N°17 Organisation du travail. Santé mentale (mai 2002)
- N°18 Clinique médicale du travail. Éthique et pluridisciplinarité (juin 2003)
- N°19 La Clinique au cœur de nos pratiques. Construire du sens (juin 2004)
- N°20 Somatisation, les mots du travail (juin 2005)
- N°21 Évaluation des Pratiques Professionnelles (juin 2006)
- N°22 Maltraitements organisationnelles, quelles pratiques cliniques ? (novembre 2007)
- N°23 Quelle évolution pour la médecine du travail ? (juin 2009)
- N°24 Préserver la médecine du travail ? (juin 2010)
- N°25 Prise en charge du salarié en souffrance professionnelle (juin 2011)
- N°26 Quelle médecine du travail demain ? (mai 2012)
- N°27 Clinique médicale du travail. Écrits du médecin du travail (octobre 2013)
- N°28 Les Écrits des médecins du travail. Liens santé/travail (octobre 2014)
- N°29 Quels métiers et Pratiques en médecine du travail (octobre 2015)
- N°30 La coopération médecin et infirmier en santé au travail (7^e Colloque *E-Pairs*) (octobre 2015)
- N°31 Agir pour la seule santé des salariés (octobre 2016)
- N°32 Les Coopérations du médecin du travail avec quatre spécialistes médicaux, du point de vue de la santé du patient (8^e Colloque *E-Pairs*) (novembre 2016)
- N°33 Le soin médical préventif (septembre 2017)
- N°34 La question du travail au cœur de la coopération entre les équipes médicales et la médecine générale (9^e Colloque *E-Pairs*) (septembre 2017)
- N°35 Harcèlement sexuel du fait du travail (septembre 2019)
- N°36 Travail : Pratique médicale, Visibilité des risques professionnels

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>

CONFINEMENT, DÉCONFINEMENT VERS UNE MÉDECINE DU TRAVAIL DE SÉLECTION DE LA MAIN D'ŒUVRE ET DE GESTION DES RISQUES EN ACCOMPAGNEMENT DES EMPLOYEURS ET DU GOUVERNEMENT

**Collectif des personnels
des services de santé au travail interentreprises UGICT-CGT**

LES RESPONSABILITÉS DOIVENT ÊTRE CLAIREMENT DÉFINIES

Depuis mars 2020, nous vivons en confinement pour certains, et au travail pour d'autres, et en état d'urgence sanitaire décrété par le gouvernement, avec l'accord du parlement, se traduisant par la parution d'ordonnances et de décrets dont celles et ceux sur la santé au travail.

Nous ne sommes pas dupes :

- ♦ L'importance, quasi unique, donnée par l'exécutif au confinement est la conséquence d'une criminelle impréparation des membres de ce gouvernement et de ceux qui les ont précédés. La pénurie des moyens de protection et des moyens de dépistage même dans les secteurs essentiels est un des éléments de cette impréparation.
- ♦ La justification de ne pas engorger le secteur de soin est, là encore, le résultat d'une politique de casse systématique du secteur public hospitalier, la suppression de personnel, la fermeture de lits et l'assèchement des crédits. Les professionnels de santé au travail exerçant dans ces secteurs sont témoins des répercussions négatives de ces mesures sur la santé des personnels.

Cette crise survient alors que les services de santé au travail ont été régulièrement bousculés par de multiples réformes réglementaires et de fonctionnement qui ont eu pour objet et pour effet de tenter de transformer les professionnels de ces services en auxiliaires du management, le rapport Lecocq en est l'exemple le plus récent. Les services de santé au travail sont eux aussi sinistrés à la fois dans les moyens de leur fonctionnement, comme pour les services hospitaliers, mais, pire encore, dans **la transformation de la nature même de leurs missions.**

Alors, et cela est essentiel, que le rôle de conseil en prévention individuel et collectif, du point de vue de la santé, serait impuissant s'il n'était pas relayé par la vigilance de l'inspection du travail, comme par hasard, cette dernière est mise pratiquement et brutalement hors d'état d'agir.

Au-delà des promesses embarrassées du président de la République, qui n'engagent que celles et ceux qui y croiraient, il faudra que les éventuels responsables de milliers de mort en répondent.

La situation telle que décrite par l'exécutif est la suivante : « *Les travailleuses et les travailleurs sont soit confinés en chômage partiel, soit en arrêt de travail "Pénicaud", soit au travail (en télétravail pour les tâches qui s'y prêtent ou physiquement sur le lieu de travail) dans des entreprises dont la production et la marche sont essentielles pour la vie et la santé.* »

EN RÉALITÉ, LES MOTIVATIONS DE L'EXÉCUTIF SONT LOIN DE CET OBJECTIF

Dans la première instruction ministérielle conjointe de la ministre du Travail et du ministre de l'Agriculture du 17 mars apparaît alors une catégorie particulière de travailleurs : les « *salariés exerçant des activités nécessaires à l'équilibre économique de la Nation* ».

Quelles conséquences pour la médecine du travail ? Pour ces salariés, les visites auprès des médecins du travail sont maintenues. Cependant, ces visites médicales des salariés ne sont plus désignées en fonction du niveau de risque mais en fonction de l'utilité « *pour l'équilibre économique de la Nation* » ce qui en dit long sur ce qui motive l'instruction ministérielle.

L'ordonnance du 1^{er} avril impose aux médecins du travail « *L'accompagnement des entreprises amenées, par l'effet de la crise sanitaire, à accroître ou adapter leur activité* ». L'objectif fixé par l'ordonnance au médecin du travail déroge là encore à ses missions.

S'apercevant sans doute de la bévue, la seconde instruction ministérielle du 2 avril revient sur les motifs. Cette nouvelle instruction précise que les SSTI et non les médecins du travail cette fois-ci : « *(...) participent à la protection de la santé et de la sécurité des salariés* » en la limitant toutefois à « *l'objectif de ralentir l'épidémie* » ce qui là encore ignore un pan entier des missions du médecin du travail et « *(...) garantissent la poursuite des activités essentielles à la vie de la Nation* », exit « *l'équilibre économique de la Nation* ». Même si le motif est devenu moins économique que vital, là encore persiste un objectif qui dépasse les missions, les moyens et les compétences des médecins du travail, tout autant que les missions des SSTI.

OR DANS LE CADRE NOUVEAU AUQUEL L'ÉPIDÉMIE SERT DE PRÉTEXTE

- ♦ Il est demandé aux médecins du travail de participer aux CSE pour apporter leur avis de spécialistes de la santé au travail et d'effectuer des consultations soit en présentiel soit en téléconsultation¹.

.....
1- Alors que les conditions minimales de téléconsultation notamment

- ♦ Il leur est demandé de dépister les porteurs du virus, de procéder à des arrêts de travail et de prononcer pour les autres une aptitude sans contre-indication à l'exposition aux risques.

En ce qui concerne les autres acteurs de la santé au travail dans les SST, ils sont absents des textes et seuls les médecins du travail sont sollicités. Assistons-nous à une première tentative pour marginaliser le rôle de l'équipe pluridisciplinaire ? Elle est actuellement en quasi éviction. Ainsi, dans un premier temps les « actions en milieu de travail » sont « *reportées à une date ultérieure* »². Le fait de reporter les actions en milieu de travail rend plus difficile la prise de décision du médecin du travail notamment en l'empêchant techniquement de se prononcer sur l'inaptitude au poste qui nécessite une étude de poste et une étude des conditions de travail dans l'entreprise³. Mais dans un second temps⁴, le médecin du travail « *pourra appuyer son jugement sur un échange entre le salarié et un membre de l'équipe pluridisciplinaire des services de santé au travail* ». Et, concernant les actions en milieu de travail, une souplesse est introduite. Les services de santé au travail peuvent soit les reporter, soit aménager leurs interventions, tandis que le médecin du travail peut mettre en place une action en milieu de travail « *s'il estime que l'urgence ou la gravité des risques pour la santé des travailleurs justifie une intervention sans délai* ».

Ce faisant, les métiers de l'équipe pluridisciplinaire qui ne sont pas des professionnels de santé (ergonomes, techniciens/ingénieurs en prévention des risques, psychologues du travail, assistant santé travail) ne sont pas nommés. Ils sont donc devenus invisibles, ce qui est une régression depuis la Loi de modernisation sociale et le décret de 2004 instaurant la pluridisciplinarité dans les SSTI.

QUELLES QUESTIONS LA SITUATION ACTUELLE POSE-T-ELLE AUX MÉDECINS DU TRAVAIL ET AUX MEMBRES DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DANS LEUR MISSION ?

En fait, le gouvernement et les employeurs veulent une caution médicale dans le cadre soit de la continuation du travail dans les secteurs essentiels pour la vie et la santé, soit de la reprise du travail dans les secteurs non essentiels.

.....
rappelées par le CNOM ne sont pas assurées.
2- Instruction ministérielle conjointe de la ministre du Travail et du ministre de l'Agriculture du 17 mars 2020
3- Article R.4624-42 du Code du travail
4- Décret N°2020-410 du 8 avril 2020

Certaines questions concernent **la prévention collective** :

- ◆ Actuellement, les médecins du travail sont convoqués en téléconférence aux réunions de CSE pour la reprise du travail dans des entreprises de secteurs non essentiels pour recueillir leur avis de spécialistes de santé au travail (selon le texte), mais en fait pour avoir une caution médicale à cette politique.

Dans cette institution, nous devons jouer notre rôle d'alerte et de prévention. Nous devons nommer le danger, les risques et rappeler les principes de prévention dont le premier est d'éliminer le risque. Nous devons rappeler à l'employeur son devoir, tenu par une obligation de résultat, de faire une évaluation des risques afin de définir une politique de prévention conforme aux principes réglementaires.

D'autre part, alors que les médecins du travail ont la possibilité de faire intervenir un membre de l'équipe pluridisciplinaire en CSE, et de mandater un pluridisciplinaire en dehors de leur présence, cette possibilité disparaît dans ces nouveaux textes. Tout se passe comme si les compétences de ces professionnels n'étaient plus utiles ou pertinentes dans cette situation de crise sanitaire et en conséquence, de crise du travail. Dans de nombreux SSTI, la plupart, voire la totalité des pluridisciplinaires ont été placés en activité partielle. À moins de considérer que les médecins du travail possèdent l'ensemble des compétences des IPRP, comment peuvent-ils remplacer les HSE, ergonomes et psychologues du travail par exemple ?

Il a fallu l'ordonnance du 1^{er} avril, pour que certains SSTI fassent à nouveau appel aux IPRP pour seulement... deux vacations par semaine, et cela, exclusivement pour contacter les entreprises « indispensables à la Nation ». À l'avenir, si les médecins du travail ne sont pas vigilants, cette éjection des pluridisciplinaires aura des conséquences sur la cohésion et le travail en équipe. Cette scission pourrait avoir des effets longs à réparer, tant elle interroge et se situe de façon régressive au regard du décret 2004 introduisant la nécessité d'un travail pluridisciplinaire, lui-même aboutissement de la directive européenne de 89.

Au niveau des risques, les médecins du travail doivent faire étudier tous les risques pas seulement les risques du coronavirus, mais aussi en particulier les risques du travail majorés par la peur d'être contaminé et de contaminer. Même dans un secteur essentiel, il leur faut exiger les conditions de sécurité sanitaire les plus strictes, les moyens de travailler dans les conditions les plus sûres pour préserver la santé des travailleuses et des travailleurs et ceci dans un contexte de pénurie

d'équipements, de protections individuelles mais aussi d'organisation du travail dégradée, de surcharge de travail...

D'autres questions concernent **la prévention individuelle** :

- ◆ Actuellement la prévention mise en œuvre par les employeurs est particulièrement défailante : pénurie de moyens de prévention, ou moyens de prévention inadaptés (masques « chirurgicaux » au lieu de FFP2), pénurie de tests (et tests inadaptés ou imparfaits). Ces pénuries compliquent bien évidemment la question de la prévention primaire individuelle.

D'autres risques relèvent de l'organisation du travail, notamment l'augmentation du temps de travail et l'absence de récupération régulière constituent une mise en danger d'autrui. Ces questions se posent à la fois concrètement pour celles et ceux qui travaillent actuellement mais aussi dans la perspective d'une fin du confinement et d'une reprise du travail.

Il faut ici rappeler que la pénurie en médecins du travail pourrait limiter une reprise si celle-ci s'accompagnait d'une visite médicale.

Subsidiairement, ces visites s'effectueraient elles dans des conditions sanitaires sûres pour le personnel du SST qui y participerait ?

Lors d'une reprise du travail principalement il s'agit pour le médecin du travail d'évaluer si celle-ci peut se faire dans des conditions de sécurité sanitaire pour le travailleur ou la travailleuse concerné et réglementairement pour les autres en prenant en compte également la sécurité de leur famille⁵.

Pratiquement les médecins du travail procèdent à des consultations soit en présentiel soit en « téléconsultation ».

Dans la situation actuelle la consultation ou l'échange à distance sont utiles en tant que substituts dégradés de la consultation. Notamment ils peuvent permettre aux membres médicaux ou spécialisés de l'équipe pluridisciplinaire de recevoir des informations sur les difficultés individuelles du ou de la salariée, d'apporter un soutien psychologique dans cette période difficile. **Mais il n'est pas question de cautionner ce type de consultation pour l'avenir.**

La tentation des employeurs sera, pour des raisons économiques, de les faire perdurer. Comment créer une relation de confiance à distance ? Comment accéder à

.....
5- Article L.4622-3 du Code du travail : « (...) les risques de contagion(...) »

la subjectivité dans ces conditions ? Notamment les consultations à distance sont interdites dans des exercices « avec accès direct spécifique ». Parmi ceux-ci, **explicitement**, celui de la psychiatrie. Si les psychologues se sont dotés d'une charte déontologique spécifique à la consultation à distance⁶ pour protéger les usagers face aux nombreuses plateformes qui se mettent en place pendant cette pandémie, leur Code de déontologie⁷ précise clairement que toute autre relation est à privilégier. Il n'en reste pas moins qu'explorer l'impact sur la santé psychique des risques psychosociaux est plus complexe à distance. Concernant les médecins, dès lors qu'un d'entre eux accepte d'exercer dans ces conditions, alors que cela compromet son obligation de moyen, il pourrait être tenu pour responsable des erreurs ou des préjudices qui résulteraient de son exercice.

Le médecin du travail peut demander des examens biologiques de dépistage pour déterminer les porteurs symptomatiques ou asymptomatiques ce qui est parfaitement réglementaire et ne demanderait aucune nouvelle disposition⁸.

Se pose alors la question des moyens de faire faire des tests dans le cadre de la pénurie et de la capacité des laboratoires pour les réaliser.

De quels tests s'agit-il ? ceux qui détermineraient la présence du virus (PCR) ? Ceux qui mettraient en évidence les anticorps ? et quelle signification sur la contagiosité du porteur ?

De nouvelles dispositions prévoient la possibilité inédite et fallacieuse que le médecin puisse prescrire un arrêt de travail. Alors qu'il pourrait se déterminer sur une inaptitude temporaire et diriger le salarié ou la salariée sur le secteur de soins.

Concernant le travail des psychologues en santé travail, leur rôle est d'agir prioritairement en collectif. En individuel, il s'agit d'un soutien ponctuel des personnes en prise avec des situations de travail qui affectent leur santé. Or il semble que l'instruction du 2 avril de la DGT place le travail du psychologue dans une logique exclusive individuelle. Il s'agit d'un changement de cadre qui devrait se discuter en CMT et avec les médecins du travail. Les Commissions de contrôles des SSTI doivent

6– http://www.psychologues-psychologie.net/index.php?option=com_content&view=article&id=579&Itemid=952

7– **Article 27** du Code de déontologie des psychologues <http://www.codedeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html>

8– **Art. R.4624-35** du Code du travail : « *Le médecin du travail peut réaliser ou prescrire les examens complémentaires nécessaires : (...) 3° Au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage professionnel du travailleur.*

aussi donner leur avis. Elles n'ont pas été sollicitées dans la plupart des SSTI.

IL FAUT ICI RAPPELER LES FONDAMENTAUX LÉGAUX, RÉGLEMENTAIRES ET DÉONTOLOGIQUES DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

« **L**e 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.⁹ »

La mission principale, dans le cadre d'une obligation de moyen, que précise la Loi, est une mission de prévention primaire absolue¹⁰ des effets des risques professionnels des travailleuses et des travailleurs « notamment en surveillant (...) les risques de contagion ».

Le médecin du travail est responsable individuellement et pénalement (non-assistance à personne en péril et complicité de mise en danger d'autrui par exemple). Il est soumis aux dispositions du Code du travail à celles du Code de la santé publique notamment celles du Code de déontologie médicale et en particulier au secret médical et au signalement du risque à la patiente ou au patient.

Dans les services autonomes le médecin du travail est le responsable de l'équipe médicale, dans le cadre des risques professionnels. Dans le contexte de ces services, leurs compétences sont indispensables et leur positionnement en appui exclusif des missions des médecins du travail.

Ce qui cimente l'action de ces divers professionnels dans ce domaine est la question centrale du « Travail ». Ce qui fait sens pour les travailleuses et les travailleurs en matière de santé au travail est ce même pivot du travail, ce n'est ni la prévention des risques généraux, ni l'hygiène de vie, ni la qualité de vie au travail.

La question centrale est celle du travail dans ce qu'il a de constructeur pour la personnalité du travailleur. C'est par lui que nous existons au monde, que nous y contribuons. Ce que nous y vivons, pratiquement et subjectivement, les échanges autour de nous avec les autres, ce que nous y construisons comme expérience,

9– **Article L.4622-3** du Code du travail

10– Elle peut être qualifiée d'absolue car ce ne sont pas les atteintes à la santé (maladie ou lésion) mais les « altérations », même pas des symptômes mais des prémisses, dont précisément la signification relève d'une clinique spécifique : la clinique médicale du travail.

ce que nous en retirons comme reconnaissance, par les autres, de notre talent : c'est tout cela qui, malgré les difficultés et les aléas, fait du travail une expérience de vie exceptionnelle.

C'est cette question que nous plaçons au cœur de la santé au travail. Nous sommes là pour maintenir ces valeurs, car sans elles la vie perd son sens. Éluder, voire ignorer la question du travail serait une atteinte à l'humanité.

QUEL AVENIR LE PATRONAT ET LE GOUVERNEMENT PRÉPARENT-ILS POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL DEPUIS 2004 ?

L'exemple du patronat prônant pour « l'après » le développement du télétravail comme facteur de modernité, en dit long sur son intention. Ce que cache le télétravail c'est le travail hors-sol, coupé des autres professionnels, des échanges avec eu et de la construction commune sur les valeurs et l'expérience. C'est la porte ouverte à l'« ubérisation » du travail, à la rémunération à la tâche, à l'auto-entreprenariat à domicile. C'est l'annihilation de toute action collective.

La crise sanitaire est pour le patronat et ses alliés politiques, l'équivalent de la « divine surprise » de leurs homologues lors de l'effondrement de 1940. La « République Sociale », fondement de la Constitution, est dans le collimateur.

Dans le domaine de la santé au travail, c'est au basculement complet de la nature même de la médecine du travail et de l'équipe pluridisciplinaire qu'on assiste aujourd'hui. Ce que nous craignons c'est qu'il s'agisse ni plus ni moins, au prétexte de situation exceptionnelle, de mettre en œuvre le programme de mise aux normes néolibérales de la médecine du travail afin qu'elle devienne, définitivement, une médecine de management¹¹.

En effet, dans la situation actuelle ce qui est prescrit aux médecins du travail est de mettre en œuvre une sélection de la main d'œuvre pour permette aux employeurs de la faire travailler dans des conditions éventuellement dégradées pour faire repartir la machine économique-financière.

.....
11– J. LORiot, *Point de vue, la médecine du travail française face à l'Europe*, Le Concours Médical, 21 mai 1988

Il est inquiétant de constater que les enseignants en médecine du travail lient dans leurs recommandations concernant le secteur hospitalier à la fois l'intérêt de la santé et la contribution « à maintenir la capacité soignante de nos établissements »¹². Dans ce but, ils recommandent d'évaluer statistiquement les risques de contagion et de gravité (notamment en prenant en compte les prédispositions individuelles de soignants), en établissant ce qu'on peut qualifier de « profil de risque » pour permettre d'exposer et comment, chaque soignant. Se substitue, dans ces recommandations, à la médecine du travail, tel que le droit la définit, une médecine fondée non exclusivement sur la prévention médicale primaire mais influencée par des objectifs extérieurs.

Rappelons que la médecine du travail née sous « l'État français » dans le cadre du « Service du Travail Obligatoire », puis établie, en 1946, sur des bases sociales plus saines, est la fille des médecines patronales d'entreprises dont l'objet était précisément de mettre en place, à partir de profil de poste attendu, une sélection des travailleuses et des travailleurs.

Le projet explicite des employeurs et de leurs alliés politiques est-il de revenir vers le passé ou de séparer l'activité des médecins du travail de celles des autres métiers pluridisciplinaires ? La manipulation autour du nom même de l'institution en lui substituant celui de « santé au travail » en témoigne. Les circonlocutions du rapport Lecocq et le sabotage du fonctionnement actuel des services fait présager leur involution.

Ce que nous affirmons ici est que nulle situation ne peut justifier les dérives au prétexte d'urgence sanitaire, auxquelles nous assistons. Comme nous l'avons démontré, la complicité dans ces dérives de médecins du travail, les exposerait à répondre de leur responsabilité.

Nous appelons les personnels des services ainsi que les organismes de contrôle social et plus largement les travailleuses et les travailleurs à la plus grande vigilance non seulement dans la situation actuelle mais aussi dans « l'après ».

.....
12– Recommandations de la SFMT et de la MTPH du 23 mars 2020

LE TÉLÉTRAVAIL

UN RISQUE POUR LA SANTÉ

Alain **CARRÉ**

« **L**e travail il ne suffit pas d'en avoir il faut aussi en être »¹. C'est cette part de l'existence des travailleurs et des travailleuses que met en danger le télétravail.

Car, dans nos sociétés, travailler n'est pas seulement gagner sa vie c'est la vivre socialement. Ainsi une des conséquences du chômage est la désocialisation. Car le travail n'est jamais solitaire mais aussi et avant tout solidaire.

C'est par les échanges avec les autres, que ceux-ci soient formels ou informels, que nous construisons nos savoir-faire et nos compétences et les règles de métier sur le comment faire et le comment faire ensemble.

Il ne s'agit pas seulement d'échanger des expériences pratiques mais aussi et surtout d'un échange de subjectivités. Ces débats autour de ce que chacune et chacun comprend objectivement, mais aussi, le plus souvent, subjectivement, des situations de travail sont permanents dans les échanges entre travailleuses et travailleurs.

Ils peuvent porter sur ce que l'employeur demande de faire et indique comment le faire, ce qu'on appelle le travail prescrit, et les nécessaires écarts à la réalité des situations qui demandent de biaiser, voire de tricher pour arriver au bout de la tâche. De ce qu'on appelle le travail réel et sa distance à la prescription et ce qu'il convient de faire, en pratique, naissent des échanges avec les autres travailleuses ou travailleurs, plus expérimentés. C'est lors de ces échanges que l'expérience, les savoir-faire, les tours de main reçoivent leur validation et qu'ils participent ainsi à la reconnaissance symbolique du talent de celles et ceux qui les expriment devant et pour les autres.

Jusqu'au milieu de années 1980, ce qu'on appelait à l'époque « l'encadrement », loin de dénigrer ces pratiques, les encourageait. Car il avait pour tâche, parmi d'autres, d'améliorer le processus de production ou de

.....

1- - Yves CLOT

service. D'où, dans de nombreuses entreprises, la formalisation de « boîtes à idées » chargées de recueillir les propositions d'amélioration des travailleuses et des travailleurs. Bien évidemment, pour les employeurs, le revers de cette médaille est que les collectifs de travail peuvent également représenter un potentiel revendicatif.

À partir du milieu des années quatre-vingt, se met en place une nouvelle organisation du travail, liée à la gouvernance par les nombres, qui se désintéresse de la question du travail. Seul l'intéresse son aboutissement, voire parfois uniquement son résultat financier. L'encadrement a disparu et s'y substitue alors le management entièrement dévoué à ces nouvelles valeurs.

Le manager ne considère plus les travailleurs ou les travailleuses comme des êtres pensants faisant progresser l'œuvre commune mais comme des rouages interchangeables vers plus de profit. Comme le démontre, malheureusement, l'exemple de *France Télécom*, ce management met en danger les travailleuses et les travailleurs qui privés d'existence au travail estiment que leur vie est sans espoir. Cette vision désincarnée du travail transparait pleinement dans les nouvelles politiques publiques de l'emploi notamment les ordonnances de 2017 de la présente mandature.

Dans le secteur de la production naissent de nouvelles techniques, tel le *Lean management*, qui ne s'intéresse au travail que pour vampiriser l'expérience des travailleuses et des travailleurs dans le but unique d'augmenter la productivité et cela même au péril de leur emploi.

La dimension collective de l'activité de travail est totalement ignorée voire contreproductive dans des techniques de management qui privilégie l'individualisation et l'évaluation par objectifs et dont l'une des motivations est d'annihiler les collectifs qui pourraient contrarier cette gouvernance en rappelant la réalité et la combattre.

C'est dans ce contexte que le télétravail, quand il est possible, s'avère un atout précieux pour le management. Ainsi, dans le secteur des services très informatisé, le télétravail n'est pas une nouveauté, il y a plus de quinze ans qu'existent ces techniques de travail à distance utilisant ce qu'on nomme les technologies de l'information : moyens informatisés et média téléphonique ou visuel à distance. Un accord collectif national sur le télétravail date de 2005 et la première loi de 2009.

Simple possibilité laissée aux entreprises et aux salariés, le télétravail était jusqu'alors :

- ♦ volontaire et réversible, comportant une période d'adaptation ;
- ♦ objet d'un document écrit de l'employeur décrivant les conditions d'exécution du travail du travailleur, le temps de travail strictement respecté ;
- ♦ explicitement garanti en matière de formation et de droits individuels et collectifs ;
- ♦ encadré par les institutions représentatives du personnel (IRP).

Si un moyen de surveillance était mis en place, il devait être pertinent et proportionné à l'objectif poursuivi et le télétravailleur devait en être informé et les IRP consultées.

Malgré ces aménagements, considérant la situation du point de vue de la santé de la travailleuse ou du travailleur, le télétravail constitue un risque :

- ♦ Le média informatique, à la main exclusive de l'employeur, impose une conception des tâches et un corpus d'information fondé exclusivement sur le travail prescrit et dans l'unique objectif du résultat attendu. Les marges de manœuvre de la travailleuse ou du travailleur pour composer avec la réalité du travail sont donc particulièrement réduites, voire annihilées.
- ♦ Isolée des autres travailleuses et travailleurs, au mieux ne les rencontrant qu'occasionnellement, dans un déficit de référence et d'échange il est impossible d'élaborer des savoir-faire communs et des règles de métier et de tenter ainsi d'améliorer collectivement l'outil ou les méthodes de travail.
- ♦ Du fait de l'assèchement des échanges collectifs, la possible reconnaissance symbolique du bon travail par les pairs est devenue impossible. Seule persiste l'évaluation par le management dans une situation contrainte et sur les seuls critères du résultat du travail attendu par celui-ci.
- ♦ Perte de marges de manœuvre vis-à-vis du travail prescrit.

Impossibilité d'introduire la réalité dans le travail, individualisation sans possibilité effective de régulation d'un collectif et de construction de règles de métier, défaut de reconnaissance symbolique, évaluation sur des critères managériaux de résultat : les possibilités d'exister par le travail sont ici réduites à la portion congrue.

En 2018, une étude de *Malakoff Médéric*, dont on connaît la sensibilité aux thèses patronales, avance le chiffre de 25 % de travailleuses et de travailleurs en télétravail et que « 61 % des travailleurs aspire au télétravail ». Dans ce contexte, on peut dire que la présente situation épidémique constitue pour les entreprises managériales une « divine surprise » qui va donner au télétravail une impulsion décisive.

Cette situation avait été précédée par une prophétique ordonnance de 2017 modifiant l'article L.1222-11 du Code du travail qui précise : « *En cas de circonstances exceptionnelles, notamment de menace d'épidémie, ou en cas de force majeure, la mise en œuvre du télétravail peut être considérée comme un aménagement du poste de travail rendu nécessaire pour permettre la continuité de l'activité de l'entreprise et garantir la protection des salariés* ».

Dans cette situation les dispositions protectrices ne s'appliquent pas avec la même rigueur : le télétravail est devenu obligatoire et permanent ; la travailleuse ou le travailleur doit gérer son emploi du temps en tentant de concilier le travail et son contexte familial personnel.

Sont apparus sur le marché et connaissent un bond d'utilisation, des logiciels permettant de surveiller la travailleuse ou le travailleur à son insu².

S'ajoutant aux difficultés inhérentes au télétravail, le travail, dans ces conditions, ne permet plus de construire son existence au monde et relève de la survie.

Déjà se prépare l'avenir : « *De plus en plus d'entreprises proposent des emplois en "full remote" où le salarié ne met pas un pied au sein des bureaux de l'entreprise, la pratique semble se démocratiser ce qui permet l'apparition de "digital nomad" qui travaillent tout en voyageant, situation rendue possible avec l'émergence du statut de microentrepreneur. Le télétravail peut être, pour finir, un bon moyen de repeupler les campagnes et petites villes de France. Fini le stress lié aux transports en communs ! Fini les embouteillages aux heures de pointe ! Adieu Paris et bonjour la province avec ses jolies petites maisons et jardins* »³.

.....

2- <https://www.franceculture.fr/emissions/le-temps-du-debat/teletravail-pour-le-meilleur-ou-pour-le-pire>

3- <https://blog.wity.fr/teletravail-loi/>

COVID-19, RÉGRESSION RÉSISTIBLE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Gérard LUCAS
médecin du travail senior

Avec l'arrivée de la pandémie Covid-19, l'accompagnement des professionnels de santé au travail ne pouvait qu'être hésitant et fluctuant avec la prise de connaissance progressive du SARS-CoV-2.

En raison des nouvelles formes et réseaux de communication, pour la première fois dans l'Histoire, une nouvelle pathologie était découverte quasi simultanément par les professionnels de santé et la population. Les salariés comme les patients ont appris en même temps que les soignants, la contagiosité et les facteurs de gravité de la maladie. Cette acculturation, avec ses diversités et ses dérives, doit rendre encore plus modeste le supposé savoir du corps médical, même si nos formations et nos pratiques peuvent nous donner des références. Pour les professionnels de santé au travail, la logique est plus que jamais d'accompagner sans prétention les salariés et les entreprises mais en leur fournissant le complément de références qui structureront leur compréhension et leur permettront de construire les principes de l'activité entre les règlements et leur pouvoir d'agir.

16 mars - C'est avec sidération que nous avons découvert, au début du confinement, que de nombreux services de santé au travail interentreprises (SSTI) ont renvoyé leurs collaborateurs chez eux en annonçant un chômage partiel et en ne gardant qu'une activité minimale souvent arbitrairement choisie par les directions des services, en négligeant le

développement d'une mission spécifique des professionnels de santé au travail face à cette situation inédite et stressante de la Covid-19.

Des médecins du travail ont tenté de sauver l'honneur de leur mission en s'impliquant dans une mise à disposition tant pour les salariés que pour les entreprises. Pour des infirmières ou assistantes en santé au travail, la participation a encore été moins facile et plus aléatoire.

Dans la logique de l'évolution des filtrages centralisées de ces dernières années, la médecine du travail est devenue inaccessible pour une grande majorité des salariés ; souvent les dispositifs d'accueil et d'appel des services de santé au travail interentreprises ont été très déficitaires et sont restés davantage des obstacles que des relais.

On peut se poser la question du rôle de PRESANSE et des fédérations des directions des SSTI dans cet épisode de désengagement irresponsable en santé au travail.

17 mars - *l'instruction signée par le Directeur Général du Travail, M. Struillou, certes incite au report de toutes les visites non indispensables, à la répartition entre travail présentiel si nécessaire et télétravail à domicile. Mais on perçoit qu'avec la promotion du maintien de la mission d'intérêt général des SSTI il ne décline l'activité des consultations que par des « VIP ou des visites d'aptitude ou de reprise », et par la « diffusion*

des messages de prévention ». En quelque sorte en maintenant une pseudo garantie assurantielle pour les entreprises. La DGT ne prend pas la mesure des rôles à développer en santé au travail face à ce bouleversement sociétal ; une fois de plus, elle ne fait pas preuve de pertinence pour l'adaptation à la réalité des conditions de travail à l'humain par une implication des professionnels de santé au travail.

Le bureau du Conseil National professionnel de Médecine du travail s'est questionné dès le 18 mars sur l'opportunité d'une intervention sur le sujet. Trois des neuf membres du bureau signalant leur investissement au-delà du temps plein dans l'élaboration de recommandations *ad hoc* par la Société Française de Médecine du Travail, l'attente était convenue.

Les recommandations de la SFMT du 23 mars ciblait les médecins du travail du personnel hospitalier. Les ressources et les références invoquées, puisées dans les données de *Santé Publique France* et les recommandations du *Haut Comité de Santé publique*, sont incontournables et les plus consensuelles du moment. La réflexion part de huit situations de demande de l'agent qui contacte le médecin du travail, avec la prise en compte de la densité de présence du SARS CoV-2 dans le service de soins, le degré de fragilité de l'agent, de son entourage, ou des signes suspects de maladie ou de contagiosité. C'est un travail de catégorisation intéressant, reconnu utile aussi par le suivi des personnels soignants hors de l'hôpital, dans des cliniques, des Ehpad ou des acteurs de services à domicile. À noter aussi dans la situation 8 l'attention à la prévention de l'épuisement professionnel.

Toutefois deux points d'achoppement avec des praticiens :

- ♦ Le second objectif de « *contribuer à maintenir la capacité soignante de l'établissement* » a fait craindre à des médecins du travail le dépassement de leur rôle pour assister le management autrement que par les connaissances en santé au travail.
- ♦ Cette crainte était renforcée par exemple par les termes utilisés dans la situation 2 de l'agent qui a des facteurs de risques de formes graves par un tableau reprenant chaque pathologie mentionnée comme à risque par le HCSP. De « *Éviction* » du type A des services comme la réanimation, « *Pas de soins aux malades Covid-19* dans le type C, à « *Pas d'éviction* » dans le type D où il ne doit pas y avoir de patients fragiles (gériatrie hématologie, oncologie, ...).

Cette sémantique évoque un pouvoir sélectif des médecins du travail au-delà de la mise en danger

d'autrui. Elle ne semble pas laisser de place à l'appropriation du consentement éclairé par le salarié et de son engagement ou de ses appréhensions.

Le bureau du Conseil National Professionnel de Médecine du Travail a engagé un questionnaire sur une éventuelle pondération de ces termes pour éviter que la contribution de la médecine du travail ne soit comprise par des agents et par les ressources humaines comme un pouvoir médical sélectif qui pourrait se substituer à l'aménagement des conditions de travail et à des affectations suivant les types de services.

La demande de cette pondération était ressentie par des acteurs SFMT de la recommandation comme une critique inacceptable.

En tant que président, j'ai diffusé le 3 avril quand même le communiqué en précisant dans l'envoi qu'il n'y avait pas le consensus de tout le bureau, mais que « *les controverses font partie du débat à poursuivre plutôt que de le taire* ».

Cette publication non consensuelle a été invoquée comme une remise en cause de l'existence du CNPMT. Tous les médecins du travail de la SFMT ne sont évidemment pas pour un pouvoir médical sélectif autoritaire, mais l'adhésion à la dénomination de guerre contre la Covid-19 n'est sans doute pas neutre au point de nous ramener aux prémisses de la médecine du travail hyper sélective des années quarante du siècle dernier. Préférons le terme de mobilisation pour la prévention qui ne limitera pas notre engagement mais évitera peut être des dérives.

L'ordonnance du 1^{er} avril signée par les ministres du Travail, de la Santé et de l'Agriculture infléchit le caractère rigide de l'instruction de la DGT en levant l'obstacle des obligations de visites à l'embauche et à la reprise du travail.

En revanche si elle promeut la médecine du travail dans l'appui et l'accompagnement des entreprises, elle omet la mise à disposition et l'accompagnement des travailleurs eux mêmes. Doit-on rappeler que l'objectif des services de santé au travail est pour la préservation de la santé des travailleurs ?

La dérogation annoncée pour la prescription d'arrêts de travail et de tests de dépistage, pouvait se comprendre avec la désorganisation des accès à la médecine de soins, mais ceux-ci étaient redevenus accessibles au moment de la publication du décret d'application du 11 mai. De plus le protocole décrété pose des problèmes à la fois de positionnement du médecin du travail et de secret médical. N'y aurait-il pas là une vieille tentative de ne pas limiter la

médecine du travail à une mission de prévention et lui attribuer une fonction de contrôle ? C'est un péril contre lequel la vigilance s'impose.

Les quatre avis de la SFMT diffusés dans la foulée de cette polémique les 6 et 7 avril utilisent des formulations mieux pondérées qui répondent à nos inquiétudes de dérives sélectives pour le management. Les thèmes travaillés portent sur l'association de l'activité dans le cadre de l'épidémie Covid-19 avec plusieurs situations: l'asthme, la prise de biomédicaments et de thérapies ciblées, des maladies chroniques traitées par AINS, l'avancée en âge. Les préconisations d'une information transparente, du renforcement des mesures barrières, ou d'éviter certaines affectations, apparaissent comme des pondérations satisfaisantes.

Une enquête *Flash* réalisée par des médecins du travail hospitalier sur plusieurs sites du 15 au 23 avril près de 8 500 soignants, médecins, infirmiers, aides soignants et assistants de service hospitalier tend à montrer une incidence moindre (~3 %) dans les services de réanimation eux-mêmes que dans les services accueillant des malades Covid-19 non réa (<6 %) mais aussi moindre que dans les services courant supposés ne pas accueillir de malades Covid-19 (~4 %). Elle est certes incomplète et n'a pas les garanties épidémiologiques et statistiques de principe, mais elle évoque très clairement que la rigueur des EPI et des mesures barrières dans les services de réanimation

sont une base de la diminution contagieuse, et que la sélection des travailleurs dans les services non Covid avec moins de mesures barrières –sans doute personnelles et collectives– est une protection erronée.

À RETENIR

La tentation de la sélection est forte dans ces circonstances avec les allusions guerrières, mais elle ne respecte pas l'éthique et de plus est contre productive en matière de santé au travail. Elle ne respecte pas le consentement éclairé des salariés. Elle ne prend pas en compte les capacités d'acculturation et de pouvoir d'agir des salariés, des collectifs de travail et des institutions.

L'implication des médecins du travail dans le management des ressources humaines est le plus souvent inapproprié à la préservation et la construction de la santé au travail ; la plus value de la médecine du travail réside dans les repères constitués par le dire sur les liens santé au travail au travailleur lui même, à l'entreprise et aux collectivités de travail.

L'appropriation par la très grande majorité de la population des gestes barrières de protection collective dans le cadre de cette épidémie de Covid-19, n'est-elle pas le témoin d'acculturations possibles en santé au travail ?

LA DESTRUCTION DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL EN FRANCE PASSÉ, PRÉSENT, AVENIR

Alain CARRÉ

MISE EN PLACE DES ÉLÉMENTS DE LA DESTRUCTION PAR LES ORGANISATIONS D'EMPLOYEURS

En 2010 paraissait un article d'un sociologue spécialisé dans les questions de santé au travail¹, que toute personne prétendant intervenir dans ce domaine devrait avoir lu.

Il porte sur les services interentreprises qui suivent la quasi-totalité des salariés. Pour les services autonomes l'emprise de l'employeur est directement liée au rapport de force avec les salariés mais elle est facilitée par la subordination directe des médecins du travail.

À partir de documents, comptes rendus de réunions, déclarations diverses, notamment émanant du CNPF puis du MEDEF et du CISME qui les représente en matière de services de médecine du travail interentreprises, cette étude très documentée décrypte et rend visible la stratégie des employeurs confrontés à partir du début des années soixante-dix à un nombre croissant de médecins du travail qui tentent d'accomplir leur mission d'ordre public social.

En effet, « *Les années 1970 marquent le début d'une période où les revendications à l'autonomie professionnelle se font de plus en plus nombreuses, explicites et publiques. La remise en cause générale de l'absolutisme du pouvoir médical dans les années qui suivent 1968*

donne lieu à des réflexions critiques des médecins du travail sur leur profession. Certaines débouchent sur un engagement militant en faveur des salariés, comme c'est le cas lors des grèves des usines Peñarroya de Saint-Denis (1971) et Lyon (1972), auxquelles participent des médecins généralistes et du travail. »

Le chercheur constate une volonté constante des représentants des employeurs : « *Il apparaît que la politique du CISME entre 1971 et 2010 est guidée par le mot d'ordre de la démedicalisation des services de prévention, autrement dit, l'affaiblissement du rôle et de l'autonomie des médecins du travail. En effet, pour amoindrir le coût financier et judiciaire de la prévention et de la réparation des risques professionnels, les organisations patronales (...) utilisent également la réforme de la branche professionnelle de la médecine du travail comme levier d'action. Sous couvert d'une approche pluridisciplinaire dans le cadre large de la "santé au travail", généralement perçue comme une avancée du système français de prévention, les organisations patronales ont milité depuis une trentaine d'années pour la réduction de l'autonomie et des effectifs des médecins du travail. En 2009, la profession apparaît déjà condamnée, puisque 73,4 % des médecins du travail ont plus de cinquante ans et 50,6 % plus de cinquante-cinq ans. Cette évolution compromet la possibilité de relier les affections médicales individuelles aux conditions de travail des quelque seize millions de salariés suivis, qui*

.....
1- Pascal MARICHALAR, *La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010)*, Politix, 2010/3 n°91, pp. 27 à 52 : <https://www.cairn.info/revue-politix-2010-3-page-27.htm>, les citations en italique des pages 1 et 2 sont tirées de ce rapport.

formait la spécificité de la médecine du travail française. »

Cette pénurie sera entretenue par la mise en place progressive de conditions d'exercice de plus en plus dissuasives qui entretiennent la pénurie en faisant du métier de médecin du travail un métier « impossible ».

C'est bien là qu'est l'enjeu : alors qu'ils ont pour mission d'identifier les risques et leurs effets, les médecins du travail permettent, par là même, de mettre en visibilité les atteintes à la santé en lien avec le travail. Ils deviennent des témoins gênants des organisations du travail déléguées dès lors qu'elles exposent leurs salarié.es à des risques physiques, psychiques ou sociaux qui ont des conséquences sur la santé. Cela est d'autant plus essentiel alors que se mettent en place des techniques de management dont les effets négatifs sur la santé sont consubstantiels.

Ainsi, les négociations de 1970 à 1976 entre le CISME et les organisations syndicales sur une convention collective dans les services de médecine du travail permettront au patronat d'y introduire, en plus des médecins, des catégories non médicales de travailleuses et de travailleurs de ces services.

En 1987, un groupe de réflexion du CISME sur « l'avenir de la médecine du travail » présente trois propositions « étroitement interdépendantes » qui seront mises en place dans la réalité :

- ♦ « la nécessité d'un changement de nom des services de médecine du travail. L'évolution des métiers et des missions au sein des services justifierait l'appellation nouvelle de "services de santé au travail" » (...)
- ♦ « Les services doivent être recentrés sur une mission de prévention tournée principalement vers l'environnement de travail dont on souhaite réduire les risques, plutôt que vers le salarié, à la manière de ce que font les départements "hygiène et sécurité" dans les grandes entreprises. Dans ce cadre, les auteurs estiment que certaines prérogatives des médecins du travail, comme la déclaration des maladies professionnelles, ne sont pas assimilables à des pratiques de prévention. La simple prévention tertiaire (soins aux victimes des accidents ou nuisances du travail, déclaration des maladies professionnelles) ne répond déjà plus aux attentes des salariés et des employeurs et ne saurait justifier les moyens en hommes et en ressources consacrés à la médecine du travail. (...) Les services devraient pouvoir offrir une large palette de "prestations complé-

mentaires" de prévention ou de "service social" (dont la nature n'est pas spécifiée), dans le cadre de "conventions" intervenant entre les entreprises et leur service de médecine du travail ».

Cependant, le CISME ne souhaite pas simplement offrir plus de services que ce que prescrit la loi, mais également agir sur cette dernière : « à terme l'objectif est donc bien d'alléger, d'assouplir la réglementation en médecine du travail » (...)

- ♦ Étroitement lié aux deux autres, le troisième axe du rapport est un plaidoyer agressif en faveur d'une « démedicalisation » – ou encore « hypomédicalisation » – des services de médecine du travail. (...) L'évolution vers des services de santé au travail pluridisciplinaires serait un moyen de retirer aux médecins une partie de leur trop grande autonomie, du fait de la nécessité de coordonner les équipes pluridisciplinaires – une tâche qui reviendrait souvent mais non systématiquement aux médecins.

Puis, **la directive européenne de 1989** va être détournée pour servir d'alibi à la feuille de route ainsi définie : « Le maintien d'une conception excessivement médicalisée de la médecine du travail ne permettrait en effet de répondre qu'incomplètement et imparfaitement aux attentes des entreprises et des salariés ainsi qu'aux exigences nouvelles issues de la marche vers la Santé au travail, que rend inéluctable la transposition de l'article 7 de la Directive-cadre du 12 juin 1989. » Il en découle pour l'association patronale que « la formation et la mise à disposition de médecins du travail devront donc être telles, en quantité et en qualité, qu'elles répondent aux besoins définis par les textes, en accompagnant l'évolution sans la freiner, en alimentant le système en ressources médicales sans l'engorger ». La force du CNPF/MEDEF et du CISME a été de réussir à subvertir le sens de ces expressions, en les présentant comme des injonctions à la pluridisciplinarité, en jouant du fait que le texte ne fonde pas la mission des services de prévention exclusivement sur des compétences médicales.

Enfin, **en 2000**, le MEDEF lance une série de négociations interprofessionnelles avec les autres organisations patronales et syndicales représentatives, dans le cadre de ce qu'il appelle la « refondation sociale ». L'accord sur « la santé au travail et la prévention des risques professionnels » est signé en septembre 2000 avec trois des cinq confédérations. Il prévoit un espacement possible des visites médicales systématiques (la périodicité passerait de un à deux ans) ainsi que la mise en place de programmes de prévention pluridisciplinaires.

L'accord bénéficie en **janvier 2002** d'une adaptation législative partielle par le gouvernement Jospin. Le texte final de la « loi de modernisation sociale » du 17 janvier 2002 respecte l'esprit sinon le détail de toutes les dispositions de l'accord. Ses articles sur la médecine du travail permettent l'espacement des visites médicales systématiques (sauf pour certains postes), instaurent une obligation de pluridisciplinarité dans les services, sous peine pour ceux-ci de se voir retirer l'agrément officiel, et entérinent surtout une modification symbolique importante qui témoigne du processus engagé de démedicalisation : les services de médecine du travail sont rebaptisés « services de santé au travail », tout comme l'ensemble des politiques publiques y afférant.

En **janvier 2008**, une journée d'étude du CISME sur les expérimentations infirmières se tient avenue Hoche, à Paris, réunissant plus de cent trente personnes dont principalement des responsables de services interentreprises. L'une des trois expérimentations « officielles » présentées est celle d'un service de Bordeaux, dans lequel le salarié est accueilli par une infirmière qui filtre l'accès au médecin du travail.

Notre propos est ici de démontrer comment cette action de destruction systématique de la médecine du travail a été servilement mise en œuvre par les exécutifs successifs et leur administration mais s'inscrit également dans un contexte plus vaste de dessaisissement des représentants des travailleurs de leur capacité d'analyse et d'intervention sur les risques professionnels, mais aussi de prise de contrôle par le patronat néolibéral du système judiciaire y compris des hautes juridictions.

LE PASSAGE À L'ACTE FONDATEUR DE 2011 ET 2012

Ce sont les lois du **20 juillet 2011** et du **6 août 2012** qui vont constituer la première capitulation de l'État devant les injonctions du MEDEF.

Avant 2011, l'article L.4622-2 du Code du travail précisait : « *Les services de santé au travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecins du travail* ». Après 2012, ce sont les services de santé au travail qui sont décisionnaires².

.....
2- Article L.4622-2

« *Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cette fin, ils :*

- 1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;*
- 2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur*

Les missions ne sont plus assurées par les médecins du travail mais par une équipe pluridisciplinaire qu'ils « *animent et coordonnent* ».

L'indépendance des médecins du travail est contrainte par « *contrat pluriannuel d'objectif et de moyens* » entre le SSTI et les autorités de tutelle et par un « *projet de service pluriannuel* » discuté dans une « *commission médico technique* » dans laquelle les médecins sont minoritaires. C'est : « *le directeur du service de santé au travail interentreprises (qui) met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel* »³.

Depuis 2008 les visites médicales périodiques étaient réalisées par le médecin du travail, tous les 24 mois, pour les salarié.es sans surveillance médicale renforcée et tous les 12 mois pour les travailleuses et les travailleurs bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée (SMR). À partir de 2012, la périodicité double : la SMR est laissée à la latitude du médecin du travail mais ne peut excéder 24 mois.

Apparaît également en 2012, l'article L.4644-1 du Code du travail qui bascule la fonction exclusive des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), positionnés afin d'aider le médecin du travail dans sa mission de repérage et d'analyse des risques du point de vue de la prévention médicale primaire, du côté de la gestion des risques par les employeurs⁴. Cela prive les médecins du travail d'une aide compétente indispensable.

C'est en 2011 qu'une réforme du tableau de maladie professionnelle 57 qui prend en compte les troubles musculo-squelettiques le rendra inaccessible et sabo-

le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;

3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;

4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. »

3- Article L.4622-16

4- Article L.4644-1 (extrait)

I. L'employeur désigne un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise. (...) À défaut, si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités, l'employeur peut faire appel, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, en son absence, des délégués du personnel, aux intervenants en prévention des risques professionnels appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère ou dûment enregistrés auprès de l'autorité administrative disposant de compétences dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.(...)

tera l'accès à la réparation de plusieurs milliers de victimes chaque année.

C'est en 2012 que sont supprimées les fiches et attestations d'exposition aux agents chimiques dangereux et aux cancérogènes mutagènes et toxiques pour la reproduction ce qui rend invisibles les expositions individuelles aux ACD et CMR. La substitution par l'institution d'un processus de pénibilité ne sera qu'un leurre provisoire.

LE COUP DE JARNAC DES LOIS « TRAVAIL » DE 2016 ET DES ORDONNANCES DE 2017

La loi du 8 août 2016 et les décrets de décembre 2016 instituent d'une part la notion de prévention par les médecins du travail des risques « pour les tiers » mais aussi et surtout les privent de toute surveillance clinique cohérente des travailleuses et des travailleurs.

Ainsi, les salarié.es réputé.es « sans risque » pourraient ne jamais être examiné.es par le médecin du travail. En effet, ils et elles sont astreint.es à une visite initiale « d'information et de prévention » réalisée le plus souvent sous protocole par un personnel infirmier diplômé d'État en santé au travail (IDEST) et la visite périodique doit être réalisée dans les cinq ans qui suivent par l'IDEST.

Pour les salarié.es affecté.es à un poste à risque, dont la liste est très limitative, la visite d'embauche est réalisée par le médecin du travail et la visite de surveillance doit être effectuée par le médecin du travail avant quatre ans et une visite intermédiaire à deux ans est effectuée par l'IDEST.

Dans la réalité les médecins du travail sont confrontés à un afflux de visites de pré-reprise et de reprise de travail et de visites à la demande. Ces visites, qui peuvent souvent déboucher sur des limitations d'aptitude voire des inaptitudes, sont effectuées sans que les médecins bénéficient des connaissances des cas individuels, connaissances qui se construisaient dans le temps à travers les visites d'embauche et périodiques régulières.

Une inévitable baisse de compétence est également liée, du fait de l'absence de ces visites régulières, au déficit de recueil « patient » des éléments du travail réel et du vécu individuel et collectif du travail des travailleuses et des travailleurs.

L'invisibilité institutionnelle des risques vient également du sabotage de la notion de pénibilité réduite progressivement à peu de chose depuis 2016, comme l'ont démontré les débats autour de la réforme des retraites.

Cette invisibilité est aggravée par les ordonnances de

2017 qui suppriment les CHSCT au profit des CSE qui notamment empêchent la représentation du personnel des moyens essentiels à l'analyse du travail et d'intervention et éloignent les médecins du travail de ces institutions.

LES MOYENS COMPLÉMENTAIRES DE LA DESTRUCTION

Le revirement de jurisprudence de la cour de cassation, concernant « l'obligation de sécurité de résultat » contractuelle des employeurs, et sa transformation en « obligation de sécurité » est un exemple parfaitement éclairant de l'influence patronale sur la justice. Elle vise à exempter de sa responsabilité l'employeur dans la survenue d'effets du travail sur la santé, dès lors qu'il aurait appliqué les recettes officielles de prévention théorique. L'engouement pour les démarches de « qualité de vie au travail » est un des exemples des retombées de cette jurisprudence.

Pour détruire les médecins du travail il faut avant tout les dissuader de faire le constat des effets des risques professionnels et d'en témoigner.

C'est ainsi que fleurissent les plaintes d'employeurs au conseil de l'ordre des médecins pour les motifs les plus divers. Depuis les certificats médicaux de MP, jusqu'aux échanges avec les médecins traitants en passant par la remise d'extraits de dossiers, tout est bon pour porter plainte.

La complaisance de certains conseils de l'ordre est évidente. Malgré la mise en cause du fonctionnement des instances disciplinaires, notamment dans un récent rapport de la cour des comptes, le Conseil d'État couvre de ses décisions ce qui est en fait une forfaiture. Cette institution, elle-même, est l'objet de critiques quant à son absence d'indépendance⁵.

LE PRÉSENT : UN ÉTAT ACTUEL DES LIEUX

Résumons :

- ♦ Missions d'ordre public social sans en avoir les moyens nécessaires.
- ♦ Inflation des effectifs par équivalent temps plein.
- ♦ Absence ou abstention des autorités de tutelle.
- ♦ Indépendance professionnelle contrainte dans le cadre des services de santé au travail.
- ♦ Détournement de l'activité des services vers la gestion du risque.
- ♦ Absence de possibilité de suivi clinique indivi-

.....
5- Voir *Médiapart*: <https://www.mediapart.fr/journal/france/220420/libertes-le-conseil-d-etat-agit-le-plus-souvent-en-chien-de-garde-du-pouvoir>

duel régulier qui entrave l'accès à la réalité du travail et au vécu des salarié.es.

- ◆ Détournement de l'aide des IPRP vers la gestion des risques pour les employeurs qui prive les médecins du travail de visibilité sur l'activité de travail réel.
- ◆ Répression à la mise en visibilité du lien santé travail.

On pourrait croire que le patronat a atteint ses objectifs la médecine du travail est dans l'impuissance mais l'avenir pourrait être bien pire.

Comme le fait pressentir la réquisition et ce qu'il a été demandé aux médecins du travail lors des premiers mois de l'épidémie de coronavirus, se profile une réforme qui ferait de la médecine du travail une médecine de sélection et d'appui au management.

C'est le projet de la députée Lecocq qui refait surface et qui présage d'un sombre avenir.

L'AVENIR : VERS LA MÉDECINE DE SÉLECTION ET D'APPUI AU MANAGEMENT

Il faut reconnaître que cette perversion de l'institution a toujours été présente chez une minorité de la profession, elle était jusqu'alors plutôt limitée à quelques services autonomes directement gérés par les grandes entreprises, et encore beaucoup y avaient échappé. L'exemple des médecins du travail de *France Télécom* en témoigne.

Précarisation du travail, *lean-management*, négation de la réalité, gouvernance par les nombres : les organisations du travail modernes sont souvent délétères.

D'où le projet final non seulement de destruction, par lobotomie, de la médecine du travail mais sa transformation en auxiliaire de la rentabilité, de l'euphémisation des risques, de la culpabilisation des victimes et de l'élimination des inaptes.

M^{me} la députée Lecocq, célèbre pour avoir organisé un colloque « *faire de la France la championne du monde du bonheur au travail* », par ailleurs « *industriel et chef d'entreprise* », paraît avoir été mandatée par ses pairs du patronat pour ressusciter le projet pétainiste eugéniste de 1942.

Son projet de 2019 propose d'alléger les obligations des employeurs en matière de traçabilité des risques, supprime la possibilité de conseil collectif formel du médecin du travail sur la prévention des risques, propose que les généralistes effectuent les visites médicales :

Dans une tribune du JDD, dont elle est l'initiatrice, les propositions sont, de fait, des éléments de stratégies de destruction :

- ◆ Détournement de la médecine du travail de la prévention centrée sur les risques au travail, en proposant de substituer à la prévention des risques professionnels une « *prévention dans la vie quotidienne, par des actions concrètes telles que (...) le développement de la pratique sportive au travail* ».
- ◆ Aucune proposition pour prévenir les cancers professionnels ou les maladies chroniques du fait du travail, mais promesse de permettre l'accès éventuel à l'emploi de travailleurs malades.
- ◆ Création d'un diplôme spécifique en pratique avancée en santé au travail pour les infirmiers, mais impasse sur un statut d'indépendance professionnelle et celui d'une équipe médicale, médecin et infirmier du travail.
- ◆ Rien sur les effets négatifs du management néolibéral sur la santé psychique malgré le procès *France Télécom*. Tout au contraire, une autre proposition cultive le mythe de « *l'entreprise tournée vers la performance globale, équilibrant les enjeux humains, économiques et environnementaux* ». Cet oxymore ignore que depuis le néolithique le profit de quelques-uns se construit sur l'exploitation de la santé du plus grand nombre. De l'esclave et du serf au salarié, toutes les améliorations de la santé au travail ont été obtenues par les luttes pour la santé et la dignité.
- ◆ Pire encore, les signataires proposent un projet de DRH auxquels seraient rattachés les médecins du travail, leur donnant accès aux informations d'atteinte à la santé dont ils sont réglementairement privés.

Tout cela se présente sous la toile peinte des bons sentiments et du bon sens. Comme tout manager néolibéral, si M^{me} Lecocq semble vous promettre le mieux, c'est qu'elle se prépare à faire le pire.

Car ce qu'elle projette existe déjà : « *L'exemple américain de médecins d'entreprise dénués de toute garantie statutaire révèle l'intérêt que peuvent avoir les employeurs à une autonomie médicale limitée, et ses conséquences sur la santé des salariés : les praticiens américains s'autocensurent, privilégient le paradigme du "profil de risque" individuel plutôt que celui des risques liés à l'environnement de travail et résistent difficilement aux pressions du service juridique pour communiquer le dossier médical d'un salarié* »⁶.

.....
6- Pascal MARICHALAR, *opus cité*

DES COOPÉRATIONS À RÉINVENTER AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE D'UN SST CLINIQUE DU TRAVAIL ET CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL¹

Dominique HUEZ

.....
1– Les éléments de ce texte sont nés du 11^e colloque de *E-Pairs* du 11 octobre 2019 : « *Quelle prévention collective l'équipe médicale (médecin du travail et infirmière) peut-elle proposer en délibération avec l'équipe pluridisciplinaire ?* »

LE TRAVAIL COMME GRILLE DE LECTURE

La pluridisciplinarité n'est possible que si on regarde le travail, ce qui implique de déployer une clinique du travail selon sa compétence et spécialité professionnelle. La clinique du travail est la base commune d'une coopération au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'un SST. L'approche par la clinique du travail a un apport majeur au soutien de la santé des salariés. L'objectif commun est de se saisir de la question du travail pour comprendre ensemble. L'objectif sous-jacent de l'intervention est de renforcer le collectif, d'ouvrir à des marges de manœuvre, à la légitimité de le faire, jusqu'à comment tricher ensemble peut-être. Cela s'inscrit dans le cadre d'une intelligence collective de prévention.

La santé des opérateurs est au cœur du projet de l'équipe pluridisciplinaire d'un SST. La prise en compte du travail passe par la compréhension de la demande, dont la prise en compte de sa dimension psychosociale et la prise en compte de la subjectivité des salariés. Ceci du point de vue exclusif de l'intérêt de la préservation ou de la construction de la santé des salariés. Cela permet à ces derniers de subjectiver et de porter assistance à la construction d'un point de vue nécessaire pour se confronter aux autres ; pas pour construire un compromis entre santé et exigences productives.

La prise en compte de la subjectivité au travail, des notions de plaisir/désir, souffrance/identité, individu/collectif, altérité, mobilisation affective, émotionnelle et cognitive, les apprentissages, le développement social et socialisant, les empêchements, les ressources sont centrales. Cela se résumerait par ce questionnement dans ce qui devrait nourrir notre pratique clinique de

la quotidienneté professionnelle : « *Comment cela se passe quand vous travaillez bien ?* ». On perçoit ainsi les ressorts de la santé que sont l'expertise, la coopération, l'engagement subjectif, la responsabilité professionnelle. Que sont aussi les éléments de construction de la santé entravée ou déniée par l'organisation du travail : les repères, la surcharge, le management clivant, les outils managériaux qui masquent ou freinent. La souffrance psychique est éclairée par ce qui dénie du travail humain, le fait de faire du sale boulot, la grève du zèle, le fait de devoir cacher son propre travail, de s'isoler du collectif, de devoir tricher avec les règles. Mais aussi de savoir résister aux injonctions de l'encadrement.

La psychodynamique du travail est essentielle pour la prévention, pour le soin, pour saisir la réalité subjective qui ne serait pas objectivable. Les entretiens individuels de l'équipe pluridisciplinaire – hors pratique de l'équipe médicale médecins et infirmiers dont c'est la porte d'entrée et le socle – sont des « entretiens de dépôt » qui préparent l'expression collective de la structuration d'un point de vue compréhensif sur le travail. Démontrer la part humaine du travail y est au centre.

Les règles éthiques bordent les interventions. Le *Travail* et le *Travailler* des acteurs de l'équipe pluridisciplinaire doivent être mis en délibération pour y coopérer. L'écrit support d'un engagement mutuel à tous les niveaux est important. Ainsi peut être investigué le travail et ses effets pour la santé, jusqu'au réel du travail, c'est-à-dire la façon dont le travail est investi ou désinvesti. Les résultats de l'intervention appartiennent aux agents et à

ceux qui font le travail. Les analyses sont partagées avec eux, les compromis sont élaborés ensemble. On s'assure de cela, quitte à déconstruire ce qui a antérieurement été élaboré.

Les acteurs des SST bénéficient d'un cadre réglementaire très balisé qui les oblige, cadre renforcé par les règlements prescriptifs du Code de la santé publique pour les médecins et infirmiers des SST. Et le produit de cela est mis en visibilité sociale et sous le contrôle des acteurs sociaux qui se doivent d'agir. L'intervention pluridisciplinaire n'est pas de se substituer aux acteurs internes des entreprises. Elle pourrait être plutôt de faciliter le déplacement des points de vue, en permettant des échanges compréhensifs.

SUR LE MÉTIER D'INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL

La clinique médicale du travail nourrit de ses apports l'équipe médicale du travail, médecins et infirmiers du travail.

- ◆ Comment donner à voir ses façons de travailler ?
- ◆ Quel respect concret pour le métier d'autrui pour que l'infirmière puisse sortir du rapport médecin-dépendant ?
- ◆ Quelle mise en pratique concrète du « *anime et coordonne* » l'équipe pluridisciplinaire pour le médecin du travail ?
- ◆ Comment coopérer entre des professionnels qui ne se sont pas choisis ?
- ◆ Comment se garder du risque du médecin ou de l'infirmière qui remplace par ses interventions les ressources humaines ou les obligations de santé/sécurité des employeurs ?

L'apport et l'intérêt de la délibération sur les pratiques professionnelles sont de mettre en visibilité et en travail, le *Travailler* de ses membres. Le cadre réglementaire ne remplace pas le cadre des règles professionnelles de chaque métier ; il le borde ou le facilite c'est selon. De cela découlent des règles professionnelles à développer pour que médecin et infirmière puissent être des sentinelles individuelles et collectives en santé au travail, et ainsi permettre leur rôle d'alerte collective avec l'équipe pluridisciplinaire.

Pour que ce débat professionnel ne soit pas théorique il doit être nourri d'histoires cliniques concrètes. Il se fait autour d'un cas clinique, d'une monographie préparée et mise en débat. Il y aura des désaccords sur les pratiques exposées ? C'est justement le rôle de l'analyse des pratiques professionnelles de susciter les controverses ou disputes professionnelles, indispensables pour construire des règles de métier. Ce travail per-

met de faire émerger les règles de métier des médecins et infirmières en santé au travail. Pour les infirmières du travail, leur rôle propre spécialisé en santé au travail émergera de la description et de l'élaboration de leurs règles de métier.¹

Face à ce que vivent un certain nombre d'infirmières comme une attitude de mise en subordination technique par les médecins du travail et de dénégation de leur apport professionnel spécialisé, il y a nécessité d'une inter compréhension entre les deux métiers d'infirmière et de médecin du travail qui ne soit pas caricaturale. Coopérer avec une infirmière du travail pour un médecin du travail, c'est respecter son autonomie professionnelle, bien délimitée par un cadre réglementaire, mais peu balisée par des règles professionnelles partagées. Il ne faut pas confondre l'autorité technique du médecin du travail, avec la responsabilité technique de l'infirmière du travail sur ses actes professionnels. Et ces actes doivent être des pratiques spécialisées en santé au travail. Reste à mieux développer l'intérêt et la mise en œuvre de protocoles communs aux deux métiers.

Au-delà des déterminants éthiques minima de la confiance, l'apprentissage de règles professionnelles pour coopérer ensemble est nécessaire. Pour les infirmières du travail, il y a un savoir-faire professionnel à construire pour « agir » le médecin du travail de telle façon que médecin et infirmière puissent coopérer de façon respectueuse en prévention en santé au travail.

Pour les médecins contraints parfois réglementairement par l'aptitude, la coopération médecin – infirmière du travail ne devrait pas être une limitation de leur intervention si les règles déontologiques y sont appliquées, comme le fait de devoir toujours prendre en compte l'intérêt exclusif de la santé d'un salarié dûment informé par le médecin. Le salarié aura ainsi la possibilité de s'opposer au « traitement médical » que serait une aptitude sélective.

On doit plaider pour que l'infirmière du travail puisse tracer sa contribution écrite dans le DMST, pour les facteurs de risque professionnels, le vécu professionnel douloureux et les traces de ceci évoquant une altération de sa santé et le possible lien de cela avec le travail.

.....
1- Précision : comme pour les médecins du travail dont la clinique médicale ne rend pas compte de la clinique de leur spécialité dénommée clinique médicale du travail, de même la description du rôle propre infirmier nous rappelle de façon incontournable qu'il s'agit d'un métier, mais ne dit rien de la part spécifique de ce métier en santé au travail.

CHRONIQUE DE LA CONSTRUCTION D'UNE COLLABORATION ENTRE UNE INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL ET UN MÉDECIN DU TRAVAIL

Docteur Herbert BALDESCURE

Médecin du travail « sénior », je reprends une activité à temps très partiel (cinq jours/mois) dans un petit service inter entreprises où nous ne sommes que deux médecins, une infirmière, un ergonomiste, une AST et une secrétaire. (*Et pas de direction « le pied » !*) Je succède à un médecin à temps complet parti en retraite. Pour ma part je n'ai jamais travaillé avec une infirmière en santé au travail (IST) et suis ouvert à une telle collaboration.

L'infirmière, après 25 ans de carrière dans des activités médico-sociales, a été embauchée, il y a quelques mois. Elle a suivi en alternance, un cursus de formation en santé au travail, dans une faculté de province. Depuis deux à trois mois, elle a commencé des entretiens infirmiers avec les deux médecins présents qui étaient ses « tuteurs ». Des protocoles ont été écrits (je n'ai fait qu'y jeter un coup d'œil).

Dès mon arrivée je lui propose de m'accompagner lors des visites d'entreprises et des CHSCT, qui me sont nécessaires à la connaissance de mon secteur. Je découvre que c'est une innovation pour elle. Ses tuteurs « n'avaient pas le temps » de l'accompagner en entreprise. Elle apprécie ces visites en binôme, se présente aux interlocuteurs et donne de longues explications sur les modalités des « visites », de leur alternance entre médecin et infirmière, des SIA, SMR et autres sigles. Je patiente.

À l'issue des visites d'entreprise, je l'interroge sur son ressenti, ses observations. J'ai la surprise de découvrir qu'elle a observé des points que je n'avais pas remarqué, moi le médecin du travail « sénior » à la supposée longue expérience. Elle me fera même un court compte-rendu, très pertinent, que j'intégrerai au mien. Elle m'exprime son intérêt pour ce type de visites qui lui permettent d'approcher le milieu de travail qu'évoquent les salariés lors des entretiens infirmiers.

CINQUIÈME MOIS

J'ai été un peu surpris de constater qu'elle ne répondait pas à diverses de mes propositions telles que se rendre aux CHSCT où il m'était impossible de me rendre. De même, elle n'était pas disponible pour participer à un GAPEM (Groupe de réflexion clinique entre médecins du travail et infirmières en santé au travail). Le motif invoqué était que les rendez-vous de consultations étaient programmés depuis plus d'un mois.

Dans ma vision de la collaboration, il y a aussi les échanges sur les informations recueillies au cours des entretiens infirmiers. Ils devraient me permettre d'avoir une vue globale sur l'état de santé des salariés des entreprises, puisque je n'en ai désormais plus qu'une vue partielle et déformée : je ne vois essentiellement que des surveillances renforcées, des reprises de travail, des visites « à la demande » ou à problème.

Les premiers temps elle me sollicite pour me montrer des audiogrammes présentant des pertes auditives mineures. Je joue mon rôle de médecin en examinant les tympanes des salariés. Le résultat est négatif bien sûr.

LES TRACES ET LE DOSSIER MÉDICAL

J'essaie de comprendre quelles traces sont laissées de ses entretiens (nous partageons les dossiers médicaux informatiqués et papier) :

- ◆ Traces informatiques ? pas grand-chose. Nous convenons d'un minimum à tracer : les antécédents, les risques professionnels. Ultérieurement je me rends compte que ce dernier point n'était pas très judicieux. Nous divergeons sur l'appréciation des risques professionnels et leur traçabilité. Logique nous n'avons pas la même culture, la même formation.
- ◆ Traces écrites sur le dossier papier. Elle utilise des échelles numériques de 1 à 10 pour chiffrer les relations de travail. « *Cela permettra d'évaluer le climat social dans l'entreprise.* » Cela me laisse extrêmement sceptique. On ne peut ainsi obtenir que des moyennes sans signification alors que ce sont les *clusters* de mauvaises notations qui, à mon sens présentent un intérêt. Soit mais c'est sa méthode. Plus tard il me faudra revenir sur mes certitudes...

SALARIÉ SENTINELLE ?

Après quelques semaines, ayant reçu des salariés en souffrance je me demande s'ils doivent être considérés comme cas individuels isolés ou comme « salariés sentinelles » représentant la partie émergée d'un iceberg de difficulté au travail dans ces entreprises.

Pas de réponse de l'infirmière qui n'a pas, comme moi assez d'antériorité dans la connaissance des collectifs des entreprises. Je lui propose alors, dans une entreprise que nous avons visité ensemble, de procéder, sur place, à des entretiens individuel d'un collectif d'employées administratives de 7-8 salariées, en se guidant avec le questionnaire Gollac. Sans l'exprimer clairement elle tergiversera et j'ai mis plusieurs semaines à comprendre ses réticences : « *L'entreprise n'est pas réellement demandeuse* », « *Je ne veux pas m'affronter à l'entreprise* », « *Je ne sais pas utiliser le questionnaire Gollac* », « *Ce ne sont pas de vrais entretiens infirmiers* », etc.

J'ai compris :

- ◆ que le cadre d'entretiens individuels dans le centre médical était rassurant, c'était ce pourquoi elle avait été « formatée » lors de sa formation ;
- ◆ qu'il lui était difficile d'affronter seule une direction d'entreprise ;

- ◆ qu'elle n'envisageait sa fonction que dans le consensus.

Nous avons différé cette action. Deux mois plus tard, l'infirmière et moi, nous rendons à nouveau dans l'entreprise pour observer un poste de travail inactif lors de notre précédente visite. Nous sommes alors accompagnés non seulement par la responsable locale, mais aussi par un directeur régional venu tout spécialement... Avant de les quitter je leur propose à nouveau l'intervention de l'infirmière sur place pour évaluer « *le bien être au travail* » du secrétariat. Réponse par un petit « oui ».

Dans les semaines suivantes les entretiens ont bien été réalisés et j'en obtiens, en plus des questionnaires Gollac, des comptes rendus individualisés très intéressants. Ils comportent une échelle de satisfaction et abordent les relations interpersonnelles dans l'organisation du travail. Nous ferons un compte rendu commun pour l'entreprise signé de nos deux noms.

De plus au cours de ses déplacements dans l'entreprise, elle a l'occasion de discuter « *entre femmes* » avec la responsable dont elle a gagné la confiance. J'apprends ainsi la raison de la présence du directeur régional : la direction de l'entreprise s'interroge sur les motifs de mes interventions.

ÉCHELLE NUMÉRIQUE DES RELATIONS DE TRAVAIL

Je reçois une jeune femme victime d'agression sexuelle par un collègue de travail. Il ressort de l'entretien qu'elle veut quitter l'entreprise car il existe aussi des relations hiérarchiques pernicieuses dans l'entreprise, un *turn-over* important, etc. En consultant le dossier médical papier je constate qu'elle a bénéficié d'un entretien infirmier quelques mois auparavant et il est déjà noté des relations hiérarchiques troubles et une notation du mal-être de 2/10 sur une échelle numérique. Tout compte fait ce type d'échelle présente un intérêt individuel. L'infirmière m'informe que ce n'est pas la seule salariée à signaler ce type de souffrance et que cela était bien connu de mon prédécesseur. Nous avons alors une discussion sur l'intérêt de m'informer des dysfonctionnements managériaux et de ne pas se limiter au plan individuel, mais aussi d'avoir une vue collective sur l'entreprise.

LES ORDONNANCES

Des salariés travaillent en carrière et sont exposés à la silice. Apparemment ils sont vus en alternance par le médecin du travail ou l'infirmière tous les deux ans. Il me semble judicieux de prescrire des radiographies pulmonaires épisodiquement et le propose à l'infirmière :

IST - « *En tant qu'infirmière je ne peux pas prescrire de tels examens complémentaires, je ne peux pas faire d'ordonnance* ».

MT - « *Et pourquoi ? Ne prescrivez vous pas des audiogrammes ou des spirométries que vous réalisez vous-même ?* »

Je réalise que ses réticences traduisent un dépassement de ses prérogatives et risquent de la mettre en danger. Après discussion, nous convenons de nous coordonner avec le second médecin et d'établir un protocole permettant ce type de prescription, pour ce type de situation. Après révision des textes légaux, j'abandonnerai ce projet de radio non pas systématique mais « selon les cas »... Toutefois la prescription d'examens complémentaires par l'infirmière, sur protocole, reste un sujet à établir

HUITIÈME MOIS

Lors de visites d'entreprises, j'entends moins parler des modalités des visites médicales selon les SIA, VIP, etc. et j'apprécie son sens de l'observation de bien des points qui m'ont échappé et au cours de ces interventions elle me relate les dires de salariés sur leurs conditions de travail.

Maintenant c'est elle qui me demande d'organiser des visites dans les entreprises dont elle a reçu les confidences de salariés sur leurs conditions de travail. À l'issue de ces déplacements en entreprise l'infirmière rédige ses notes d'observation sur les conditions de travail. Je me les approprie et les incorpore à mes courriers à l'entreprise.

LES CHSCT

Dans les premiers temps de notre collaboration, l'infirmière et moi avons assisté à des CHSCT. C'était l'occasion de découvrir les entreprises et leur contexte social, rencontrer les délégués des ouvriers, aborder les relations hiérarchiques et le « climat social ». Depuis mon faible temps de présence ne correspond plus avec les dates de CHSCT. Je demande à l'IST d'y participer afin de nous y représenter. Échec, « *Les dates sont déjà occupées par des rendez-vous d'entretiens infirmier* ». Soit. Il est vrai que ce n'est pas facile de déplacer les rendez-vous des salariés et que les dates de réunion m'ont été communiquées peu de temps avant. Mais je commence à voir pointer de l'intérêt. Je pense qu'elle participera au moins aux CHSCT des entreprises que nous avons déjà visitées.

LA TRANSMISSION DES DOSSIERS MÉDICAUX

Que faire face à une demande en bonne et due forme, de demande de transmission d'un dossier médical à un

médecin ? Telle est la question posée par l'IST pour un dossier d'un salarié vu une seule fois par l'infirmière. *A priori*, les décrets permettent cette transmission mais je lui fais part de ma prudence :

- ♦ Quel contenu du dossier ?
- ♦ Quelles pièces transmettre ?
- ♦ À qui doit-il être transmis ?
- ♦ Quel contenu du dossier ? En l'occurrence était noté tout le mal-être du salarié, son hyper-investissement dans le travail, sa surcharge horaire (commercial), son absence de reconnaissance de la part de son employeur, la mauvaise organisation du travail, etc.
- ♦ Quelles pièces transmettre ? Tous les examens complémentaires ?
- ♦ À qui doit-il être transmis ? Au médecin demandeur, mais s'il s'agit d'un médecin du travail non digne de notre confiance ? Le salarié est-il bien conscient des conséquences pour son emploi ? Était-il vraiment en totale liberté d'agir lors de la signature de la demande ? Ne serait-il pas plus judicieux de transmettre le dossier au salarié lui-même et lui laisser l'initiative de la transmission ?

En fait plutôt que d'inscrire dans un protocole l'intérêt de nos échanges n'était-il pas de réfléchir aux arrières plans d'une telle demande ?

QUAND L'INFIRMIÈRE CONSULTE

HORS LA PRÉSENCE DE MÉDECINS DU TRAVAIL

C'est la question que je me suis posée dès ma prise de fonction. En effet pendant trois vacations sur neuf, l'IST consulte sans présence de médecin dans le service. Certes elle peut joindre par téléphone le médecin du travail référent, mais celui-ci ne peut se déplacer. C'est une situation qui ne me satisfait pas car j'ai souvent entendu dans des réunions de GAPEM auxquelles je participe dans mon ancien service, les infirmières se plaindre de leur isolement en l'absence de médecin présent. Je pense qu'elles s'angoissent devant une éventuelle prise de responsabilité ou bien qu'elles se sentent en situation de subordination ne les autorisant pas à prendre certaines initiatives.

Ce fut le cas dernièrement : un appel au secours d'un artisan dont l'apprenti venait de se tuer en voiture en se rendant au travail. Ses collègues de travail étaient bouleversés et un soutien psychologique était réclamé au service de santé au travail. Vu la taille du service, nous ne disposons pas de psychologue. Je fus interpellé par téléphone et je réussis après trois ou quatre coups de fil, à organiser la prise en charge par la CUMP (Cellule d'Urgence Médico Psychologique) du service de

psychiatrie départemental. L'infirmière aurait-elle pu prendre l'initiative d'organiser cette prise en charge ? Encore un protocole à écrire ?

LA TRAÇABILITÉ DES RISQUES PROFESSIONNELS

C'est pour moi un devoir essentiel de la fonction du service de santé au travail et des médicaux (médecins et infirmières). Cette traçabilité peut être collective, notamment dans les fiches d'entreprise ou les divers comptes-rendus d'intervention mais il est de ma fonction de recueillir et conserver ces documents. Il me semble que l'infirmière n'est pas en capacité, en début de carrière tout du moins, de procéder à ce recueil de données.

La traçabilité est aussi individuelle dans les dossiers médicaux informatiques ou papier. Or ce n'était pas dans la culture de mes confrères d'effectuer cette traçabilité et je ne trouvais aucune information dans les dossiers médicaux. Comme j'écrivais plus haut je demandais dans un premier temps à l'IST de noter les risques dans les dossiers. Or je m'aperçus que c'était une erreur.

J'ai changé mon fusil d'épaule et me suis attelé à définir des « profils de poste » qui servent de base et peuvent être amendés et/ou complétés. Je les mets à disposition de l'IST qui peut implémenter directement le DMST. Elle conserve la liberté d'amender ou compléter ces profils

DOUZIÈME MOIS

Hier, je viens d'apprendre que l'IST :

- ♦ attribuait systématiquement les profils de postes que j'avais construit, à ses consultants, qu'elle les amendait et qu'elle essayait de convaincre l'autre médecin de les utiliser ! ;

- ♦ s'était rendue seule dans une entreprise de mon confrère pour y élaborer une fiche d'entreprise ;
- ♦ prend l'initiative d'organiser une visite conjointe dans une entreprise où elle a perçu de mauvaises conditions de travail lors de ses entretiens.

DE L'INDIVIDUEL AU COLLECTIF

Il se pose maintenant le problème, au-delà du recueil de plaintes individuelles de salariés, de collecter et tracer les plaintes qui se réitérent afin de cibler nos interventions en entreprises. Nous convenons de faire un bilan de ces traces dans les dossiers médicaux, avant de nous rendre dans l'entreprise. Désormais nos deux signatures figurent au bas des courriers aux entreprises.

L'ÉCOUTE

L'IST me transfère une consultante qu'elle a vue la veille. C'est une reprise de travail d'une salariée en souffrance morale (hors travail). L'IST l'a longuement écoutée. Je ne vois pas ce que je peux faire de plus. Et effectivement son expression sera plus réservée face à un homme ? Ou pour ne pas répéter la même chose ? La plus-value de l'infirmière n'est elle pas son écoute ?

QUINZIÈME MOIS

LE TUTOIEMENT

Ma langue fourche, je la tutoie. Elle saute sur l'occasion pour me demander de nous tutoyer. J'hésitais le vouvoiement étant pour moi la marque de respect et d'un statut différent, le tutoiement nous place sur un pied d'égalité. Je supportais difficilement le « *docteur je vous....* ».

EXPÉRIENCE D'UN RÉAJUSTEMENT DES MISSIONS POUR AMÉLIORER LA COOPÉRATION MÉDECINS/INFIRMIÈRE EN SERVICE AUTONOME

Karyne CHABERT

Dans un service de médecine de prévention de la fonction publique d'État, l'historique est celui d'un *turn over* important des médecins (médecins embauchés par l'institution ou temps de médecin mis à disposition par un service interentreprises, souvent à temps partiels voire très partiel), de la secrétaire médicale (pour arriver à une suppression de poste totale en 2009).

Seule l'infirmière, depuis 13 ans, tient le poste. Pour elle, il a donc fallu s'organiser :

- ♦ envoyer les convocations aux agents ;
- ♦ répondre aux demandes les plus urgentes ;
- ♦ défendre le secret médical ;
- ♦ remplacer le médecin dans certaines réunions (CHSCT...);
- ♦ accueillir et faciliter l'intégration des nouveaux médecins ;
- ♦ assurer les soins d'urgence (activité peu intense car les locaux des services opérationnels sont pour la majorité éloignés du site principal ou se situe le service médical de prévention) ;
- ♦ et assurer une « mémoire » pour le service de santé au travail .

Finalement l'activité de convocation et d'assistance aux visites médicales (accueil des agents, mise à jour du dossier administratif, examens complémentaires – visio tests et BU) a pris beaucoup de place et beaucoup d'énergie.

En 2013, l'arrivée d'un nouveau médecin est l'occasion d'exiger que le poste de secrétariat soit à nouveau ouvert en CDD, au moins à temps partiel. Après quelques mois d'exercice ce médecin quittera le poste. Depuis 2015 et surtout 2016 l'arrivée d'un premier médecin à quatre jours par semaine puis d'un second médecin à quatre jours par semaine (moi) a fait évoluer la situation.

Il a fallu d'abord justifier à nouveau un besoin de secrétariat médical. Avec deux médecins présents quatre jours par semaine, l'infirmière n'était plus en capacité d'assurer les convocations, l'accueil et les examens complémentaires pour l'ensemble du service.

La présence d'une secrétaire médicale (en CDD) d'abord à 70 % a été confirmée par la direction. Les contraintes administratives liées à ce statut CDD n'ont pas permis immédiatement de redéfinir les missions de chacune. En effet, les contrats « courts » entraînaient des périodes d'adaptation et de formation qui impliquaient une mobilisation conséquente de l'infirmière (formation au logiciel de santé au travail, compréhension des rouages du fonctionnement interservices, prise en compte des contraintes de service pour proposer les convocations...).

Après des démarches longues de négociation, une augmentation du temps de travail de la secrétaire et une prolongation d'un contrat CDD sur trois ans (à défaut d'une embauche définitive) a permis de stabiliser le poste de secrétariat temporairement.

Ce n'est qu'à ce moment qu'il n'a été possible de réfléchir sur les missions de l'infirmière avec l'idée de réinvestir le champ de la santé au travail.

Sur l'action en milieu de travail, M^{me} V... a pu trouver du temps pour à nouveau se rendre dans les unités (elle avait des connaissances anciennes et a trouvé du bénéfice à redécouvrir les postes et les environnements de travail).

Sur l'accueil des agents, la réglementation qui s'applique à la fonction publique d'État ne permet pas pour l'instant la mise en place des entretiens infirmiers. Cependant, nous avons convenu que l'infirmière trouverait un intérêt évident à questionner le travail avec l'agent à l'occasion d'un entretien préalable à la consultation de santé au travail avec le médecin, d'abord par le questionnaire prévu par le logiciel de santé au travail qui certes est un peu rigide et fastidieux, mais permet d'avoir une trame et un repère pour aborder les risques professionnels puis le travail sans oubli majeur. La fiche de « risques » est remplie en amont de la visite par le travailleur et sert de support à la discussion sur l'activité de travail, son contexte, ses contraintes, ses répercussions. C'est l'occasion d'évoquer l'organisation et le vécu au travail.

Cette approche, complétée par les échanges avec le médecin de prévention, permettait de faire le lien avec les éléments recueillis lors des visites de postes ou d'unités et d'aller plus loin dans la démarche préventive. Pour exemple, au fil des consultations, s'est posé la question des recommandations auprès des travailleurs partant en mission à l'étranger. M^{me} V... a complété sa formation pour répondre à la demande. Elle a fabriqué une trame pour recueillir les renseignements utiles (lieu, durée, conditions d'hébergement, activité sur le terrain, organisation des secours en cas d'urgence...). Elle assure donc aujourd'hui pratiquement en totalité la consultation avant départ en mission.

Cette approche a renforcé la coopération médecins-infirmière autour de situations professionnelles. Par nos échanges et nos visions complémentaires, nous sommes plus pertinentes dans l'action.

Nous avons fait le constat d'une insuffisance de mise en œuvre des préconisations médicales, en particulier

pour les agents en situation de handicap. M^{me} V... a la possibilité de détecter des situations justifiant une adaptation de poste, en lien avec le médecin, de solliciter les services RH et services sociaux pour faciliter les démarches des travailleurs (accompagner un dossier de demande d'aide pour le financement du matériel, contacter un fournisseur de siège ergonomique, contacter un ergonome spécialisé dans les déficits visuels, se rendre sur le poste et expliquer les réglages d'un matériel...). Nous savons qu'il est coûteux et douloureux pour une personne en situation de handicap de demander ou d'accepter l'aide, en particulier en milieu de travail. Pour quelques cas, nous savons que l'aménagement n'aurait pas été mis en place si ce soutien, au plus près du poste de travail, n'avait pas été réalisé. Le risque étant celui d'une aggravation de l'état de santé et/ou exclusion du monde du travail.

Enfin, dans une démarche de prévention primaire, M^{me} V... a développé ses compétences en ergonomie des postes de travail sur écran. Elle intervient dans la formation des assistants de prévention et anime des séances d'information collective sur les lieux de travail. En parallèle, à la demande du médecin ou à son initiative, elle propose de se déplacer sur les postes de travail pour ajuster ses recommandations en fonction des besoins individuels et collectifs.

Cette évolution a été possible car M^{me} V... a compris rapidement l'enjeu et l'intérêt de réinvestir des missions plus spécifiques à son métier, peut être avec une approche plus globale, individuelle et collective, en lien avec les médecins et d'autres acteurs de la santé au travail (assistantes sociales, ergonomes, ...) et avec plus d'autonomie.

Pour cela, elle a dû accepter de compléter sa formation, accepter de céder des tâches qu'elle maîtrisait parfaitement pour s'investir sur des tâches peut être plus « risquées ».

À ce jour, le bénéfice pour le fonctionnement du service de santé au travail est réel. Une étape préparatoire à la mise en place des entretiens infirmiers ? Une manière d'enrichir et de valoriser la fonction d'infirmière de santé au travail dans l'institution ?

PRATIQUES ACTUELLES AU REGARD DES CHANGEMENTS LÉGISLATIFS DES COOPÉRATIONS À RÉINVENTER

**Compte rendu du Congrès Association Santé et Médecine du Travail
30 novembre 2019**

Rapporteurs Benoît DE LABRUSSE, Karyne CHABERT et Jean-Louis ZYLBERBERG

Il s'agit de mettre en débat comment les équipes médicales ont pu s'organiser pour assurer un suivi santé/travail pertinent au sens du métier (prévenir toute atteinte à la santé du fait du travail) dans un contexte dégradé du point de vue des moyens à disposition (moyens humains, redéfinition des missions de santé au travail) et du contexte des services de santé au travail incitant parfois à la confusion entre les obligations de l'employeur (évaluation, traçabilité et gestion des risques) et le sens de la mission des équipes médicales.

Le corps professionnel des médecins du travail étant en perte de vue, nos règles professionnelles risquant de disparaître, ne doivent-elles pas être transmises aux infirmier-e-s en santé au travail ? Mais l'appropriation de la clinique médicale du travail par les IST se heurte :

- ♦ d'une part à leur sujétion par les directions qui tend à les enfermer dans une pratique protocolisée et une politique du chiffre ;
- ♦ d'autre part par le Code de la santé publique qui s'est construit sur le soin.

À partir d'un exemple de l'activité d'un petit service de santé au travail d'environ 4 500 salariés, il est question de construire un exercice adapté aux besoins de prévention en santé au travail et aux moyens. Le temps médical ne permet pas de rencontrer les salariés à intervalle rapproché. La priorité est donnée aux premières visites, aux visites à la demande de salariés en difficulté dans leur travail, aux salariés soumis à SMR. L'infirmière assure des entretiens infirmiers dans le cadre d'un protocole écrit. Les conditions sont favorables pour que la coopération soit efficace mais faut-il s'en tenir au prescrit ? Le médecin est présent dans le

service à temps très partiel. Comment alors remplir l'objectif de suivi tout en « sécurisant » les conditions d'exercice de l'infirmière pour qu'elle ne se trouve pas en difficulté lorsqu'il n'y a pas de médecin présent physiquement dans les locaux ?

**COMMENT PASSER DU CADRE SÉCURISANT
DES ENTRETIENS INFIRMIERS
AU CABINET MÉDICAL AU CADRE INSÉCURISANT
DES INTERVENTIONS EN ENTREPRISE ?**

C'est la construction commune de la coopération dans le cadre du travail en équipe qui pourra permettre ou non de déterminer un mode de fonctionnement acceptable pour les deux professionnels. Des questions très pratiques pourront se poser : Est-il acceptable (pour le médecin du travail, pour l'infirmier(e) de ne pas faire un retour de tous les entretiens infirmiers au médecin ? L'infirmier(e) peut-il(elle) assurer des entretiens en l'absence de médecin présent dans les locaux ? Comment traiter les demandes de transfert de dossiers médicaux dans un contexte de surcharge de travail ? Comment l'infirmier(e) peut-il(elle) assurer la traçabilité des risques pendant les entretiens ? Quelle est la pertinence d'un questionnaire pour évaluer le risque de dégradation de la santé mentale des travailleurs ? Faut-il organiser des entretiens infirmiers sur les lieux de travail ou au cabinet médical ? Intérêt des consultations en binôme médecin/infirmier(e) dans certains cas ? Comment formaliser l'activité de l'infirmier(e) dans le dossier santé/travail ? Comment passer d'un diagnostic infirmier individuel à une vision collective justifiant d'alerter le médecin sur la souffrance d'un collectif de travail ?

COMMENT FORMALISER LA RESTITUTION DES INTERVENTIONS EN ENTREPRISE ?

L'expérimentation de pratiques « innovantes » et/ou non prévues dans le cadre des protocoles apporte la preuve que la coopération entre les métiers n'a pas fini de se construire : pour exemple, une visite d'entreprise en binôme médecin/infirmier(e) montre que le regard complémentaire des praticiens peut enrichir l'analyse des conditions de travail.

Au contraire, un(e) infirmier(e) en position de devoir argumenter seul(e) un diagnostic santé/travail collectif en instance CHSCT ou de devoir écrire seul(e) un courrier d'alerte collective pourrait se trouver en difficulté par manque d'assise réglementaire. L'expérience montre que certain(e)s se sont trouvé(e)s en difficulté suite à une alerte collective écrite alors que la formation DIUST avait été validée et qu'ils(elles) semblaient avoir les compétences pour agir. (Rôle de l'ordre infirmier ? quel risque de condamnation par l'Ordre infirmier ?).

De la même façon, transférer la responsabilité à un personnel infirmier de rédiger et signer les prescriptions d'exams complémentaires **extérieurs au service** reste périlleux du fait de l'absence de cadre législatif.

Dans le cas de **service autonome** où l'infirmier(e) a eu un rôle d'« infirmier(e) d'entreprise » pendant des années, c'est-à-dire accueil des travailleurs, prise en charge des soins d'urgence, accompagnement aux démarches administratives de déclarations d'AT ou de MP, **mais ne pratique pas les « entretiens infirmiers »**. Il s'agit de mettre en place progressivement des outils permettant d'explorer le lien santé travail. Ce peut être par l'analyse des « risques professionnels », officiellement sous l'angle très réglementaire d'une liste de risques, qui permettrait à l'infirmier(e) de disposer d'un cadre ou d'un repère sur lequel il(elle) pourrait se baser pour interroger l'activité de travail. Cette approche aurait l'avantage de répondre à la fois à la notion de traçabilité dans le dossier médical santé/travail et au besoin d'examiner comment le travailleur construit son équilibre (ou pas) dans le travail.

À partir de là, l'infirmier(e) pourrait se sentir légitime de compléter son analyse et son action par des recommandations préventives ou par des études de poste sur les lieux de travail.

L'idée est bien de faire évoluer le lien de subordination entre personnel infirmier et médecin (historiquement lien de fonctionnement dans les services de santé au travail autonomes par analogie à la médecine de soins) à une coopération en santé au travail faisant intervenir

plusieurs acteurs de santé au travail de spécificité complémentaire. Pour cela il **serait nécessaire d'envisager** une reconnaissance juridique des compétences et donc du statut d'infirmier(e)s en santé au travail (certains évoquent un Master de pratiques avancées en santé au travail ?).

Mais la montée en compétence peut être source de danger pour l'IST (Par exemple si une procédure d'alerte était envisagée pour les IST). C'est pourquoi un statut officiel de salarié protégé paraît indispensable pour l'action en faveur de la prévention.

La question de l'évolution du métier va se poser pour les infirmier(e)s de la **fonction publique** à l'occasion des modifications à venir du décret de 1982 encadrant le suivi des agents de la fonction publique.

L'instauration d'entretiens infirmiers sous-entend de prévoir une formation solide et une évolution progressive car beaucoup sont ancien(e)s dans la fonction et dans l'institution et l'évolution de leur métier devra être accompagnée. Cette nouvelle fonction devra s'accompagner d'un statut qui empêcherait les institutions d'intervenir directement sur les missions des infirmier(e)s

En résumé, il est raisonnable de s'appuyer sur un certain nombre de bases pour la construction d'une coopération efficace quel que soit le contexte d'exercice :

- ◆ Tenir compte des repères juridiques mais construire un fonctionnement adapté au contexte pour des actions complémentaires et synergiques.
- ◆ Le référentiel « métier » doit être commun aux professionnels médicaux et doit s'appuyer sur la clinique médicale du travail, l'écoute de la souffrance et la recherche d'une compréhension du vécu au travail.
- ◆ Définir un fonctionnement qui respecte le rôle propre des infirmiers et qui permet de développer/reconnaître les compétences spécifiques (notion de diagnostic infirmier et pratiques avancées).
- ◆ **Nécessité pour les IST de développer elles mêmes leurs règles professionnelles.**
- ◆ Il est nécessaire de s'assurer et garantir des moyens adaptés (formation, locaux, organisation et mise en place de colloque singulier médecin/infirmier(e), indépendance de l'ensemble des professionnels, logiciels adaptés et sécurisés...).
- ◆ Prévoir un espace dans le dossier santé/travail pour garder trace de l'activité infirmier(e).

**MÊME SI LES CONDITIONS D'EXERCICE
DU MÉDECIN DU TRAVAIL ÉVOLUENT,
IL EST NÉCESSAIRE DE CONSERVER
UNE FRACTION DE VISITES PÉRIODIQUES
QUI PERMETTANT DE CONNAÎTRE
UNE « NORMALITÉ » DU TRAVAIL**

Même si les missions des médecins évoluent plus vers la préservation et la sauvegarde des droits individuels du salarié pour les travailleurs les plus en difficulté (inaptitude, procédures de reconnaissance de maladies professionnelles...), et que les infirmiers soient plus investis du côté des missions de prévention **et d'écoute**, un enjeu important est de pouvoir garder l'équilibre entre ces deux axes pour que le médecin du travail ne perde pas le sens de sa mission **de préservation de la santé du fait du travail** et garde une vision

de la « normalité » du travail (en opposition à la psychopathologie).

La réflexion est à poursuivre pour articuler l'activité de l'équipe médicale avec les autres acteurs de santé au travail (ergonomes, psychologues= **équipe pluridisciplinaire...**).

- ♦ Est-il possible de transformer l'alerte médicale en alerte pluridisciplinaire en fonction des situations ?
- ♦ Est-il envisageable de rassembler des arguments de champs spécifiques pour alerter sur les risques pour la santé dans le cadre de la prévention primaire ?

L'objectif de l'équipe médicale, qui a accès aux éventuels effets délétères du travail sur la santé n'est il pas de nourrir les actions de l'équipe pluridisciplinaire ?

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

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENT : Jean-Louis ZYLBERBERG

VICE-PRÉSIDENTS DÉLÉGUÉS : Alain CARRÉ – Dominique HUEZ

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

SECRÉTAIRE : Karyne CHABERT

SECRÉTAIRE-ADJOINT : Gilles SEITZ

TRÉSORIER : Alain RANDON

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Benoît DE LABRUSSE

RÉDACTEUR DU CAHIER SMT : Dominique HUEZ

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

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

BILAN DE CONSULTATIONS SPÉCIFIQUES

« SOUFFRANCES ET TRAVAIL »

RETOUR SUR LA CLINIQUE ET LES PRATIQUES

Alain GROSSETETE

Voici quelques années les *Cahiers SMT* publiaient une suite d'articles sur la clinique médicale du travail¹ telle qu'elle apparaissait au cabinet de médecine du travail, d'abord pour la profession médicale puis infirmière. Leur relecture aujourd'hui montre qu'ils n'ont pas pris une ride. Au cours de la même période, des consultations de « Souffrance au Travail » se sont multipliées, parfois à l'hôpital (aujourd'hui l'exception), ou en ville, par exemple à l'initiative du mouvement mutualiste. Ce dernier a mis en place des consultations en Rhône-Alpes et Centre-Loire²; dans d'autres régions elles sont à l'état de projet. Des professionnels de la santé au travail, actifs ou retraités y interviennent.

Quel que soit l'exercice – au cabinet de médecine et santé au travail ou dans ces consultations – l'objectif poursuivi est identique : proposer un travail clinique à la personne consultante, qui a été affectée ou qui a vu sa santé ébranlée au travail, et qui appelle à l'aide. Le travail clinique tente alors d'éclairer sa trajectoire professionnelle et biographique en focalisant l'exploration sur les obstacles qu'elle a rencontrés sur le chemin de son « travailler », qu'elle a tenté de contourner, ce qu'elle a cherché à soutenir et qui met en jeu l'existence de son identité au travail.

En pratique, dans la consultation de la mutuelle « Souffrance et Travail », la personne prend rendez-vous lors de la permanence téléphonique hebdomadaire. Elle est tenue par un clinicien infirmier ou médecin du travail qui lui propose un rendez-vous. Lorsqu'elle vient à la consultation elle est totalement inconnue. Le cadre de l'extériorité lui est présenté : il n'y aura aucune prise de

.....
1– Les Cahiers SMT – en particulier n°25, 27, 28, et 30. Les articles sont consultables en intégralité sur le site a-SMT.

2– Souffrance et Travail - Réseau d'accueil et de prévention

contact entre la consultation et son milieu de travail. Elle entend que celle-ci ne fera « doublon » ni avec celle du service de santé au travail, ni avec celle du psychologue ou du psychiatre en ville, si elle dispose de ce type de suivi.

L'accès au « travailler » se fait par conséquent dans des conditions particulières. Un médecin du travail qui exerce en santé au travail et dans la consultation peut constater *a contrario* combien la question de l'aptitude ou de l'inaptitude peut être prégnante, quand elle rôde au-dessus de son travail clinique jusqu'à l'embrouiller, voire suspendre son empathie. Il fait le constat que la confiance que place la personne consultante dans le travail clinique en soutien à sa subjectivité, semble pouvoir s'établir bien plus facilement dans ces consultations. Et la personne est généralement très attentive, coopérante, en quête de comprendre ce qui lui est arrivé.

La grande affaire du travail clinique, en consultation « Souffrance au travail », comme au cabinet de santé au travail, est l'accession au « travailler ». « *Revoyez-vous en train de travailler et montrez-moi.* »

Le « travailler » est une boîte noire. Dans nombre de situations, il est à extirper derrière un fatras d'éléments décrivant un conflit interpersonnel dans lequel la personne consultante se débat, et parfois tente de rechercher l'adhésion du clinicien à un positionnement purement victimaire. Parfois toute tentative de déplacement du récit hors du champ du conflit échoue et même génère de l'hostilité. La tentative de contourner l'exposition détaillée du conflit pour essayer d'entrer dans son « travailler » n'amène alors qu'un répétitif

« *Mais attendez la suite, vous allez voir !* ». Or l'exposition du conflit occupant tout son discours contribue à masquer à ses yeux sa capacité à subvertir, malgré tout, une situation présentée comme verrouillée. Pourtant, même si dans cette situation l'espoir de faire apparaître les dimensions de son activité est à cette phase de l'entretien, totalement vain, et incite à reporter la tentative d'y accéder, il n'est pas exclu que pour la personne consultante la certitude de se trouver cernée et sans issue commence à se fissurer. Mine de rien, le travail clinique est peut-être bien en train de se frayer un chemin ?

Là intervient dans ce genre de perplexité, l'aide apportée par la dimension pluridisciplinaire du réseau. La contribution d'un temps collectif de présentation de cas permet entre cliniciens d'échanger et de prendre conseil avant de revoir ensuite la personne consultante, ou si elle le souhaite, avant de l'adresser à d'autres professionnels du réseau.

À l'issue de l'entretien clinique un écrit est fréquemment souhaité. Sa rédaction prend la forme d'un récit :

récit qu'en a fait la personne, et récit sur ce qu'a pu en comprendre le professionnel clinicien (ou ce qui reste flou pour sa part). L'écrit s'adresse à la personne, en soutien à son élaboration, même s'il lui est précisé qu'elle dispose, par la suite, du document comme elle l'entendra. Cet écrit ne s'enferme dans aucun diagnostic. Il s'ouvre plutôt à des questionnements possibles – repris ou non. Sa relecture est sollicitée. Les inexactitudes sont corrigées et des points de désaccord, précieux et jubilatoires, peuvent apparaître et faire l'objet d'un nouvel approfondissement. Dans ces allers-retours il arrive que clinicien et consultant aient à défendre bec et ongles leur point de vue quand apparaissent de nouveaux éléments. Dans la dispute ressurgissent les traces de l'activité du travailler.

Soutenir la subjectivité au travail est bien loin des axes de réflexion ministérielle concernant la santé au travail. C'est reconnaître l'importance donnée dans le domaine du soin préventif des atteintes psychiques en lien avec l'organisation du travail. Nous sommes donc tous des soignants.

DÉMONSTRATION DU CARACTÈRE JURIDIQUEMENT ABUSIF DES PLAINTES D'EMPLOYEUR ET DE LA PROCÉDURE DES INSTANCES DISCIPLINAIRES

**À PROPOS D'UNE NOUVELLE PLAINTÉ CONTRE UN MÉDECIN DU TRAVAIL
CONCERNANT UN COURRIER À DESTINATION DU MÉDECIN TRAITANT**

Alain CARRÉ, Dominique HUEZ

SUR L'INTÉRÊT À AGIR DE L'ENTREPRISE ET SA DEMANDE EFFECTUÉE LORS DE LA CONCILIATION

Le Conseil d'État précise que la plainte d'un employeur devant le Conseil de l'Ordre des médecins est conditionnée au fait « *qu'il est lésé de manière suffisamment directe et certaine* » (arrêt n°405453 du 23 mai 2018) par les écrits du médecin.

Or, nous observons que le préjudice est, souvent, uniquement appuyé sur des déclarations sans que la preuve de l'existence du recours du patient soit produite. Faute de ces éléments objectifs, l'intérêt à agir n'est pas établi. Si, au bout du processus judiciaire, après recours éventuels aux juridictions d'appel, il était donné raison aux griefs du salarié établissant clairement que sa pathologie, dans une organisation délétère, relevait bien de la responsabilité de l'entreprise et validant par là même le diagnostic du médecin ne pourrait-on considérer que cette société n'a subi aucun préjudice de la part de celui-ci ? En l'état et jusqu'à jugement définitif sur le conflit qui l'oppose à son salarié, il n'est pas avéré qu'une entreprise ait subi un quelconque préjudice.

LA CONCILIATION : LA DEMANDE DE RETRAIT OU DE MODIFICATION DE L'ÉCRIT IGNORE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE

ELLE EST IRRÉALISTE POUR DES RAISONS

QUI RELÈVENT DE LA DÉONTOLOGIE ET DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Dès lors qu'il a, sur des éléments avérés, posé un diagnostic qu'il estime pertinent, l'article R.4127-5 du Code de la santé publique précise que « *le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* » et l'article R.4127-95 du même code rappelle cette obligation pour les médecins salariés en l'occurrence les médecins du travail : « *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des per-*

sonnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce ».

Ainsi, alors que son diagnostic est fondé, le médecin ne peut modifier son écrit sans contrevenir à ces deux obligations déontologiques : celle d'indépendance et celle de la prise en compte exclusive de l'intérêt de son patient.

Pratiquement, cet écrit ayant été délivré lors d'un entretien individuel dans le cadre d'une visite médicale, toute modification du document ne pourrait intervenir sans un nouvel entretien individuel lors d'un examen du salarié.

Cela pose indubitablement la question générale des éventuelles modifications d'écrits d'un médecin dans le cadre de la conciliation sans procéder à un nouvel examen du patient.

*LE DEUXIÈME REGISTRE DE REMARQUES
CONCERNE LE STATUT DE LA PLAINTÉ
QUI S'INSÈRE DANS LE CADRE D'UN AUTRE CONFLIT
ENTRE LE PATIENT ET SON EMPLOYEUR*

Quand l'entreprise met en avant le préjudice que pourrait subir le plaignant du fait de l'écrit du médecin dans le cadre d'une supposée procédure entreprise par son patient, cela signifie que la plainte contre le médecin est un moyen d'agir dans le cadre d'une autre procédure parallèle.

Or nous observons que, bien que l'aboutissement de la plainte puisse avoir éventuellement des conséquences négatives sur le recours formé par le patient, il n'a jamais été observé à notre connaissance que le patient soit entendu lors de l'instruction de la plainte par le rapporteur. Ainsi, alors que le patient est au cœur de toute relation médicale, il est pour le moins anormal que celui-ci ne soit pas informé de la plainte qui a pour objet explicite de déconsidérer sa cause. Il est troublant que le principe de représentation à une procédure dans laquelle ses intérêts sont en jeu soit ici ignoré et que le patient ne soit pas représenté. Cette absence pourrait être considérée comme préjudiciable par celui-ci.

L'OBLIGATION DE LIEN DU MÉDECIN DU TRAVAIL AVEC LE MÉDECIN TRAITANT

« **L**e médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. (...) » (Article R.4127-35 du Code de la santé publique) et que le secret médical « institué dans l'intérêt du patient » (article R.4127-4 du CSP) ne peut être opposé par le médecin à celui-ci.

En référence à l'article L.1111-4 du Code de la santé publique, lequel précise que le médecin doit s'assurer du « consentement éclairé » du patient : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement* ».

Le médecin ne commet aucune faute en informant le patient et en commettrait une en procédant différemment. Cette manière de procéder constitue une pratique habituelle pour les médecins du travail en direction des médecins traitants.

L'arrêt du Conseil d'État du 6 juin 2018 ne délie pas le médecin du travail du secret médical. Le secret médical est absolu. Le patient lui-même ne peut délier le médecin de son obligation de secret.

Dès lors qu'une plainte disciplinaire est déposée : « (...) *cette faculté n'a pas pour effet d'imposer au médecin de méconnaître le secret médical pour assurer sa défense ou de limiter son droit à se défendre (...)* » (arrêt du 6 juin 2018) signifie que, même dans ces circonstances, il est contraint de le respecter.

Nous renvoyons sur ce sujet au colloque du CNOM en date du 27 novembre 2018, résumé dans le bulletin du Conseil de l'Ordre de janvier 2019, qui rappelle le caractère absolu du secret médical et qui insiste « (...) *sur la nécessité de protéger ce devoir du médecin, y compris devant la justice ou face aux demandes des assurances (...)* ».

La définition du secret médical dans le cadre de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique précise notamment que « *le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés* ». Ainsi, l'exercice du médecin du travail, chargé de la prévention des risques pour la santé du salarié, son patient, ne faisant pas partie, par définition, du secteur de soin, ce praticien ne peut pas communiquer avec son confrère sans le consentement éclairé du patient ce qui requiert son entremise et sa connaissance des termes de l'échange.

Le Code du travail rappelle les obligations de secret du médecin du travail.

L'article L.4624-8 du Code du travail qui traite du dossier médical en médecine du travail précise que : « (...) *Ce dossier est accessible aux professionnels de santé*

mentionnés aux articles L.1111-15, L.1111-16 et L.1111-17 du Code de la santé publique, sauf opposition de l'intéressé (...) » et que : « (...) Ce dossier peut être communiqué à un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge, sauf refus du travailleur(...) » (souligné par nous).

Cela consacre que le consentement du travailleur est requis dans la totalité de la transmission d'éléments de son dossier à un autre médecin.

Ainsi, les dispositions concernant le dossier médical partagé (DMP) notamment l'article L.1111-18, qui entrera en vigueur en juillet 2021, précisent : « (...) *Dans le cadre de la médecine du travail, le dossier médical partagé est accessible uniquement pour y déposer des documents (...)* ». Cela démontre à l'évidence que l'exercice de la médecine du travail relève en matière de transmission et d'accès au dossier de conditions particulières.

En novembre 2012, le CNOM faisait paraître un numéro spécial de son bulletin intitulé *Le secret médical : Entre droit des patients et obligations déontologiques*. Ce bulletin précise à plusieurs reprises conformément à l'article L.1110-4 du Code de la santé publique que la communication de données médicales ne peut se faire qu'avec l'accord du patient.

Rappelons que l'article L.1110-4 précise que : « (...) *Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (...)* ».

Alors que le médecin du travail exerce dans le secteur de la prévention et non dans le secteur de soin, cette disposition justifie pleinement que le courrier adressé au médecin traitant du patient lui soit remis dans une enveloppe ouverte afin qu'il puisse donner son consentement à sa transmission.

LA QUALIFICATION DE « CERTIFICAT » DE TOUT ÉCRIT REMIS AU SALARIÉ

Un certificat médical est un document médico-légal qui a pour objet de « *faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit* » (article R.4127-50 du CSP). Sa rédaction répond à certaines règles qui ne sont pas réunies dans un courrier ou un extrait de dossier médical rédigé par un médecin du travail. De plus au moment de la rédaction de l'écrit, parfois, aucun conflit entre le patient et son employeur n'est connu du médecin du travail.

Dès lors qu'il s'agit d'un courrier à destination du médecin traitant, l'objet même de l'écrit est parfaitement défini par sa rédaction même : il s'agit d'une communication en direction du médecin traitant pour lui confier le patient dans l'hypothèse d'un nécessaire traitement.

Cette communication entre médecins a pour unique objet de permettre au médecin traitant d'évaluer la nécessité d'un traitement approprié pour lequel un médecin du travail n'a pas la compétence de prescription. Ne pas le faire serait manquer à ses devoirs de médecin vis-à-vis d'un patient requérant des soins.

Si un médecin du travail était dans l'impossibilité d'échanger dans les formes appropriées avec sa consœur ou son confrère du secteur de soin ou si il s'en abstenait, il commettrait une faute par abstention et devrait en assumer les conséquences.

Un tel courrier ne peut être qualifié de certificat car il s'agit d'un document médical destiné à éclairer un médecin traitant sur le diagnostic du lien santé/travail. Cette pratique est habituelle en médecine du travail dans de telles circonstances.

LE LIEN ENTRE LES CONDITIONS DE TRAVAIL D'UN SALARIÉ ET SA SANTÉ EST LE CENTRE DU DIAGNOSTIC MÉDICAL EN MÉDECINE DU TRAVAIL

L'essentiel des pratiques d'un médecin du travail converge vers le diagnostic du lien entre des risques collectifs et ou individuels, qu'il a préalablement constatés, et les effets de ces risques sur la santé des salariés ou du salarié ou de la salariée qu'il examine.

Pour aboutir à ce diagnostic, **qui est l'objet même de leur mission**, les médecins du travail déploient une clinique spécifique : la clinique médicale du travail dont les bases font l'objet de formations spécialisées dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles et du développement professionnel continu.

Comme tout diagnostic, celui-ci repose sur une séméiologie spécifique qui permet de donner sens à des constats cliniques à la fois objectifs et subjectifs, collectifs et individuels. Sans ce diagnostic, il est impossible de conseiller l'entreprise en matière de prévention collective et de prendre des décisions en matière d'aptitude ou d'inaptitude concernant les salariés.

Reprocher à un médecin du travail d'avoir établi ce diagnostic du lien entre la santé et le travail est aussi aberrant qu'interdire à un oncologue de faire le diagnostic de malignité d'une tumeur.

Ainsi, le diagnostic du lien entre l'état de santé de son patient et ses conditions de travail se construit des signes cliniques, dont l'expression du vécu du patient fait partie, mais aussi sur des éléments recueillis dans les consultations médicales auprès d'autres salariés.

La jurisprudence des instances disciplinaires démontre que pour le médecin du travail, les éléments de contexte individuels et collectifs lui permettent de construire un diagnostic pertinent dans ce domaine :

Ainsi : « ... que pour établir ces certificats, le D^r D... ne s'est pas bornée à faire siennes les déclarations de la salariée mais s'est fondée sur la connaissance personnelle qu'elle avait acquise des conditions de travail dans l'étude de M^{me} V... à travers notamment des consultations dispensées à d'autres salariées de l'étude, ses constatations l'ayant amenée à alerter l'employeur et à le rencontrer puis à saisir à trois reprises l'inspecteur du travail ; que dans ces conditions, les certificats en cause qui se bornent à relater les constatations d'ordre médical faites par le D^r D... ne présentent pas le caractère de certificat de complaisance. » Instance disciplinaire nationale, audience du 15 mai 2014.

Mais encore : « ... considérant d'une part que ce courrier n'est pas un certificat médical délivré à la demande de la salariée, mais une lettre entre médecins qui a été remise à la patiente, comme il est d'usage ; que d'autre part ce document, rédigé en des termes précis, distingue les propos tenus par la salariée, que le D^r B... mentionne comme tels, concernant notamment un entretien qui aurait eu lieu le 27 mars 2013, des constatations relatives à la santé des salariés de l'entreprise, faites par le médecin elle-même à travers soit des visites de l'entreprise- à l'occasion notamment d'une alerte portant sur les risques psychosociaux en 2011, soit de consultations d'autres salariés ; que ces analyses relèvent des attributions normales de son exercice professionnel consistant "à éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail" en application de l'article L.4622-3 du Code du travail ; qu'il lui appartenait, dans le cadre de ces attributions de faire part au médecin traitant d'une salariée des informations utiles. » Instance disciplinaire régionale Centre-Val-de-Loire, audience du 11 mars 2015.

Le Conseil d'État confirme cette capacité diagnostique du médecin du travail : « Considérant qu'il appartient toutefois au juge disciplinaire d'apprécier le respect des obligations déontologiques en tenant compte des conditions dans lesquelles le médecin exerce son art et, en particulier, s'agissant des médecins du travail, des missions et prérogatives qui sont les leurs ; qu'il résulte des dispositions de l'article L.4622-3 du Code du travail que le rôle du médecin du travail "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 (...)" et qu'à cette fin, l'article R.4624-3 du même code lui confère le droit d'accéder librement aux lieux de travail et d'y réaliser toute visite à son initiative ; que, par suite, la circonstance qu'un certificat établi par un médecin du travail prenne parti sur un lien entre l'état de santé de ce salarié et ses conditions de vie et de travail dans l'entreprise, n'est pas, par elle-même, de nature à méconnaître les obligations déontologiques résultant des articles R.4127-28 et R.4127-76 du Code du travail (sic) (...) » (arrêt n°405453 du 23 mai 2018).

Ainsi, les éléments de connaissance de l'entreprise que possède le médecin du travail participent du diagnostic du lien entre la santé et son travail pour son patient. Parmi ces éléments collectifs figurent théoriquement des éléments (document unique d'évaluation des risques, notices de postes...).

LE RÔLE ÉVENTUEL D'AUTRES PROFESSIONNELS DANS LES ÉLÉMENTS COLLECTIFS DU DIAGNOSTIC

La fiche d'entreprise, remise à tous les membres de la communauté de travail et répondant dans sa rédaction à un arrêté spécifique, est un élément essentiel de la prévention collective : art. D.4624-37 du Code du travail – « Pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail ou, dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement (souligné par nous) sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés ».

On constate, immédiatement, que, dans les services de santé au travail interentreprises, s'y substitue la compétence de « l'équipe pluridisciplinaire » qui agit sur mandat du médecin du travail. C'est dans ce cadre que la fiche d'entreprise est établie. La fiche d'entreprise n'est pas un préalable requis au diagnostic collectif ou individuel du médecin du travail, du lien entre les risques et leurs effets, mais bien l'aboutissement, la « cristallisation », de ce diagnostic.

Comme pour les études de poste préalables à la décision d'inaptitude (article R.4624-42 du Code du travail), le médecin du travail s'appuie dans ce domaine sur l'équipe pluridisciplinaire qu'il dirige et qui est constituée de l'infirmière de santé au travail et de l'intervenant en prévention des risques professionnels. Ces autres professionnels sont ainsi éventuellement des acteurs de ce diagnostic collectif.

L'AUDITION DE TÉMOINS PAR LE RAPPORTEUR CHARGÉ DE L'INSTRUCTION DE LA PLAINTÉ EST UN ÉLÉMENT INCONTOURNABLE DE LA « MANIFESTATION DE LA VÉRITÉ »

ENTENDRE LE PATIENT

La plainte de l'entreprise repose sur des opinions se contentant d'affirmer sans le démontrer que l'écrit du médecin serait abusif et de complaisance. Toutefois, nous observons qu'il est possible, conformément à l'article R.4126-18 du Code de la santé publique que l'instruction par l'instance disciplinaire s'accompagne de l'audition de tout témoignage utile.

Au-delà, du respect des droits du patient d'intervenir dans une instance dans laquelle ses intérêts sont impliqués, son audition permise par l'article R.4126-18 du Code de la santé publique serait un élément incontournable de l'instruction de la plainte contre le médecin.

En effet, l'essentiel de l'argumentaire de l'entreprise plaignante repose habituellement sur l'absence de pertinence du diagnostic porté par le médecin du lien entre la santé du salarié et ses conditions de travail. Or, seul le patient peut apporter au rapporteur de la plainte les éléments qui lui permettront d'instruire impartialement sur des faits avérés.

Pour instruire ces plaintes, cette audition devient par conséquent indispensable à la manifestation de la vérité. En effet il est donc indispensable qu'une instruction sur l'ambiance de l'entreprise au moment des faits et la situation du patient vienne apporter des éléments objectifs sur ces faits qui conditionnent la responsabilité du médecin.

Un rapport récent de la Cour des Comptes sur le fonctionnement de l'Ordre des médecins comporte un certain nombre de remarques sur le fonctionnement des instances disciplinaires (pages 98 à 124 du rapport). L'une de ces remarques porte sur l'instruction des plaintes. La Cour des Comptes constate que : « les rapporteurs ont en effet le pouvoir d'entendre les parties, de recueillir tous témoignages et de procéder à toutes constatations utiles à la manifestation de la vérité, pouvoirs qu'ils n'exercent que très rarement » (souligné par nous, page 118 du rapport).

ENTENDRE LES MEMBRES DE L'INSTANCE DISCIPLINAIRE

Un médecin du travail peut déléguer le constat des conditions de travail et les études de postes aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi l'article L.4622-8 du Code du travail indique que : « (...) les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire. ».

Le médecin peut faire « *procéder par un membre de l'équipe pluridisciplinaire à une étude de poste* » (L.4624-4 du Code du travail). « *Les actions sur le milieu de travail sont menées (...) dans les entreprises adhérent à un service de santé au travail interentreprises, par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, sous la conduite du médecin du travail (...)* » (R.4624-2 Code du travail).

L'article R.4624-46 du Code du travail précise en outre que « *Pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail ou, dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés.* »

Ainsi, dès que l'entreprise met en cause la capacité du médecin du travail à recueillir les éléments diagnostiques à travers les investigations de l'équipe pluridisciplinaire et met en doute ses constats, il serait approprié que soient entendus par le rapporteur les membres de l'équipe pluridisciplinaire que dirigeait le médecin.

L'instruction doit entendre le patient et les membres de l'équipe pluridisciplinaire avant toute décision. S'abstenir constituerait selon nous un motif à considérer que le caractère contradictoire de l'instruction n'a pas été respecté.

ORDRE DES MÉDECINS ET ENTRAVE AUX PRATIQUES MÉDICALES EN SOUTIEN DE LA SANTÉ DES SALARIÉS COMPLICITÉ AVEC LE MANAGEMENT NÉOLIBÉRAL

Alain CARRÉ, Dominique HUEZ

L'objectif de l'Ordre des médecins en favorisant des renoncements à des diagnostics d'origine professionnelle, lors d'une « conciliation » piège devant une chambre disciplinaire, est d'invisibiliser ou de nier les effets du management néo-libéral qui dénie la personne humaine.

Nous étions une trentaine le 26 février 2020 devant le siège national de l'Ordre des médecins dont une dizaine de l'Association Santé et Médecine du Travail, avec aussi une forte participation de la FERC-CGT, du MIOP, du SNJMG, etc., en soutien de l'appel disciplinaire du D^r N... contre sa condamnation à une interdiction d'exercice pour avoir attesté d'un lien entre l'atteinte à la santé de son patient, et son travail.

Par une décision en date du 12 avril 2018, la psychiatre N... avait été condamnée à trois mois d'interdiction d'exercice, dont un mois ferme en première instance disciplinaire de l'Ordre des médecins. Elle en a fait appel.

Le certificat médical du Dr N...mis en cause est un écrit de constat médical pour permettre au patient de restaurer sa santé. Il ouvre éventuellement à réparation comme Certificat Médical Initial de Maladie Professionnelle. Il pourrait éventuellement être produit en justice. Aux prud'hommes, il n'a pas été retenu comme élé-

ment de preuve. Ce qui est, a contrario, la preuve qu'il ne comporte pas d'éléments factuels constatés incriminant un employeur !

Le D^r N... avait imputé un état de stress aigu à la situation professionnelle de son patient et avait décrit les complications sur son état de santé au cours des mois qui ont suivi. Pour prendre en charge médicalement une victime, le médecin doit entre autres, investiguer les liens professionnels possibles à l'origine de la pathologie. Ce qu'a écrit le D^r N..., c'est son constat comme experte de son métier ! Pendant deux ans son patient lui a parlé en boucle du même traumatisme. Et c'est son travail que de reconnaître qu'il est une victime.

Ce certificat pose un diagnostic de lien avec le travail, ce qui est la base ici d'un syndrome de stress post-traumatique aigu. En huit mois de suivi hebdomadaire, la psychiatre a eu tout le temps de le constater. Elle retient comme élément explicatif direct le travail du patient après investigation des diagnostics différentiels et des faisceaux d'indices d'éléments de l'histoire de la pathologie rapportés par le patient, où son travail occupe la place principale. À noter qu'elle ne note pas de lien direct ni exclusif avec le travail. La piste professionnelle est seulement ouverte, pas d'autres éléments retenus. Un écrit médical n'a pas de valeur testimoniale

en soi, et un médecin a même le droit de se tromper dans son diagnostic ; ce qui n'est à l'évidence pas le cas ici !

Le conseil des prud'hommes puis la cour d'appel de Versailles ont condamné l'employeur à verser au patient du D^r N... 25 000 € de dommages et intérêts, pour licenciement sans cause réelle et sérieuse, et 3 000 € pour préjudice de santé. L'employeur s'est alors désisté de sa plainte ordinaire. Seul l'ordre départemental qui s'y était associé a poursuivi, en première instance puis en appel.

Le conflit jugé par l'Ordre des médecins est en réalité celui entre un employeur et son salarié, qui n'a jamais été convoqué ni entendu par l'Ordre. Il est même ici éteint juridiquement. Dans ce cadre l'Ordre des médecins protège l'employeur mis en cause juridiquement par un salarié, en recevant la plainte de l'employeur contre le médecin attestant d'un lien entre l'atteinte à la santé et le travail. La condamnation disciplinaire systématique du médecin vise à empêcher cela ! Il y a un détournement d'objet de la juridiction disciplinaire !

L'Ordre des médecins reproche au D^r N..., psychiatre, d'avoir établi un lien de causalité entre son travail et sa santé, sans avoir constaté ses conditions réelles de travail. Il lui reproche d'être sortie de son rôle en prenant position comme aurait pu le faire un expert judiciaire, alors qu'elle n'avait pas été mandatée à cette fin ! Il feint d'ignorer le rôle de la clinique médicale pour établir un diagnostic attesté. Ainsi aucun médecin ne pourrait plus sur la base de son examen clinique et du faisceau d'indices qu'il a rassemblé concernant l'histoire de la maladie, prendre en charge une victime de la maltraitance d'une entreprise, sous peine d'interdiction d'exercice ! Les victimes sont privées par la suite de leurs droits à réparation ! Ceci est contraire à la déontologie médicale !

L'audience d'appel a été édifiante dans son fonctionnement. Refus de prendre en compte les résultats du procès du patient contre son employeur aux prud'hommes et de la condamnation du dit employeur. Refus de prendre en compte le fait que l'employeur plaignant initial, s'est désisté avant même l'audience disciplinaire de première instance, ce qui a éteint le litige de l'employeur devant l'Ordre.

Il s'agissait bien d'une audience disciplinaire « pour mettre aux pas » les médecins dans l'intérêt exclusif d'un management néo-libéral mortifère, comme l'a démontré le procès de *France Télécom* pour harcèlement moral stratégique.

Le questionnement exclusif de deux juges disciplinaires assesseurs, hostiles, et de la présidente ont porté :

- ◆ Sur le fait que cet écrit médical résulterait d'une demande du patient. Ce qui serait la preuve d'une complaisance ! Remarquons que la déontologie médicale conduit le médecin agir, éventuellement par écrit, dans l'intérêt exclusif de la santé du patient. Donc aucune faute déontologique.

- ◆ Sur le fait que le D^r N... était au courant d'un litige juridique entre le patient et son employeur. Remarquons que la réponse soit oui ou non est sans intérêt. Un écrit médical dans l'intérêt de la santé du patient n'a pas à être subordonné à l'analyse « sociale » ou « idéologique » du médecin. Par contre le médecin a l'obligation déontologique d'ouvrir les droits médico-sociaux du patient, en sus de toutes les obligations du Code de la Sécurité Sociale de reconnaissance médicale des Maladies Professionnelles.

- ◆ La présidente a seulement soulevé le fait que dans une lettre de « contrition » du D^r N..., celle-ci donnait acte qu'elle aurait pu écrire un passage différemment. Remarque : il n'en fallait pas plus à la présidente conseillère d'État, pour caractériser une faute déontologique !

- ◆ Jamais l'intérêt de la prise en compte de la santé du patient et de l'origine de sa pathologie n'a été soulevé. Dans ces chambres disciplinaires, le patient n'existe pas, la loi Kouchner est niée !

Le D^r N... est par une décision du 4 juin 2020 en fin de compte sanctionnée par un blâme ; l'interdiction d'exercice de trois mois dont un mois ferme est levée. L'Ordre des médecins ne bouge pas quant à son argumentaire juridique et continue à verrouiller la possibilité pour un médecin d'attester du lien santé/travail à l'origine d'une psychopathologie professionnelle.

EN CONCLUSION

L'objectif de l'Ordre des médecins, en apeurant ou terrorisant les médecins par l'interdiction d'exercice médical, est de favoriser des renoncements à des diagnostics médicaux d'origine professionnelle, lors d'une « conciliation » piège entre un employeur plaignant et le médecin attestant d'un lien entre l'atteinte à la santé et le travail. Et ainsi d'invisibiliser ou de nier les effets du management néolibéral qui dénie la personne humaine.

Lors d'une plainte ordinaire d'employeur, médecin et patient devraient en saisir le procureur de la république pour empêchement de soins par impossibilité de diagnostic, mise en danger d'autrui, et abus de juridiction, contre l'Ordre des médecins et l'employeur qui l'instru-

mentalise. Et poursuivre ultérieurement si le procureur ne le fait pas.

Aussi en conciliation ordinale il serait judicieux de se faire accompagner d'un huissier pour acter des points juridiques suivants :

- ◆ Absence de raison à agir du plaignant : abus de juridiction.
- ◆ Faute déontologique de l'Ordre organisant la modification d'un écrit sans nouvel examen du patient.
- ◆ Exigence d'audition du patient utile à la manifestation de la vérité.

Une piste juridique à ouvrir devant la juridiction de l'Ordre des médecins serait de citer le patient pour démontrer et mettre en visibilité le fait que l'interdiction de diagnostic médical empêche le soin médical et est donc contraire aux principes fondamentaux constitutionnels.

Pour sortir de ces situations, nous demandons :

- ◆ **L'interdiction de la recevabilité d'une plainte d'employeur - tiers étranger à la relation médicale - devant l'Ordre des médecins et sa transmission automatique au procureur de la République.**
- ◆ **L'obligation pour l'Ordre des médecins, suite à une plainte d'employeur, de ne pouvoir l'instruire que si le patient est présent ou représenté (contrairement à la loi Kouchner, ce n'est jamais le cas devant une chambre disciplinaire).**
- ◆ **La suppression de la juridiction « d'exception » des chambres disciplinaires ordinales qui démontrent encore une fois leur partialité nocive.**

ASSOCIATION S.M.T.

– LE BILAN 2019/2020 –

41^e CONGRÈS ANNUEL

LE 5 DÉCEMBRE 2020

AU FIAP (PARIS)

⌘ Éthique et Pratique en médecine du travail

(Voir page 38 pour les pré-inscriptions)

RÉUNIONS TENUES

- ◆ 40^e Congrès annuel le 30 novembre 2019 (Paris)
 - ❖ *Pratiques actuelles au regard des changements législatifs*
 - ❖ *Des coopérations à réinventer*

Vous trouverez un compte rendu dans ce *Cahier SMT N°37*.

La survenue de la pandémie a modifié notre organisation de travail et la planification de nos actions en 2020. Nous avons été contraints d'annuler notre *Journée de Printemps* et toutes les réunions présentiels.

ACTIONS

- ◆ Contribution au colloque *ε-pairs* du 4 octobre 2019 : « *De la clinique individuelle à la prévention collective* » <http://www.e-pairs.org/colloque2019/2019-10-04-colloque.html>
- ◆ Poursuite de notre participation au Conseil National Professionnel des Médecins du Travail.
- ◆ Manifestation de soutien à nos consœurs poursuivies par l'Ordre des médecins pour avoir attesté du lien santé/travail (avril 2020), mais aussi soutien à Antony Smith, inspecteur du travail, sanctionné pour avoir alerté sur le manque de protection des salariés, en cosignant un appel collectif et par une lettre au ministre du Travail (7 août 2020).

PUBLICATIONS

- ◆ Édition du *Cahier SMT N°36*, septembre 2019 (diffusion à 600 exemplaires). Ce *Cahier SMT N°37* fera aussi l'objet d'une large diffusion

BILAN DU SITE INTERNET www.a-smt.org

Les écrits mis en ligne, témoignent de la réactivité et de vitalité de notre association. Le site a un rôle majeur dans la diffusion de notre réflexion.

Entre septembre 2019 et août 2020 ont ainsi été mis en ligne :

Le **Cahier SMT N°36 (septembre 2019)**, l'ensemble des *Cahiers SMT* y est accessible, avec un historique et un moteur de recherche.

- ◆ **Deux livres publiés en 1998 et 2000 par l'association SMT :**
 - ❖ 1998 *Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat*

- ❖ 2000 *Femmes au travail, violences vécues*

◆ Les actualités de la Covid-19

- ❖ les recommandations spécifiques concernant les services de santé au travail ;
- ❖ les contributions professionnelles ;
- ❖ les contributions des structures syndicales.

◆ Les procès des médecins aux conseils de l'Ordre des médecins

- ◆ **Sept Lettres d'informations**, informant des mises à jour du site internet, ont été adressées à plus de 400 abonnés. Les inscriptions sont libres et se font à partir du menu du site internet

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Le 30 novembre 2019, nous avons procédé au renouvellement de nos instances.

Président : Jean-Louis ZYLBERBERG (75)

Vice-présidents délégués : Alain CARRÉ (75) – Dominique HUEZ (37)

Vice-président(e)s : Benoît DE LABRUSSE (84) – Nadine KHAYI (82) – Annie LOUBET-DEVEAUX (42)

Secrétaire : Karyne CHABERT (69)

Secrétaire-adjoint : Gilles SEITZ (92)

Trésorier : Alain RANDON (94)

Cahiers SMT :

Rédacteur : Dominique HUEZ (37)

Maquettiste : Jean-Noël DUBOIS (2B)

Administrateur du site Web : Benoît DE LABRUSSE (84)

Conseil d'administration : Bernadette BERNERON (37) –

Martine BESNARD (38) – Marie-Andrée CADIOT (69) – Josiane

CRÉMON (38) – Karine DJEMIL (93) – Catherine GONDRAN (92)

– Alain GROSSETÊTE (69) – Michel GUILLAUMOT (52) – Florence

JEGOU (49) – Claire LALLEMAND (37) – Hervé LESCAO (92) –

Gérard LUCAS (44) – Brigitte PANGAUD (75) – Odile RIQUET

(69) – Nicolas SANDRET (75) – Claire THOMASSIN (44)

ORIENTATIONS 2019-2020

Notre prochain congrès se tiendra au FIAP à Paris le 5 décembre 2020.

⌘ Éthique et Pratique en médecine du travail