

Projet d'innovation « Travail et Cancer du Sein dans les entreprises » Dire ou ne pas dire (la maladie en entreprise) ; Témoignages et repères théoriques

Dire ou ne pas dire ?

La réponse n'a rien d'évident pour les salarié.e.s concerné.e.s rencontré.e.s pendant la phase d'immersion dans les six ETI. Pourtant, une rapide analyse du contexte semble indiquer que c'est la réponse « dire » qui s'impose désormais et qui va dessiner un nouveau standard pour l'avenir. C'est donc dans cette hypothèse que nous avons étudié les témoignages consacrés à ce sujet et cherché à en étayer la compréhension à travers quelques repères théoriques.

1. Pourquoi l'hypothèse « dire » l'emporterait-elle ?

Dans « Léon s'interroge » - un dispositif d'enquêtes auprès de patients du Centre Léon Bérard qui consacre un sujet « cancer et travail » en mars 2018 - **seuls 12% des patient.e.s n'ont pas parlé de leur maladie sur leur lieu de travail.**



Du côté des nombreuses associations ayant pour vocation de combattre le cancer aux côtés des malades, les messages prônent une meilleure compréhension de la maladie et ses effets et se **félicitent que « le tabou recule » dans l'entreprise**, sous l'impulsion notamment d'offres de sensibilisation et de formation sur les spécificités de ces maladies. **Dans plus de 70% des entreprises désormais, parler du cancer ne serait plus un tabou** (cf. le dernier baromètre Cancer@work).

Que dit la loi sur ce sujet ? la loi intervient dans de nombreuses directions en lien avec le fait de partager ou non des informations relatives à son état de santé :

- elle protège le secret médical¹,
- elle distingue, sur la base d'informations relatives à la maladie ou au handicap des statuts très différents en lien avec le travail,
- elle encourage par de nombreuses dispositions le maintien en emploi (notamment dans le cadre de la RQTH)
- elle lutte contre la discrimination,...

Chacun de ces volets entretient des rapports différents quant aux informations sur la santé d'un.e salarié.e et à ses usages pour faire valoir ses droits. Au point de laisser parfois les salarié.e.s concerné.e.s et leur

¹ En annexe 1, un large extrait de la recommandation de la HAS sur le maintien en emploi – février 2019.

entourage professionnel dans l'embarras pour savoir ce qu'il convient le mieux de faire², en l'occurrence de dire ou pas.

2. Frontières et étiquette

2.1 Des frontières professionnelles, privées, intimes bousculées par l'annonce et l'après

Les ETI sont des « entreprises à taille humaine » et certaines caractéristiques clés (cf. note de travail sur les spécificités des ETI vues depuis le projet Travail et Cancer du sein) se concentrent sur la proximité interpersonnelle, la relation d'emploi qui déborde du strict lien contractuel, la mobilisation simultanée du travail (activité) et de l'emploi (contrat) pour trouver des solutions aux besoins spécifiques de personnes concerné.e.s par un cancer ou une maladie grave.

« Elle sait qu'elle peut compter sur moi et que je serai toujours là pour elle et pour lui faciliter la vie. Elle se confie plus ». (femme manager / salariée cancer du sein)

« Tu me dis quand j'ai pas les seins alignés » (rapporté par la femme manager d'une salariée ayant eu un cancer du sein)

« Pour celles qui ont eu un cancer, je l'ai géré de façon individuelle, dans l'empathie, pas en tant que RH ou qu'entreprise. » (femme responsable RH)

« J'ai donné les règles du jeu. Je ne voulais pas que les gens soient trop dans la compassion. Là-dessus, tout le monde a bien joué le jeu. Ça ramène chacun à sa propre peur de la maladie, certains sont dans le retrait, d'autres dans l'empathie. Une autre collègue a eu un cancer du sein il y a dix ans. Elle comprenait aussi. Je ne voulais pas que la maladie couvre le reste, je voulais que chaque chose reste à sa place ». (Salariée cancer du sein)

« Ici, j'ai l'impression d'avoir des mamans. Elles ont un côté maternel qu'elles assument. Quand j'ai été emmené à l'hôpital, elles m'appelaient tous les jours. » (salariée, maladie chronique évolutive)

« Quand elle nous a parlé, à moi et au DRH, elle n'a pas été précise et nous, on ne voulait pas être trop intrusifs. On a fait avec les informations qu'on avait, et on est resté discrets. Elle n'a rien dit au reste de l'équipe, même si quelques personnes ont fini par être au courant. » (femme manager / salariée cancer du sein)

« J'ai prévenu mon responsable quand j'ai su que c'était un cancer. Je lui ai dit car j'avais confiance. » (salariée cancer du sein)

Confiance, empathie, soutien, ces témoignages peuvent sembler refléter un idéal type du « dire ». En analysant plus avant, ces témoignages laissent apparaître la question sensible des frontières qu'il convient de respecter, avec ce qui relève des informations relatives à :

- la sphère professionnelle
- la sphère privée
- la sphère intime

² http://www.maladie-chronique-travail.eu/sites/default/files/ressources-documentaires/3Maladies_chroniques_et_emploi-Temoignages.pdf ce guide consacre plusieurs pages au sujet « parler ou pas de sa maladie » et débute cette partie par « il y a le pour le contre ».

Frontières qui, pourtant, cèdent parfois du fait de l'irruption de la maladie et de la difficulté à continuer de distinguer ce qui relève de l'entreprise de ce qui vient complexifier les échanges et la « situation de gestion » extra ordinaire à laquelle la personne concernée et son manager sont confrontés.

« J'ai essayé d'être dans une vraie proximité avec elle. Je voulais tisser une relation de confiance, qu'on aille vers cet inconnu ensemble. Evidemment, je ne voulais pas qu'elle se sente seule, mais je sentais aussi que c'était important que je la soutienne dans son travail, dans ses capacités, que je la rassure dans ce qu'elle pouvait faire. » (manager femme / collaboratrice cancer du sein)

Si la maladie est intime, personnelle, elle est transportée chaque jour dans le monde professionnel et il semble difficile de nier ses conséquences. Si l'entreprise n'est pas le lieu de l'intime, les effets produits par l'expérience de la maladie sur un individu transcendent ces frontières habituellement admises. Le privé entre dans le professionnel : les liens entre les individus changent et sont bousculés par des sensations, et des émotions, qui ne sont pas toujours admises dans l'ordinaire du monde du travail.

Les rapports sociaux de sexe ne sont évidemment étrangers à ces combinaisons sensibles et s'ils n'ont pas encore fait l'objet d'une interprétation genrée, ce manque sera corrigé lors des travaux d'analyse à venir.

Tout ceci n'est pas neutre quand les trajectoires se compliquent, soit du fait de l'évolution de la maladie soit des difficultés rencontrées au moment du retour, ou une combinaison de toutes ces raisons. C'est alors que la question de la gestion de la frontière de l'intime peut revenir de façon très brutale, tant pour la personne concernée que pour son manager où les responsables qui se sont engagé.e.s à ses côtés. Le risque en termes de judiciarisation en est renforcé.

2.2 Prendre les devants ; ne pas se voir « étiqueté.e »

« J'avais décidé d'annoncer pourquoi j'avais été absente pour qu'on me fiche la paix... » (salariée, cancer du sein)

« J'étais incapable de l'annoncer à l'équipe, donc c'est ma responsable directe qui l'a fait. J'ai préféré déléguer l'annonce. Je ne voulais pas le cacher, je savais que j'allais perdre les cheveux et que physiquement ça allait se voir. C'est donc ma responsable qui s'est engagée à en parler pour avertir les autres, avant que j'aie ma perruque. » (salariée en position de management, cancer du sein)

« J'ai donné les règles du jeu. Je ne voulais pas que les gens soient trop dans la compassion. Là-dessus, tout le monde a bien joué le jeu » (salariée en position de management, cancer du sein)

« On m'a demandé si j'acceptais d'en parler au client, j'avais dit oui. » (salariée en position de management, cancer du sein)

« Mes anciens collègues à XXX, ça a été important de leur dire. Je me suis mise debout, en réunion. Le dire permettait de comprendre. » (salariée, maladie chronique)

« J'ai prévenu mon responsable : je veux reprendre à 100%, comme avant mais pas à mon poste. Je me fous du poste, et je ne veux pas de pitié. Tu connais mes compétences, tu me mets là où je peux servir. » (cheffe de projet, cancer du sein)

3. Les expériences des salarié.e.s et des managers

3.1 Trois types d'expériences³ des salarié.e.s après l'avoir dit

▪ **Minimiser**

« La maladie, je ne la ressens pas. Sur le plan pratique, sur le plan physique, je ne sens pas le cancer. (...) Je ne vais pas mettre un macaron sur ma voiture pour ça. » (salarié concerné)

L'expérience d'assimilation, consiste à « minimiser les impacts de la maladie, à contrôler tous ses signes et refuser le recours aux droits ou aux aménagements du travail. » Dans cette situation, les personnes anticipent les réactions de leur milieu de travail (exclusion, discrimination, ne pas être crue...).

Décider d'effacer la maladie de son quotidien peut provoquer des difficultés particulières : non seulement les collègues et la hiérarchie ne prendront pas en compte les changements de comportement potentiels conséquents à la situation (fatigue, irritabilité...) mais les aménagements ne seront pas forcément mis en place.

« Quand elles l'ont su, les personnes n'ont rien dit comme j'ai donné le change. (...) Mais au premier entretien avec le médecin du travail, je lui ai dit que j'étais fatiguée, et elle est allée en faire le reproche à ma manager ! » (salariée cancer du sein)

▪ **Faire avec**

« Je sais que ça n'a pas de grosses conséquences sur le travail parce que je m'organise. Mais je préfère le dire. » (salariée concernée)

L'expérience d'intégration ou de maintien « concernent les différentes manières de « faire avec la différence » dans son milieu de vie ou de travail. L'arrêt de travail et/ou les séquelles de la maladie signent une différence avec laquelle les malades doivent apprendre à composer et sur laquelle il leur faudra communiquer. »

« J'ai parfois du mal le matin, j'arrive en retard. J'en ai parlé à mon boss et il m'a dit que le plus important était de prendre soin de moi. Je reste un peu plus tard le soir. » (salariée maladie chronique).

« Si on ne me demande pas, je ne vais pas le dire. J'explique que j'ai mal au bras. On m'a équipé d'un repose-bras. Mais sinon, j'aborde les choses librement. » (salariée cancer du sein)

Choisir de se maintenir au plus près de sa situation précédente, en composant avec les effets de la maladie pour négocier quelques arrangements sans avoir l'impression de profiter de la situation est un subtil jeu d'équilibre. En effet, c'est peut-être ici que l'ambivalence de la maladie au travail trouve un de ses enjeux centraux : vouloir reprendre le travail comme avant, être considéré dans son activité comme une personne ayant des capacités entières, mais être conscient que sa situation nécessite des arrangements et des négociations, y compris dans une réorganisation informelle des activités. Une situation qui peut engendrer

³ Waser et Lhuilier ont étudié les principales réactions des salarié.e.s confronté.e.s à une maladie chronique sur le lieu de travail (Waser, Lhuilier, 2016).

une relation de « dette »⁴ du salarié vis-à-vis de son entreprise et connaître une trajectoire marquée par les conséquences de cette éventuelle accumulation de la dette.

▪ Faire valoir

« Il fallait que je me fasse opérer vite, alors j'ai été obligée de le dire. » (salariée cancer du sein)

Les expériences de différenciation « impliquent de faire reconnaître la différence ou de faire valoir un droit ou un statut (...). Autrement dit, il s'agit non seulement d'obtenir des modalités de traitement particulier, dérogatoire par rapport aux autres salariés, mais encore d'en assurer la légitimité. »

« En séminaire, j'ai refusé de faire chambre commune. Les gens ne voudraient pas partager leur chambre avec un monstre. » (femme cancer du sein, avec ce qui est ici intéressant : la personne n'a pas souhaité se justifier... ce qui est une façon aussi de faire valoir)

Préférer faire reconnaître officiellement sa différence et mettre en avant sa situation est une prise de risque particulière⁵.

« Ensuite on va dire « elle a un macaron », mais elle n'a rien. » (salariée maladie chronique)

« Le chirurgien m'a dit de faire la RQTH pour bénéficier de la retraite anticipée. Certaines personnes sont gênées par le terme « handicapé ». Moi, j'ai évolué dans la société, ça va. Il y a des gens qui ont du mal, c'est normal. » (salariée, cancer du sein)

3.2 L'expérience des managers à qui il a été dit

Pour les managers qui travaillent et encadrent des personnes concernées par la maladie dans leur activité quotidienne, recevoir l'annonce de la maladie n'est pas forcément simple non plus ; et les difficultés ne s'arrêtent pas aux échanges relatifs à l'organisation de l'absence et du (éventuel) remplacement mais peuvent se poursuivre au retour de la personne.

« Quand on apprend cela, tout devient très sensible, comment on met des barrières, on évoque la vie personnelle. On met en place quelque chose qui renvoie aussi aux relations qu'on avait avant l'annonce, on n'a pas les mêmes affinités avec tous les collaborateurs. Avec certains, le professionnel et le personnel sont mélangés. Ça veut dire aussi oser dire les choses... c'est mieux quand on met les mots, dans le bon registre, il faut mettre un cadre ad hoc. Mais comment on tient la bonne distance, sur la durée...ça ... » (manager homme / salarié homme cancer).

« Quand je suis arrivée, le cas de Y est arrivé. Au début elle ne l'a pas forcément dit, cela a été soudain pour tout le monde et c'était la première fois que cela arrivait dans la société, cela touchait une personne aimée de tout le monde. Ça nous a touché. On a choisi de se caler sur le cadre légal. Les gens ont pris des nouvelles et on avait un noyau dur d'amis, 6 personnes étaient impliquées dans sa maladie. Cela permettait sans doute pour elle de savoir qu'elle n'avait pas à avoir peur pour son job. » (manager femme / salariée cancer du sein)

Le rôle du manager de proximité, quand une équipe est confrontée à un.e collègue malade, est parfois de faire du lien, d'expliquer la situation et de faire en sorte que tout se passe bien. En effet, si les collègues acceptent le report d'une partie de la charge de travail, la solidarité peut avoir des limites. Il s'agit alors de retrouver un équilibre qui soit vivable pour tous, au mieux.

⁴ Selon Waser et Lhuillier, cette dynamique s'inscrit alors dans « le cycle du donner-recevoir-rendre (Maus, 1950). »

⁵ En effet, la maladie et la manière dont on la gère sont sans cesse soumis à des jugements moraux et à des interprétations (sur les contraintes, les arrêts, la lutte, la durée, la performance...) de la part des autres (Dodier, 1985).

Projet d'innovation « travail et cancer du sein dans les entreprises et les organisations »

Document de travail – exploitation immersions en entreprises sur le « dire ou pas » la maladie

Diffusion restreinte aux membres du projet – document confidentiel

« Et parfois, les collègues ne comprennent pas tous ces changements. Ils doivent prendre le relai et compenser en faisant des heures supplémentaires ou en venant le samedi, et bien sûr les équipes ne sont pas toujours partantes. Surtout quand on doit essayer de ne pas mettre la personne en porte à faux et qu'on n'a pas vraiment de justification à donner puisque ce qui lui arrive, sa maladie, ça ne nous regarde pas. » (femme manager de proximité / équipe dont fait partie une femme ayant eu un cancer du sein)

Mais la situation n'est pas toujours claire pour les managers qui ne sont pas forcément au courant des effets de la maladie ou de la durée d'une absence.

« On essaye de faire au mieux avec les infos qu'on a, sans laisser la personne de côté. » (manager de proximité / équipe dont fait partie une femme, maladie chronique)

« Elle a mis plus de 15 jours après son arrivée pour en parler. Je ne savais même pas, au départ, qu'elle avait deux jours de télétravail par semaine comme aménagement spécifique. » (femme manager de proximité / femme, cancer du sein)

Si elle pose des questions d'organisation et de gestion des équipes, la survenue d'une maladie peut aussi réinterroger le manager sur son activité et conforter, ou non, une manière de faire.

« Pour moi, en tant que manager, ça m'a aussi fait évoluer. Entre nous, ça a libéré des choses, on a beaucoup discuté depuis. Mais surtout, les premiers réflexes que j'ai eus avec elle ont conforté ma manière de manager, notamment avec d'autres collaborateurs qui avaient des soucis familiaux. Evidemment, ce n'est pas la même chose, mais je sais que donner de la liberté et de la flexibilité marche à tous les coups. C'est la clé, que ce soit pour le salarié, ou pour l'entreprise. » (femme manager / femme, cancer du sein)

4. Des repères théoriques utiles pour mieux saisir les expériences des salarié.e.s et de leurs managers

On ne prétend évidemment pas couvrir tout le sujet par ces quelques apports, mais simplement partager des grilles de compréhension et des modèles théoriques qui nous semblent clés pour la suite du projet expérimental « travail et cancer du sein ».

4.1 la maladie et le lieu de travail⁶

L'auteur rappelle que la maladie a pour propriété d'atteindre les capacités individuelles de réalisation d'une activité, dont le travail évidemment.

Dans le milieu de travail, le médecin est celui qui légitimement peut libérer le ou la salariée des attentes de son employeur ; c'est lui qui décide qui est « réellement malade » dit Dodier. Or le médecin est absent du lieu de travail, personnage clé de la situation ET simultanément absent de la situation, ce qui n'est pas sans conséquence sur la légitimité de sa décision aux yeux de l'ensemble des personnes en interaction avec le ou la salarié.e malade.

Les travaux de Dodier mettent en évidence deux modes d'interaction avec la maladie sur le lieu de travail :

- un régime libéral caractérisé par une logique de confiance, qui se caractérise par des modulations élevées sur tous les registres possibles que sont

⁶ Titre d'un article de référence de Nicolas Dodier : La maladie et le lieu de travail. In: Revue française de sociologie, 1983, 24-2. pp. 255-270;

- les horaires,
- l'intensité du travail et
- le choix des activités à réaliser
- un régime pointilleux caractérisé par une logique de soupçon avec des modulations faibles

Les maladies questionnent différemment le degré de légitimité du comportement des salarié.e.s., quel que soit le régime en vigueur dans l'entreprise et Dodier nous invite à distinguer ici

- les maladies évidentes des maladies ambigües,
- les maladies impératives des maladies ambulatoires.

Il nous semble que le cancer du sein traverse ces catégories, d'abord maladie évidente et impérative pour ensuite, quand les salariées reprennent leur travail (ou le poursuivent pendant leur traitement) une maladie ambiguë (la fatigue, les troubles cognitifs, difficiles à objectiver) et ambulatoire...

Ainsi, les raisons de dire ou ne pas dire, les informations à partager et celles à réserver, tout ceci pourrait évoluer significativement au long de la trajectoire de la salariée concernée et de son entourage professionnel.

Et de plus, notamment quand la maladie est ambulatoire/ambiguë, la demande d'objectivation que les managers formulent souvent pour traduire la difficulté qu'ils éprouvent à justifier les arrangements qu'ils.elles adoptent pour permettre à la salariée de travailler et de prendre en charge sa santé ; disposer d'une information « objective » leur semblerait la meilleure solution pour ajuster les modulations, pour justifier leurs décisions vis à vis du collectif, pour argumenter sur des ressources spécifiques dont ils.elles auraient besoin.

Quand on lit Dodier, on comprend que cette demande d'objectivation, pour compréhensible qu'elle apparaisse, est plutôt une fausse piste.

Deux pistes nous semblent en revanche très prometteuses :

- les routines développées dans certaines ETI⁷ contributrices au projet, ayant institué des espaces de régulation – avec des configurations variées : les managers entre eux, les managers avec les équipes fonctionnelles, des élus, des représentants des SST- où ce sont les modulations pour soutenir l'activité de la salariée qui sont l'enjeu des échanges et non l'examen fin de sa santé, objectivé par des mesures, pour gérer ses conditions d'emploi...
- les conseils de certaines salariées, qui insistent sur le fait qu'elles ont pu proposer des solutions organisationnelles performantes pour elles et du point de vue de leur manager car elles avaient su exprimer leurs besoins

Quelques témoignages des salarié.e.s nous semblent apporter une réponse décisive

4.2 la santé et la santé au travail, deux cadres de référence qui ne présentent pas les mêmes enjeux

Dans le domaine de la santé publique, sous l'impulsion d'initiatives clés développées en particulier dans le cadre de la lutte contre le Sida, la parole sur la maladie, les droits du patient, l'éducation thérapeutique du patient, tout ceci concourt à valoriser le mouvement de « libération de la parole », la « fin des tabous », etc.

⁷ voir la note de travail « référent collectif » qui extrapole des dispositions organisationnelles très performantes analysées dans certaines des ETI du projet

Les valeurs de la société pénètrent le monde de l'entreprise et contribuent à en faire évoluer les règles, sous la pression d'attentes sociétales que les entreprises accueillent avec plus ou moins d'empressement mais finissent par devoir intégrer dans leurs pratiques de management.

Dans le champ de la santé au travail, il nous semble que l'accueil sans filtre des attentes relayées par les médias et un certain « mainstream » de la société civile sur la « libération de la parole » devrait être appréhendé avec grande attention.

En revanche, il nous semble que les connaissances sur « le travail constructeur de santé » pourraient être bien davantage mobilisées pour donner un socle robuste aux solutions favorisant le retour ou le maintien en emploi des salarié.e.s.

Qu'est ce que « le travail thérapie » ?

Cette aspiration de certaines personnes malades à travailler pendant les traitements donnent lieu à quelques études⁸ : leurs motivations seraient

- par envie personnelle 19%
- pour ne pas changer de vie 14%
- ne pas penser seulement à la maladie 15%
- par obligation financière 15%
- par peur de perdre leur emploi 7%

Ou encore, pour le cas spécifique⁹ des femmes ayant un cancer du sein et voulant travailler pendant leurs traitements : travailler c'est

- continuer à vivre comme avant la maladie pour 42%
- conserver un lien social pour 25%
- garder le moral pour 25%
- par conscience professionnelle, 22%
- pour des raisons financières, 9%

A quelles conditions la personne parvient-elle à trouver dans son travail des ressources pour trouver un nouveau régime de performance qui lui permet de gérer sa santé ?

Pour travailler à l'amélioration des situations d'altération de la santé des salarié.e.s, Waser et Lhuilier¹⁰ appellent à « déprivatiser » les questions de santé en entreprise pour les faire entrer dans une perspective plus collective, qui permette une organisation nouvelle. Dans cette organisation nouvelle, la pathologie ne serait pas le point central dans la prise en compte et la gestion des situations. Selon elles, les difficultés « tiennent moins à la pathologie qu'aux situation socioéconomiques et qu'aux limitations fonctionnelles dues à la maladie ou aux effets secondaires des traitements. Ce qui conduit à souligner la nécessité de se décentrer de l'approche diagnostique et donc médicale, pour privilégier la prise en compte des restrictions (...), en fonction des marges de manœuvres et ressources dont elles disposent ou qu'elles tentent de construire. »

Dans cette reconstruction de la santé, le collectif est incontournable. Ici encore les ETI ont des atouts pour faire face à ces défis du retour ou maintien en emploi.

Les retours d'expérience partagés par les salarié.e.s et l'encadrement témoignent de liens interpersonnels, d'amitié et de soutien et dans de nombreux cas, ainsi que Lhuilier et Waser le promeuvent, un "collectif

⁸ enquête Centre Léon Bérard op.cit.

⁹ enquête Calista, Laboratoires Roche - Fiche info : continuer à travailler pendant le traitement d'un cancer du sein, c'est possible ? 31 aout 2016

¹⁰ « que font les 10 millions de malades ? vivre et travailler avec une maladie chronique » AM Waser et D Lhuilier, Ed ERES 2016

formalisé" intervient qui représente un socle irremplaçable pour concevoir des « bricolages organisationnels » ajustés, évolutifs et performants.

« Mais la santé est un processus, et elle n'est pas réductible à une affaire privée et personnelle, elle est le produit d'un travail de santé qui sollicite la coopération des autres. Il faut que la personne puisse rencontrer les autres. Quand autrui se dérobe, le processus d'exclusion commence » (intervention de Dominique Lhuilier au colloque « cancer et travail » du Canceropôle de Nantes en mars 2019)

Annexe

Extrait recommandation HAS

Le secret médical et professionnel au service du maintien en emploi

Selon l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

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

Le CRPE est visé par les articles L. 323-3 et L. 432-9 du Code de la sécurité sociale et par les articles L. 5213-3, R.5213-9 et D. 1242-3 du Code du travail ; cf. fiche pratique sur le site du ministère du Travail : <http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/contrats-et-carriere/emploi-et-handicap/article/handicap-le-contrat-de-reeducation-professionnelle> .

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

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article

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

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne **requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée**, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (cf. décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins).

S'agissant du dossier médical santé travail plus précisément, celui-ci ne peut être communiqué qu'au médecin de son choix, à la demande de l'intéressé. En cas de risque pour la santé publique ou à sa demande, le médecin du travail le transmet au médecin inspecteur du travail. Ce dossier peut être communiqué à un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge, sauf refus du travailleur (article L. 4624-8 du Code du travail).

En matière de maintien en emploi, plusieurs acteurs interviennent. Pour favoriser ce maintien en emploi, il est donc nécessaire d'établir des règles claires de communication des informations médicales :

- au sein même de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ;
- avec les autres acteurs du maintien en emploi.

2.2.1 Le secret médical et professionnel au sein de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail

L'équipe de santé au travail n'est pas une équipe de soins au sens du Code de la santé publique. En effet, selon l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique, « l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes ».

Ainsi, tout partage d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne, entre les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, requiert en principe son **consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée**.

Autrement dit, le partage d'informations doit être strictement nécessaire à la prise en charge du salarié qui doit donner son accord préalable.

Dans ses recommandations de 2015 (34), le CNOM précise que : le médecin du travail ne peut partager les informations médicales du DMST qu'avec les professionnels de santé qui participent à la prise en charge du salarié, et uniquement **pour ce qui est nécessaire à cette prise en charge**, conformément aux principes posés à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique. Au premier rang de ces professionnels de santé figurent les infirmier(e)s de santé au travail.

Le CNOM met en avant trois conditions à cet échange d'informations :

Projet d'innovation « travail et cancer du sein dans les entreprises et les organisations »

Document de travail – exploitation immersions en entreprises sur le « dire ou pas » la maladie

Diffusion restreinte aux membres du projet – document confidentiel

□ L'échange d'informations médicales doit avoir pour but de permettre la meilleure prise en charge sanitaire possible ;

□ les informations doivent être « nécessaires, pertinentes et non excessives » ;

□ le salarié doit être informé de ces échanges et ne pas s'y être opposé. Le décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins précise les conditions et modalités dans lesquelles le consentement de la personne prise en charge (en l'occurrence, le salarié) doit être recueilli en vue du partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins (en l'occurrence, les membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail), d'informations nécessaires à sa prise en charge. Ce recueil de consentement doit ainsi respecter les conditions suivantes (articles D. 1110-3- 1 et suivants du Code de la santé publique) :

- **Une information claire** : la personne et, le cas échéant, son représentant légal, est *dûment informée*, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès.
- **L'information préalable de la personne est attestée** par la remise à celle-ci, par le professionnel qui a recueilli le consentement, *d'un support écrit*, qui peut être un écrit sous forme électronique, reprenant cette information. Ce support indique les modalités effectives d'exercice de ses droits par la personne ainsi que de ceux qui s'attachent aux traitements opérés sur l'information recueillie, en application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Article D. 1110-3- 2 dudit Code).
- **Un consentement recueilli par tout moyen** : le **consentement préalable** de la personne, ou de son représentant légal, est **recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée**, après qu'elle a reçu les informations prévues ci-dessus. Le consentement est recueilli par chaque professionnel, par tout moyen, *y compris sous forme dématérialisée*, sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence.

En cas d'impossibilité ou d'urgence, ce professionnel procède au recueil du consentement lorsque la personne est de nouveau en capacité ou en situation de consentir au partage d'informations la concernant. Il en est fait mention dans le **dossier médical** de la personne.

Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il est strictement limité à la durée de la prise en charge de la personne. La prise en charge peut nécessiter une ou plusieurs interventions successives du professionnel.

La matérialisation du recueil des modifications ou du retrait du consentement est faite selon les modalités décrites ci-dessus (Article D. 1110-3-3 dudit Code).

Le CNOM ajoute que le psychologue n'étant pas un professionnel de santé, il ne peut avoir accès au DMST. Les échanges d'informations entre le médecin du travail et le psychologue ne peuvent se faire que par l'intermédiaire du salarié. Le compte rendu du psychologue sera intégré au dossier médical avec l'accord du salarié.

Le médecin du travail peut autoriser l'accès pour les IPRP et les AST aux seules données du dossier médical relatives à l'étude du poste de travail du salarié. En revanche, l'assistante sociale ne peut avoir accès au dossier médical en santé au travail qui ne contient aucun élément susceptible de contribuer à la prise en charge du salarié.

Le secret médical et professionnel avec les autres acteurs du maintien en emploi

Qu'il s'agisse du médecin traitant du travailleur, du médecin conseil de la Sécurité sociale ou des autres acteurs du maintien en emploi (Service social de la CARSAT, Cap emploi, AGEFIPH, etc.), l'interdiction de communication automatique d'informations médicales pourrait être considérée comme un frein au MEE.

Il semble donc important de sensibiliser le salarié à l'importance de sa participation au processus de maintien en emploi. En effet, les acteurs du maintien en emploi ne faisant pas partie de la même équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique précité, tout échange strictement nécessaire à la continuité de sa prise en charge ne pourra se faire qu'avec l'accord préalable du salarié concerné (cf. le § 2.2.1 précédemment développé au sujet des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail).

Il est important de souligner que ni le médecin du travail, ni le médecin conseil n'ont accès au DMP.