

CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

LA NÉCESSITÉ D'UN REGARD CROISÉ

Médecine du travail, Psychodynamique du travail, Ergonomie, Toxicologie

Louis, 54 ans, est suivi dans notre service depuis 1979. Depuis cette date, il travaille à un poste de siliconage, en équipe alternante 2x8 h dans une entreprise d'enduction de papier (adhésivage après siliconage). Il travaille également à temps partiel dans une entreprise de transports scolaires (une à deux heures/j). Il n'a pas d'antécédent médical particulier et jusqu'en mars 1998, je ne le verrai que lors des visites annuelles.

LE CONTEXTE

LA FABRICATION

Le solvant de la silicone est soit du toluène, soit de l'essence C. À ce poste d'enduction, les niveaux d'exposition au n°hexane contenu dans l'essence C ont été longtemps le double de la VME : mesures ponctuelles effectuées par moi-même lors de différentes phases du processus de fabrication. Louis fait la préparation des bains de silicone depuis 1986, d'où un contact plus important avec les vapeurs d'essence C, d'autant que le bac de préparation ne comporte pas d'aspiration, que l'alimentation du bac machine est manuelle. Jusque là la silicone était achetée prête à l'emploi, le siliconneur remplissait seulement le bac machine. En 1993, un nouvel extracteur avec ouverture sur le toit ne semble pas avoir amélioré la qualité de l'air ambiant. À partir de 1995, on utilise de plus grande quantité de toluène. Les manutentions de broche augmentent parce que l'on change souvent de production. De nouveaux produits nécessitant des concentrations importantes de toluène ont été mis au point en fin d'année 1997 et il faut augmenter la productivité c'est-à-dire augmenter la surface de papier enduite et donc la vitesse de déroulement du papier dans la machine.

LA CLINIQUE MÉDICALE

Depuis 1984, Louis signale des céphalées en fin de semaine, céphalées régressant le week-end, des picotements oculaires et une irritation pharyngée lors de la préparation des bains. Pendant les années 1996 et 1997, il sera fréquemment en arrêt maladie pour des lombalgies, des gastralgies et des douleurs de l'épaule droite. Le bilan pratiqué sera considéré comme normal. Les douleurs de l'épaule ne seront pas calmées par les AINS mais par le repos et la kinésithérapie.

L'HISTOIRE DE L'ENTREPRISE ET LES CHANGEMENTS D'ORGANISATION

Depuis les années 1990, de nombreux changements sont survenus dans l'entreprise, rachat de l'entreprise familiale par un groupe papetier de dimension internationale et changement de management : tous ces changements ont généré beaucoup d'anxiété chez l'ensemble des salariés de l'entreprise. En 1994, Louis me disait : « *On a toujours le fusil entre les épaules* ». Au printemps 1997 : « *On est angoissé, quand on travaille l'après-midi, on pense tout le matin au travail qu'il y aura l'après-midi* ».

En parallèle j'ai constaté une volonté affichée « sécurité totale » avec un objectif de « zéro accident », obtenu par une contestation systématique de tous les accidents de travail et de toutes les maladies professionnelles et par la mise en place de « postes allégés ». La gestion de l'utilisation des solvants n'est pas liée prioritairement à l'impact sur la santé des salariés. D'autres critères semblent largement prédominants. Tout d'abord la pollution environnementale extérieure (certains objectifs réglementaires doivent être atteints d'ici 2003) qui doit être diminuée sous peine de sanctions, puis la préoccupation financière qui consiste à diminuer le coût des matières premières en favorisant la récupération des solvants. Au total, la diminution de l'exposition des salariés sera la résultante de ces deux exigences.

L'HISTOIRE ACTUELLE

LA PHASE AIGÜE : DEMANDE DE VISITE DE PRÉ-REPRISE PAR LE SALARIÉ DÉBUT MARS 1998, SUR LES CONSEILS DE SON MÉDECIN GÉNÉRALISTE

En décembre 1997, Louis a présenté une décompensation dépressive franche avec idées suicidaires. Son épouse qui travaillait à mi-temps dans la même entreprise avait été licenciée fin 1996 (licenciement économique) et elle vient d'être victime d'un accident bénin (fracture du pied). Louis rapporte sa décompensation dépressive à l'accident de son épouse. Il me signale également avoir été menacé de licenciement pour avoir refusé de travailler un samedi « *On vous envoie une lettre, on vous fout à la porte* ». Arrêté à partir du 15 décembre, sous traitement anti-dépresseur et anxiolytique, il reprend le travail le 5 janvier. Deux jours plus tard, il fait un malaise

sur le lieu de travail, lors du siliconage à vitesse rapide d'un produit à forte concentration en toluène. Il s'agit d'un malaise avec vertige et impression de chute. Le médecin traitant est appelé sur les lieux et note la présence de signes cérébelleux. Il est hospitalisé en neurologie et un bilan est effectué pour confirmer le diagnostic d'AIT. Doppler et scanner sont normaux. Il n'y a pas de facteur de risque cardiovasculaire particulier. L'IRM de fin février conclut « *aspect compatible avec une séquelle d'accident vasculaire hémorragique sans autre anomalie* »

Début mars, il est toujours sous traitement anti-dépresseur et Kardégic^o. Il signale la persistance de vertiges, des malaises peu typiques après des efforts physiques (gêne respiratoire, pâleur, « picotements » dans la tête) et toujours une démarche ébrieuse avec parfois une sensation de déséquilibre. Il dort bien mais rêve de travail depuis son arrêt. Il déclare avoir la tête vide et être devenu plus sensible au bruit. Il pleure pendant notre entretien. Il appréhende le bruit de sa machine (80 db[A] environ) alors que jusque-là, il s'est montré très attaché à ce poste de travail. Des signes cérébelleux persistent à l'examen clinique. Je lui propose de prolonger encore son arrêt. Il doit revoir le neurologue à qui j'écris pour évoquer l'hypothèse d'une étiologie toxique au malaise et aux symptômes persistants présentés par Louis, hypothèse également évoquée par son médecin traitant. Le neurologue récusera totalement cette hypothèse « *L'IRM qui a été fait ne va pas du tout dans ce sens, en l'absence d'éligibilité d'une atrophie corticale cérébelleuse et en l'absence d'anomalie de la substance blanche.* »

NOUVELLE VISITE DE PRÉ-REPRISE MI-AVRIL 1998

Louis a arrêté son traitement antidépresseur depuis trois semaines. « *Le moral est un peu meilleur parce que j'essaie de ne pas y penser. J'y suis retourné, j'ai vu le chef, rien que d'être là-bas, j'ai craqué* ». Il ne veut absolument pas reprendre à son poste antérieur et l'entreprise accepterait une reprise à temps partiel à un autre poste (exposant tout autant à d'autres solvants de mon point de vue). L'examen clinique est toujours perturbé avec des troubles de l'équilibre à la marche, des tests de dysmétrie positifs, et une tendance à la chute à droite. Il envisage par contre d'arrêter totalement sa deuxième activité pour des raisons de sécurité et m'en demande les modalités

VISITE DE REPRISE LE 4 MAI 1998

Louis a repris depuis trois semaines à mi-temps, à deux postes différents comportant une exposition à d'autres solvants que l'essence ou le toluène (acétate d'éthyle). « *Ca se passe mal* » avec intolérance au bruit des machines, intolérance aux odeurs et vertiges. Il a du être ramené à deux reprises à son domicile. Les troubles de l'équilibre sont moindres à son domicile qu'au travail. En accord avec son médecin traitant, je propose une inaptitude temporaire et une consultation spécialisée en neuropsychologie

BILAN DE LA CONSULTATION DE NEUROPSYCHOLOGIE DU 19 MAI 1998

« *L'image de l'IRM de février n'est pas ischémique, probablement pas hémorragique, dans une topographie inhabituelle*

pour une lacune ou une démyélinisation. Elle ne peut expliquer un tableau cérébelleux.

L'examen neurologique montre quelques oscillations lors de la marche du funambule et lors de la manœuvre de Romberg mais qui semblent être plus fonctionnelles qu'organiques. Pas d'autres éléments cérébelleux ou vestibulaires. Discours précis sans plainte de mémoire, de langage, de raisonnement ou de jugement, confirmé par l'épouse. Test de rapidité et d'attention normal. Le moral paraît excellent.

Conclusion : Pas d'argument pour envisager une encéphalopathie si ce n'est que Louis indique de façon précise que l'exposition aux solvants entraîne très vite des céphalées et le syndrome cérébelleux. Le contexte dépressif a été réel mais il est en grande partie amendé. Il convient néanmoins d'améliorer les conditions de travail. »

NOUVELLE VISITE DE REPRISE FIN JUIN 1998

Louis, qui n'a pas souhaité poursuivre le bilan neuropsychologique (test des capacités d'adaptation) re-travail à mi-temps depuis trois semaines. Il n'a plus de traitement, il n'a pas eu de nouveau malaise. Il est beaucoup moins exposé aux solvants mais est rapidement gêné s'il retourne près de la siliconeuse. On lui propose de travailler en horaires normaux à différents postes de l'atelier, en renfort d'autres postes. Il apprécie ce type d'horaire et surtout « *On lui fout la paix actuellement* ». Il nous faut néanmoins éviter de trop limiter l'aptitude car il y a toujours un risque potentiel de refus de reclassement et l'avis d'aptitude sera ainsi libellé, en accord avec Louis : « *Apte à reprendre son poste de siliconeur dès que la mesure de l'exposition quotidienne au toluène sera disponible.* » La tension artérielle est élevée à 17/11 ce qui est inhabituel.

Cette évaluation de l'exposition ne sera jamais effectuée par l'entreprise malgré les demandes réitérées effectuées lors des CHSCT, alors que je préciserai à plusieurs reprises que les malaises de Louis sont probablement liés à l'exposition au toluène. La CRAM estimera inutile d'effectuer des prélèvements demandant d'abord que soit améliorée la ventilation au poste de travail.

VISITE ANNUELLE EN MARS 1999

Louis a donc repris à temps plein début juillet 1998, pendant deux mois à la siliconeuse mais ça n'allait pas bien. Depuis six mois, il travaille en finition, en horaire normal : il n'a aucun traitement, n'a plus de vertiges, a bon moral et espère partir en préretraite en 2000. Une déclaration de MCP sera effectuée a posteriori.

Je ne reverrai pas Louis, parti en préretraite en 2000. D'après ses collègues, il va tout à fait bien.

LA FIN DE L'HISTOIRE

Fin 2001, je procèderai à des prélèvements ponctuels au poste de travail de siliconage, alors que de nouvelles améliorations ont été apportées à l'évacuation et à la récupération des solvants sur cette machine. Les prélèvements seront effectués au niveau des voies aériennes de l'opérateur lors de l'induction, avec des résultats toujours supérieurs à 100 ppm

pour un produit enduit à une vitesse inférieure de 50% à celle utilisée lors du malaise de Louis (la VME est à 100 ppm pour le toluène).

En période de changement fréquent de produit, les phases de redémarrage et de mise au point sont plus fréquentes et de fait lors de ces phases, la surveillance visuelle de l'aspect du papier implique un regard en surplomb de toute la surface du papier que ne peut s'effectuer qu'avec la tête de l'opérateur à l'endroit où l'évaporation est maximum, liée à la vitesse, aux mouvements des cylindres presseurs, à l'impossibilité d'aspirer suffisamment le solvant, sauf à avoir des problèmes de qualité. Le niveau d'exposition est donc très fluctuant et des mesures sur huit heures auraient pu être prises en défaut pour mettre en évidence les pics de pollution selon le type de produit enduit ou selon la nature de la tâche à effectuer durant cette période.

Je discuterai longuement avec le successeur de Louis, âgé de 54 ans, des risques toxicologiques et des manifestations cliniques liées à ce type d'exposition.

A posteriori, le diagnostic le plus probable me paraît bien être une intoxication subaiguë au toluène sur fond d'exposition chronique, intoxication favorisée par les modifications de la production et du management, chez un salarié vieillissant travaillant en équipe alternante depuis de longues années.

Les éléments en faveur de ce diagnostic sont essentiellement apportés par la clinique médicale traditionnelle nécessitant des connaissances en toxicologie et en psychodynamique du travail, clinique médicale traditionnelle qui s'appuie sur la clinique de l'activité de travail et l'ergonomie :

- Changement de produit plus fréquent sous contrainte temporelle avec augmentation des contraintes physiques liées aux manutentions de broches entraînant une hyperventilation pulmonaire donc une augmentation de l'exposition.
- Nouveaux produits nécessitant une plus grande vigilance d'où augmentation de l'exposition pour construire et stabiliser les savoir-faire de qualité mais aussi les savoir faire de prudence (par exemple, le travail en apnée lors de certaines phases).
- Changement de management, menace de licenciement induisant une plus forte exposition ; il faut absolu-

ment se montrer à son poste, même si pour certains produits stabilisés, on pourrait travailler correctement à distance.

- Changement fréquent de coéquipier ou remplacement par des salariés intérimaires mettant en échec les savoir-faire collectifs et imposant au conducteur de machine une exposition plus importante car il ne peut compter sur son coéquipier pour assurer un contrôle fin de la qualité.
- Diminution des défenses individuelles liées au vieillissement, au travail en équipe, à la précarisation (licenciement du conjoint), au surmenage (double activité).

Mais ces éléments m'obligent à faire le constat qu'il est bien difficile pour le médecin du travail de tenir à jour et un dossier médical avec la clinique médicale et une fiche d'entreprise qui garderait en parallèle les changements de technologie, les changements de production et d'évaluer à court terme et à long terme les expositions professionnelles, leurs variations (je n'évoque même pas les variations liées aux variations climatiques bien réelles pourtant dans le cas des solvants ! !) et les risques cumulés, dans un contexte de fonctionnement des services de médecine du travail avec facturation à l'acte médical.

Il n'est pas du tout évident qu'une équipe pluridisciplinaire aurait facilité la prise en charge de cette situation. Par contre le point de vue du médecin généraliste, appelé sur les lieux et qui a sans doute été impressionné, peut-être même incommodé, par l'importance de la pollution au poste de travail, et le travail en réseau a conforté mon point de vue soutenant indirectement mon intervention en CHSCT. Simultanément, cet incident révélait les contradictions entre la réalité des situations de travail et la politique de communication de l'entreprise.

NB : Une réflexion semble s'élaborer dans l'entreprise actuellement, sur « comment travailler sur les questions de sécurité à partir de l'analyse des incidents de fabrication et des petits accidents de travail survenant chez les intérimaires ». L'occultation renforcée par la politique du « zéro accident » dans d'autres unités du groupe se traduisant actuellement par des accidents graves, quelques échecs technologiques retentissants lors d'investissements, l'accident emblématique de l'usine AZF, puis le retour obligé à un encadrement de proximité issu du terrain, permettent de reparler du réel de l'activité.

Annie Deveaux