

UN DÉCRET A SUBVERTIR !

LES CAHIERS

S.M.T. N°20

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

JUIN 2006 10 €

ISSN 1624-6799

S O M A T I S A T I O N

LES MOTS DU TRAVAIL

SOMATISATION, LES MOTS DU TRAVAIL
SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL
LA CONSULTATION MÉDICO-PROFESSIONNELLE
ACTIONS FACE AUX CMR
STRATÉGIES PROFESSIONNELLES
DÉCRET

SOMMAIRE

Éditorial	<i>Annie LOUBET-DEVEAUX</i>	3
Somatisation, Les Mots du Travail		
Victoria	<i>Fabienne BARDOT</i>	4
A propos de la santé d'Arthur B...	<i>Odile RIQUET</i>	7
Mme Dolo et ses douleurs	<i>Isabelle LAGNY</i>	11
Jean, une histoire d'eczéma	<i>Annie DEVEAUX</i>	15
Souffrances et pathologies de surcharge dues au travail Comprendre les dynamiques qui se jouent au travail pour agir	<i>Dominique HUEZ</i>	17
Clinique de l'accompagnement des personnes qui somatisent en lien avec le travail	<i>Francette THEBAUD</i>	20
La singularité dans la consultation	<i>Jocelyne MACHEFER, Annie DEVEAUX</i>	22
Santé mentale et Travail		
Journal d'un médecin du travail	<i>Dorothee RAMAUT</i>	25
Santé mentale et travail : quelle pratique clinique pour le médecin du travail ?	<i>Annie DEVEAUX, Fabienne BARDOT</i>	33
La Consultation médico-professionnelle		
M. LPG, une consultation spontanée	<i>Annie DEVEAUX</i>	38
La consultation de médecine du travail	<i>Chantal BERTIN, Denise PARENT, Odile RIQUET, Nicolas SANDRET</i>	40
Consultation médico-professionnelle et santé publique	<i>Josiane CRÉMON, Alain CARRÉ</i>	43
Action face aux CMR		
Histoires de plombiers	<i>Annie DEVEAUX</i>	47
À propos de deux cas de cancers ORL	<i>Annie DEVEAUX</i>	49
Quelle stratégie de prévention et d'évaluation pour le risque reprotoxique ?	<i>Dominique HUEZ</i>	53
Stratégies Professionnelles		
Jean-Pierre, quand l'aptitude est facteur de construction de santé	<i>Annie DEVEAUX</i>	57
Conduites addictives et travail, un pari risqué	<i>Jean-Marie EBER</i>	58
Exercer la médecine du travail lors d'une privatisation : Comment ? Pourquoi ?	<i>Alain CARRÉ</i>	60
Vers une amélioration continue des Services de Santé au Travail	<i>Fabienne BARDOT</i>	62
Stratégies professionnelles et retour du réel	<i>Jean-Marie EBER, Odile RIQUET</i>	64
Décret		
Nouvelles dispositions réglementaires pour la santé au travail : <i>Il y a loin de la coupe aux lèvres... !</i>	<i>Alain CARRÉ</i>	67
Indépendance... disent-ils !	<i>Alain CARRÉ</i>	69
Résistance au décret	<i>COLLECTIF DES MÉDECINS DU TRAVAIL DE BOURG-EN-BRESSE</i>	70
Réflexions autour du nouveau décret	<i>Alain GROSSETÊTE, Jean-Louis ZYLBERBERG</i>	72
Sur la réforme du système de santé au travail	<i>Pierre ABÉCASSIS, Nicolas SANDRET</i>	74
Bilan SMT 2004	<i>Alain RANDON</i>	

É D I T O R I A L

UN DÉCRET À SUBVERTIR ?

28 juillet 2004 : début du grand chambardement dans les services de santé au travail. Depuis plus de cinquante ans, l'Institution Médecine du travail produit des avis d'aptitude vides de sens en terme de santé. Du jour au lendemain, changement radical dans la ligne de production ; ce sont des fiches d'entreprise qu'il faut produire. Les plannings étaient remplis d'examens médicaux, ils doivent se remplir de visites d'entreprises. Aux visites médicales, examens des corps objets succèdent les visites d'entreprise, examens des décors.

Par quelle mystérieuse alchimie, la fiche d'entreprise produirait-elle plus de santé que la fiche d'aptitude ?

Changement d'organisation du travail brutal qui ne prend pas en compte ce qui a été construit au fil des années, la résistance au changement et la subversion de la réforme, pour continuer la construction de notre métier, assurer l'accompagnement clinique, la veille sanitaire et la prévention primaire s'imposent.

Pour le législateur, la priorité était vraisemblablement la recherche de ce qui, chez chaque salarié pouvait constituer un sur-risque au poste de travail, dans un contexte assurantiel. Il s'agit sans doute maintenant de rechercher dans chaque atelier, chaque bureau, chaque chantier, ce qui constituerait un risque socialement inacceptable du fait de l'entreprise, au risque du désengagement du rôle régalién de l'État et de l'esseulement du médecin du travail. Pas de doute, si la fiche d'aptitude constituait surtout un outil juridique au relent eugénique, et non une fiche de recommandation d'aménagement de poste de travail, elle ne tardera pas à être remplacée par la fiche d'entreprise, qui d'outil de constat et de conseil peut se transformer, dans le contexte actuel de sous-traitance des risques et de judiciarisation en outil juridique de désengagement de l'action de santé publique et régalién de l'État, aux conséquences juridiques non maîtrisables.

Qu'allons-nous dire et qu'allons nous écrire pour sortir de l'énumération des risques, parfois bien faite en général par les syndicats professionnels, malgré leurs silences sur les risques organisationnels et psycho-sociaux ; le médecin du travail regardant les risques sous un autre angle que celui de son comptage. En quoi, les documents uniques d'évaluation des risques que nous avons reçus, auxquels nous avons parfois contribué, nous paraissent occulter le principal, à savoir l'engagement des hommes et des femmes, au risque de leur santé (risque de perdre ou de construire), pour faire ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail ?

Pour les médecins du travail, comme pour tout médecin, le temps essentiel reste le temps de l'entretien clinique. L'examen du corps prend sens à l'éclairage de l'entretien clinique, pour mettre en évidence les processus de somatisation ou les traces du travail. Le tiers temps médical n'a de sens qu'en lien avec l'entretien clinique préalable. Bien souvent le tiers temps n'est que mise en scène, et non contrôle ou vérification, de ce qui a été mis en mots dans le cadre de la consultation. Pour nous, ce tiers temps médical favorise une rédaction originale des dites fiches d'entreprise et permet d'appuyer sur des observations concrètes les dilemmes de l'activité, mis en mots dans le secret du cabinet médical.

Utilisons donc l'ambition apparente du plan santé-travail dont la priorité serait la lutte contre les risques psychosociaux et en particulier le stress, la réduction des TMS pour développer notre métier et montrer en quoi, y compris en terme de risque physique et de risque chimique, il est toujours question d'engagement des hommes et des femmes dans une organisation du travail sans cesse évolutive.

À nous de dire que l'activité humaine n'est jamais réductible à des cases à cocher dans un tableau. Apprenons à décrire, ce qui au fil des jours construit ou altère la santé, ce en quoi par exemple, les normes ISO, les certifications Qualité, la « démarche de progrès » du CISME que d'aucuns prétendent introduire dans les actes médicaux constituent la négation même de la pratique médicale et sont faites pour encadrer et paralyser la pensée et pour empêcher la rencontre authentique qui seule permet l'élaboration du sens.

Annie LOUBET-DEVEAUX
présidente de l'association Santé et Médecine du Travail

VICTORIA

Elle est employée dans une petite mairie depuis janvier 1982. Elle n'a jamais été titularisée ; elle a encore le statut d'auxiliaire mensuelle. Elle a actuellement cinquante-six ans et est en arrêt de travail depuis le mois d'août 2003. Fin 2003, elle a subi une ostéotomie de valgisation du genou gauche. Le médecin conseil vient de stopper le versement des indemnités journalières, ce qui l'oblige à reprendre son travail. Son « arrêt de travail n'est plus médicalement justifié », lui écrit-on. Je la vois donc, d'abord en consultation de « pré-reprise » début octobre 2004, à la demande du médecin conseil, puis en consultation de reprise quelques jours plus tard.

Victoria a commencé à travailler à quatorze ans comme apprentie en confection dans une entreprise qui devait sa renommée à la marque de prestige pour qui elle fabriquait. Au bout d'un an elle passe ouvrière. Trois ans plus tard, soit en 1967, elle quitte l'entreprise pour raison familiale. Elle devient femme de chambre et serveuse dans un hôtel-restaurant. Au milieu de l'année 1968, elle démissionne car elle est enceinte de son premier enfant. Elle élève sa fille pendant six mois avant de se mettre à la recherche d'un nouvel emploi. En 1969, elle entre dans une usine d'armement où elle sera ouvrière. En début d'année 1970, elle accouche de son deuxième enfant et entame immédiatement une nouvelle grossesse. Le troisième enfant naîtra en décembre 1970. Elle s'arrête trois années pour élever les trois enfants qui se sont succédés.

Son mariage ne sera pas une réussite. Son mari devient alcoolique, ce qu'elle supporte très mal. Elle le quittera en 1995 lorsque les enfants seront partis, sans pour autant divorcer. Elle s'occupe toujours plus ou moins de lui actuellement, mais à distance, car il n'est plus en très bon état.

À partir de 1973, elle fait, à temps partiel, des ménages chez des particuliers. En 1982, elle entre dans la mairie où elle est toujours, à mi-temps d'abord – durant trois ans – puis à temps plein. Elle débute comme femme de ménage. Elle est alors payée à l'heure, c'est-à-dire qu'elle n'est pas rémunérée pendant les congés qui lui sont imposés.

Trois ans après, soit en 1986, elle n'est toujours pas titularisée. Elle pense qu'il s'agit d'une forme de punition pour être entrée dans un « Comité Paritaire de Défense des

Ouvriers », En revanche, on lui propose un temps plein et elle est mensualisée.

Par la suite, une nouvelle équipe municipale arrive. L'espoir de titularisation renaît ; mais elle est très vite déçue, car, lui dit-on, alors qu'elle n'a pas encore atteint son quarantième anniversaire, « elle est trop vieille ». À partir de ce moment, c'est-à-dire vers les années 1986, elle dit qu'elle « en a eu marre de réclamer tout le temps » et qu'elle « n'a plus jamais réclamé ». Dès lors, les ennuis de santé et de travail ont commencé.

Son suivi médical de médecine du travail débute en 1982. Dans le dossier médical, sa tâche est assez détaillée. Alors qu'elle fait régulièrement le ménage au Centre Social puis dans les classes d'une école et qu'elle assure, en plus, le service des repas dans une autre école, tout cela sur une partie de son temps, elle complète ces activités diverses par des remplacements de collègues absentes employées aussi au nettoyage. En moyenne, elle fait alors 30 H par semaine.

Dès 1985, il est noté un arrêt de travail d'une quinzaine de jours pour un syndrome dépressif, tout de même traité par antidépresseur et anxiolytique et attribué à des « problèmes d'ambiance dans le travail ». En 1986, survient une crise de colique hépatique et, pour la première fois, des lombalgies sont signalées. Ensuite les ennuis de santé s'enchaînent sur un fond dépressif durable car, jusqu'en 1996, on retrouve tous les ans le signalement du même traitement anxio-dépressif.

- 1987 : sciatique gauche.
- 1988 : découverte d'un utérus fibromateux avec métrorragies gênantes.
- 1989 : lumbago avec radiographie normale du rachis lombo-sacré.
- 1990 : cholécystectomie et suivi assez serré par un psychiatre deux fois par mois durant quelques mois.
- 1991 : sciatique gauche hyperalgique ; hospitalisation et découverte d'une hernie discale L5-S1 traitée médicalement ; troubles du sommeil.
- 1991 : première restriction médicale « Travaux sans manutentions manuelles ».
- 1992 : prise de 10 kg en un an ; hystérectomie. Elle ne perdra jamais ces 10 kg supplémentaires.

- 1994 : elle passe son BAFA, en obtient la première partie et est mutée au centre de loisirs où elle fait du ménage et s'occupe d'enfants de trois à six ans. Elle est animatrice en garderie.
- 1995 : suivie pour rhumatismes ; fait une cure à Dax ; souffre de talalgies, de gonalgies et des doigts.
- 1995 : elle ne porte pas les enfants ; les contre-indications aux manutentions lourdes sont maintenues.
- 1996 : suite à des plaintes de parents pour comportement trop agressif avec les enfants, elle est sortie de la garderie et est déplacée au gymnase et à la piscine où elle fait du ménage en horaires décalés et très décalés. Elle niera toujours avoir été brutale avec les enfants. Elle expliquera qu'elle s'était simplement révoltée devant des injustices dans la prise en charge financière des repas du midi, certains agents voyant leur repas pris en charge et pas d'autres. Et un jour arriva, où elle reçut assez mal un parent d'élève dont l'enfant pleurait tous les matins. Ce jour-là, où elle « *était mal lunée* », dit-elle, elle lui répondit que « *de toute façon, il pleure toujours !* ». La famille se plaignit auprès de la mairie. Elle a été très affectée par cette histoire.
- 1996 : se plaint de douleurs dorso-lombaires, de coxalgies ; elle a mal partout. Le rhumatologue parle d'une pelvispondylite presque certaine et d'une grosse somatisation évidente.
- 1997 : la station debout prolongée est contre-indiquée. Le médecin du travail écrira ceci : « *Compte tenu de l'état de santé qui, évidemment, ne va pas s'améliorer avec l'avancée en âge, il n'est pas indiqué de soumettre V... à des travaux en station debout permanente, obligeant à des ports de charges et demandant des postures obligeant à des gestes forcés. Ce qui conviendrait le mieux serait un travail alternatif "assis-debout" (des petits travaux de ménage n'étant, dans ce cas, pas interdits), éventuellement du gardiennage. Lui faire savoir qu'on lui confie certaines responsabilités, qu'on lui fait confiance, améliorerait beaucoup les choses. En effet, actuellement, une revalorisation de son image par le travail lui permettrait certainement de retrouver en équilibre que plusieurs échecs professionnels lui ont fait perdre.* » Dans la foulée, Victoria fait intervenir la CGT pour appuyer une demande de mutation.
- 1999 : elle décrit des troubles cognitifs avec perte de mémoire, des difficultés à s'exprimer par moments (elle prend un mot pour un autre, dit-elle). Elle présente un tremblement important des doigts ; elle souffre toujours du dos. Une radio des deux mains montre un pincement des interlignes articulaires inter-phalangiennes et une rhizarthrose gauche.
- 1999 : elle est alors ATSEM et elle dit que ça va au travail, qu'il y a une « *bonne ambiance au travail* ».
- 2001 : souffre beaucoup d'arthrose et est traitée par méthotrexate. Une radiographie des genoux montre une exostose de la métaphyse tibiale supérieure gauche et un pincement bilatéral modéré de l'interligne fémoro-tibial interne.
- 2001 : s'occupe de cinquante enfants, fait beaucoup de ménage durant la période des vacances scolaires avec

une robobrosse très pénible à tenir et à conduire pour elle. Elle n'a pas toujours le temps de manger et grignote : « *Le travail c'est à plein régime, on n'a pas toujours le temps de manger* » dit-elle. Pourtant : bonne ambiance au travail.

La manipulation de gros outils vibrants de nettoyage est interdite par le médecin du travail.

L'autorité territoriale, en la personne du maire, est alors perplexe face à cette restriction et demande au médecin de « *bien vouloir lui faire savoir quelle intensité de vibration l'agent est à même de supporter* ». Il lui est donc répondu que « *l'emploi des mots "gros" et "vibrants" signifie que les deux contraintes conjuguées représentent une contre-indication et qu'il est bien difficile, voire impossible de définir une intensité de vibration* ».

Ensuite, Victoria n'est plus revue par le médecin du travail. Jusqu'à la demande du médecin conseil.

Elle se présente à cette consultation de « pré-reprise » en marchant difficilement, le genou est toujours douloureux (alors que le rhumatologue dit que le genou va bien anatomiquement, que la chirurgie a été efficace), elle a des douleurs articulaires généralisées. Bien que le diagnostic de spondylarthrite soit affirmé par le thérapeute (à cause du tableau clinique alors que le HLA B27 est négatif), ce dernier met en avant un contexte de dépression chronique qui domine le tableau clinique. Cependant, elle n'a plus de suivi psychiatrique depuis plusieurs années. Elle est pâle, un peu figée, le visage amimique.

Cliniquement, il paraît impossible au médecin du travail d'envisager une reprise d'activité. Victoria est sans ressort, apathique, comme démolie physiquement et usée psychologiquement. **Pour le médecin du travail, ce cas relèverait d'une mise en invalidité.**

Donc, il ne paraît pas envisageable de la renvoyer à l'école s'occuper d'enfants. D'ailleurs, elle ne veut pas en entendre parler, elle ne veut pas y remettre les pieds, dit-elle, elle préfère être licenciée, s'inscrire aux ASSÉDIC, et attendre sa retraite. Sauf qu'elle sera sans ressources sur une période relativement longue, ce dont elle n'avait pas pleinement conscience.

Le médecin prévient Victoria qu'il explore d'autres possibilités et qu'il la reverra le jour de sa reprise. Il commence donc, tout de même, par s'informer auprès du service des relations humaines de la mairie, des possibilités de reclassement sur un nouveau poste aménagé. Il apprend alors que Victoria aurait fait l'objet de plaintes de parents d'élèves à cause de comportements critiquables avec certains élèves. La mairie ne la veut plus dans l'école. En fait, la DRH envisage de ne pas renouveler le contrat de travail et de renvoyer Victoria aux ASSÉDIC.

Auxiliaire mensuelle, travaillant depuis plus de vingt ans dans la fonction publique territoriale sont deux caractéristi-

ques qui lui ouvrent le droit à faire une demande de « congé grave maladie » au Comité Médical. Le médecin propose de choisir cette voie qui, si elle aboutit, donne droit à un salaire complet pendant un an à l'agent. On gagne du temps.

La DRH de la mairie n'est pas au courant de cette procédure lorsque le médecin l'informe du montage du dossier ! Cependant, elle ne s'y oppose pas. Mais il faudra plusieurs mois d'attente avant de connaître la décision du Comité Médical. Le médecin du travail obtient donc du médecin conseil un ajournement de la suspension des indemnités journalières jusqu'au 1^{er} février 2005 ; le temps de « monter ce dossier ».

Le jour de la consultation de reprise, il n'est donc pas difficile d'expliquer la situation et de proposer l'incapacité temporaire, qui sera acceptée.

Victoria, qui est un peu moins abattue que la semaine précédente, aborde et décrit alors le conflit qui l'a précipitée dans ce long arrêt de travail. La maîtresse lui donnait trop de travail, elle lui disait tout au dernier moment et Victoria éprouvait des difficultés à faire ses préparations à temps pour les activités des enfants. Cette tension, évidemment, augmente les douleurs du genou gauche : « *J'avais trop mal au genou, je ne pouvais plus faire face* », dit-elle, alors que les contraintes de ce travail auraient dû déclencher beaucoup plus tôt les plaintes invalidantes liées à ce genou réellement pathologique. En effet la caractéristique du travail des ATSEM est de toujours se rétrécir pour être à la hauteur des enfants pour les habiller, les nettoyer, les installer, etc. Les articulations doivent être particulièrement souples car il faut sans cesse se lever, s'asseoir sur un siège bas ou s'accroupir, pour les plus agiles. Or, dès le départ de sa prise de poste elle parle de « bonne ambiance », le travail l'accapare et la réjouit, le genou s'accessoirise. Mais, face à des prescriptions organisationnelles rigides qui lui retirent ses marges de manœuvre de gestion de sa gestuelle, le genou redevient très présent ; il est la portion anatomique où s'amplifie la souffrance déclenchée par l'empêchement d'agir.

Une institutrice lui fait donc remarquer que son genou est très pratique pour s'arrêter. Victoria agresse alors l'institutrice en lui disant qu'elle n'est qu'une apprentie. Les institutrices écrivent au maire pour demander son retrait de la structure. Le jour de la rentrée, le 23 août 2003, le maire lui signifie son interdiction de retourner à l'école. Elle s'arrête le 25 août et n'a pas repris. Lorsqu'elle était à l'hôpital, elle dit que les enfants lui ont apportés des dessins, qu'ils étaient contents de venir la voir.

INTERPRÉTATION

Cette reprise chronologique d'événements privés, de travail et de santé permet de repérer, d'une manière assez caractéristique, une trajectoire ondulante où se succèdent ou bien se précèdent de peu des difficultés dans la vie personnelle, dans le travail et des troubles de santé ; ils ont donc la particularité de toujours se recouvrir partiellement ; pour le dire autrement, ces événements semblent liés et en interaction. C'est la **première constatation**.

La **deuxième constatation** serait que l'intensité des symptômes décrits et ressentis par l'agent « cadre » mal avec les catégories nosographiques qu'elles évoquent. Le tableau clinique de la spondylarthrite ankylosante est indéniable, mais le B27 est négatif, la symptomatologie lombaire est bruyante, mais les dégâts anatomiques que montrent l'imagerie médicale sont, somme toute, relativement modestes. On pourrait parler de « pathologies molles » qui ne se superposent pas aux « pathologies dures » des classifications médicales reconnues.

La **troisième constatation** est que, lorsque l'agent décide d'arrêter sa lutte pour une intégration stable dans la structure par la titularisation, en même temps que les troubles de santé physique, apparaît un syndrome dépressif qui constituera le fond stable d'un tableau clinique ondulant parallèlement aux difficultés rencontrées dans le travail.

Toujours est-il qu'il existe une empreinte corporelle aux échecs successifs, comme si la bataille abandonnée se rejouait dans ce registre.

L'incrustation somatique ou la sorte d'incorporation que les déboires (aussi bien d'ordre professionnel que d'ordre privé) qui se répètent semblent déclencher, est-elle explicable par la concomitance nécessaire du terrain dépressif ? Dans cette hypothèse, le terrain dépressif serait-il le lit qui permet à cette forme de pathologie « molle » de progresser, de durer et, au bout du compte, de véritablement invalider ?

Fabienne BARDOT

À PROPOS

DE LA SANTÉ D'ARTHUR B...

Questions à ceux qui cherchent du côté du travail

Je rencontre Arthur B... pour la première fois lors de sa visite d'embauche, en mai 2004. Il va bientôt avoir vingt-quatre ans, il est dans le monde du travail depuis l'âge de seize ans. Il est fils unique, son père est ouvrier de maintenance et sa mère aide à domicile. Il a quitté le domicile de ses parents depuis quelques mois pour un appartement dans lequel il vit seul. Il est plutôt bien bâti, costaud, mais il semble être ailleurs et il ne va pas très bien. Depuis plusieurs mois, il se plaint de palpitations, d'essoufflement à l'effort, symptômes pour lesquels son médecin traitant l'a adressé en consultation de cardiologie. Le bilan cardiaque s'est avéré normal. Il se plaint aussi de lombalgies fréquentes. Pas de drogue. Peu d'alcool, moins qu'avant. Pas d'antécédents médicaux.

Il est embauché en CDI depuis un mois dans une entreprise de fermettes industrielles, il travaille au montage des fermettes, c'est-à-dire un travail de montage de pièces de charpente en bois, maintenues ensemble par des connecteurs métalliques qu'il faut positionner et pré-enfoncer à l'aide d'un maillet avant le passage de la fermette dans une presse. Ce travail est effectué collectivement autour d'une table par quatre ou cinq monteurs en fonction de la taille de la fermette. Arthur B... est satisfait de cette embauche, il ne se plaint pas de ses conditions de travail actuelles mais les palpitations dont il me parle spontanément justifient un travail de questionnement sur son passé professionnel.

Sans vouloir faire la liste des choses qui font battre le cœur, il s'agit là de questionner le travail d'Arthur B... dans l'idée qu'une émotion née de ce qu'il a vécu dans le travail, inscrite dans son corps, non résolue, existe à l'état latent ; une émotion mise en place pour résoudre un problème impossible, pour faire face à une impasse.

Arthur B... a un CAP de boulanger, il a travaillé pendant ses deux ans d'apprentissage et ensuite pendant un an comme ouvrier dans une grosse boulangerie pâtisserie, sept à huit salariés, un travail d'équipe sans difficultés. De manière assez habituelle en boulangerie, le contrat n'est pas renouvelé au bout d'un an, pour permettre l'embauche d'un nouvel apprenti. Arthur a travaillé ensuite dans une autre bou-

langerie, plus petite, très mal aérée où il était exposé anormalement à la farine, ce qui a déclenché une allergie. Arthur a du abandonner le métier qu'il aimait. Bien que je sois attentive à ce moment là de la consultation aux mouvements du corps et à la voix d'Arthur, aucune émotion n'apparaît dans l'évocation de ce métier choisi, désiré, abandonné pour raison de santé, ni dans cette rupture de sa vie professionnelle.

Arthur B... a travaillé ensuite par intérim pendant plus de trois ans, de multiples missions dont il semble très difficile pour lui de faire l'historique et parmi lesquelles une mission de dix-huit mois dans une entreprise de teinture et impression. Arthur B... a-t-il rencontré des conditions de travail particulièrement difficiles ? Est-ce qu'il a dû quitter un travail parce qu'il était trop pénible, trop dangereux, trop stressant ? Est-ce qu'il a été victime d'un accident de travail ? Arthur raconte alors qu'en 2001, pendant sa mission d'intérim dans l'entreprise de teinture et impression, il a été victime d'un accident de travail, son bras droit a été pris entre deux rouleaux d'une essoreuse. Arthur a eu très peur, il a vraiment cru qu'il allait perdre son bras. Son émotion est alors manifeste, il me semble qu'elle traduit à cet instant la présence de cette usine, de cette machine, de ces rouleaux dans son corps. Tout en accusant réception de cette émotion, tout en le soutenant du regard, il faut poursuivre le questionnement. Qui lui a porté secours ? Comment s'est comportée la direction ? Arthur a-t-il eu le soutien de ses collègues ? Arthur exprime son indignation, un sentiment d'injustice devant les comportements de ses collègues et de son chef qui ont minimisé l'incident comme c'est souvent le cas dans ce type d'accident par compression. En effet, il n'y a pas de plaie, pas de sang, donc pour les témoins, ce n'est pas grave, mais les douleurs sont intenses et persistent longtemps. Pour Arthur, dans cette usine, ce n'était pas vraiment une équipe de travail, pas comme à la boulangerie, c'était chacun pour soi, et il exprime avec émotion un sentiment d'isolement dans le travail, un sentiment qu'il n'avait pas ressenti lorsqu'il était boulanger.

Son bras va guérir sans séquelles, mais apparaissent les palpitations et l'essoufflement à l'effort. Mon questionnement

retrouve aussi des bourdonnements d'oreille, des sensations vertigineuses, le sentiment de n'être plus le même. Tous ces symptômes persistent encore et sont évocateurs d'un syndrome subjectif post-traumatique. Tous les bilans pratiqués ont été négatifs.

À la fin de cet échange, je propose à Arthur l'hypothèse que les symptômes présentés pourraient être en lien avec le traumatisme qu'il a présenté, avec sa peur qui est justifiée, et qui est une réaction normale et saine, avec sa colère légitime devant la non reconnaissance par l'entreprise du préjudice qu'il a subi. Proposition qu'il ne reprend pas par la parole mais que son attitude et son regard laissent à penser qu'elle pourrait être juste et qu'elle pourrait l'autoriser à penser autrement ce qu'il ressent dans son corps.

Cette visite d'embauche a été relativement longue, un échange sur le retentissement du travail sur sa santé a pu avoir lieu, un lien de confiance a pu se mettre en place. Étant donné ses problèmes de santé actuels, je propose à Arthur B... de le revoir en juillet au moment de la visite annuelle de tous les salariés de l'entreprise.

Je revois Arthur B... fin juillet 2004. Les visites annuelles ont lieu dans un centre médical secondaire. Habituellement tous les salariés qui travaillent autour de la même table de montage viennent ensemble, et il n'est pas raisonnable de garder un salarié dans le bureau médical beaucoup plus longtemps que les autres. Pourtant Arthur B... ne va pas très bien. Il ne se plaint plus de tachycardie, ni de vertiges, mais il a eu un arrêt de travail de huit jours fin juin pour des lombalgies, il est fatigué et il souffre toujours de son dos. Les lombalgies sont atypiques, tenaces, accentuées par la toux, sans signe de sciatique. Se pose pour moi la question de savoir si ces lombalgies sont le signe d'un conflit entre l'engagement d'Arthur dans le travail et le collectif ?

Je connais le poste de travail d'Arthur. Le travail de montage impose de monter sur la table pour taper au maillet sur les connecteurs les plus éloignés des bords de la table. Ce sont les plus jeunes qui montent et qui descendent, à tour de rôle. Les fermettes sont ensuite évacuées à plusieurs. C'est un travail répétitif, soumis à un certain rendement, et qui demande beaucoup de coordination entre les différents équipiers et le chef d'équipe. Il s'agit donc pour chaque monteur de participer aux stratégies défensives collectives : s'économiser quant au nombre de coups de maillet et aux montées sur la table, maintenir une ambiance détendue autour de la table pour que le travail collectif soit possible. Dès qu'un monteur entend se singulariser, ne pas participer aux blagues et aux discours, il risque rapidement de devenir le bouc émissaire et peut rapidement être exclu. Autour de ces tables de montage, le turn-over est important, seul le chef d'équipe est un professionnel du bois ; beaucoup de jeunes non qualifiés, quelques anciens du textile ou des transports reclassés là.

Mais Arthur B... ne reconnaît aucune difficulté par rapport au collectif de travail ou à l'organisation du travail, il souhaite continuer dans ce métier et dans quelques jours l'ate-

lier ferme pour quatre semaines de vacances d'été et il sera en vacances.

L'examen audiométrique est difficile à réaliser, les réponses sont variables, surprenantes, je ne sais plus si Arthur B... est préoccupé, « ailleurs » ou s'il présente un véritable déficit auditif. Je l'adresse donc en consultation ORL pour avoir un avis spécialisé et à son médecin traitant pour un bilan radiologique de ses lombalgies. Dans cette consultation, j'aurais aimé revenir sur le passé professionnel, sur les conditions d'apparition de l'allergie, sur le rapport au collectif, mais la situation ne me le permet pas. Je vais donc simplement dire à Arthur B... que je reste à sa disposition si sa santé ne lui permet pas de continuer ce travail et qu'il peut venir en consultation à sa demande.

Trois mois plus tard, fin octobre, Arthur B... téléphone dans le service pour me dire qu'il n'en peut plus, qu'il ne veut plus y retourner, qu'il va démissionner. Il est en arrêt maladie depuis dix jours. Je lui propose de venir en consultation pendant son arrêt maladie.

Je le rencontre donc trois jours plus tard. Il a toujours l'air « un peu ailleurs », il commence à parler comme s'il était extérieur à tout ce qui lui arrive. Il me dit qu'il est sous *Lysanxia*^o depuis quelques jours car il était trop énervé, il n'arrivait plus à dormir. L'examen ORL était normal. Le bilan radiologique de la colonne également. Des séances de kinésithérapie sont en cours et elles lui sont bénéfiques. Les lombalgies persistent mais elles sont calmées par l'arrêt de travail.

Mais le problème, c'est le travail. Depuis les vacances, il se sent harcelé par le chef d'équipe qui s'acharne contre lui. « *Tu n'es qu'un bon à rien, tu ne tapes pas assez fort, pas correctement, tu ne mets pas les bois dans le bon sens.* » Il n'est pas soutenu par l'équipe, tout le monde est contre lui, il se retrouve tout seul pour porter les fermettes les plus lourdes. Quand il s'est arrêté en maladie pour son dos, toute l'équipe s'est « foutue de sa gueule » : « *On ne s'arrête pas en maladie pour un simple mal de dos.* »

Il semble que l'arrêt maladie soit l'événement à partir duquel la situation est devenue conflictuelle et le travail vécu comme une situation de harcèlement. Mais qu'est-ce qu'Arthur soutient ou défend et qui le place hors du collectif, hors des stratégies défensives collectives ? Sur quelles règles a-t-il construit son rapport au travail ? Mon questionnement portera de nouveau sur le passé professionnel.

Arthur a fait son apprentissage dans une vieille boulangerie, avec un vieux patron. C'est lui qui lui a tout appris, avant tout la précision. Là ce qui comptait c'était le produit, le pain. Pour le patron, la règle c'était que tout ce qui était fabriqué devait être « plus que parfait ». Du beau et du bon pain. Tout le monde était en accord avec cette exigence de précision et de qualité. Pas de problème avec le collectif. Le patron lui faisait totalement confiance. Au bout de six mois, alors que « les apprentis n'ont pas le droit d'être seuls »

(précise Arthur), il lui laissait la clé, il lui disait : « *C'est toi qui mets en route* ». La contrainte de temps était très forte, il fallait être très rapide, mais Arthur aimait cette hyperactivité, il ne voyait pas le temps passer.

Dans la deuxième boulangerie, c'était bien différent. Le patron buvait. Pour lui, tout ce qui pouvait être vendu, c'était bien, quel que soit l'aspect. Là, Arthur faisait trois postes à lui tout seul : le boulanger à la place du patron qui ne faisait plus rien, le pâtissier et le vendeur : régulièrement seize à dix-huit heures de travail par jour pour essayer quand même de faire du bon boulot. L'allergie est arrivée en quinze jours, Arthur s'est mis alors à saigner du nez et des gencives. Impossible de continuer le travail. Arthur a fait un autre essai dans une autre boulangerie, les mêmes symptômes sont réapparus et il a dû abandonner le métier de boulanger.

À ma proposition : « *Il est possible que le stress lié au surmenage, aux difficultés d'organisation du travail et au désaccord avec le deuxième patron, ait favorisé l'apparition de cette allergie à la farine* », Arthur dit : « *Non, l'allergie est liée au changement de farine d'une année à l'autre, car les symptômes étaient toujours là pendant l'essai dans une troisième boulangerie* ».

Sur son poste de monteur, Arthur reste très exigeant, pour lui, l'objectif est de mettre les connecteurs bien en place, et que la fermette soit bien montée. Objectif difficile à tenir quand on est cinq ou six autour d'une table, pour ne pas dire impossible dans ce travail collectif où : « *Il y en un qui tape d'un côté, l'autre tape de l'autre côté, ça défait ce que tu viens de faire* », et dans lequel c'est la presse qui termine le travail et qui rend l'objet conforme. « *C'est carrément ennuyeux, on attend, on s'ennuie.* » Je fais avec lui l'hypothèse qu'il est contrarié dans son engagement dans le travail, et que son mal de dos témoigne peut-être de ce conflit entre l'« à peu près » inhérent à ce travail de montage et « le plus que parfait » de l'objet qu'il voudrait faire.

Il s'agit de savoir si cette situation de travail, ce vécu de harcèlement peut mettre en jeu la vie d'Arthur. Est-ce qu'il a pu en parler autour de lui ? Arthur se sent isolé dans son travail, mais il a le soutien de sa famille. Son médecin traitant lui conseille de démissionner. Je lui propose, avant de prendre une telle décision, d'écrire à son employeur pour demander un changement de poste, où il soit plus autonome. Suite à cette lettre, le responsable du site me contacte, envisage la possibilité d'un changement de poste.

Mais quelques jours plus tard je reçois par courrier le double de la lettre de démission qu'Arthur B... a adressé à son patron. Je lui propose de le recevoir en consultation, la semaine suivante. Arthur est de nouveau intérimaire, il travaille dans une entreprise de plasturgie, il est seul sur une presse. Il est de nouveau dans la précarité, mais il va mieux, il dort bien et n'a plus mal au dos. En fait, il me raconte que son employeur a refusé de le recevoir, de lui parler, il lui a raccroché au nez, et Arthur B... a préféré démissionner. Sur sa demande, je lui remets un certificat médical confirmant

pour les ASSEDEC qu'il a quitté son travail pour des raisons de santé : certificat médical remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit.

DISCUSSION

Évidemment dans cette observation, il manque beaucoup d'éléments : on ne sait rien de la vie affective d'Arthur, peu de choses sur ses relations familiales, et sur sa vie sociale. Pas assez de choses sur son activité dans l'entreprise de teinture et sur son retour au travail après l'accident, ni sur les rapports avec le deuxième patron boulanger, si sur le bilan allergique. Sans doute il y aurait là des éléments importants pour la compréhension de cette observation.

Mais cette observation m'intéresse parce qu'elle pose la question du premier rapport au travail dans la vie d'un sujet et de ce qui est mis en place en terme de stratégies défensives, d'émotions et de règles pour corriger ces émotions. Elle me semble aussi caractéristique de ce que le monde du travail impose de mutilations, de renoncements aux plus jeunes et aux plus précaires.

J'ai eu l'occasion de discuter cette observation dans un groupe de médecins. Pour eux, ce qui les a frappés c'est la violence des décisions d'Arthur et sa grande solitude. Est-ce que c'est le renoncement à être affecté par les choses qui conduit Arthur à des réactions violentes ? Comment les émotions d'Arthur pourraient-elles devenir ressources, préparation à agir et guider ses décisions ?

L'hyperactivité est présente dès le début de l'apprentissage d'Arthur mais on ne sait pas si elle existe depuis l'enfance et l'école. Elle est source de plaisir dans le travail. Elle est partagée avec d'autres. Dans la deuxième boulangerie l'hyperactivité devient stratégie défensive pour essayer de tenir la question de la qualité. C'est une hyperactivité qui ne laisse pas le temps à l'hésitation et à la délibération, et qui ampute Arthur de sa perception sensible des objets qui le mettait en relation avec l'environnement.

Cette hyperactivité ne se retrouve pas dans le poste monteur où Arthur trouve le travail carrément ennuyeux, « on attend, on s'ennuie ». Il ne peut plus donner le rythme, il est obligé d'adopter celui du groupe. Peut-on parler là d'hyperactivité contrariée ? Cette impression « d'être ailleurs », absent, préoccupé, que je remarque chez Arthur mais aussi chez d'autres jeunes salariés hyperactifs, contrariés par le rythme imposé, correspond-elle à une incapacité à se concentrer quand on ne peut plus anticiper dans le travail, une difficulté à penser et à délibérer ?

L'apprentissage aura été pour Arthur, le temps d'une activité subjectivante, créatrice d'un espace de vie et de travail et qui lui permet d'adopter des règles de métier et de les intérioriser. Un engagement corporel dans le travail de boulanger, comme si Arthur faisait corps avec la farine, le pain, les vieux murs. Peut-on dire : « Un corps qui prolonge l'environnement et un environnement qui prolonge le corps » ?

Un corps qui a la boulangerie en main, qui a établi un commerce sympathique avec les objets et les personnes, fondé sur l'empathie au sens de s'engager dans le travail. On peut faire l'hypothèse que c'est avec ce corps là qu'Arthur commence à travailler.

Dans la deuxième boulangerie, Arthur renonce à son pouvoir d'être affecté par ce qui l'entoure. Si la perception est essentiellement une décision, l'allergie comme « phénomène de non-reconnaissance » de la farine, relève-t-elle d'une « décision » d'Arthur ? Cette allergie est la première atteinte du corps sensible d'Arthur.

À propos de l'accident, Arthur manifeste des émotions différentes : la peur, l'indignation, la colère, des émotions en réaction à la situation vécue, mais l'émotion qui l'envahit c'est la tristesse, tristesse qu'il rattache à la perte du collectif, sentiment qui s'installe avec l'isolement. Les processus émotionnels n'ont pas de place fixe, on en sait pas quand ils peuvent réapparaître, les émotions sont nomades. Comment circulent-elles, quel est le chemin des émotions dans le corps ? En donnant à Arthur le moyen de revivre ses anciennes émotions, celles-ci peuvent-elles devenir ressources pour soutenir son engagement singulier dans le travail ?

Dans l'entreprise de fermettes, on peut penser que c'est l'attachement à ce qui fait collectif qui le conduit dans un premier temps à accepter les conditions de travail et à partager les stratégies collectives autour de la table de montage. Mais l'amputation du rapport au bel objet interdit le rapport subjectif au travail qui s'est construit pendant l'apprentissage sur une règle de travail aujourd'hui intériorisée. Les lombalgies ne sont-elles pas le témoin de la tension qui s'installe progressivement entre cet attachement au collectif et ce qui singularise Arthur ?

La démission d'Arthur du poste de monteur est-elle la simple répétition des autres ruptures de la vie professionnelle ou le travail de la consultation a-t-il autorisé Arthur à penser autrement et à découvrir ce qui fait conflit ou tension entre son histoire singulière et les contraintes de l'organisation du travail ? La consultation d'Arthur avant sa démission correspond-elle à un temps de délibération qu'il s'accorde ? Rien ne m'autorise à penser qu'Arthur pourra reconstruire un rapport subjectif au travail, ni qu'il pourrait aller mieux dans les mois à venir. Rien ne m'autorise non plus à penser que le travail d'élaboration de la consultation a été inutile.

Cette observation repose sur un processus d'échanges réciproques entre le salarié et le médecin fondé sur l'empathie, sur l'implication subjective, au sens de s'engager. Se mettre à la place de l'autre, c'est adopter le regard de l'autre, changer de point de vue. Changer de point de vue tout en restant soi. Il s'agit d'être complètement à la fois moi et un autre. Il faut que je me dédouble en restant moi-même. L'empathie exige cette capacité de changer de point de vue tout en gardant le sentiment de soi. Ceci implique aussi un changement de point de sentir, d'éprouver.

Alain BERTHOZ(1), dans son esquisse d'une théorie de l'empathie, nous dit « *que l'empathie suppose trois processus simultanés et entrelacés* :

- *un vécu égocentré de la situation dans toutes ses dimensions cognitives et affectives*
- *un changement de point de vue égocentré qui permet de se mettre à la place de l'autre tout en maintenant le flux du vécu à la première personne*
- *un changement de référentiel (égocentré vers allocentré) »*

Son ouvrage se termine sur la question du regard : « *Il naît de l'échange du regard un lien qui n'est plus ni à moi ni à vous mais "entre nous" (allocentré). Je perçois tout d'un coup ce lien qui nous lie dans le monde comme si je survolais la scène, je nous perçois ensemble comme un objet dans le monde.* »

Il me semble qu'Alain BERTHOZ, à partir de la notion de « point de vue », apporte un éclairage sur ce que nous expérimentons depuis plusieurs années et que nous avons beaucoup de mal à mettre en mots. Il me semble néanmoins que ce que nous expérimentons dans la consultation passe autant par la voix que par le regard. En effet, il ne s'agit pas dans la consultation de tenir celui qui est en face nous par le regard, de le regarder droit dans les yeux, de le conduire là où il ne voudrait pas aller, de chercher à le faire parler, à manipuler son émotion.

C'est la voix qui est le premier indicateur de l'émotion, la voix change immédiatement. C'est la matière sonore, « le son » au sens de Yves BONNEFOY ou des musiciens cubains, qui parle aux corps et aux visages qui se font face. Mais c'est le regard qui soutient l'autre, c'est le regard qui crée le lien.

La question de l'empathie comme changement de points de vue contient en elle-même la question de ses propres limites. En reprenant les paroles de Françoise SIRONI, est-ce que nous pourrions faire de l'empathie une proposition politique, proposition qui énoncerait du possible et du désirable pour les professionnels de santé et qui pourrait permettre de rejouer la question du lien social à partir des points de vue et des singularités que les salariés expriment dans leur rapport sensible au travail.

Odile RIQUET

.....
1- *L'empathie* sous la direction de Alain BERTHOZ et Gérard JORLAND, Editions Odile JACOB

MME DOLO ET SES DOULEURS

Un cas où l'analyse psychodynamique vient au deuxième plan derrière le diagnostic clinique lors de la visite médico-professionnelle

LES VISITES MÉDICO-PROFESSIONNELLES COMPLIQUÉES DE MME DOLO

Je fais la connaissance de Mme DOLO fin 1998. Elle a trente-cinq ans, elle est lingère dans une association recevant de jeunes autistes dont certains sont en internat : un institut médico-éducatif situé en banlieue parisienne. Elle travaille de 9 h 30 à 17 h du lundi au vendredi. Elle vit avec son mari et quatre enfants dont les âges s'échelonnent entre six et treize ans. Quarante-cinq minutes lui sont nécessaires matin et soir pour aller de son domicile à son travail avec les transports en commun. Elle n'a pas de problèmes de santé notables en dehors de quelques lombalgies épisodiques à l'effort, notées par mon collègue en 1997 à son embauche. Comme antécédents médicaux, il n'y a qu'une appendicectomie. Mme DOLO est née au Congo en 1963. Elle est de nationalité congolaise.

Ma deuxième rencontre avec elle a lieu en janvier 2000. Je ne la vois pas du tout en 2001. Elle arrive en septembre 2002 pour une visite de reprise après un arrêt de travail de plusieurs mois ayant débuté en avril 2002. L'irrégularité des visites de médecine du travail pour les salariés de cette association en 2001 est liée au licenciement de la directrice et à la vacance de son poste pendant plusieurs mois. La survie de l'association est en danger.

Mme DOLO a mal dans l'hypochondre droit depuis un an. Elle a subi une cholécystectomie il y a quelques mois pour lithiase non compliquée. La cicatrice est bien visible mais la douleur n'a pas changé ! Toujours là, au détour de chaque mouvement elle devient plus vive. Elle s'exacerbe particulièrement à l'effort, à la montée des escaliers et pendant les rapports sexuels. Cette douleur n'a pas été retrouvée au toucher vaginal par son gynécologue. Aucune échographie pelvienne n'a été faite.

L'activité domestique et le travail sont une vraie torture. Elle a été obligée malgré tout de reprendre son travail après l'arrêt de quatre mois et ses congés d'été, car la situation financière de la famille est dramatique. Les indemnités journalières de la Sécurité Sociale déclinées à partir de son petit salaire, sont maigres et versées avec retard.

La douleur est très vive. Elle est retrouvée à la palpation de l'hypochondre droit. En l'examinant, je m'aperçois qu'elle a également une douleur lombaire para-vertébrale droite pouvant correspondre aussi avec la fosse lombaire droite.

Parfois la douleur en coup de poignard communique entre ces deux sites. Parfois encore elle irradie à la face antérieure de la cuisse jusqu'au genou droit. Pas de signe digestif. Il y a eu vraisemblablement une erreur diagnostique puisque la cholécystectomie a été inefficace. Le médecin généraliste a prolongé l'arrêt maladie sans faire d'autres explorations malgré la persistance de la douleur abdominale. Aurait-elle une pathologie rénale ou digestive passée inaperçue ? Elle a une hématurie isolée mais nette à la bandelette urinaire aujourd'hui. Pas d'HLM ni d'urographie intraveineuse à se mettre sous la dent. Elle aurait un kyste du rein droit. Je vois les résultats d'un prélèvement de sang de 2001 qu'elle a pensé à m'apporter où la créatininémie est normale. Sur des examens du 6 juin 2002 la VS est à 40 à la première heure et 86 à la seconde heure, les gamma GT sont à quatre fois la normale sans raison évidente puisque les phosphatases alcalines et les transaminases sont normales. Le VGM est normal. Mme DOLO ne boit que de l'eau.

Je comprends que Mme DOLO est désespérée. Elle subit son mal comme une punition à chaque mouvement. Comment reprendre son travail ? Comment porter de nouveau les sacs de linge sale dans les escaliers, faire les lits des pensionnaires, nettoyer les chambres lorsqu'elle remplace sa collègue qui n'a qu'un temps partiel ? Il lui faut toucher son salaire car les dettes s'accumulent. Et moi le médecin du travail, je dois émettre un avis d'aptitude à la reprise alors que Mme DOLO souffre sans cesse en changeant de position devant moi, c'est évident.

Il est vrai qu'une nouvelle directrice est arrivée récemment dans cette association. La précédente qui a été licenciée, dépensait trop selon le Conseil d'administration. Depuis, le président de l'association a décidé qu'il fallait restreindre la nourriture des pensionnaires. Peu de viande dans l'assiette, suppression du goûter. Les autistes adolescents s'aiguisent les dents et les nerfs sur les éducateurs. Morsures et griffures recommencent surtout sur les éducateurs les moins expérimentés. Mme DOLO lingère, femme de ménage, aide volontiers les éducateurs car elle finit par bien connaître les comportements des jeunes autistes et la personnalité de chacun. Elle les remplace lorsqu'ils ont besoin d'une petite pause. Je lui fais des compliments. Elle y répond par un timide sourire.

La nouvelle directrice en place, technocrate avant tout, menace Mme DOLO de licenciement si elle n'accepte pas d'assumer à sa reprise, une charge de travail supplémentaire,

équivalente à un mi-temps qu'on ne veut pas accorder à sa collègue Rosalie. Elle est soupçonnée de paresse. Il n'y a pas de reconnaissance, c'est évident, des qualités professionnelles de Mme DOLO qui dépassent largement le travail prescrit. En fait, la directrice ne veut pas dépenser un centime de plus. Le président de l'association lui a demandé de rétablir les comptes.

On peut imaginer que Mme DOLO somatise la non reconnaissance du travail et cette menace de surcharge de travail. C'est une interprétation utile pour appréhender l'ensemble de la situation. Mais Mme DOLO souffre devant moi et je sens que l'urgence est au diagnostic.

Qu'a fait le médecin généraliste ? Il faut comprendre la physiopathologie de ces douleurs. Y a-t-il une atteinte organique ? Cela fait déjà quarante minutes qu'elle est dans mon cabinet. Point mort et dans la salle d'attente, une quantité de salariés qui sûrement s'impatientent.

Je décide d'adresser la patiente à un professeur de médecine interne dans un CHU pour couper court à toutes tergiversations diagnostiques. Cela n'a que trop duré et l'emploi de Mme DOLO est maintenant menacé. Je peste contre son médecin généraliste qui n'est peut-être pas tout à fait fautif, mais tout de même... Pendant cette visite je le contacte par téléphone. Il est d'accord pour faire hospitaliser Mme DOLO en médecine interne à l'hôpital de Créteil et de ce fait prolonger son arrêt de travail.

Pour ma part j'ai une idée. Il pourrait s'agir d'une douleur projetée dans l'hypochondre droit à partir d'un blocage du bassin ou du rachis dorsolumbaire. Mme DOLO a en effet des douleurs réveillées par la palpation au niveau lombaire ainsi qu'une douleur antérieure de la cuisse droite évoquant une cruralgie. Il y a peut-être un décalage du bassin, mais Mme DOLO pèse 90 kg et je ne vois pas bien le contour des hanches. Cette personne a mille occasions au travail de faire des mouvements asymétriques et des efforts de soulèvement sollicitant le bassin et le rachis. Il faudra compléter avec des radios pour éliminer une atteinte osseuse puis lui proposer d'aller voir l'ostéopathe expérimenté avec lequel j'ai obtenu quelques bons résultats. Mon scénario doit cependant attendre l'avis du médecin interniste, en raison des anomalies de la VS et le résultat des radios.

Devant le désespoir de Mme DOLO, je m'emploie à la convaincre et à la reconforter : elle n'a probablement rien de grave, l'intensité des douleurs n'est pas en rapport avec leur gravité. Je la mets « inapte temporaire ». La visite de reprise a duré plus d'une heure. Elle repart avec un petit sourire d'espoir et la lettre pour le professeur de médecine interne de l'hôpital que je ne connais pas.

Lorsque je la vois un mois plus tard, elle m'apporte le résultat des explorations soigneuses faites dans le service de médecine interne du CHU de Créteil. Il ne semble y avoir aucune atteinte viscérale et la VS est redevenue normale. Par ailleurs elle a un kyste solitaire du rein asymptomatique. Au

sujet de la douleur dans l'hypochondre droit, il s'agit selon le professeur de médecine interne, du « Syndrome de la côte flottante ». Je consulte ma mémoire vacillante sur les syndromes rares. Rien ne me vient. L'expression évoque peut-être l'ignorance de la médecine ! Il y a du flottement dans la médecine ! Je souris et exprime ma satisfaction de ces résultats négatifs. Elle en est contente. Je réexamine Mme DOLO. Les mêmes douleurs avec la même topographie.

Les radios du rachis ne montrent que de banales lésions d'arthrose et une bascule du bassin. Avec l'accord de Mme DOLO, je téléphone à l'ostéopathe local qui me confirme qu'il pourra probablement traiter ce « Syndrome de la côte flottante ». Selon lui plusieurs séances seront certainement nécessaires vu l'ancienneté du syndrome douloureux et les éléments cliniques indiqués. Elle est d'accord pour y aller bien que l'ostéopathie ne soit pas remboursée par la sécurité sociale. Son médecin généraliste collabore à notre projet et prolonge l'arrêt de travail.

Mme DOLO revient début novembre 2002 en visite de reprise. Deux mois de prolongation de l'arrêt ont été nécessaires. L'ostéopathe a constaté un blocage de l'articulation sacro-iliaque droite responsable du décalage du bassin visible cliniquement et à la radio. Après la première séance d'ostéopathie en octobre, trois coups de poing assésés sur la fesse droite, la douleur n'a pas disparu. Au contraire, la douleur de l'hypochondre droit se prolonge maintenant et pour la première fois vers l'arrière jusqu'au rachis lombaire ! À l'examen persiste la cruralgie droite avec hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse, sans signes moteurs associés. Mme DOLO bien qu'elle ait toujours mal, a confiance dans cet ostéopathe et elle reprend courageusement son travail. Maintenant elle a l'espoir que quelque chose est en train de se faire. Elle va voir son médecin généraliste sur mon conseil qui lui prescrit des anti-inflammatoires, un antalgique et un myorelaxant.

Lorsque je la revois trois semaines plus tard, elle est allée comme prévu pour la deuxième séance d'ostéopathie environ quinze jours après la première. Cette manipulation a fait disparaître de manière durable la cruralgie. La douleur de l'hypochondre droit a également totalement disparu et n'a récidivé que récemment après un faux mouvement en descendant du métro. Il s'agit maintenant d'une douleur latérorachidienne droite intermittente en courant électrique. Il n'y a plus de lombalgie. Mme DOLO sait désormais qu'elle n'est pas condamnée à souffrir toute sa vie ! Entre temps je suis intervenue auprès de la directrice de l'association que j'avais vue pour sa visite d'embauche. Celle-ci a cessé de la menacer de la licencier.

J'avais demandé un aménagement de poste qui a été respecté. Le linge sale est fractionné et elle fait plusieurs voyages dans l'escalier. Elle ne porte pas plus de 10 kg. Elle ne doit plus faire les lits pour remplacer sa collègue. Il s'agit de prévenir les mouvements délétères de torsion du tronc en charge.

La troisième séance d'ostéopathie est réalisée comme prévu six semaines après la deuxième.

Je la revois début janvier 2003, les douleurs de l'hypochondre droit, du rachis lombaire et de la cuisse droite ont totalement disparu. Seule la douleur de l'hypochondre droit est revenue, la veille justement, apparemment sans contexte d'effort, mais elle avoue descendre de nouveau d'énormes sacs de linge sale qu'elle tire de la main gauche dans les escaliers. Je répète la consigne de fractionnement du linge qu'elle ne respectait plus car elle allait très bien. L'aménagement du poste est maintenu.

Par la suite, la douleur de l'hypochondre droit récidive à l'occasion d'un coup de frein brusque dans le métro (en février 2003), d'une chute au travail sur les fesses après avoir glissé sur de la compote (mars 2003), suite à des tractions de lits au travail avec un nouvel arrêt de travail de quelques jours (mai 2003). Ces douleurs ont vraiment une origine mécanique ! Désormais elle a recours d'elle-même à l'ostéopathe quand la douleur récidive. Pour ma part je complète l'aménagement de poste : ne pas faire les lits, même une fois tous les quinze jours en dépannage. En octobre 2003, elle se présente pour sa visite « annuelle » (elle a eu neuf visites en un an !) : poste aménagé respecté et pas de douleurs depuis plusieurs mois. À chaque fois que je revois Mme DOLO, elle est vraiment souriante. Elle a compris qu'elle n'avait rien de grave. Elle et sa collègue Rosalie ont pris conscience de leur fragilité par rapport à l'employeur et se sont syndiquées. Je constate que le mieux être lui a permis de reprendre confiance non seulement dans ses capacités physiques mais également morales.

En novembre 2004, Mme DOLO a oublié la date de la visite annuelle. Elle a téléphoné le lendemain pour s'excuser de son oubli. Cela faisait un an que je n'avais pas de nouvelles d'elle.

QUE TIRER COMME ENSEIGNEMENT DE CETTE HISTOIRE ?

Il y avait un problème diagnostique. On ne peut pas exercer pleinement notre mission de médecin du travail tant que le diagnostic n'est pas fait. Notre travail consiste donc tout d'abord à remettre en route l'action du médecin traitant et à orienter le patient. L'enjeu est souvent énorme. Il y a risque de perte d'emploi, et assez souvent de dégringolade sociale (endettement, perte de logement, divorce...).

LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

Toute douleur peut avoir une origine organique et nécessiter un traitement spécifique de type allopathique. La psychosomatique de l'école de Paris n'exclut pas les atteintes organiques du champ des maladies psychosomatiques. Les situations de travail conflictuelles ne sont pas seulement à l'origine de symptomatologies fonctionnelles. Les conflits non résolus dans les situations de vie et en particulier dans les situations de travail pénibles peuvent entraîner des atteintes

fonctionnelles *ou* organiques. Le premier devoir du médecin du travail comme tout médecin, est d'éliminer une atteinte organique grave.

QU'EST-CE QUI DÉTERMINE L'ORGANE CIBLE ?

Classiquement ce sont des facteurs héréditaires pour une part, et des facteurs d'environnement infectieux, toxiques et posturaux. Pour la psychosomatique de Pierre MARTY et son école, les facteurs sont également ontogénétiques, c'est-à-dire qu'ils se rapportent à l'histoire du corps de la patiente-salariée, de son érotisation, des régressions, des possibles atteintes antérieures fonctionnelles ou organiques qui marquent l'organe par un fonctionnement particulier ou par des lésions définitives.

En tant que médecin du travail, nous devons penser à tout cela sans oublier évidemment l'exposition à des risques professionnels. Dans le cas de Mme DOLO, il y a exposition à des efforts de manutention manuelle de sacs de linge et des postures lombaires défavorables dues à cette manutention dans un escalier. Elle est exposée aussi à des produits chimiques de type ménager.

Le travail peut être incriminé prioritairement dans les problèmes de santé des personnes en activité professionnelle, car elles effectuent de plus en plus le travail sans marges de manœuvre suffisantes, ne serait-ce que la contrainte de temps. Parfois s'y ajoutent une contrainte mentale et une absence de choix qui le rend encore plus pénible. La pratique clinique en médecine du travail, montre qu'un degré de contrainte au travail élevé, génère du pathologique au niveau somatique, à savoir des évènements physiopathologiques qui amènent vers le symptôme fonctionnel ou à un degré de plus vers la lésion.

Ma démarche ne consiste pas ainsi à nier la relation entre souffrance psychique au travail et somatisation, au contraire, mais de commencer comme tout médecin responsable à éliminer les pathologies les plus graves, celles qui ne guériront pas spontanément et qui, à un degré de plus, conduisent vers la mort.

Dans le cas de Mme DOLO, une atteinte thoracique ou abdominale organique devait donc être éliminée. Je l'ai envoyée dans ce but à un expert de médecine interne car la douleur était permanente depuis plus d'un an – il y avait eu un syndrome inflammatoire biologique et du sang dans les urines le jour de la visite. Par ailleurs malgré ses pleurs, les difficultés matérielles énormes, Mme DOLO ne me semblait pas dépressive et en tout cas ne présentait pas les stigmates de la dépression essentielle faisant redouter pour Pierre MARTY l'irruption d'une maladie somatique grave. Il est vrai que ma patiente était d'origine africaine, et que la théorie psychosomatique d'inspiration psychanalytique est souvent peu adéquate et peu prédictive sur des personnes de culture non européenne. Cependant il était clair pour moi que Mme DOLO voulait guérir. Elle avait confiance en moi et était prête à tout essayer pour sortir de sa pathologie. C'était un facteur de bon pronostic.

La réponse de l'expert en médecine interne – pour schématiser – a été : pas d'atteinte organique.

J'aurais pu alors me rassurer et m'en tenir là sur le plan médical, me contenter d'élaborer une réflexion théorique du point de vue de la psychodynamique du travail, sur les relations entre la douleur fonctionnelle de Mme DOLO et sa situation de travail de non reconnaissance. Y chercher des symboles que personne ne pourra vérifier. Mais je sais que la psychodynamique du travail ne m'aidera pas directement à faire disparaître les douleurs de la salariée, alors qu'elle m'indiquera comment il faut les prévenir. Elle me renseigne aussi sur le domaine des possibles dans la physiopathogénie des troubles de Mme DOLO et me permet de comprendre que la non reconnaissance de la qualité du travail peut contribuer à la pérennité des douleurs et à leur importance. Elle me donne des clés pour comprendre l'aggravation de la dimension morale de la douleur. On peut souffrir physiquement sans en être désespérée et récupérer d'autant plus vite. Elle m'indique enfin les actions à entreprendre avec l'entourage professionnel de Mme DOLO pour que la situation de souffrance psychique cesse, au-delà de l'aspect technique de l'aménagement du poste.

Or Mme DOLO à sa première visite de reprise, souffrait toujours au point de ne pouvoir travailler. Le drame social était au premier plan. Mme DOLO risquait d'être licenciée si elle ne retrouvait pas rapidement ses capacités. Toute une famille en danger a poussé le médecin à être imaginaire et obstiné pour comprendre le mécanisme de cette douleur intolérable et tout mettre en œuvre pour la faire cesser. Si nous ne sommes pas des médecins traitants à proprement parler, nous détenons des connaissances qui peuvent aider nos patients à être soulagés de leurs maux. La visite médico-professionnelle comporte aussi ce temps. Comprendre pour faire disparaître la maladie, au-delà du bénéfice précieux pour le patient, c'est aussi mieux comprendre comment la situation de travail agit sur le travailleur, comment elle le fait souffrir, et donc comment la prévenir. Le traitement ostéopathique devient ainsi un instrument de recherche. Je peux facilement faire disparaître certaines douleurs invalidantes pour des salariés et observer ensuite ce qui change dans la situation de travail. On se satisfait d'une possibilité de reprise inattendue après arrêt prolongé et on observe avec curiosité l'évolution des relations au sein de l'entreprise consécutivement à la guérison.

Ainsi l'histoire de Mme DOLO contribue pour ma pratique à une recherche heuristique sur l'intérêt de l'orientation vers l'ostéopathie en médecine du travail.

À ce jour j'ai eu recours à ce type de traitement pour plusieurs salariés en arrêt de travail prolongé et en risque d'inaptitude définitive au poste de travail sans possibilité de reclassement en interne. Il s'agissait souvent d'un accident de travail au départ. Le succès a été constant lorsque l'indication était juste et que le salarié avait accepté d'y aller, cela va sans dire. Mon expérience de deux années sur des cas chroniques avec plusieurs mois voire plus d'un an d'arrêt de

travail, est instructif. À ce jour, sur une dizaine de cas de véritable handicap social et professionnel, seul un cas était hors de portée de l'ostéopathie. Il s'agissait de douleurs ostéoporotiques non diagnostiquées par le rhumatologue. Le caractère permanent des douleurs m'avait inquiété et m'avait fait pratiquer des radios du rachis dorsal qui avaient permis de mettre en évidence une décalcification diffuse. Chez cette autre salariée, le même ostéopathe avait renoncé à la manipulation en raison de la fragilité osseuse.

Le cas de Mme DOLO au niveau diagnostique, était plutôt complexe. Pas de faux mouvement ou de chute à son souvenir. Pas de traumatisme évoqué à l'origine de ses douleurs. Cet exemple enseigne donc qu'il faut aussi penser systématiquement à un blocage articulaire rachidien ou du bassin, lors de tout symptôme douloureux de la tête jusqu'à l'extrémité des orteils, même lorsque manque la notion de traumatisme physique. On doit rechercher s'il existe une systématisation dans des territoires sensitifs des racines nerveuses c'est-à-dire une topographie systématisée. L'influence de la posture sur l'intensité ou le réveil des douleurs, est assez évocatrice. Dans le cas de Mme DOLO, c'est tout cela et en particulier la systématisation de la symptomatologie douloureuse à une atteinte d'une racine nerveuse d'émergence lombaire, qui m'a orienté. Projection lombaire, en ceinture et crurale de la douleur. Il est plus courant d'observer des sciatiques aiguës ou même chroniques secondaires à un blocage de l'articulation sacro-iliaque visible à la manœuvre d'antéversion du tronc par une bascule du bassin. Une visite chez un ostéopathe expérimenté permet de résoudre une proportion notable des sciatiques faussement attribuées à des anomalies discales pourtant visibles au scanner lombaire.

Proposer l'ostéopathie avant 2002 en France n'était pas évident car cette pratique était encore taxée en France d'activité illégale de la médecine. Sa légalisation a ouvert une brèche importante dans son utilisation en matière de lutte contre l'absentéisme prolongé au travail du à la pérennité de douleurs qualifiée (à tort ?) de sinistrose. Mon expérience montre dans chaque cas, qu'en faisant disparaître par manipulation ostéopathique la douleur d'origine mécanique, la dépression associée à cette douleur disparaît avec, et que la reprise de travail tant attendue est immédiate.

Parallèlement à la remise au travail de Mme DOLO, pendant qu'on la débarrassait de ses douleurs, il a fallu s'attaquer au problème des relations avec l'employeur. La non reconnaissance de son travail pouvait être dangereuse à court terme, licenciement, et à long terme, surcharge de travail.

Après une discussion avec la directrice de l'association à l'occasion de sa propre visite d'embauche, au sujet de Mme DOLO, les menaces de licenciement ont cessé. La jeune directrice inexpérimentée, plus gestionnaire et opératoire que sensible aux relations humaines, était cependant relativement anxieuse et soucieuse de bien faire son travail. Elle semble avoir pu réfléchir suite à mes propos concernant l'emploi et les conditions de travail de Mme DOLO. Les finances de l'association se sont semble-t-il améliorées par

une comptabilité plus rigoureuse et des restrictions budgétaires sur d'autres lignes... Il n'était plus utile de faire travailler une personne comme un âne en 35 H sur un poste et demi.

Mme DOLO a compris en outre, réalisant la fragilité de son emploi et des relations avec l'employeur, qu'il est utile de se

syndiquer. C'est ce qu'elle a fait avec Rosalie, sa collègue femme de ménage à mi-temps auprès d'un autre syndicat que celui choisi par les éducateurs. Malgré la difficulté du travail, la difficulté de la vie, je n'ai pas entendu parler de Mme DOLO pendant un an. Elle a même oublié sa dernière visite et s'en est excusée hier en riant.

Isabelle LAGNY

JEAN : UNE HISTOIRE D'ECZÉMA

Jean a cinquante et un ans, il est mécanicien d'entretien dans une entreprise de transport d'environ trente salariés. Il a commencé son activité professionnelle comme chauffeur poids-lourd pendant sept ans, puis comme mécanicien auto et poids-lourd pendant deux ans.

Il est entré dans l'entreprise actuelle en 1984. L'entreprise a été créée par deux frères en 1979, transporteurs indépendants jusque-là. Jusqu'en 1990, il sera essentiellement conducteur poids-lourd, avant de devenir le mécanicien d'entretien à temps plein de l'entreprise. Le parc de véhicules est supérieur à vingt camions actuellement.

Dès le début de son activité de mécanicien, il a présenté une dermite irritative des mains liée aux lubrifiants, avec parfois des crevasses, dermite qui résiste aux savons et crèmes adaptés. Les horaires de travail sont lourds, au moins soixante heures hebdomadaires avec un record à quatre-vingt deux heures. Il commence le plus souvent à cinq heures du matin.

Lorsque nous avons évoqué la question de l'amiante dans les garnitures de frein et d'embrayage, il m'a d'abord affirmé que les garnitures actuelles dont il disposait étaient sans amiante. Lors de l'interdiction de l'utilisation de l'amiante, je l'avais interrogé sur les dispositions qu'il avait prises pour se séparer de son stock (un an de stock de garnitures de frein en amiante !), il m'avait dit les avoir rangées dans un grand sac en plastique.

L'entreprise, elle, a été créée dans les années 1980, par deux frères travailleurs indépendants, passionnés de camions depuis toujours, entrés dès quatorze ans dans la profession. Ils ont aujourd'hui presque la soixantaine ; l'un s'occupe de la partie commerciale et il fait son métier de commercial en camion, en assurant des livraisons et en vérifiant de fait les conditions de réception et de livraison. Le second frère s'occupe du frêt, de la maintenance et du quai. Pour tous les sala-

riés ce sont les chefs, reconnus et nommés comme tels, car connaissant parfaitement le travail sous tous ses aspects. Pour les jeunes de la région qui commencent dans le métier, cette entreprise est un passage obligé « pour apprendre à travailler ».

Sollicitée à propos de l'évaluation des risques, j'ai fait la connaissance des chefs. Rencontré dans la cour à mon arrivée, le premier chef, Jean-Pierre, m'a d'emblée parlé des difficultés de livraison dans les grandes surfaces commerciales qui imposent des horaires et des conditions qu'elles ne respectent pas. Ce sont ces conditions d'organisation non respectées qui sont source de risque d'accident : « J'ai téléphoné plusieurs fois à l'inspection du travail quand un chauffeur m'appelle pour me signaler ses difficultés à être déchargé alors qu'il est à l'heure, l'inspecteur ne se déplace jamais. Et pourtant – poursuit-il – quand le chauffeur me téléphone pour me dire qu'il n'y avait personne pour le décharger et qu'il a donc pris un fenwick pour se décharger lui-même et qu'à la dernière palette, pas de chance, il ne s'est pas ce qui s'est passé, mais il a renversé et le fenwick et la palette de lait, je ne peux quand même pas le féliciter ! ». Il savait parfaitement ce qui s'était passé, cet accident de livraison était pure mise en scène pour faire évoluer les conditions de réception dans cette grande surface. Ayant assisté le soir au ballet des chariots automoteurs lors du chargement, je n'avais aucun doute sur ce qui s'était sans doute passé. Cette anecdote visait sans doute à tester ma réaction. Le second chef, Paul, quant à lui m'avait accueilli sur le quai en m'informant, « Ici, sur le quai et dans la cour, ce sont les piétons qui doivent faire attention, les conducteurs de chariot et de camion ont autre chose à faire, ils reculent sans regarder derrière eux ».

Ce jour-là, j'ai passé une partie de la matinée dans le garage, le domaine de Jean et du deuxième chef. Parlant de son métier de mécanicien et comparant la mécanique auto et la mécanique camion, Jean m'a parlé de sa passion : il collec-

tionne les Simca 1000, qu'il rachète, répare, et fait parfois rouler, s'il fait beau. Cette passion est partagée avec son neveu et la majorité de son temps de loisir est consacrée à cette passion. Nous avons aussi évoqué ses stocks de garnitures de frein amiantées : « *Je les ai toutes passées ! Vous comprenez, il fallait que je voie comment les nouvelles garnitures sans amiante allaient se comporter. Personne n'utilise ses freins de la même façon. En voyant les freins, je peux vous dire qui conduisait, et pour certains chauffeurs, je les change deux fois plus souvent. Alors j'ai testé petit à petit les nouvelles garnitures sur les chauffeurs qui usent le moins pour voir comment elles évoluaient. Tant que je ne les connaissais pas, je ne pouvais pas les mettre à n'importe qui, c'est trop important les freins dans un camion !* » Difficile de faire apparaître dans un document unique d'évaluation des risques cette pratique !

Fin 2002, tout va bien pour Jean, même s'il continue à travailler de soixante à soixante-dix heures par semaine. Son atelier est enfin correctement chauffé, une machine pour monter les pneus a été achetée. L'éclairage de la fosse va être amélioré. Il bénéficie toujours de la plus grande autonomie. Les chauffeurs l'appellent en cas de petits problèmes mécaniques et il peut ainsi les rassurer, les conseiller mais aussi anticiper le travail du samedi et de la semaine suivante. Il ne souffre plus, ni du dos, ni des coudes. Il n'a pas de crevasses aux mains. Il reste un petit dormeur mais il apprécie sa courte sieste quotidienne.

Jean gère les programmes de maintenance et n'hésite pas à immobiliser un véhicule pour une journée s'il prévoit une intervention longue. Il dit à Paul, le second chef le camion qu'il veut immobiliser et Paul s'organise pour les livraisons.

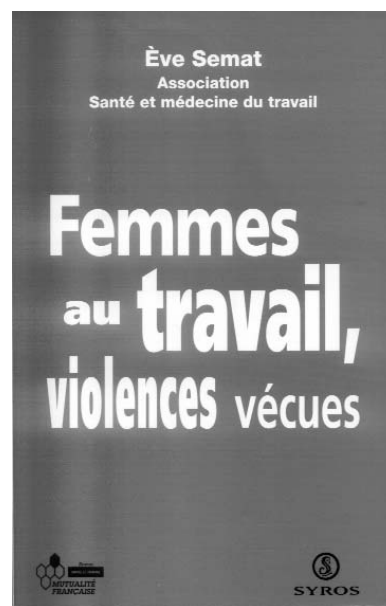
L'année 2003 sera difficile : le premier chef Jean-Pierre a fait un accident vasculaire cérébral avec hémiparésie et plusieurs mois d'hospitalisation et de rééducation. Le second chef est traité depuis plusieurs années pour une hémopathie X et selon les phases de traitement il est plus ou moins irritable. Visiblement, il ne supporte pas la réduction de ses capacités. Je ne reverrai Jean qu'en mars 2004. Il n'a jamais le temps pour venir en consultation. Par contre, je sais par son épouse qu'il a été arrêté pour des problèmes liés au travail ; « *Il a été contrarié.* »

Je reverrai Jean début mars 2004. Depuis sept mois, il est très gêné par un eczéma suintant des mains et des avant-bras, rendant le travail impossible. Il a dû s'arrêter à deux reprises pendant deux semaines. Pendant l'arrêt, l'eczéma guérit totalement et réapparaît à la reprise. Des tests allergologiques ont été effectués lors du premier arrêt avec tous les produits de l'atelier. Ils ont tous été négatifs. Jean sait pourquoi cet eczéma est apparu. Fin juin début juillet, il avait prévu de refaire les freins d'un camion un lundi et Paul le second chef a refusé. Les freins devaient être refaits le samedi. Pour Jean, il s'agissait de se garder des marges de manœuvre, l'opération pouvant se faire en cinq ou six heures quand tout va bien, mais pouvant parfois demander huit à neuf heures. Il y avait donc eu une altercation entre Jean et le second chef, qui

à l'époque, aux dires de Jean, confirmés par ses collègues « *était inservable, il s'en prenait à tout le monde* ». Le ton était monté, le chef allant jusqu'à dire : « *Je peux me passer de vos services Monsieur Jean* ». Immédiatement, Jean avait posé sa combinaison et s'était rendu au bureau pour demander son compte. C'est le premier chef, Pierre, convalescent mais présent qui l'avait retenu. Jean était donc venu à trois heures du matin ce samedi-là pour être sûr d'avoir fini à midi.

Dès la semaine suivante l'eczéma s'est installé gênant le sommeil avec un prurit qui augmente au travail. Curieusement, le prurit ne cède que lorsque Jean bricole ses Simca 1000. Alors, il ne fait plus la sieste et utilise ces quelques dix minutes pour bricoler ses voitures. Depuis il souffre aussi de son épaule et l'examen confirme la tendinite du tendon sus-épineux. Il dit qu'il fait « *la compétition et la course avec son neveu* », dans la remise en état des Simca 1000 et il est très content d'aller plus vite. Par contre, au travail, il a perdu confiance en lui, il doute de ses compétences même s'il admet que le chef Paul, n'était pas dans un état normal lors de ce conflit : ce chef est un professionnel de la maintenance et le simple fait qu'il ait pu penser que Jean était lent ou mal organisé constitue une atteinte à son identité professionnelle.

Annie DEVEAUX



Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Ève SEMAT
Vente en librairie – Prix : 28,20 € –
L'association tient des exemplaires à disposition pour les membres du réseau au prix spécial de 18,29 €

Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75013 Paris
Tél. : 01 44 08 83 80 Télécopie 01 44 08 83 99

SOUFFRANCES ET PATHOLOGIES DE SURCHARGE DUES AU TRAVAIL

Comprendre les dynamiques qui se jouent au travail pour agir

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL, PRATIQUE COMPRÉHENSIVE INCONTOURNABLE POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AVANT DE TRAITER

Si le travail joue un rôle déterminant dans la construction de la santé, trop de personnes aujourd'hui pâtissent des effets des dérives de l'organisation du travail en terme de pathologie mentale et de pathologie de surcharge qui prennent le corps pour cible.

En première intention, rien ne permet de penser que le maintien ou la soustraction du travail est bénéfique pour le sujet. La clé de compréhension pour décider d'une conduite thérapeutique résulte de la compréhension pour le sujet, avec l'aide du médecin praticien, de ce qui fait difficulté pour lui, dans sa situation concrète de travail.

La clinique quotidienne du médecin généraliste, doit avoir comme projet, devant une pathologie mentale, rhumatologique, cardiaque, respiratoire, digestive, d'explorer en inter-compréhension avec le sujet, la dynamique du « travailler ». Comment comprendre avec le sujet ce qui actuellement semble lui échapper, et ce dont il se défend.

Il s'agit concrètement pour le praticien de demander, de faire raconter par le sujet comment il fait concrètement pour arriver à travailler, malgré ce qui y fait objectivement obstacle. Comment il faisait antérieurement, avant tel événement qui surgit dans son récit et qui semble un tournant. Pas d'idées préconçues, mais une facilitation du récit du point de vue du praticien par l'intérêt manifesté pour « comprendre avec », pour éviter les chausse-trappes dans le récit qui s'accrochent au relationnel et comportemental de collègues ou de la hiérarchie.

Les sujets expriment toujours en premier les relations professionnelles qui font écho ou se présentent comme la cause première de la souffrance. Mais il n'y a pas dans les récits ordinaires sur le travail de chacun, le comment on fait, ce qui fait difficulté maintenant dans telle situation de travail alors qu'auparavant cela se passait bien.

Ce ne sont pas les relations entre les êtres qu'on se propose d'explorer en rapport avec la psychodynamique du « travailler », mais la place déterminante et changeante, qui peut s'être dégradée, du faire et du faire ensemble. Pourquoi ce

n'est plus possible aujourd'hui et que c'était possible hier. Pourquoi je ne peux plus travailler avec untel décrit comme un harceleur, un tire au flanc ou un psychopathe alors que cette personne travaillait avec moi ou d'autres depuis des années. Qu'est-ce qui a changé concrètement dans l'organisation du travail du sujet, organisation du travail au sens de division des tâches ou des rapports sociaux. Alors, ce que vous faites est très différent d'avant ? Ce n'est plus la même finalité ? Les horaires, cadences, temps d'attente, possibilité de pauses, de rencontres ont changé ? Un système de management par la qualité a été mis en place ? Y-a-t-il maintenant une évaluation annuelle de ce vous faites ? Il y a quelque chose dans ce qui a été écrit dans votre évaluation avec lequel vous êtes en désaccord ?

Ce qui peut surgir des récits des personnes dont l'objet est l'exploration de ce qui peut potentiellement les faire souffrir, ce sont des vécus de surcharge, d'impossibilité d'anticipation, d'injustice, de non reconnaissance de leur contribution, de stigmatisation, de marginalisation, d'isolement, d'impossibilité à pouvoir coopérer, de devoir « tricher » avec les règles pour simplement pouvoir travailler, de travailler dans l'invisible sauf en cas de dysfonctionnement où les problèmes arrivent alors.

Et toujours de façon sous jacente apparaît la **peur**, peur de ne plus arriver à faire ce qui est demandé, de couler dans son travail, de ne plus pouvoir tenir, de ne pas respecter les prescriptions parce que c'est impossible. La peur de perdre son emploi, et ce vécu d'injustice où quelque chose s'est cassé, que le sujet n'arrive pas à nommer, où pour lequel il ne fait pas lien avec ce qui lui arrive.

Mais la **honte** aussi. Honte de faire ce qu'on réprouve et qu'on a du mal à nommer, des choses contraires à la conception qu'on a de la qualité, du « beau travail », d'un travail dont on était antérieurement fier, la honte d'avoir laissé faire des pratiques de management qui apparaissent comme injustes, la honte d'avoir dû mentir aux clients, vendu ou délivré ou présenté des objets dont on sait que ce qu'on en dit est faux, de faire du sale boulot, un travail en fin de compte qu'on réprouve.

C'est le sujet qu'on se propose d'aider à construire son récit et qui lui permet d'accéder au sens des événements. C'est lui qui fait les liens avec les autres, le temps, l'organisation concrète, ce qu'il y jouait, ce qui le fait souffrir, qu'il n'accepte pas. C'est à travers ce récit où la douleur affleure que se construit l'idée que ce qu'il vit, peut-être il n'est pas le

seul à le vivre ! Non, il n'est pas fou ! Oui le praticien rencontre fréquemment des personnes dans sa situation ! Même dans mon entreprise ? Dans des entreprises de même genre peut-on répondre fréquemment.

Car si la souffrance est un vécu individuel, c'est la compréhension de ses déterminants collectifs qui permet de sortir d'un vécu délétère où le sujet retourne la violence contre lui-même, parce qu'il ne peut pas résister, parce qu'il se sent coupable de ne pas tenir, d'avoir cédé sur l'essentiel, parce que dans la façon dont il se représente ce qui lui arrive, il n'y a que des rapports individuels, inégalitaires du fait de la condition de travailleur salarié, où les coopérations, les collèges, les collectifs ont disparu. Comment se représenter positivement la façon dont on travaillait ensemble antérieurement, alors qu'aujourd'hui, défense individuelle oblige, c'est chacun pour soi ? Pourquoi continuer à s'investir, d'ailleurs untel n'a pas volé ce qui lui arrive !

Le médecin traitant est donc confronté à une question cruciale : la soustraction du travail est-elle ou non bénéfique au sujet ? L'ampleur du mécanisme dépressif peut être telle que le retrait temporaire du travail est nécessaire. Mais attention si cet arrêt maladie n'est vécu que comme élément supplémentaire aggravant le mécanisme de victimisation à l'œuvre, si le sujet s'en sent seul responsable et n'a pas amorcé un processus de compréhension du côté de l'organisation du travail de ce qui lui arrive.

D'autant que si la vie affective et amoureuse du sujet semble désertique, si le rapport à son travail, si douloureux soit-il, est la seule jambe bancal qui le fait encore tenir, l'arrêt maladie peut être susceptible d'enraciner culpabilité et retournement de la violence contre soi, et privera du soutien social d'une communauté d'appartenance qui existe peut-être encore. *In fine*, c'est le sujet qui détient les clés de la décision thérapeutique d'arrêt. Ce qu'il en comprend est donc déterminant.

La souffrance psychique en rapport avec le travail, qui apparaît fréquemment sous la forme de dépression réactionnelle professionnelle, se prête au travail du sens avec le sujet. Les pathologies de surcharge à type de somatisations des fonctions articulaires (troubles musculo-squelettiques, lombalgies hyperalgiques), cardiovasculaires ou digestives sont plus difficiles à explorer immédiatement avec le sujet.

En effet, c'est pour tenir des cadences infernales, parce qu'il est emporté par une hyperactivité initialement plaisante qui se transforme en activisme défensif parce qu'il ne peut plus se permettre de penser ce qui devient douloureux, que le sujet laisse saturer sa pensée par la tâche. Il perd alors la capacité de prendre en compte la douleur physique de ses articulations, de lever le pied face à ce travail qui le stresse ou qui commence à lui tordre l'estomac.

Mais comment délibérer avec le sujet de cette douleur ou ces symptômes impensables qui n'apparaissent que lorsque ses capacités de résistance ont été débordées et que survient la maladie. L'anesthésie psychique sous-jacente est mise en

œuvre pour continuer à travailler. Parce que sinon, c'est trop dur, impensable.

Alors ne plus pouvoir laisser émerger la conscience de cette réalité aliénante condamne-t-elle indéfiniment le sujet à incorporer au plus profond une douleur tellement impensable que seule la maladie pourra advenir ? Ce qui apparaît au sujet envahi et vaincu par la maladie n'est que son statut de victime d'une condition individuelle qui le distinguerait à jamais des autres hommes et femmes avec lesquels il ne ferait pas communauté. Le rôle de l'organisation du travail, trait d'union concret avec une communauté d'appartenance, aujourd'hui de souffrance, mais demain de résistance et de transformation, continuerait ainsi à échapper totalement à sa compréhension.

C'est probablement le refus d'offrir à la personne une explication biologisante exclusive, la remise en cause des pratiques toutes faites et pourtant discutées (opérer tous les syndromes du canal carpien avec signes électromyographiques), et l'exploration compréhensive avec elle de son histoire professionnelle, qui peuvent donner des clés à la compréhension. Là encore la place du récit est centrale, mais ce sont les successions, les articulations d'évènements somatiques et de souffrances psychiques qui attireront l'attention. La grille de lecture en est l'organisation du travail individuelle et aussi collective.

L'expérience montre que l'exploration d'évènements somatiques passés avec la grille de lecture du travail, donne à la fois sens à des évènements douloureux, mais surtout permet de construire des éléments de veille nécessaires au sujet pour comprendre l'envahissement corporel par des pathologies de surcharge, et ainsi s'alerter plus précocement. Dans ce cadre, la prescription de l'arrêt de travail pourra être un moment pour recouvrer ses sens et le sens des évènements, bien utile pour le praticien pour jauger des marges de manœuvre actuelles ou à construire dont dispose le sujet, pour mettre en œuvre les coopérations nécessaires pour modifier les contraintes de l'organisation du travail dont ne peut plus se protéger la personne ou qui la déborde.

COOPÉRER AVEC LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Disons-le, les médecins du travail ont autant de mal que les médecins généralistes à prendre le travail comme grille de lecture des évènements de santé des sujets, individuels et collectifs. D'autant que les médecins du travail peuvent avoir le sentiment que leur marge d'action et d'intervention concrète sont très étroites. À quoi bon alors cette exploration ?

Le travail interprofessionnel entre médecins repose sur la confiance partagée qui elle-même s'adosse à des valeurs et règles partagées. Les deux types de praticiens peuvent voir leur entendement limité par une conception professionnelle limitée à la gestion des risques pour les entreprises qui subordonne ainsi leur pratique médicale. C'est évidemment un obstacle majeur. Mais même dans ce cadre, l'interroga-

tion par écrit par le médecin généraliste du médecin du travail, devant l'importance de troubles musculo-squelettiques, de dépressions professionnelles, pour prendre son avis sur le rôle de l'organisation du travail, sur l'importance de ce phénomène aujourd'hui, peut être utile pour contribuer à socialiser cette question.

Les consultations de pré-reprise du travail avec le médecin du travail, peuvent être utiles. Elles peuvent être déclenchées par le salarié ou le médecin traitant et sont de droit. Elles préparent à la reprise du travail en limitant les obstacles et sont l'occasion de socialiser une compréhension des événements délétères.

Nombre de professionnels de la santé au travail redoutent la victimisation des sujets par l'isolement et les conséquences de la désolation subie, qui les priveraient à nouveau d'être acteurs de leur destinée. La judiciarisation trop rapide de processus de harcèlement professionnel dont les déterminants collectifs en resteraient à jamais incompris en est l'illustration.

Mais si le travail de compréhension des déterminants collectifs d'une souffrance individuelle ont pu advenir – et ici l'accompagnement clinique est capital –, il faut aussi permettre que justice puisse être faite à la douleur individuelle quand des séquelles sont constituées, et qu'elles soient réparées. La déclaration en maladie professionnelle peut la faciliter et contrairement au risque de la judiciarisation, la socialisation qu'elle permet en préservant éventuellement le lien avec une communauté d'appartenance, est plus aisée. Au-delà de l'aspect financier de la déclaration en maladie professionnelle, elle est aussi le support d'une réparation symbolique. Une partie des troubles musculo-squelettiques peut être déclarée en maladie professionnelle, de même que les atteintes méniscales et les sciatiques. Ce n'est pas le cas des lombalgies hyperalgiques dont certaines peuvent être particulièrement invalidantes;

Mais il faut savoir que n'importe quelle maladie en rapport avec le travail peut être déclarée en maladie professionnelle à condition que l'invalidité qu'elle entraînerait soit supérieure à 25 % et que le lien de cette maladie avec la responsabilité du travail soit « direct et essentiel ». Après préparation du dossier par la CPAM, l'instruction en sera faite par le CRRMP régional (Commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles). Contrairement donc aux maladies professionnelles définies dans des tableaux spécifiques, ces pathologies « hors tableaux » ne bénéficient pas de la présomption d'origine professionnelle. Sont ainsi dans ce cas les dépressions réactionnelles professionnelles (qui elles-mêmes peuvent précéder un suicide) ou les lombalgies hyperalgiques sans atteinte discale.

Comment procéder pour les faire reconnaître ? Comme pour les maladies professionnelles habituelles, la déclaration est faite par la victime ou son ayant droit sur un document fourni par la CPAM ou sur papier libre. Il doit être accompagné d'un certificat médical circonstancié qui appuie le lien « direct et essentiel » avec le travail, au-delà de la descrip-

tion des manifestations ou lésions. Ainsi, dans le cas de dépression professionnelle, faire référence à la trajectoire ou l'histoire du sujet, décrire à partir de son dossier médical ce qui peut renforcer la présomption peut être déterminant. Prennent alors tout leur poids les correspondances avec le médecin du travail qui apporterait des éléments collectifs renforçant le « lien avec le travail ». Le sujet pourra éventuellement y joindre des témoignages de collègues, victimes de conséquences pour leur santé qui ont les mêmes déterminants du côté du travail.

Il faut savoir, que dans le régime général de sécurité sociale, 25 % des mises en invalidité sont d'origine psychiatrique et 25 % d'origine rhumatologique. On peut penser que dans les deux cas, pour plus de la moitié des cas, les déterminants directs et essentiels sont d'origine professionnelle.

En ce qui concerne le suicide des adultes au travail, le risque est près de trois fois supérieur pour un ouvrier ou un employé que pour un cadre. Le travail est pour une part déterminante dans cette différence. Ils pourraient être déclarés ou en accident de travail, ou en conséquence d'une dépression professionnelle antérieure.

C'est rappeler que pour la plupart des maladies il y a des déterminants sociaux majeurs, ignorés malgré les connaissances accumulées, sans visibilité. Qui plus est, cette absence de visibilité sociale des déterminants professionnels qui pèsent sur l'espérance de vie en bonne santé prive les travailleurs qui en sont victimes de toute réparation, les isole dans leur douleur et souvent leur culpabilité, empêche de s'en construire une représentation collective des causes, et ce faisant, naturalise la responsabilité de l'organisation du travail comme un déterminant inéluctable qu'il faut seulement savoir gérer.

Il paraît très probable que dans de nombreux cas de mise en invalidité par la Sécurité Sociale, de travailleurs, figurent dans les dossiers des médecins généralistes les éléments qui permettraient de construire la démonstration de ce lien « direct et essentiel ». Dans la perspective d'une déclaration en maladie professionnelle au CRRMP, il ne faudrait pas hésiter à interroger par écrit les médecins du travail pour enrichir concrètement le dossier. La mise en invalidité antérieure n'interdit pas une déclaration de maladie professionnelle. De même, une mise en invalidité du régime général peut être prononcée après consolidation d'une maladie professionnelle.

Dans le cas d'un suicide, si le praticien pense que le lien direct et essentiel peut être argumenté, même si ce suicide n'a pas eu lieu dans les locaux de travail, un dossier peut être construit en référant aux notes cliniques antérieures et aux éléments de compréhension du médecin praticien qu'il aurait tracé dans son dossier médical. Encore une fois, la collecte en parallèle d'éléments collectifs sera déterminante.

Dominique HUEZ

CLINIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES QUI SOMATISENT EN LIEN AVEC LE TRAVAIL

Compte rendu des débats

du Congrès de l'Ass. SMT, 4 et 5 décembre 2004

Une première question ouvre les débats : y aurait-il des traces dans le corps induites par le travail impensé, quelles seraient les traces de cette somatisation ou incorporation ?

Nous en listons quelques unes, les plus évidentes :

- les TMS ;
- les douleurs rachidiennes (lombalgies, cervicalgies) ;
- les troubles digestifs, fonctionnels ou organiques (colites, gastralgies ou maladie de Crohn) ;
- les troubles et atteintes cardio-vasculaires (HTA, angine de poitrine, infarctus).

mais aussi d'autres moins évidentes :

- les troubles respiratoires ;
- certaines pathologies comme le diabète.

QUELLES HYPOTHÈSES POUR UNE CLINIQUE DE L'ACCOMPAGNEMENT ?

Y aurait-il une solution de continuité entre somatisation et dépression ? Des personnes qui somatisent du fait de leur travail pourraient-elles à un autre moment de leur histoire personnelle et professionnelle faire une dépression ? ou pour le dire autrement, le fait de somatiser ou de décompenser sous forme de souffrance psychique est-elle une caractéristique des individus, du travail ou du lien entre les deux ?

Les causalités devraient alors être recherchées dans des espaces et suivant des modes différents. La somatisation est-elle une modalité de défense contre la souffrance consciemment ressentie du fait du travail ? La souffrance éthique (gênant le travailler) est-elle différente des autres souffrances psychiques, protège-t-elle ou génère-t-elle la somatisation ? Ce qui serait impensable entraînerait-il des somatisations telles que HTA, pathologies de surcharge...

Une remarque sur les interprétations des maux du corps au travail : il ne faudrait pas se satisfaire de courts-circuits du type : « Il a mal au dos, c'est qu'il en a plein le dos ». Le travail n'est pas immédiatement opératoire pour interpréter la souffrance, pas plus que la souffrance ne l'est pour interpréter le travail.

Il apparaît que ce sont plutôt les liens faits entre les affections organiques telles que les TMS se décompensant lors, par exemple, de changements dans le travail qui permettent d'interroger celui-ci dans des registres autres que celui des contraintes physiques. D'autres hypothèses peuvent alors être élaborées autour de la perte du métier et du sens, de la nécessité de tenir au-delà de ce que l'on peut et du sens que cela prend, de la culpabilité de ne plus tenir. Dans certains exemples relatés, il apparaît que ce n'est pas la dureté du poste qui fait la décompensation, mais plutôt la place que se sent occuper la personne dans l'organisation et le sens que prend pour elle son travail dans l'équipe.

Dans la clinique médicale du travail certaines souffrances peuvent être mises en lien avec le travail. Le lien a été intégré comme possible par le champ social mais d'autres souffrances ne peuvent pas être immédiatement mises en lien. Ainsi ce technicien de maintenance dépressif attribue sa dépression à ses conditions de travail mais pas son acné en poussée importante (acné juvénile, qui est partie intégrante de lui-même et ne peut être référée au travail). Il y aurait ce que l'on s'autorise ou non à penser du fait de notre histoire, du champ culturel et social et du genre.

Un autre exemple de cela : dans une entreprise de chaussures en difficulté et qui voit son personnel diminuer de façon importante, les femmes – dit le médecin du travail – réagissent différemment des hommes. **Elles** s'attendent à partir, elles le disent, elles pensent à reconstruire des choses, se projettent dans un autre avenir professionnel. **Ils** sont dans le déni des difficultés, aucun débat ne peut s'engager sur les

problèmes de l'entreprise ou sur un éventuel départ. De nombreux hommes présentent une HTA ou d'autres formes de somatisation.

Les poussées d'HTA lors de la destruction d'entreprises sont confirmées par un autre médecin de l'auditoire qui constate cependant dans sa pratique que lorsque l'on interroge cette hypertension avec le salarié, il peut la mettre en lien avec le travail. Il faudrait, dit-il, quand la tension augmente rapidement chez un ou des salariés s'interroger sur les transformations du travail. Peut-on pour autant rapprocher une forme de somatisation de formes du travail ?

L'une de nous souligne que chacun est singulier ; cette singularité traversant tout : la manière d'être affecté, le sens de la justice, le type d'intégration sociale, les valeurs que l'on reconnaît et qui sont reconnues, les conflits vécus antérieurement... Le corps réagit et inter-réagit, mais de quel corps parle-t-on (corps biologique, corps érotique, corps des émotions) ? A-t-on le même corps ici ou là ?

L'engagement dans l'activité peut-il être le même dans tel champ organisationnel ou tel autre ? Comment le corps affecte-t-il le pouvoir d'agir et est-il affecté par lui ? Peut-on vraiment dire ce qui le malmène de la pensée ou de l'absence de pensée ?

COMMENT ACCOMPAGNER ?

Sans le pouvoir médical excessif que représenterait l'expertise d'une souffrance et des conclusions livrées au salarié, notre mission peut consister à s'autoriser les questionnements afin de créer quelques déplacements de la subjectivité en permettant au salarié de découvrir, de penser ce qui était jusqu'alors impensable. Il s'agirait de favoriser la « réappropriation » de l'intégralité du travail vécu comme possible objet pour la pensée, de construire avec le salarié une co-interprétation au fil du temps, à l'exemple de cette factrice qui, souffrant dans tout son corps, demande après consultation spécialisée à être reçue par le médecin du travail. Sa souffrance, elle peut l'attribuer aux conditions matérielles du travail qui lui permettent de construire, en quelque sorte, un processus défensif, mais elle ne peut penser comme échec à son absence de mobilisation et à l'absence de mobilisation du CHSCT, étant engagée syndicalement. Elle ne peut parler que de ce qui la fait souffrir dans les formes actuelles très concrètes de son travail. Elle trouvera elle-même, mais la visite médicale y aura probablement contribué en ouvrant sur une possible sortie du métier, une issue à sa souffrance physique en reprenant une formation (possible fuite protectrice par rapport au travail et au collectif).

COMMENT INTÉGRER QUESTIONNEMENT ET ACCOMPAGNEMENT ?

La somatisation serait-elle l'avatar corporel de l'impensable et/ou de l'impensé ? Faut-il ramener la pensée et en conséquence quelle pratique construire ? Réactiver la pensée sur le travail peut-il être dangereux, quelle conséquence a la pensée sur le travail pour l'individu et pour le collectif ?

A minima, un principe serait de ne pas « botter en touche », d'éviter d'entendre la souffrance, de considérer qu'il n'y a là que conflit entre employeur et employé à régler devant d'autres institutions, à l'instar de cette salariée souffrant des rapports avec sa hiérarchie et ré-adressée par le médecin du travail à la direction du travail. Elle décèdera lors de cette rencontre, brutalement en racontant son histoire.

Y a-t-il un niveau de traumatisme au travail pour aller vers la somatisation, ou faut-il plutôt considérer que le travail peut-être potentiellement dangereux ? Comme le dit l'un d'entre nous, nous pratiquons une médecine de catastrophe et il y aura toujours urgence à remettre en question le travail. S'il peut être important comme le pensent certains de distinguer le fonctionnel de l'organique (en terme d'orientation dans le champ médical) cette question aurait pour la plupart peu d'importance pour l'action préventive. La distinction souffrance psychique, souffrance somatique est-elle indispensable ? (monisme ou dualisme).

Il faut affirmer que toute souffrance exprimée lors de la visite médicale est potentiellement interrogeable (même s'il faut prendre garde à ne pas tout garder comme signifiant par rapport au travail). Il semble important de donner au salarié des clés de compréhension du côté de la subjectivité et nos interprétations du côté du travail. Ainsi peut-être s'élaborer ce qui fait conflit entre le salarié et le travailler médiatisé par le collectif.

Le corps pensant singulier ne serait-il pas engagé tout entier dans l'histoire et les pratiques du travail, activant ou neutralisant certains de ses registres en réaction et dialectique avec le travail, lui-même en dialectique avec le champ social et culturel ? Ne cherche-t-il pas constamment, pour protéger son intégrité, à recouvrer un équilibre au prix exorbitant parfois de la maladie.

Traces corporelles ou traces psychiques pourraient être considérées alors comme des alertes, comme des décompensations en cours ou avérées.

Rapporteur Francette THEBAUD

LA SINGULARITÉ EN CONSULTATION

Compte rendu des débats

du Congrès de l'Ass. SMT, 4 et 5 décembre 2004

ESSAI DE DÉFINITIONS

La singularité serait sentir apparaître en soi l'énigme qui fait que l'on prend des décisions qui sont, en fait, déjà prises avant ; déjà construites, car comprises corporellement.

L'énigme se dévoile à l'occasion d'un événement faisant ressurgir l'émotion, par retour au vécu du passé : ceci renvoie à l'appréhension sensible du monde, au rattachement aux couleurs, à la terre. Dans la perception sensible du monde, le corps singulier n'a pas de limite. Cette perception sensible réapparaît à certains moments et se reconnaît.

À cet instant, ceci me singularise par rapport au collectif et condamne à la fin du collectif mais en ouvrant sur une nouvelle communauté.

La pratique est à la convergence des singularités diverses vers des pratiques communes ou lignes directrices *via* « la belle ouvrage ».

- L'exercice d'une singularité : oui.
- Le jugement de la singularité : non.
- La singularité est reconnue comme unique.
- La puissance naît de l'expression de la singularité.

NOTION DE CORPS PARTAGÉ

L'énigme fait elle référence au pulsionnel ? « *Ça t'envahit, ça te prend lors de la confrontation au réel* ».

En référence à Augustin BERQUE, on évoque la perception sensible du monde, le corps sans limite, qui a rapport à la chair du monde ; une puissance d'être ! Si l'empathie me met en relation avec le reste du monde, par contre, la singularité naît de ce que l'on se retire de cet être sensible partagé à tous. Le même est différent. On est provoqué par la différence du même, ce qui nous confronte à la singularité.

Plus on avance dans la compréhension des singularités, y compris le projet professionnel singulier, plus le collectif se construit. Les règles professionnelles obligent à travailler du côté du personnel, du corps sensible et corps professionnel.

L'IMPENSÉ DÉFENSIF

La construction sensible singulière et la théorie du sujet mettent sur la table la théorie de l'inconscient, du préconscient et du conscient.

Quel lien avec l'impensé et les somatisations ? avec l'impensé défensif ? La question de la santé est ce qui permet de trouver une issue au conflit. La douleur, pouvoir être malade et en guérir (somatiser), fait partie de la vie. La somatisation serait accessible au sens par le sujet singulier.

La douleur peut prendre forme de désaccord, conflit, dispute, ce qui fait singularité, rapport au monde.

NOTION DE CORPS MÉDIAL

Les objets participent en étant dans ce corps là et dans celui qui est en face ; ce corps, c'est aussi la terre, les plantes, les bâtiments de l'usine.

DE L'INTÉRÊT DE LA FRAGILITÉ

En référence à BÉNASSAYAG, auteur de *La fragilité* : « *La fragilité est la clé des rapports de force.* » Quelle capacité de faire naître entre les hommes une puissance autre que des rapports de force ? Comment se liguer (transcendance et immanence) pour une cause commune ?

La capacité d'être touché émotionnellement nous amène, nous provoque à dévoiler notre singularité et devient pouvoir d'agir. Découvrir et appréhender sa propre singularité permet de la donner à percevoir à l'autre. D'où la nécessité de la confrontation.

RÈGLES PROFESSIONNELLES ET SINGULARITÉS DES PIÈGES À ÉVITER !

Quel usage de la singularité dans le rapport de force ? Quel usage dans la défense de ce qui est personnel, dans ma professionnalité ? Quelle puissance pourrait bien naître de l'expression de notre propre singularité ?

En consultation, la singularité du salarié se dévoile, ce qui n'est pas le cas de celle du médecin du travail : celle-ci résonne. Attention au monde clos de la consultation et à l'éventuel empêchement d'agir du sujet que l'on accompagne !

Il n'est pas question d'intrusion en consultation : c'est souvent la pathologie, la vie mise en jeu dans le travail, l'événement en lien avec le travail qui font que certaines questions vont pouvoir être posées. Qu'est-ce qui fait que l'on s'autorise à aller plus loin ? On est en permanence confronté au risque d'aller trop loin. Or, la construction du sens est lente et l'hyperactivisme n'est pas à l'ordre du jour.

Les monographies, souvent, ne montrent pas la singularité, ce qui va faire vivre ou somatiser le sujet. Mais c'est plus au niveau collectif des médecins du travail qu'il faudrait travailler les singularités. Mieux appréhender notre singularité redonne du pouvoir d'agir. L'avoir ressentie la donne à percevoir chez l'autre.

Le risque de modéliser s'oppose au désir de réflexion sur la singularité. L'exercice de la métis, parce qu'elle est spontanée, et parce qu'on ne fait pas l'introspection permanente, conduit à la modélisation secondaire. Par contre, dans la relation de celui qui ne va pas bien avec le médecin du travail, apparaît l'énigme qui se situe au moment où le corps sensible commence à s'ouvrir dans la singularité, et permet d'ouvrir le monde.

Si je porte un monde clos, je n'entends pas, je n'ouvre pas à un monde nouveau. Si je suis réceptif, et si l'autre fait le pari de la compréhension et se dévoile, le dedans du monde sensible du salarié résonne avec notre propre histoire.

Il y a deux énigmes : je fais résonance à l'autre, miroir à l'autre. Le dedans du médecin du travail et du salarié est commun.

Initialement, les salariés sont captifs du fait de la visite imposée. Leur subversion de la « *captivité* » ouvre à la clinique médicale du travail. Il n'y a pas intrusion. Mais derrière l'éventuelle intrusion, toucher à ces sensibilités peut permettre de réentendre le corps et d'ouvrir la voie à de la pathologie parce que le sujet ressent son corps autrement : doit-on alors parler de risque ou alors de chance, ou encore de droit de ressentir, d'être malade. Droit de ressentir, droit d'être malade quand et parce que le sujet ne veut pas faire ce que l'entreprise lui demande de faire au travail. Derrière l'intrusion, il y a aussi se reconnaître et s'accepter comme être fragile.

LA CONSULTATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE UNE CERTAINE CONGRUENCE AVEC NOS PRATIQUES

La confrontation de nos pratiques et interrogations ne peut elle pas montrer une certaine congruence avec le questionnement des généralistes ?

Selon Patrice MULLER, médecin généraliste, la dimension poétique apparue dans l'analyse de la consultation en médecine du travail fait résonance avec la problématique des généralistes, confrontés au problème du dossier médical partagé (DMP).

Les médecins généralistes ont fait référence au théâtre improvisé qu'est la consultation avec, pour boîte à outils, les acquis théoriques et les acquis issus d'autres histoires de malades.

Lorsque le patient arrive, apparaît la mobilisation des spontanités de part et d'autre. Cette expression orale est un bien précieux contre lequel le DMP apparaît offensif.

Pour P. MULLER, il est un Tiers à regagner : celui du collectif du côté des usagers. Les médecins généralistes sont aux premières loges pour observer les souffrances au travail et les dispositifs qui les occasionnent.

Comment restituer ce matériel clinique aux collectifs de réflexion comme aux spectateurs de la salle de théâtre ? Comment témoigner et mettre sur la place publique le fait massif qu'est la souffrance du corps et donc la somatisation, quand on est médecin généraliste.

Toutefois, si les gens souffrent massivement de leurs conditions de travail, « *nommer la souffrance ne mène à rien, peut être seulement du côté de l'empêchement d'agir* ». Il faut aller collectivement au delà de : « *les médecins peuvent nommer la souffrance* ». On peut nommer le rapport au travail.

Faut-il sortir du collectif d'appartenance ceux qui ne vont pas bien, y compris à cause du collectif ?

- Quelle responsabilité vis-à-vis du collectif ?
- Quelle responsabilité vis-à-vis de l'espace public et politique ?
- Quel espace entre salariés et espace public ?

IMPROVISATION THÉÂTRALE

Au théâtre, les mots comptent. Au cinéma, les images font sens pour l'un et l'autre. Ce qui prime, ce sont les mots et les images. La poésie précède l'action. Ce qu'on dit ici a été dit avant. La médecine naît de la poésie, de ce que les poètes ont dit du corps sensible.

Mais le jeu dans l'improvisation théâtrale n'est pas repris en consultation. Quand je pense à ma singularité, je suis en difficulté car je pense à ma souffrance non résolue par une solution à mes propres problèmes professionnels. Il y a une part de mise en scène de soi en consultation, de présentation de soi (cf GOFMANN) ; avec une part d'improvisation, de stratégie (phronésis : intelligence rusée ou métis, dans la dialectique).

LA SOUFFRANCE EXPRIMÉE du salarié est « parlé vrai ». Il faut dire les choses pour faire autre-chose ; trouver un lieu pour dire les choses. La vision de l'entreprise

change ; celle du métier aussi : les plus âgés de cinquante-cinq à soixante ans ont changé de vision et l'expriment ; défensivement, ils prennent le large. Par conséquent, la consultation peut être ouverture à l'action ou au désinvestissement. Les plus jeunes commencent par un engagement très faible : « *On n'en a rien à foutre !* » ; s'inventent d'autres systèmes pour gagner leur vie ; cette attitude défensive est aussi manque de citoyenneté qui plaît aux politiques.

Que répondre au désinvestissement ? À deux ans de la retraite, c'est comme un antalgique ! Pourquoi demande-t-il au médecin du travail de se désinvestir ? Qu'est-ce que ça va donner à la retraite ? Dans quelles conditions sociales le clivage vie au travail/vie hors travail va-t-il se faire ?

Aujourd'hui, la réflexion citoyenne sort de l'usine via le généraliste ; la santé publique s'interroge sur santé/travail.

LA PERCEPTION SENSIBLE

En consultation spontanée « *souffrance au travail* », le salarié et le médecin créent ensemble « *l'espace de vérité* ». Le médecin se dit « *complètement dedans* », en résonance, en miroir, empathie, en réception. C'est un travail de renvoi. Quelque chose s'est dit qui transforme les consultants.

Voilà donc une énigme : comment cet « *espace d'ailleurs* » s'est-il mis en place ? Le médecin reste très professionnel tout en étant entièrement dans cet espace. Il n'y met rien de sa propre vie et ne sait pas comment il se retrouve dans cet espace.

La possibilité d'accès à l'énigmatique ne serait pas le pouvoir (insurrectionnel des mots ?). La singularité apparaîtrait du fait que le médecin serait en catharsis : tout passerait par le regard ; la capacité d'abandonner l'idée de la victoire et de soutenir le regard. Être touché par le regard ; l'empathie met l'émotion au service de la pensée.

Dans le jeu de l'improvisation théâtrale des généralistes, « *le regard est entre les acteurs* ». Le regard est essentiel ; il n'y a ni spectacle, ni spectateur, ni regard collectif. Il faut prendre en compte le toucher, le regard, les odeurs ; la perception sensible met en jeu le moindre mouvement, tressaillement, odeur... (se référer à BOËLE et MILKAU ; mais aussi à la métis).

En consultation, « *les gens me parlent du désordre de mon bureau et sans transition de leur travail* ». On peut les interrompre brutalement, comme au travail.

Certains théâtres sont là pour empêcher de penser ; comme pour dire qu'il n'y a pas de harcèlement en entreprise.

LES PISTES DE TRAVAIL DU SMG

La question des arrêts de travail est ainsi posée : on culpabilise usagers et assurés sociaux alors que 80 % des arrêts de travail seraient dus aux mauvaises conditions de travail. Pour faire des économies, attaquons-nous aux conditions de

travail. Il faudrait montrer combien coûtent à la collectivité les mauvaises conditions de travail et montrer que c'est un problème de santé publique

L'outil Internet devrait permettre, sur une semaine, une étude simple des arrêts maladie ; avec exploitation simple de cette analyse, secondairement, dans l'espace public. Cette démarche ferait apparaître les professionnels de soins et de la santé comme « *affichés* », ouverts aux questions de santé publique en santé/travail.

D'où la nécessité de zones de synergie, d'échanges, de réseaux informels

Rapporteurs, Jocelyne MACHEFER, Annie DEVEAUX



Vente en librairie - 30 € -
des exemplaires sont à disposition
des membres du réseau pour le prix de 19 €

Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75013 Paris
Tél. : 01 44 08 83 80 Télécopie 01 44 08 83 99

JOURNAL D'UN MÉDECIN DU TRAVAIL

Des cas de harcèlement moral dans la grande distribution

Depuis 19 ans, maintenant, je suis le médecin du travail d'un hypermarché. Dans cet établissement travaillent environ 480 personnes. Je me suis bien évidemment aperçue depuis longtemps que les conditions de travail y sont très pénibles tant sur le plan physique (manutentions très lourdes et répétées, souvent sans matériel adapté et sous contraintes de temps) que sur le plan psychologique (la pression morale et les brimades diverses sont constantes ; la plus constante est la suppression des congés ou le changement de jour de repos lorsque l'on revient d'un arrêt de travail pour maladie ou accident du travail).

D'une façon tout à fait primaire, j'ai longtemps pensé que les « chefs » étaient tous des sales types payés pour malmenier leur équipe. J'étais d'autant plus convaincue d'avoir raison qu'il me semblait être tous bâtis sur le même modèle : à l'embauche ils sont tous comme « gonflés », ils ont un ego sans limite, c'est sûr, dans cette société ils auront un avenir très brillant, d'ailleurs on leur a dit en les embauchant que leur carrière serait très brillante et leur avancement très rapide à condition de **donner**, donner toujours pour le bien de l'entreprise.

Lorsque je les interroge sur le sens de ce mot « **donner** », ils savent que cela veut dire :

- Donner beaucoup de temps, temps non rémunéré pour partie.
- Donner beaucoup d'énergie, faire soi-même le travail d'un ou plusieurs équipiers absents.

Tous répètent qu'entrer dans cette entreprise, c'est comme un mariage, qu'il faut savoir revivre, ne penser que pour et à travers l'entreprise. Le travail doit passer avant la vie familiale, le travail doit toujours passer avant la vie privée.

Mettre beaucoup de pressions sur leurs équipes afin de les pousser à ce qu'elles aussi donnent toujours plus.

Lors des visites suivantes, je trouve deux catégories :

- Des jeunes gens qui souffrent, qui sont épuisés physiquement et moralement. Les même propos me reviennent : « *Je suis épuisé, je n'en peux plus, je n'ai pas les moyens de faire tout ce que l'on me demande, mon chef veut que je me débrouille pour "virer" ce salarié mais je*

ne peux pas, il a des enfants et puis il bosse pas plus mal qu'un autre alors pourquoi le virer ? Je donne sans compter mon temps, je ne fais rien d'autre que bosser, je rentre le soir crevé, je ne peux plus supporter mes gosses avec ma femme, ça va mal, on s'engueule constamment. J'ai un objectif que je ne pourrai pas tenir et pourtant je fais tout mais je n'y suis pour rien... » (un événement inattendu comme par exemple de la pluie en été fait que les clients n'achètent pas de vêtements légers, pas de légumes pour les salades, pas de viandes pour les barbecues... toutes ces prévisions d'achat tombent à l'eau, mais la direction ne veut rien savoir, le chiffre n'est pas fait et le chef est convoqué pour avertissement !).

Très souvent, à ces jeunes gens sans beaucoup d'ancienneté, je conseillais de quitter cette société, leur disant qu'ils n'y avaient pas leur place et que leur souffrance allait les rendre malades.

- Dans la deuxième catégorie, je mets tous les chefs qui semblent adhérer au système.

Au fil du temps qui passe et des visites médicales, j'ai l'impression d'être devant des individus qui ont les mêmes réactions, les mêmes remarques désobligeantes sur leurs équipiers malades ou accidentés, les mêmes discours, bref ! ils ont une espèce de « pensée unique », ils me paraissent comme blindés, rien ne les atteint, rien ne les surprend. Ils sont prêts à tout pour réussir. Avec le temps, je remarque que souvent ces chefs, soit vivent seuls, soit vivent une vie parallèle à celle de leur famille. Qu'importe la réussite n'a pas de prix !

Avec eux il est bien sûr difficile d'avoir une approche de leurs conditions de travail, certains parfois livrent leur souffrance dans leur vie privée, mais toujours ils refusent le lien possible de causalité avec leurs conditions de travail. Je me débrouillais donc avec tout ça, jusqu'au jour où je vois en visite de reprise de travail un des chefs « imperméables ».

JUIN 2000

Isabelle travaille depuis dix ans dans ce magasin comme chef de rayon. Elle a été arrêtée depuis plusieurs mois pour dépression. Je vois donc cette patiente en juin 2000 en visite de reprise. Elle est très angoissée, se dévalorise, pleure,

décrit des idées noires, elle est complètement insomniaque, il lui arrive de faire des cauchemars – de voir son chef de secteur lui bondir dessus en hurlant...

Quand je lui parle de son travail, elle s'écroule complètement, sanglote et me parle de son chef qui l'a humiliée à plusieurs reprises devant ses équipiers et même devant la clientèle. Elle me dit l'entendre hurler, sans rien comprendre à ce qu'il dit, que tout cela la paralyse, elle se dit incapable de supporter « tout ça » à nouveau.

Je suis donc amenée à mettre Isabelle en inaptitude temporaire. Après un nouvel arrêt de travail, un traitement médicamenteux et une prise en charge psychiatrique, je reverrai Isabelle pour la mettre inapte à tous les postes de l'entreprise, tant elle se sent harcelée et a peur de revenir.

Son chef de secteur et le directeur m'expliquent alors que Isabelle était un mauvais manager, qu'elle était nulle. Son inaptitude médicale leur semblait une bonne chose, ils allaient payer les indemnités dues, et le problème était réglé. Isabelle sera effectivement licenciée – elle touchera de grosses indemnités vue son ancienneté – et retrouvera très vite un travail dans une autre région et dans un secteur d'activité tout à fait différent.

Quant à moi, je venais de terminer mes cours de psychodynamique du travail et je me suis mise à voir la direction de cet établissement d'un œil nouveau. Des questions toujours sans réponse aujourd'hui me sont venues :

- Était-ce pour cette direction une victoire ou un échec ?
- Comment pouvait-on se permettre de juger comme nulle et incompétente professionnellement une femme qui avait dix ans d'ancienneté et qui « tenait ses objectifs » ?
- Quels événements pouvaient expliquer cette rupture ?

En tout cas, à partir de ce moment, je me suis mise à écouter les chefs de cet établissement d'une oreille plus attentive. Auparavant, je m'imaginai que seuls les salariés de terrain pouvaient être victimes de mauvaises conditions relationnelles, je pensais que les chefs pouvaient se défendre. J'ai tout à coup eu beaucoup plus de compassion pour ces chefs de rayons, j'ai été plus attentive à tous les mots traduisant un mauvais climat. J'ai essayé, sans y être arrivée, de comprendre comment le management « fonctionnait » : quels étaient les véritables enjeux, est-ce qu'en réalité, les chefs de rayon détenaient du pouvoir ?

Sans doute parce que j'ai été plus réceptive, ces chefs de rayon se sont livrés beaucoup plus facilement, certains m'ont alors raconté qu'avec le nouveau directeur, ils étaient obligés, plus souvent semble-t-il que par le passé, de faire des choses qu'ils réprouvaient.

J'ai tout à coup été capable de leur dire que plusieurs d'entre eux m'en avaient déjà parlé, qu'ils n'étaient pas les seuls

à souffrir de cela, et que je les incitais vivement à ne pas agir contre leur propre conscience et à parler entre eux, puisqu'ils étaient tous plus ou moins concernés.

Naïvement, j'imaginai ainsi que pourrait se construire une sorte de collectif de défense. Très vite, je me suis aperçue que les quelques chefs qui avaient osé parler étaient très vite mis en quarantaine par les autres et devenaient victimes de brimades, voire de véritables harcèlements.

Mon collectif était là où je ne l'imaginai pas ! Il s'était constitué aux dépens de ces quelques chefs pris soudain comme boucs émissaires.

Tout ceci me désespère et me laisse très perplexe, je m'interroge sur les conséquences de mon action.

DÉCEMBRE 2000

En décembre 2000, Mathieu, chef de rayon depuis 1988 dans le magasin, demande une visite de pré-reprise. Il est en arrêt depuis plusieurs mois pour des lombalgies très invalidantes.

Je reçois donc Mathieu en consultation dans le magasin où j'effectue une à deux vacations hebdomadaires. Mathieu a trente-cinq ans et ressemble à un vieillard, il marche courbé et s'appuie sur une canne, il boite. Il me présente un très lourd dossier médical : beaucoup de radios, de scanners, d'ordonnances... J'examine ce patient, son dossier médical, je reste indécise : pas grand chose de bien objectif. Pressentant une reprise de travail difficile, je décide de faire une demande de reconnaissance travailleur handicapé, ce que Mathieu accepte volontiers.

Je l'interroge tant sur sa vie privée que professionnelle, tout semble bien aller. Mathieu est très demandeur d'une reprise de travail, il m'explique qu'il a pris rendez-vous chez un « grand chirurgien ». Je négocie pour une reprise éventuelle après l'avis du « grand chirurgien ».

Quelques semaines plus tard, Mathieu me téléphone et m'explique que ce chirurgien ne peut rien pour lui, qu'il souffre toujours autant, mais que de toutes façons il faut qu'il reprenne son travail, il me demande un rendez-vous, je lui explique alors qu'exceptionnellement il n'y a pas de vacation dans le magasin cette semaine, mais que je le verrai sans problème ailleurs. La réaction de Mathieu m'interpelle, il me dit que cela ne fait rien, certes c'est beaucoup plus loin, mais qu'il se débrouillera et que de toute façon il préfère, comme ça il n'aura pas à voir le magasin.

Ces paroles résonnent en moi, je me dis que peut-être il y a quelque chose à creuser de ce côté là.

Deux jours après, je vois Mathieu arriver à ma consultation, il se tient droit, boite moins et oublie sa canne dans la salle d'attente. Il se plaint toujours beaucoup de son dos, et de douleurs irradiantes. Je lui fais remarquer qu'il a oublié sa

canne et Mathieu me dit que depuis quelques temps il n'en a besoin que pour se rendre au magasin.

Tout de suite, je laisse la pathologie lombaire et évoque avec lui ses conditions de travail et ses relations avec Benoît son chef de secteur, j'évoque paroles et situations que vivent certains autres chefs de rayon avec Benoît.

Le visage de Mathieu s'éclaire et me dit : « *Vous aussi vous savez.* », il m'explique que Benoît est devenu très sévère avec lui, qu'il est grande gueule, qu'il ne pardonne rien, qu'il n'est jamais content. Mathieu me dit « *Et puis vous savez bien la dernière – et non je ne savais pas ! – Benoît vient de nommer un autre chef de rayon, il dit partout que cette nomination n'est pas le remplacement de Mathieu mais qu'elle est définitive, que de toute façon Mathieu ne reviendrait pas, que c'est un grand handicapé...* » Je rappelle que depuis le début de son arrêt Mathieu se rend sur son lieu de travail en boitant et en marchant avec une canne. Les choses commencent à s'éclairer en moi, je comprends pourquoi Mathieu est si pressé de reprendre le travail malgré sa symptomatologie très douloureuse.

Je revois plusieurs fois Mathieu à sa demande, ailleurs que dans le magasin, chaque fois je m'oppose à sa reprise de travail, il met toujours en avant sa lombalgie invalidante, je le fais de plus en plus parler de son travail jusqu'au jour où Mathieu m'explique que Benoît lui a demandé de « virer » un salarié jugé trop lent et inefficace. Ne pouvant lui trouver de fautes, Mathieu refuse de licencier ce salarié pour un vol imaginaire. Très vite Mathieu reçoit des missions impossibles à faire. Benoît l'humilie, l'atteint dans sa dignité de chef puis très vite d'homme, jusqu'au jour où Mathieu a tellement mal au dos qu'il s'arrête.

Au fil de mes entretiens j'aide ce patient à prendre conscience de son mal être et que son mal au dos pouvait signifier tout simplement qu'il en avait « plein le dos ». Mathieu accepte une prise en charge psychiatrique et il sera dirigé vers la consultation de pathologie professionnelle, où une prise en charge sera instituée.

En octobre 2001 j'ai dû mettre Mathieu en inaptitude définitive, l'employeur attendra plus d'un mois pour contester ma décision. C'est moi qui sournoisement conseille au DRH la contestation. Je me dis que par ce biais enfin le MIRTMO et l'inspection du travail seront alertés et pourront intervenir...

J'ai été bien déçue par la suite de l'intérêt de cela, car au-delà du soutien qu'ils m'ont manifesté, leur action sur le terrain n'a pas eu les répercussions que j'espérais sur les dysfonctionnements de l'entreprise. L'inspecteur du travail confirmera mon inaptitude. L'employeur contestera la décision de l'inspecteur du travail devant le tribunal administratif.

Pendant tout ce temps Mathieu est très inquiet pour sa femme. Elle travaille dans un autre magasin de la même enseigne. Il est persuadé qu'on va lui en faire « voir ». Il y aura en effet des pressions sur elle.

Actuellement Mathieu va très bien. Il refait une formation professionnelle grâce à la COTOREP.

Pendant la période où je vois régulièrement Mathieu, je vois Thibault en visite annuelle systématique.

OCTOBRE 2001

Quelques heures auparavant, en faisant mes courses dans le magasin, j'avais rencontré deux de ces employés qui m'ont dit être fort inquiets pour leur chef : ils l'ont vu pleurer en cachette dans la réserve, lui qui est d'habitude si courageux, qui supporte toujours tout. Ils me disent que depuis quelque temps le chef de secteur Benoît est toujours sur « son dos », qu'il lui crie dessus constamment.

Thibault se présente très en retard au rendez-vous de sa visite médicale ; il a l'air absent, le regard vide. Après mes premières paroles qui ont dû être du genre « *Alors, comment allez-vous ?* ». Thibault s'écroule littéralement, se met à pleurer, à me tenir des propos d'auto-dévalorisation, présente des idées noires avec menaces de passage à l'acte.

Il me parle abondamment et spontanément de ses déboires conjugaux, sa femme va le quitter. « *Et oui – me dit-il – elle ne me voit jamais et puis quand je rentre ou ma fille est couchée ou je ne la supporte pas, je suis réellement fatigué, plus rien ne m'intéresse, je rentre pour me coucher et ça elle ne le comprend pas.* »

J'arrive à ramener la conversation sur le travail, Thibault me dit que là non plus ça ne va pas fort, que depuis des mois, Benoît essaye de le « virer », qu'il est constamment sur son dos. Le secteur va très mal. De lourds investissements ont été faits pour la création d'une cave à vin, et les ventes ne sont pas là... En plus, la foire aux vins n'a pas rempli ses objectifs. Thibault me dit qu'il avait bien prédit tout cela qu'il avait prévenu qu'il n'y avait pas la clientèle pour cette cave à vins et puis, cette année la foire aux vins a été un fiasco partout. Forcément, comme l'année dernière on a manqué de marchandises, la consigne a été cette année de faire le plein. « *Tout ça c'est la faute de Benoît qui voulait un rayon de prestige et une foire exceptionnelle. C'était son idée et c'est moi qui en prends plein la "g..."* »

Benoît lui reproche de ne pas en faire assez et justement il vient de lui demander de réaliser l'inventaire du rayon, il veut les chiffres pour demain. Thibault sait que cela est matériellement impossible à réaliser même en faisant travailler toute son équipe toute la nuit, ce que Thibault se refuse de toutes façons de demander à ses « gars ».

Afin de protéger Thibault je le mets aussitôt en inaptitude temporaire et le dirige en urgence vers une structure adaptée. Thibault parlera de plus en plus de ses difficultés dans son travail avec son psychiatre. Après une prise en charge en psychothérapie et un traitement médicamenteux lourd, je mets en mai 2002 Thibault en inaptitude définitive à tout travail dans l'entreprise.

Au bout d'un mois, le directeur s'est enfin manifesté en m'envoyant un recommandé me signalant que le magasin était un établissement d'une grosse entreprise et que d'autres établissements pouvaient accueillir Thibault. Je reprends contact avec Thibault qui a son salaire et reste chez lui. Thibault m'explique qu'il sait qu'il est à tout jamais marqué au fer rouge et où qu'il aille dans le groupe il sera considéré comme un paria, il a plein d'exemples à citer...

Je réponds à la direction du magasin que je confirme que Thibault est bien inapte à tous les postes de l'entreprise. Plusieurs recommandés suivront, je reconnais et par le style et par le vocabulaire utilisés que les courriers sont écrits par un avocat. Je prends contact avec le MIRTMO qui m'aide à chaque fois à répondre à ces lettres. J'informe ma direction de toute l'embrouille dans laquelle je me trouve. On me conseille de faire profil bas, de trouver une réponse pouvant satisfaire l'entreprise sans léser le salarié. Je refuse, mon directeur médical me rappelle que ce magasin est une grosse entreprise et qu'il est toujours intéressant d'avoir de grosses entreprises et qu'à cause de mon intervention il considère qu'elle est perdue... Il me demande sans trop insister si je souhaite qu'un autre médecin prenne temporairement ou définitivement le relais. Je lui réponds que c'est hors de question et pourtant je sens que je ne vais pas très bien, que toute ces affaires « m'ébranlent » mais les vacances approchent et j'ai décidé de ne pas leur faire le cadeau de craquer !

Finalement en octobre, Thibault sera licencié. Thibault va très bien. Ses problèmes personnels et en particulier ses difficultés conjugales se sont estompés. Il a repris pied devant sa petite fille et a eu un autre enfant. Je crois qu'il vient de retrouver du travail.

DÉCEMBRE 2001

Je vois Aurélie, elle m'est adressée en urgence par l'inspecteur du travail. Sur les conseils de son mari, Aurélie est allée voir l'inspection du travail pour décrire ce qu'elle vit.

Je ne connais pas Aurélie, elle vient d'arriver d'une autre enseigne récemment rachetée, chez qui elle a travaillé une quinzaine d'années. C'est une femme de trente-huit ans, élégante. Son allure vestimentaire ne colle pas avec son visage, elle n'est pas maquillée, pas coiffée.

Dès que j'aborde avec elle le pourquoi de cette visite elle s'écroule, pleure beaucoup, sanglote, me dit ne pas comprendre ce qui lui arrive, d'être tombée chez « des fous ». Elle me dit ne plus supporter les agissements, les mauvaises manières et les hurlements de son chef de secteur Jérôme. Tout lui est devenu intolérable, arriver sur le parking est déjà une épreuve terrible. Elle me dit qu'elle ne s'est jamais arrêtée, qu'elle a toujours été la plus performante et que c'est pour cette raison qu'elle a été mutée dans ce magasin proche de chez elle, alors pourquoi est-elle aujourd'hui si mal ?

Depuis plusieurs jours Jérôme est constamment sur le dos de Pierre, chef de rayon depuis quelques années, dans le même secteur qu'Aurélie. Jérôme insulte régulièrement Pierre, ne

le trouve pas assez performant. Il le ridiculise, le rabaisse en réunion, devant ses équipiers et devant la clientèle.

Aurélie est révoltée, personne ne se manifeste, aucun autre chef ne prend la défense de Pierre. Alors elle ose leur dire que ce sont tous des lâches, elle ose tenir tête à Jérôme, dans son poste précédent on pouvait parler à son supérieur et lui dire que l'on n'était pas d'accord. Ici dès « *qu'on l'ouvre, on se fait casser* ».

Elle va voir chaque chef de rayon et leur dit qu'il est inadmissible de laisser Pierre seul face à Jérôme, que l'attitude de harcèlement de Jérôme n'est pas justifiée... Tous sont d'accord en aparté, mais personne ne veut rien faire... tous lui disent de ne pas s'en occuper et de faire son boulot. Très vite Jérôme adoptera le même comportement humiliant à son égard. Alors elle craque et fait une grosse dépression. Je la mets en inaptitude temporaire. Je l'adresse en consultation de pathologie professionnelle et à un psychiatre. Depuis elle est toujours en arrêt maladie.

Pierre sera licencié pour faute grave. Je ne le verrai jamais en visite médicale.

Très vite, Aurélie redevient combative et affiche une volonté de vengeance. Elle prend contact avec un avocat. Aussi bien l'inspecteur du travail, à qui j'envoie désormais « tous mes cas », que moi, lui disons qu'elle n'est pas la seule à être victime de harcèlement. Aurélie fera des pieds et des mains pour obtenir les noms des autres victimes, les contactera et réussira à créer un collectif qui portera plainte aux prud'hommes.

Mathieu, Thibault, Pierre, Aurélie et deux autres salariés constituent ce collectif.

Après plusieurs reports le jugement est prévu pour le mois de mai 2003. Plusieurs articles sont parus dans la presse, aucun salarié, aucun syndicaliste n'en parle, personne ne semble informé, personne ne semble les avoir lus.

En même temps ou après ces histoires sont arrivés d'autres cas de harcèlement moral, certains ont été licenciés pour fautes, d'autres sont en « inaptitude temporaire » et donc en arrêt maladie. J'ai bien évidemment, au fur et à mesure des nouveaux cas alerté le directeur et le DRH, ils sont tous deux restés sourds, à chaque fois ils me reproduisent le même discours : « *C'est très facile de se faire passer pour malade, on vient vous voir et le tour est joué* ». J'ai alerté le directeur régional et le DRH France, par lettres recommandées : aucun écho à mes courriers.

L'inspection du travail est parfaitement au courant par les déclarations de maladies à caractère professionnel que j'ai faites, déclarations qu'a faites aussi le spécialiste à qui j'adresse tous mes « harcelés », et par tous les témoignages des « harcelés » ainsi que par tous les salariés témoins de ces faits, beaucoup acceptent de témoigner, ce qui m'étonne vu le contexte, mais je crois qu'ils ont enfin l'espoir que cela va changer.

Au cours du CHSCT de septembre 2001, j'ai expliqué que des méthodes contraires à la dignité de l'homme étaient utilisées dans certains services : aucune de mes paroles ne figuraient au compte-rendu. À chaque réunion suivante, je refusais d'approuver le compte-rendu et demandais que mes propos soient retranscrits, rien n'y faisait. « L'ambiance » était très tendue. Les représentants du personnel ne se sont pas manifestés. Ils baissaient la tête et ne disaient rien. Une déléguée a même dit que ce que je disais était faux. Cette même déléguée est venue me voir ensuite pour me dire qu'elle avait été forcée de dire cela mais qu'il fallait que je continue !

J'ai fait un courrier au directeur pour lui demander de veiller à ce que le nécessaire soit fait, j'ai fait une copie de ce courrier au secrétaire du CHSCT, ma lettre n'est jamais arrivée au secrétaire du CHSCT (idem pour le courrier adressé par l'inspecteur du travail). L'inspecteur du travail menace de faire un délit d'entrave, ce ne sera pas suivi d'effets.

J'ai relaté tous ces faits dans mon rapport annuel, rapport que pour la première fois depuis dix-sept ans j'ai tenu (il m'a fallu beaucoup d'acharnement pour y arriver) à présenter en CE. Les délégués du personnel et les syndicats sont donc désormais informés.

J'ai cru que l'un des deux syndicats représentatifs allait se mobiliser. Les délégués sont venus à plusieurs reprises me voir, finalement ils ne feront rien... car ce sont des « chefs » qui sont concernés.

J'avoue être passée par de longues périodes de doutes et de désarroi. Il m'était devenu très difficile de travailler dans ce magasin tant mes propres conditions de travail étaient dégradées :

Les chefs de secteurs disaient à leur chef de rayon de se méfier de moi, qu'il ne fallait rien me dire, certains refusaient de venir passer la visite médicale. D'autres faisaient des « scandales » dans la salle d'attente, contestant l'utilité de la visite médicale, expliquant qu'ils avaient mieux à faire qu'à perdre du temps avec moi car « eux » ils travaillaient..., refusant de se déshabiller... L'un a même fait un compte rendu écrit de sa visite, ce compte rendu était destiné à ses équipiers.

J'essaye de rester zen, mais parfois je craque et les invite vertement à prendre la porte. Au fond de moi je les plains, je sais que certains se croient obligés de tenir ce rôle, lors de la consultation ils me le disent, me décrivent leur souffrance et leur impossibilité à faire autre chose que subir, plusieurs me mettront en garde, « ils » cherchent à vous virer, faites attention, « ils » vont essayer de vous mettre un objet dans votre sac ou dans votre poche pour vous accuser du vol....

Le directeur m'envoie régulièrement des lettres pour me demander des précisions sur telle ou telle décision médicale... il a même envoyé un courrier me disant que mes consultations étaient surréalistes ! Qu'est-ce que cela signifie ?

J'ai bien sûr proposé à plusieurs reprises au directeur de réfléchir ensemble ou pourquoi pas de faire appel à un organisme compétent pour résoudre tous ces désordres. À chaque fois sa réponse a été : « *Je sais ce qu'il y a à faire* ». Il a manifestement peur de perdre une partie de ce qu'il croit être du pouvoir, que faire ?

J'ai décidé de ne rien changer dans mon comportement. Si j'ai peur, je suis « cuite », ils ne m'auront pas, je ne craquerai pas. Alors je continue de faire très régulièrement mes courses dans le magasin mais j'essaie de varier les jours et les horaires, je ne prends qu'un tout petit sac à main que je tiens près du corps, je ne porte pas de vêtements amples... Dès qu'un salarié s'approche de moi je me recule, je sais que le « danger » peut venir de toute part... J'ai le sentiment de devenir parano. J'en parle à plusieurs consœurs amies, je sens bien qu'elles m'écoutent mais pensent que j'en rajoute. Je ne sais plus bien où j'en suis. On me conseille de me syndiquer, au cas où... Les MIRTMO prennent de mes nouvelles, cela me reconforte mais je me sens tout de même bien seule devant ce **chantier**.

À cette époque, je vois souvent le DRH, homme mielleux et sans courage. Entre nous s'installent des relations bizarres, chacun joue un rôle sans que l'autre n'en soit dupe. Il joue « copain-copain » avec moi, m'arrange des aménagements de poste impossibles à obtenir jusqu'à présent et moi je fais passer des messages : « *Vous n'êtes pas content de ma décision d'inaptitude, mais contestez donc... et je lui explique la procédure* », « *Je sais que vous cherchez à me virer, si vous réussissez je prendrai une année sabbatique pour écrire un livre sur mon histoire dans le magasin* ». Cette phrase dite comme une plaisanterie me reviendra très régulièrement tant la crainte de la médiatisation est grande. Lors de la parution des articles de presse le DRH me dit ne pas les avoir lus... je sais que c'est faux. Je lui dis que j'ai aussi été contactée par des journalistes mais que j'ai considéré ne pas avoir à répondre étant tenue au secret professionnel, mais que s'il me semblait y avoir trop d'exagérations je me réservais le droit d'intervenir ; alors il prend peur et m'assure que l'on va trouver une solution mais que tout est mieux que la presse « *Cela est mauvais pour le commerce* ».

Le DRH est mis en accusation devant les prud'hommes, c'est pour lui une grande souffrance, il m'en parle beaucoup, objectivement il n'y est pour rien. Devant le tribunal des prud'hommes le DRH et l'avocat de l'entreprise diront que je suis un très mauvais médecin et que vraiment je ferais mieux de faire autre chose que de la médecine.

Je vois aussi très régulièrement à sa demande le chef de secteur Benoît accusé de harcèlement. Il ne comprend rien à ce qu'il lui arrive, il ne va pas bien du tout. Je lui explique que moi non plus je ne comprends pas : il y a dix ans il était un chef de secteur aimé et apprécié, il revient quelques années plus tard dans le magasin et il est devenu cet homme qui fait tant souffrir. Que s'est-il passé ?

Lors de toute cette période, j'ai vu Jérôme en visite systématique et j'ai un moment hésité à le mettre en inaptitude le

considérant comme dangereux pour autrui. J'en ai parlé au MIRTMO qui me l'a déconseillé. Ai-je fait mon travail en laissant Jérôme continuer à faire le sien ? Que se serait-il passé si un salarié avait fait un « passage à l'acte » ? Qu'elle était mon niveau de responsabilité ?

Toute la violence et la perversité que je sens chez Jérôme est-elle d'origine psychiatrique ou induite par l'organisation du travail ? Je ne me suis jamais posé cette question pour Benoît.

MAI 2003

Je suis beaucoup plus sereine, je fais maintenant partie d'un groupe de réflexion sur le harcèlement moral. Cela me permet d'avoir un lieu de paroles et d'échanges. Je prends beaucoup plus de recul et me culpabilise moins de ne pas arriver à faire changer les choses.

J'ai, cependant, toujours beaucoup de questions sans réponse. Il me semble que la direction du magasin a agi contre ses propres intérêts mais il y sûrement beaucoup de choses qui m'échappent... :

- Faire traîner le licenciement de Thibault c'est, me semble-t-il, encore donner matière à l'accusation pour harcèlement moral.
- Pourquoi porter la contestation de l'inaptitude de Mathieu devant le tribunal administratif ?
- Pourquoi ne pas retranscrire mes propos dans les différents comptes-rendus des réunions du CHSCT ? Ils auraient dû comprendre avec le temps que je ne baisserais pas les bras, alors pourquoi ce comportement « hors la loi » ?
- Pourquoi les actions de l'inspecteur du travail et celles du MIRTMO n'ont pas eu d'effet sur le terrain ? Que peuvent-ils faire, jusqu'où peuvent-ils nous aider ?
- À quoi bon avoir des structures au-dessus du magasin, si elles ne se manifestent pas quand un médecin du travail les alerte ? De même, à quoi sert mon rapport annuel qui est transmis à ces mêmes structures ?
- Pourquoi les délégués du personnel et les syndicats sont-ils restés passifs ? La souffrance d'un « chef » ne vaut-elle pas celle d'un salarié de terrain ?
- Comment comprendre que tous ces salariés aient pu tenir aussi longtemps ? Qu'est-ce qu'ils ont dû mobiliser pour résister ? Ils ont participé à cette dynamique et brutalement ils s'écroulent, pourquoi ?
- Jusqu'où le médecin du travail peut-il aller ? Quelles limites doit-il s'imposer ? Quels sont ses moyens de défense, si les choses tournent mal ? Quelle est sa protection ?

JUILLET 2003

Actuellement, la situation s'est calmée. J'ai depuis quelque temps des conditions de travail normales.

Le directeur a changé, il est beaucoup plus aimable et courtois avec moi, me faisant croire que le dialogue est possible,

il l'est certes mais ne sert à rien... L'ancien directeur a été licencié. Les deux « harceleurs » et le DRH ont été mutés. Il n'y a plus de DRH dans le magasin : nouvelles directives de l'entreprise. On attend le jugement du tribunal des prud'hommes, il a été maintes fois repoussé. Les délégués du personnel et/ou les délégués syndicaux viennent toujours me demander, en cachette, d'intervenir, mais eux restent toujours aussi passifs.

J'ai le profond sentiment que malgré toutes mes démarches, rien n'a été remis en questions, tout continue de fonctionner comme avant, si ce n'est que depuis que j'ai réussi à mettre tous ces problèmes sur la scène publique, les langues se délient plus facilement, et c'est aujourd'hui ma seule satisfaction.

SEPTEMBRE 2003

Septembre 2003, le jugement des prud'hommes est enfin rendu : la société est condamnée pour harcèlement moral dans les dossiers de Pierre et de Thibault, les quatre autres salariés sont déboutés, ils feront appel, l'entreprise fera de même.

Du coup, j'ai de nouveaux contacts avec Mathieu, Thibault, et Aurélie :

- **Thibault** est content d'avoir gagné, mais il est très amer, il pense que l'entreprise s'en sort financièrement bien et trouve que tout ça est très injuste pour ses collègues. Il me répète que son histoire est toujours très difficile à porter, qu'il ne va toujours pas très bien qu'il continue à être traité, mais que maintenant il espère pouvoir tourner la page et retrouver enfin du travail. Il me dit que c'est très difficile pour lui d'expliquer à de futurs employeurs ce qui s'est passé, il craint un jugement négatif et répète à plusieurs reprises : « *Personne n'embauche quelqu'un qui a mis une société comme celle-là aux prud'hommes, ils ont tous les droits eux...* »
- **Mathieu** est extrêmement déçu, il est complètement déstabilisé, il me dit ne plus vouloir parler de tout cela même avec sa femme (ce qu'elle me confirmera...), il dit vouloir tout oublier. Il est de plus, très inquiet, il a appris par son avocat (il n'a pas eu le courage d'ouvrir la lettre) que le tribunal administratif avait donné raison à l'entreprise. Du coup, il craint de devoir rembourser ses indemnités de licenciement, craintes non fondées. Par contre, sur le plan professionnel il est très épanoui dans son nouveau travail.
- **Aurélie** présente toujours un gros syndrome dépressif, elle reste insomniaque, angoissée, pleure beaucoup, elle a cessé depuis longtemps toute prise en charge : je lui conseille vivement de reprendre contact avec un psychiatre. Elle est bien sûr très déçue du jugement, mais elle semble usée, elle fera appel mais dit ne plus vouloir mener la lutte « *À quoi bon ? Tous ces efforts... et les articles de presse ça a servi à rien...* ». Sur le plan administratif, elle est toujours en arrêt de travail mais n'est plus indemnisée depuis avril, il va donc falloir faire une inaptitude.

Après avoir longuement réfléchi et avec l'accord de Aurélie je décide d'en parler avec le directeur du magasin, avant de rédiger la fiche. Je lui téléphone et propose qu'il contacte son avocat afin que ce dernier propose une formulation de la fiche d'inaptitude. Je suis décidée à reprendre la proposition de l'avocat, si bien entendu cela est conforme à mon éthique et aux intérêts de Aurélie. Cela devrait éviter aux uns et aux autres des complications supplémentaires...

Le directeur est ravi de ma proposition. Quelques jours plus tard, il me rappelle et propose un rendez-vous avec Aurélie. Il nous explique qu'il a pris des contacts avec sa direction et que l'entreprise ne souhaite absolument pas que Aurélie revienne y travailler. Il paiera ce qu'il doit payer et souhaite que tout se passe sereinement, mais que son avocat n'a rien à proposer pour la rédaction de ma fiche.

Je commence l'inaptitude de Aurélie.

Entre les deux visites, le directeur apprend que Aurélie a fait appel de la décision du jugement, il propose un rendez-vous avec les deux avocats respectifs afin de trouver un arrangement pour arrêter toute la procédure. Je refuse de participer à cette réunion, considérant que n'est pas du tout mon rôle de médecin du travail. Finalement, cette réunion n'aura jamais lieu. Pourquoi ? Je fais la deuxième visite et après avoir demandé conseil au MIRTMO, je marque sur ma fiche qu'un reclassement est envisageable dans un autre établissement dans un poste donnant à Aurélie les moyens d'être autonome dans son travail. Une dizaine de jours après, le directeur convoque Aurélie pour l'entretien de licenciement et propose de lui donner 50 000 F de plus que ses indemnités de licenciement pour renoncer à son appel (le montant des indemnités de licenciement plus 50 000 F correspondent à la somme réclamée par Aurélie. Les deux salariés qui ont gagné aux prud'hommes ont eu plus de deux ans de salaires... rien avoir donc avec la proposition...). Aurélie refuse.

L'entretien se passe donc très mal, le directeur ayant le sentiment de s'être fait berné : elle a la somme qu'elle souhaitait et pourtant elle refuse tout accord... il oublie simplement que les indemnités de licenciement sont un dû. Je crois qu'il a réellement cru pouvoir s'en tirer à bon compte.

Du coup, il décide de s'entourer de mille et une précautions : il fait une proposition de poste, que Aurélie refusera. Il reste très courtois avec moi, me téléphone régulièrement pour m'informer, me demande avis et presque conseils ! Il souhaite que je lui écrive ce que j'entends par autonomie, ce que je ferais avec beaucoup de précision afin qu'il puisse licencier Aurélie. Je joue le rôle « d'intermédiaire » entre les deux... en essayant d'apaiser la rancœur du directeur et l'extrême angoisse de Aurélie qui est persuadée qu'elle ne sera pas licenciée...

Fin janvier 2005, Aurélie est licenciée sans plus d'embrouilles.

JUIN 2004

Depuis six mois environ, la venue d'un nouveau chef de rayon génère à nouveau dans un rayon de gros problèmes de souffrance au travail ; des insultes pleuvent : « *Vous n'êtes que des nuls, des comme vous y en a plein les poubelles, casse-toi si t'es pas content, je ne comprends pas pourquoi les vieilles comme vous sont encore au travail vous n'êtes que des ramollies, magnez-vous le cul les mamies, les handicapés on devrait les enfermer dans des centres...* ». ».

Tout ceci bien sûr, est dit en hurlant. Le chef de rayon licencie à tour de bras, donne des avertissements, donne des ordres contradictoires, change les horaires, les jours de congé de vacances... Tout est fait sous le regard bienveillant de son chef de secteur qui utilise les mêmes méthodes. Bien évidemment les arrêts de travail se multiplient, des inaptitudes temporaires fleurissent ; ce qui me met à nouveau en difficulté dans mon travail... Les délégués syndicaux et du personnel viennent me voir en cachette me demander d'intervenir... Je leur dis que chacun doit remplir sa tâche et que je ne repartirai pas seule au combat.

SEPTEMBRE 2004

Courant septembre, les choses s'aggravent. Je demande donc un rendez-vous au directeur pour parler de cet état de fait : il me parle chiffres, rentabilité, mauvais éléments... Je lui fais remarquer que les mauvais éléments ont entre huit et trente ans d'ancienneté ! Bref, dialogue de sourds.

OCTOBRE 2004

Début octobre, un employé libre service « pète les plombs » un matin en réunion où comme chaque matin il est insulté avec ses collègues. Il quitte violemment la réunion, me téléphone afin que je le reçoive. Il est extrêmement énervé, agité, profère des menaces de mort : « *Je vais le tuer* » dit-il à plusieurs reprises. Je le mets en inaptitude temporaire et lui conseille d'appeler l'inspecteur du travail.

Quelques jours après, il reçoit une lettre pour un entretien en vue d'un licenciement. Les syndicats m'avertissent, je leur dis que c'est à eux aussi d'agir et qu'ils pourraient peut-être convoquer un CHSCT exceptionnel. Trois jours plus tard un mouvement de grève suivi par la totalité du service est organisé et un CHSCT exceptionnel est convoqué. Cette réunion est enfin l'occasion de parler de harcèlement moral et plus généralement de souffrance au travail induite par des méthodes de management inadaptées. La nomination d'un expert est votée, et il est décidé que je pourrai (enfin !) animer des réunions avec les managers pour aborder cette question. Je relance à plusieurs reprises le directeur pour fixer les modalités pratiques : trois réunions seront faites courant janvier par groupe de dix à quinze.

Courant décembre, je vois en visite médicale deux managers avec qui j'ai l'habitude de parler librement. Ils me disent l'un et l'autre que lors des réunions, il est prévu de me mener

la vie dure, certains de leur collègue disent avoir des comptes à régler avec moi et qu'ils feront tout pour me « casser »...

JANVIER 2005

La veille de la première réunion, je parle à quelques confrères réunis en formation : tous me disent que je suis folle d'y aller seule, que je vais me faire laminer... tous me disent qu'ils auraient refusé une telle intervention.

J'arrive donc sur mes gardes à la première réunion. Une fois de plus, tout est fait pour me déstabiliser : la salle prévue est occupée – j'arrive donc dans une salle inconnue –, les tables sont installées de telle façon que je ne puisse pas bouger, et ils sont vingt-huit au lieu des dix à quinze prévus... Avec ironie, je leur fait remarquer tout ça, et leur demande de bien vouloir avoir la gentillesse de changer la disposition des tables afin que j'aie de la place, ce qu'ils font tout gentiment.

Dès le début de mon intervention, je précise les règles : je parle puis je répondrai à toutes les questions. J'ai le souhait de rester « maître du jeu ». Je peux avouer être très fière de moi car malgré toute mon angoisse d'être devant ce public *a priori* hostile, je crois réellement m'en être bien sortie : j'ai réussi malgré plusieurs tentatives à ne pas me laisser interrompre, j'ai réussi à ne pas me laisser entraîner sur le

terrain des conseils et avis sur la façon de faire, je suis toujours restée **le médecin** qui se préoccupe de la santé et qui ne sait pas comment diriger des « gars ». J'ai accepté de répondre à des questions dépassant largement le harcèlement moral, notamment sur le rôle et le travail du médecin du travail.

À la fin de cette première réunion le directeur m'a chaleureusement félicitée pour avoir eu le « courage de les affronter », il a demandé avec instance à ce que tous désormais me considèrent comme un partenaire et non comme un ennemi. Ce sont les termes utilisés.

Les deux autres réunions se sont tout aussi bien passées, le directeur venait à chaque reprise pour l'introduction et la conclusion. Il est à remarquer que les trois réunions ont chacune duré environ une heure de plus que l'horaire prévu.

Je crois très sincèrement et tous les échos que j'ai me le confirment, ces réunions ont été appréciées : pour la première fois dans le magasin on a parlé de harcèlement moral, pour certains qui avaient été eux même victimes sans se l'avouer ou témoins des mots étaient mis sur leur souffrance, pour d'autres, ils découvraient que tout cela s'était produit et se produisait encore dans le magasin.

Dorothee RAMAUT

! *Chère lectrice, cher lecteur*

L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel – 5 000 € (impression et routage) – pour un tirage à 2 000 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 80).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL

QUELLE PRATIQUE CLINIQUE

POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL ?⁽¹⁾

« **C'** est la troisième lettre. On est en train de claquer. Ses nerfs ont lâché à cause du harcèlement de sa boîte. **La médiatrice a fait une lettre comme quoi il toucherait le cul de toutes les filles.** La première, c'est parce qu'il avait perdu les clefs, c'était normal. À la deuxième, ils sont passés à deux devant le patron car un samedi, ils n'avaient pas fait payer deux filles – des élèves –. On a fait passer l'argent manquant dans une enveloppe. Je n'en peux plus, il veut se suicider. Toutes les semaines, il y a quelque chose. On leur trouve à redire pour des bricoles. »

L'histoire de M. L... débute donc comme cela, dans l'urgence, par un appel téléphonique de son épouse, en larmes, un mercredi matin de février 2003.

Les affaires dites de « harcèlement », ont souvent ce caractère bruyant. Nous allons nous appuyer sur le cas concret de M. L..., conducteur d'autocar, pour illustrer la complexité de ces situations, analyser les connaissances nécessaires au médecin du travail pour s'y confronter et illustrer les stratégies et les savoir-faire qu'il doit déployer.

Répondre à cet appel demande au médecin de construire une stratégie d'action qui ne s'élabore pas sans un appui sur un solide socle de connaissances théoriques en ergonomie, en psychopathologie et psychodynamique du travail, acquises au fil de ses années de pratique.

Il a fallu se détacher de la conception purement psychologique de la pathologie mentale, donc de l'étiquetage à des catégories ou à des tableaux cliniques. Il a fallu apprendre à ne pas se contenter d'explorer des conditions de travail. Le médecin du travail aborde alors le salarié dans son statut de sujet, avec son histoire singulière, ses désirs, ses espoirs et son rapport au travail. Le médecin du travail essaie d'approcher au plus près de l'activité singulière de l'individu et de sa dynamique subjective d'investissement.

.....

1- Texte complété de l'intervention au 28^{ème} Congrès National de Médecine et Santé au Travail de Bordeaux, 8-11 juin 2004

Il s'agit d'une vision radicalement différente de l'approche rationnelle, mécanique et a-conflituelle de l'homme, vu comme rouage d'un système fonctionnel.

L'activité de travail, le rapport au réel du travail, le rapport aux autres dans le travail, les enjeux éthiques qui y sont investis sont révélateurs de l'existence d'une zone de normalité assez imprécise où le sujet a la possibilité de produire ses propres normes. Il suffit que ces possibilités soient entravées pour que des manifestations psychopathologiques apparaissent. En d'autres termes, la psychopathologie du travail correspond, pour le médecin du travail, aux symptômes d'une entrave répétée et durable, à la mobilisation des processus psychiques mis en œuvre pour faire face à la réalité du travail.

Par le récit sur le travail et le conflit que le médecin essaie de faire décrire précisément par le salarié en manifestant une authentique quête de compréhension, il permet à ce dernier de prendre du recul grâce au travail d'expression des faits.

De son côté, le médecin construit une clinique particulière et spécifique regroupant les éléments de l'activité dans leur dimension d'expérience vécue, les éléments de l'environnement de travail et du conflit et les signes de la souffrance mentale.

Il peut alors construire des stratégies d'action pour aider le salarié à penser sa situation et ainsi à préserver sa santé mentale ; l'analyse compréhensive et la relation de confiance qu'elle établit, permettant d'explorer l'éventail des possibles.

Signalons, au passage, que le Code du travail, dans l'article L.230-2, fait explicitement référence à la santé mentale au même plan que la santé physique.

Armés de ces pré-requis, dans la pratique, comment s'en débrouille-t-on ? Revenons à l'appel de Mme L... C'est une urgence et le médecin du travail va donc recevoir l'intéressé dans les plus brefs délais, non sans avoir préalablement mis en place les premières mesures de sauvegarde :

- rassurer Mme L...,
- conseiller de voir le médecin de famille le jour même,
- alerter immédiatement ce dernier en lui demandant de prescrire un arrêt de travail pour mise à distance de la situation,
- lui suggérer de faire une déclaration d'accident de travail.

Le médecin du travail reçoit M. L... et Mme L... quelques jours plus tard pour commencer à repérer les grandes lignes du conflit. Au cours de cette première consultation prolongée, sont envisagées les principales difficultés à anticiper :

- *Première interrogation* : faut-il prendre l'avis d'un expert psychiatre ? À quel titre, souhaitons-nous l'avis d'un soignant expert face à cette crise identitaire majeure, sachant que cette crise d'identité trouve son origine dans le travail et que le psychiatre ne connaît rien des enjeux, des tensions, du réel auquel se confronte M. L... ? Souhaitons-nous plutôt disposer dans le dossier médical d'un avis d'expert pour le dossier du CRRMP ou pour un éventuel dossier prud'homal ? Il n'y a pas d'urgence. M. L... va réfléchir.
- *Deuxième interrogation* : le refus de l'accident de travail par la CPAM étant vraisemblable, ne faudra-t-il pas alors réorienter le statut médico-légal de l'arrêt de travail vers la maladie professionnelle, via le passage en CRRMP ? Dans cette hypothèse, il faudra donc préparer un argumentaire clinique précis. Ce sera donc un des objectifs d'une nouvelle consultation médicale prolongée: investiguer le contenu du travail en y intégrant sa dimension historique. D'ici là M. L... devra essayer de retrouver les dates et les faits précis des six derniers mois et les noter.

À l'issue de ce premier entretien le médecin du travail rédige un courrier pour l'employeur et l'envoi en lettre recommandée avec accusé de réception pour rappeler l'article L.230-2 du Code du travail et pour attester que les problèmes de santé actuels de M. L... sont bien liés à la situation de travail.

Durant la deuxième consultation prolongée, le médecin fait raconter le déroulement des événements à un moment critique, conflictuel, de l'histoire professionnelle. Il prend la posture de celui qui cherche à comprendre, de celui à qui il faut détailler l'enchaînement et les mobiles des façons de faire ou de ne pas faire, tels qu'ils sont expliqués par l'acteur. Et, au fur et à mesure de ses questions, surgissent des détails oubliés.

Le médecin essaie de voir M. L... travailler devant lui en s'appuyant sur la technique du sosie.

En même temps qu'il écoute, le médecin écrit. Il écrit ce récit dans lequel alternent le « je », le « on » et le « tu ». Dans le texte dactylographié, qui sera conservé dans le dossier médical, mais également remis à M. L..., n'apparaîtront que le « je » et le « on ». Voici donc comment M. L... raconte son travail et les conflits auxquels il se heurte.

« Je suis chauffeur-receveur d'autocars. J'assure des services spéciaux de transports scolaires, la ligne régulière, et parfois des services dits "à la demande". Pour ceux-ci, on reçoit des fax au jour le jour à notre dépôt de Dèpe. Pour les autres services, on reçoit le planning toutes les semaines. En principe, les mêmes horaires reviennent toutes les cinq semaines. En cas d'absence, on se réorganise entre nous.

On change d'autocar en fonction des circuits. Je délivre des titres de transport, j'encaisse les paiements correspondants et je contrôle la validité en date et en circuit des cartes d'abonnement qui devraient être présentées spontanément par chaque élève montant dans le car. Pour les billets, on a une machine sur la ligne ; les autres circuits, c'est à la main.

Il faut que les élèves arrivent à l'heure dans les établissements scolaires. On fait 200 à 250 kilomètres par jour en moyenne, mais il y a beaucoup d'arrêts. Par exemple, entre Thiau et Aplet, sur sept kilomètres et sur un temps de trajet prévu de quinze minutes, on aura six arrêts. À chaque arrêt, il faut manœuvrer les systèmes d'ouverture et de fermeture de porte, contrôler ou délivrer les titres de transport et attendre que tout le monde soit assis pour redémarrer.

Je suis dans l'entreprise depuis novembre 1992. Jusqu'à présent je n'ai jamais eu d'incidents majeurs dans l'entreprise excepté avec les lycéens du LEP de Thiau qui empruntent régulièrement la ligne régulière. Ça m'est difficile de rapporter cela, mais voilà ce qu'on entend.

Par exemple, si je menace d'empêcher de monter un élève qui n'a pas de carte et qui ne veut pas payer, c'est : "Vas te faire enculer", "On va niquer ta mère", "Un jour, il y aura un guet-apens dans ton car". Une fois, à une dame ayant refusé de prêter un briquet dans le car, c'était : "Viens me sucer, va te faire enculer".

Toutes ces nuisances, ont provoqué une importante révolte chez tous les chauffeurs. On a signalé, verbalement et par écrit, les agissements de ces lycéens à notre direction. Ça n'a rien changé. Des plaintes ont été déposées en gendarmerie, dont, de ma part, une à Aplet et au moins deux à Thiau. Le grave conflit qui m'oppose à ma direction a commencé comme cela.

Je parlais du LEP. Quand j'ai voulu me déporter à gauche pour prendre le virage sur la droite en direction de Aplet, devant la gendarmerie de Thiau, un automobiliste venant en sens inverse m'a fait des appels de phare. J'ai entrouvert ma vitre et il m'a signalé que des élèves jouaient à ouvrir la porte de secours arrière. Je me suis garé immédiatement à droite, je suis descendu du car par l'extérieur car je ne pouvais pas me rendre à l'arrière par le couloir central qui était bloqué par des élèves qui avaient peur. Je suis monté dans le car par la porte arrière pour demander ce qui se passait. Les élèves m'ont insulté et m'ont dit de retourner à mon volant, ce qui se passait à l'arrière du car ne me regardait pas ! Avec le conducteur de la voiture, j'ai donc choisi d'aller directement à la gendarmerie, en face, et j'ai demandé de l'aide aux gendarmes. C'est ce conducteur qui a dit aux gendarmes : "Allez avec ce chauffeur sinon, il aura des problèmes avant Aplet".

J'étais dans une situation impossible :

- *si je verrouillais la porte de secours, j'étais en infraction ;*
- *si je la laissais ouverte je prenais le risque de voir un élève tomber sur la route.*

Depuis plusieurs années, ma femme est inquiète, elle pense que je risque de prendre un coup de couteau ou de cutter.

À plusieurs reprises j'ai signalé ces faits à la direction.

Enfin, en mai 2002, la totalité des chauffeurs de notre dépôt a rencontré la direction, ainsi qu'un représentant du Conseil Général. Nous leur avons confirmé la gravité des faits et leur avons clairement exprimé la nécessité de la présence d'une personne physiquement et moralement très imposante pour maintenir l'ordre dans les cars lors du transport de ces "délinquants" ».

À l'issue de cette intervention, des médiateurs ont été mis en place par le Conseil Général, à la rentrée de septembre 2002

« Et c'est suite à ces différentes démarches que j'ai commencé à être harcelé par des lettres recommandées accompagnées de menace de licenciement.

J'ai reçu ma première lettre le 17 septembre 2002. J'ai comparu devant le directeur, M. H... le 27 septembre 2002 au siège social de Thiau. J'étais convoqué pour avoir égaré mes clefs. Je les avais effectivement perdues lors d'une coupure de trois heures, sur la ligne régulière, à Dahu.

J'avais paniqué. J'avais averti le responsable du dépôt qui m'avait apporté le double. En fait, j'avais oublié de les reprendre en repartant après avoir bu un café. Je les ai retrouvés deux jours après.

Ces coupures sont trop longues, on pourrait les éviter simplement en organisant un changement de chauffeur quand les deux cars de l'entreprise se croisent à mi-chemin.

Pour cet entretien, je m'étais fait assister par Christian, un collègue de mon dépôt. À la fin de l'entretien Christian a présenté un disque, montrant qu'il avait roulé huit heures consécutives sans coupure, ce qui est interdit par la loi. M. H... le directeur, lui a dit que ce n'était pas grave. Ce jour-là, Christian avait du aller faire réparer son car à Villebon pendant sa coupure à Dahu, car sa girouette électronique de direction ne fonctionnait plus. On aurait pu lui envoyer un mécanicien pendant sa coupure ; pour une réparation de trois minutes, on a choisi de le faire mettre en infraction par manque d'organisation. »

Enfin, M. L... aura un avertissement et la coupure des trois heures sera supprimée en septembre 2003.

Christian, lui, fera un infarctus au volant de son car deux mois plus tard, en novembre 2002.

« Fin novembre 2002, je reçois, ainsi que mon collègue Yves M..., une deuxième lettre.

Le 6 décembre, nous nous présentons au dépôt de Dèpe devant le directeur, M. H... Nous devons nous expliquer sur le fait qu'un samedi nous n'avons pas fait payer une élève faisant un stage dans le cadre scolaire. Cette élève avait un titre de transport pour les autres jours de la semaine. Ce samedi, elle faisait un stage dans le cadre du collège. Avec

Yves M..., l'un à l'aller, l'autre au retour, on a fait pareil, on ne l'a pas fait payer.

Il faut savoir que certains élèves ont un titre de transport pour le samedi. Il n'est pas possible matériellement de vérifier chaque carte tous les jours et de tenir les horaires. Nous sommes obligés de travailler avec notre mémoire, des erreurs sont possibles. En plus, les stages en entreprise des élèves de 4^{ème} ne sont pas prévus dans les règlements du Conseil Général.

Lors de cet entretien, M. H... nous a dit "Donc, si c'est une belle blonde qui monte dans le car avec le sourire, vous ne la faites pas payer ?" J'ai réagi vivement et avec animosité à ces insinuations et je lui ai dit : "Ce que vous dites-là est très grave, on parle d'enfants mineurs et on ne plaisante pas avec ça !". Ma réponse l'a fait rire. Depuis des années on lui signale qu'on transporte des élèves qui ne paient pas et qui nous crachent dessus et ça ne les fait pas réagir. C'est tout de même plus préoccupant qu'un transport gratuit ! Nous n'avons eu aucune sanction suite à cette deuxième lettre.

De nouveau, le 7 février 2003, je reçois une convocation pour le mardi 18 février. Je me suis présenté à cette convocation, accompagné de deux délégués syndicaux, devant le directeur, le chef de garage et un contrôleur.

Lors de cette convocation, j'apprends avec stupéfaction que Mme P..., médiatrice, m'accuse mensongèrement, par écrit, dans une lettre adressée à M. H... le directeur, de lui caresser les cheveux et d'avoir un comportement irrespectueux à son égard.

Or, depuis le début de la présence des médiateurs, je suis choqué par le comportement de Mme P.... En effet, elle se permet des familiarités avec les chauffeurs, familiarités qui nous ont surpris et qui sont gênantes en présence des enfants. Dès le premier jour, elle nous fait la bise en montant et en descendant du car. Nous ne comprenons pas non plus quelles sont ses consignes de travail car pendant tous les trajets elle reste debout à côté du chauffeur, gênant même le passage des clients, au lieu d'être à l'arrière. Nous jugeons les propos et le comportement de Mme P... surprenants pour l'encadrement de jeunes.

Lors de cet entretien, M. H... s'est permis de dire que j'avais un comportement incorrect avec mes collègues femmes, mes clientes et encore une fois avec des élèves. Suite à cet entretien, j'ai demandé une confrontation avec Mme P... à M. H... par pli recommandé. À ce jour, je n'ai pas eu de réponse. »

Dans cette affaire, effectivement, l'accident de travail n'a pas été reconnu. Un dossier de maladie professionnelle est en cours dans lequel est incorporé le récit dactylographié de M. L....

Le médecin du travail a également donné les coordonnées d'un médiateur prud'homal à M. L... qui n'avait pas réussi à avoir connaissance du contenu de la plainte de Mme P... et qui n'avait plus confiance dans les représentants syndicaux de son entreprise.

Enfin M. L... acceptera de rencontrer le psychiatre. Nous choisirons le psychiatre qui intervient à la consultation

de pathologies professionnelles. Il n'y aura qu'une seule consultation, deux mois plus tard.

M. L... a porté plainte pour diffamation contre Mme P..., et dans un deuxième temps, il emmène son employeur au tribunal des prud'hommes pour contester la lettre d'avertissement avec sa sanction de mise à pied de quatre jours, lettre reçue, un mois après le troisième entretien. Pour lui, il est indispensable de connaître le contenu de la lettre accusatrice et il ne le connaîtra que six mois plus tard.

Le médecin du travail rédigera et remettra à M. L... un certificat médical décrivant le processus de décompensation psychopathologique

Le lien entre l'effondrement anxio-dépressif de M. L... et son travail est confirmé par le psychiatre comme suit : « M. L... décrit très bien l'ensemble des comportements, des attitudes, des propos qui au fil des semaines l'ont amené à être dans cet état. On ne retrouve pas par ailleurs dans ses antécédents personnels d'éléments qui puissent permettre de comprendre cette souffrance autrement qu'en lien direct avec ce qu'il nous décrit de son travail. Cet état de souffrance physique et mentale est tout à fait caractéristique des personnes qui se plaignent d'avoir subi un "harcèlement moral" au travail. » Le psychiatre s'appuie donc sur le caractère dégradé des rapports sociaux comme facteur causal, mais ne mentionne à aucun moment l'organisation du travail.

Au travers du récit de M. L..., le médecin du travail s'engage lui dans l'analyse du réel du travail. Il a noté la dégradation des conditions de travail liée à une réglementation contraignante, la montée en puissance des incivilités, l'isolement des conducteurs. Il repère également les dysfonctionnements organisationnels avec leurs injonctions paradoxales telles que, par exemple, « *tout le monde doit être assis mais le car à disposition est trop petit ; tout le monde doit avoir un titre de transport, mais le soir vous êtes obligés de ramener tous les élèves* », etc. De toute façon, on ne laisse pas un enfant au bord de la route.

Grâce aux entretiens antérieurs avec M. L... et avec d'autres conducteurs-receveurs, le médecin du travail connaît les dilemmes auxquels ils sont confrontés : les hommes évitent de rester dans un car à l'arrêt avec un seul élève. La lourde plaisanterie tenue par le directeur de l'entreprise, « *Une jolie fille, vous ne la faites pas payer ?* », plaisanterie qui caricature la difficulté du travail de receveur en le mettant en lien avec le tabou du sexuel, ébranle l'identité professionnelle de M. L... à deux niveaux.

Exiger et obtenir l'acquittement des titres des transports est un critère essentiel d'un travail de qualité. Voilà ce que disait M. L... un an plus tôt à ce propos au cours d'une consultation médicale : « *Il y a des jours, on n'a pas le choix, ils sont trop nombreux, on est seuls, on peut pas faire autrement que les laisser monter, on laisse faire. Laisser faire, c'est ce qui est le plus dur dans ce travail. Les insultes, les grossièretés, c'est pas bien agréable, mais c'est pas le problème*

parce que ça, on n'y peut rien. De toute façon, qu'on laisse faire ou pas, on a des dégâts au fond du car, des crachats, des sièges découpés. » Donc malgré les procédures et les efforts pour s'y conformer, les receveurs vivent douloureusement leurs échecs. Dire à M. L... qu'il ne fait pas payer sciemment est une première attaque à son identité professionnelle.

Dans les transports scolaires la question du sexuel est omniprésente, symboliquement et réellement. Avoir une attitude inconvenante, voire des gestes déplacés à l'égard d'enfants est un interdit puissant qui touche au sens moral du sujet. En faire apparaître la possibilité est la deuxième atteinte à l'identité professionnelle. Elle est d'autant plus insupportable que ce risque est subverti en tentative de rôle éducatif, rôle qui, par ailleurs, comme le décrit M. L..., est très souvent mis en échec.

Bien sûr, le médecin du travail souhaiterait savoir ce qui s'est effectivement passé avec la médiatrice. Il s'agit d'une salariée du Conseil Général sous contrat précaire, et de fait, elle échappe à tout suivi médical du travail. Le médecin du travail n'est ni juge, ni enquêteur de police. Il travaille avec la parole du salarié et va s'interdire toute question sur ce qui a pu effectivement se passer avec la médiatrice. Ce qui, à l'évidence, affecte M. L..., ce sont les propos tenus par son supérieur hiérarchique concernant sa conduite à l'égard des enfants. Les témoins de cet entretien, les représentants syndicaux, confirment, dans leur attestation à produire devant le tribunal, que ces propos ont été tenus. L'affaire de « la médiatrice » n'apparaît pas du tout au premier plan lors des entretiens cliniques. Et effectivement, dès que M. L..., aura en main une copie de cette lettre accusatrice, six mois après le début de l'histoire, il en apportera une copie au médecin du travail. Et cette lettre ne contient rien concernant les enfants.

Il faut également faire avec la détresse de l'épouse inquiète des périodes d'abattement de son mari, qui passe la journée à « ruminer », qui est inquiet au point de se cacher quand une voiture arrive dans la cour de la ferme, qui est agressif avec ses propres enfants. Elle a peur car son mari a parfois un comportement qui l'inquiète comme, par exemple, confier à son plus jeune fils des manœuvres dangereuses au volant du tracteur, faire des erreurs importantes mettant en jeu la production de la ferme devenue pourtant vitale pour eux.

L'exemple de M. L... montre également l'attention qu'il faut porter aux rapports sociaux de sexe dans leur dimension subjective et non de genre. Ils compliquent les rapports sociaux et les rapports de genre et peuvent égarer tout le monde vers une impasse car ils peuvent servir de prétexte à détourner l'attention des problèmes organisationnels tout en les compliquant.

C'est bien le récit qui a permis l'accès à la compréhension, compréhension facilitée par la qualité de la relation établie au fil des années sur le réel du travail, par la connaissance que le médecin du travail tient aussi de ses rapports avec

d'autres salariés de la même entreprise. Le récit permet aussi de repérer le soutien social existant dans l'entreprise, les rapports entre collègues hommes et femmes, les rapports avec la hiérarchie, les rapports avec les représentants du personnel.

Le médecin du travail établira, à la demande de M. L..., pour le jugement prud'homal un certificat médical ainsi libellé :

« Je, soussignée, D^r X, médecin du travail, certifie suivre en médecine du travail M. L... depuis 1992.

J'ai été amenée à constater et j'en ai informé par courrier recommandé avec accusé de réception en date du 24 février 2003 son entreprise que les problèmes de santé de M. L... étaient directement liés à l'organisation du travail.

En effet, il m'apparaît que l'effondrement dépressif de M. L... est lié à des propos réitérés de sa direction, laissant sous-entendre "un comportement irrespectueux à l'égard d'enfants transportés que l'on ne ferait pas payer s'il s'agit d'une jolie blonde qui sourit". Ces propos, s'ils ont été tenus, constituent effectivement une atteinte grave à l'identité professionnelle, car ce type d'accusation atteint les règles du métier de conducteur receveur :

- *respecter le Code de la route ;*
- *veiller au bon état des véhicules ;*
- *assurer la billetterie ;*
- *respecter les clients et les clientes.*

Quand il s'agit d'enfants, il est évident que les conducteurs de sexe masculin sont sur leurs gardes, comme dans tous les métiers mettant un adulte de sexe masculin isolé en présence d'enfants.

Être accusé, sans savoir précisément de quoi il était accusé mais en laissant entendre qu'il y avait des plaintes concernant les enfants a déstabilisé M. L... qui n'a pas eu d'autre choix que de porter plainte pour connaître le contenu de la lettre accusatrice. Cette période d'incertitude a duré presque six mois.

À ce jour l'état de santé de M. L... ne lui permet pas d'envisager de conduire un véhicule transportant des enfants

puisque l'on peut être mis en cause par sa hiérarchie sans qu'il y ait aucune plainte. Il n'est pas du tout sûr à ce jour qu'il puisse reprendre ce type d'activité professionnelle.

Certificat médical établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres pour faire valoir ce que de droit. »

Le jugement prud'homal interviendra quatorze mois après le début de l'histoire ; il rendra justice à M. L.... La présence de quelques collègues de travail lors de ce jugement, collègues qui témoigneront auprès des autres constituera un moment important dans la reconstruction de M. L....

Désormais, M. L... est sorti de son statut de victime et de son isolement. Il va changer de métier car il pense qu'il ne pourra plus jamais reconduire un car scolaire. Ce sera donc une décision d'inaptitude médicale faisant référence aux injonctions paradoxales de l'organisation du travail, comme cause d'atteinte à la santé, qui conduira au licenciement, seize mois après l'appel téléphonique de l'épouse de M. L.... Il cessera très rapidement tout traitement médical.

En conclusion, il nous semble fondamental de rappeler que tant l'abord des manifestations psychopathologiques liées au travail que le soutien à la construction de la santé mentale relèvent d'une approche clinique particulière. Cette clinique médicale du travail, spécifique du métier de médecin du travail, aide indiscutablement autant le salarié dans le processus de reconstruction que son médecin généraliste dans la prise en charge de son patient, et cela, y compris pendant l'arrêt de travail. C'est très naturellement que salarié et médecin traitant se tournent vers le médecin du travail pour tout problème de santé lié au travail pour peu que des rapports confiants se soient construits. Cette intervention du médecin du travail qui va bien au-delà du soutien médico-légal, nécessite du temps, donne un sens au métier de médecin du travail mais s'accommode mal du rythme des « consultations d'aptitude », base de fonctionnement de l'institution « Médecine du Travail ».

Fabienne BARDOT, Annie DEVEAUX

M. LPG : UNE CONSULTATION SPONTANÉE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

M. LPG a sollicité un rendez-vous. Je n'ai pas de dossier à son nom. Par contre son patronyme me fait penser qu'il pourrait s'agir du PDG-Directeur commercial d'une petite entreprise familiale de production et de négoce de produits d'éponge haut de gamme. Je suis cette entreprise depuis plus de vingt ans, elle disparaîtra sans doute lorsque M. LPG et son épouse prendront leur retraite. J'ai vu en visite médicale pendant plusieurs années son épouse quand elle occupait le poste de directeur commercial.

Comme tout un chacun au travail, j'essaie d'anticiper en me remémorant mes relations avec cette entreprise.

Je n'ai jamais rencontré M. LPG mais j'ai en mémoire un échange téléphonique un peu vif, dans les années 1985, concernant l'inaptitude d'une salariée à domicile : âgée de soixante-deux ans, cette dernière peinait à découper au ciseau des broderies sur le tissu éponge. Payée à la production, élevant deux petits-enfants depuis le décès de sa belle-fille, normalement presbyte, l'exigence visuelle de ce travail dépassait ses capacités d'adaptation et elle ne pouvait supporter des durées quotidiennes de travail parfois importantes. Pour moi, la question de l'inaptitude demandée par la salariée ne posait aucun problème. Pour l'employeur, c'était bien sûr une difficulté supplémentaire à gérer.

Il y a deux ans, la salariée la plus ancienne de l'entreprise, affectée aux expéditions avait fait l'objet d'un licenciement économique (suppression de son poste). Elle venait de reprendre le travail après une rupture partielle de la coiffe des rotateurs, lors d'un accident de manutention survenu au travail. Lors de sa reprise, j'avais demandé un aménagement temporaire de son poste de travail ou plus exactement une période de réadaptation. Je sais qu'elle avait entamé une procédure au tribunal des prud'hommes. C'est sans doute à ce propos que M. LPG a sollicité un rendez-vous.

Plus récemment, j'ai émis un avis d'inaptitude pour une brodeuse souffrant de fibromyalgie. Cet avis d'inaptitude satisfaisait tout le monde, semble-t-il, la salariée mais aussi l'employeur. À cette occasion, je me suis rendu dans l'entreprise, j'ai rencontré Mme LPG. La rencontre a été cordiale ; elle m'a signalé avoir elle-même des problèmes d'hypertension artérielle depuis un an, « depuis tous les soucis qu'on a ».

M. LPG se présente donc en consultation ; il a un peu plus de cinquante-huit ans. Il me dit être directeur commercial de son entreprise et agent multicarte pour un groupe belge.

Depuis plus d'un an, il est fatigué, dépressif avec des difficultés à écrire et à signer. Il souffre également d'arthrose de hanche et de raideur de la main droite. Le traitement antidépresseur ne l'a pas amélioré. Il a fini par consulter un neurologue, il y a un mois, et le diagnostic de maladie de Parkinson akinétohypertonique hémicorporelle droite a été porté. Un traitement mis en place avec des premiers résultats satisfaisants (il s'agit de *Requip*®). Il est en arrêt de travail depuis.

M. LPG vient me consulter sur les conseils du neurologue. Il veut et doit continuer à travailler dans le cadre d'un aménagement à trouver. Je lui propose une reprise à temps partiel, qui pourrait être prolongée si besoin pendant neuf mois avec l'accord du médecin-conseil. Je lui recommande de relire attentivement ses contrats d'assurance, car certains contrats prévoient la clause d'invalidité 1^{ère} catégorie et ce peut-être une façon de prolonger le temps partiel. Nous évoquons la possibilité, vite écartée, compte tenu de sa double activité, du recrutement d'un contrat en alternance. Je lui recommande d'écrire lui-même au médecin-conseil. Je reste à sa disposition si besoin.

M. LPG évoque alors ses difficultés dans le travail : dans son activité de multicarte pour le groupe belge, il est parfois accompagné par le directeur commercial et il était très gêné par sa lenteur à écrire et sa difficulté à signer. Il a réglé une partie du problème de la lenteur en préparant préalablement les adresses des clients.

Il dit aller beaucoup mieux sur le plan moral depuis que l'on a mis un nom sur sa maladie et grâce au traitement, il a retrouvé la qualité du toucher de la main, indispensable dans son métier, mais aussi le plaisir du contact de l'eau.

Il s'est rendu compte *a posteriori*, que ses difficultés avec la main droite n'étaient pas récentes, puisqu'il y a bien longtemps qu'il se servait de la main gauche pour mettre la clé de contact ou fermer une porte à clef. Avec cette maladie, il a décidé de différer son intervention sur la hanche. Il pense

que la maladie a été déclenchée par le stress. Il ajoute alors : « J'ai décidé de laisser vivre mon psoriasis, pour éviter d'autres maladies ». Il me dit avoir du mal à nommer cette maladie, pour ceux de ses clients qui vont s'enquérir de sa santé, tant elle est évocatrice de décrépitude. Je lui suggère de parler de « crampe de l'écrivain ».

Il va donc reprendre le travail prudemment, il a eu le temps pendant cette brève période d'inactivité forcée de quelques mois, de consulter les sites Internet et il sait que les effets des traitements s'épuisent parfois. Pour son premier déplacement, un salon important, il se fera accompagner par son épouse. Jusque là, il se connaissait bien au volant et arrivait à bien repérer les signes de fatigue. Il pense qu'il se connaît toujours parfaitement bien au volant, malgré la maladie et le traitement bien qu'il ait peu conduit depuis un mois.

Pour le médecin du travail, il s'agit d'un premier cas de Parkinson chez un salarié. C'est après le départ de M. LPG, que j'irai à la recherche des effets de ce nouveau traitement sur le Vidal.

Mises en garde et précautions d'emploi : Des rares cas d'accès de sommeil d'apparition soudaine au cours de l'activité quotidienne ont été rapportés. Dans certains cas, ces épisodes sont survenus sans prodromes ni somnolence diurne. Les patients doivent être informés de ne pas conduire et d'éviter d'autres activités potentiellement dangereuses. Dans la plupart des cas pour lesquels l'information était disponible, ces accès de sommeil ne sont plus survenus, après la diminution de la dose ou

l'arrêt du traitement. La diminution de la dose ou l'arrêt du traitement doit être envisagé en cas de survenue d'un tel effet. Dans la plupart des cas, les patients recevaient un traitement associé présentant potentiellement des propriétés sédatives. En raison d'une addition possible des effets, la prudence est recommandée en cas d'association au ropinorole d'autres médicaments sédatifs ou d'alcool.

Les renseignements pris auprès du centre de pharmacovigilance confirment ces effets indésirables, peu fréquents 1 pour 100 à 1000 patients traités. Les cas décrits survenaient le plus souvent en début de traitement. Il s'agit d'un effet dose-dépendant, les véritables attaques de sommeil survenant à des doses plus fortes que les cas de somnolence. Ces effets indésirables cèdent à la diminution des doses.

Je referai le point par téléphone avec M. LPG dix jours plus tard, sur sa tolérance au traitement lors de la mise en route avec adaptation progressive des doses. Lors des deux premiers paliers thérapeutiques, il se sentait endormi. Maintenant, il conduit sans difficultés, toujours avec sa femme.

À aucun moment, il ne m'a demandé de fiche d'aptitude. À aucun moment, je n'ai pensé à lui parler d'aptitude, ni à lui remettre la fameuse fiche. Je ne sais pas si la question de l'aptitude était sous-jacente au courrier du neurologue, qui ne faisait référence qu'à l'investissement personnel, sans doute excessif, nécessaire à son activité.

Annie DEVEAUX

LES CAHIERS S.M.T.

publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail
ISSN 1624-6799

Responsable de rédaction : Jean-Noël DUBOIS

Responsable de publication : Annie LOUBET-DEVEAUX

Comité de rédaction : Fabienne BARDOT, Alain CARRÉ, Josiane CRÉMON, Dominique HUEZ, Jocelyne MACHEFER, Alain RANDON, Denise RENOU-PARENT, Nicolas SANDRET

Ont participé à ce numéro : Pierre ABÉCASSIS, Fabienne BARDOT, Alain CARRÉ, COLLECTIF des médecins du travail de Bourg-en-Bresse, Josiane CRÉMON, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Dominique HUEZ, Isabelle LAGNY, Annie LOUBET-DEVEAUX, Jocelyne MACHEFER, Alain RANDON, Odile RIQUET, Nicolas SANDRET, Francette THÉBAUD, Jean-Louis ZYLBERBERG

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie ROTOGRAPHIE - 93 100 Montreuil

LA CONSULTATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL

À partir de nos consultations de médecine du travail et de l'élaboration collective de nos règles de métier au sein de l'Association Santé et Médecine du Travail, nous voulons mettre en visibilité notre travail en particulier ce temps de consultation qui est pour nous celui des hypothèses, de la réappropriation possible de la souffrance, de la formulation de pistes de réflexion dans une assistance non substitutive de la pensée.

Nous pensons que cette consultation et non pas la caricature de visite clinique dont le seul objet est la détermination de l'aptitude, est un lieu essentiel pour comprendre le travail et les liens qui se nouent pour chaque salarié autour de celui-ci.

C'est un lieu essentiel aujourd'hui pour répondre à la montée en puissance de la souffrance induite par le travail chez les salariés.

L'origine des pathologies dues au travail s'est diversifiée : aux expositions, aux contraintes physiques, chimiques bien déterminées avec leurs marques sur les corps bien définies, se sont surajoutées les expositions à des contraintes que l'on peut rapporter aux nouvelles formes d'organisation du travail et de relations dans le travail rendant plus complexe l'interprétation d'un symptôme, d'une décompensation.

Cette évolution a modifié la demande en médecine du travail. Il est nécessaire aujourd'hui de repenser le sens, le rôle, notre place dans ces consultations.

COMMENT QUESTIONNONS-NOUS LE TRAVAIL ?

Nous choisissons de nous situer dans le cadre de la consultation annuelle du salarié que nous accompagnons parfois depuis plusieurs années : cadre qui, il faut le rappeler, nous place dans un lieu fixé par le Code du travail pour remplir notre mission de médecin du travail en toute indépendance, et pour laquelle le Code de déontologie nous impose le secret médical.

C'est là que nous ouvrons un espace d'échange avec le salarié sur la question de sa santé au travail dans sa double dimension individuelle et collective, et cela suppose que nous ayons construit une relation de confiance.

À partir de notre interrogation d'accueil (du « *Comment allez-vous ?* »), une inquiétude est parfois clairement exprimée ou seulement suggérée, quand nous la percevons dans l'hésitation d'un regard, d'un geste ou des mots, autour d'un événement de santé : il mobilise alors toute notre attention, à l'écoute de ce qui prend le pas sur toute autre question. L'événement peut alors être ramené ou non du côté du travail.

Parfois, face au silence ou l'absence affirmée de symptômes, de pathologies qui auraient pu survenir, et même si l'activité est annoncée « comme toujours pareille » c'est d'elle que nous allons repartir pour réexplorer le poste de travail à différents niveaux d'approche qui se renvoient et s'affinent dans un processus d'association que nos questions vont provoquer et qui nous conduisent sur des pistes qui nous sont indiquées comme prioritaires.

Partir du plaisir du bel objet façonné, si lisse au toucher, et / ou de celui qui résiste, pour évoquer la peur des odeurs de solvants, des logos qui indiquent un danger pour les femmes enceintes, de la pollution du bruit des conversations devant un écran ...

Si nos interrogations déclenchent parfois des trombes de mots qui expliquent, s'indignent, dénoncent injustices et conflits, elles doivent aussi se frayer un chemin par essais-erreurs pour tenter de comprendre ce qui fait sens, vaut de résister et de se battre, dans la singularité que chacun porte et articule avec le collectif.

Mais quel en est le prix à payer pour la santé ? Qu'est ce que cela laisse comme traces sur le corps (qui souvent ne le sait pas encore) ? Quand on est traversé par tant de bouleversements organisationnels, qu'on vit au rythme des mutations (aller-retour) d'un atelier à l'autre, d'une machine à l'autre, des coéquipiers perdus et retrouvés, des marges de manœuvre de plus en plus étriquées, des coopérations entravées ou écrasées, aux dépens de la qualité du travail, quand les « niveaux de performance » ont remplacé le rendement, quand on est témoins ou victimes des convocations vexatoires dans le bureau qui surplombe l'atelier, quand il y a une culpabilisation des arrêts de travail (« qui ont coûté si cher ») ou des pauses assises qui ont duré trop longtemps ... avec toutes les questions que cela pose pour le futur, quelles que soient les stratégies déployées pour contenir cette **peur** là. Il y a aussi les défis tenus qui confortent la place occupée ou

celle qu'on espère (re)gagner, la conviction que l'insuffisance n'est pas forcément de son côté, ou encore l'inventivité libérée par les marges de manœuvres qu'« on force » au mépris de prescriptions inadéquates, et le plaisir de pouvoir le démontrer.

Cette mise en mots de l'éprouvé peut nous ramener à l'expression d'un symptôme oublié, disparu ou qui se découvre et reprend sens à l'énoncé de ce qui blesse ou renvoie à l'impuissance.

Il arrive alors que l'émotion surgisse dans un cheminement qui nous échappe mais devenu intelligible à celui que nous regardons, et qui pourra reprendre son cours au-delà de notre rencontre.

OÙ NOUS CONDUIT CE QUESTIONNEMENT ?

Ce questionnement sur le travail est guidé par le comportement du salarié, par l'usage différent qu'il fait des mouvements de son corps, des mots, des hésitations et des silences, par les changements d'attitude. Il faut savoir respecter la moindre réticence, suspendre le questionnement. Il faut savoir aussi regarder le salarié, poser son stylo. C'est l'attention portée au détail, à l'infime qui permet de reconnaître l'émotion du salarié comme l'expression de sa singularité, de quelque chose de son histoire singulière à laquelle il tient, quelque chose qui le fait vivre mais aussi pour laquelle il pourrait mettre sa vie en jeu et peut-être mourir.

Dans ce questionnement sur le travail, nous appellerons singularité ce que le salarié exprime de luttes pour conserver son pouvoir d'agir, de tensions entre son histoire singulière et son travail, de conflits entre sa « proposition de monde », les règles de métier et l'organisation du travail, de renoncement à son pouvoir d'être affecté par le monde.

C'est la prise en compte de la singularité, de ce qui est unique qui permet au médecin l'accès pour lui-même à une activité subjectivante. L'activité subjectivante ne vise pas à faire science, à acquérir des connaissances objectivables, mais sa fonction centrale pour tout travail est de prendre en compte les particularités. C'est la partie de notre métier qui n'est pas pris en compte actuellement par les concepts scientifiques dominants ou qui ne l'est que de façon marginale.

Il nous semble nécessaire de rappeler les quatre dimensions caractéristiques de l'activité subjectivante : la perception sensible, le rapport à l'environnement (choses et personnes), l'engagement et le rôle du sentir.

La perception sensible repose sur l'unité du sujet et de son environnement, sur la création d'un espace de vie. C'est une perception participante, qui a son rythme : avancée-recul entre action et réaction, activité et passivité, dans une écoute compréhensive.

Ce rapport subjectivant est fondé sur l'empathie, sur l'implication subjective, au sens de s'engager. Dans ce dialogue le

médecin questionne le travail dans un processus d'échange réciproque entre lui et le salarié, dans un « pas à pas » dans lequel le salarié fait l'expérience, soudain possible d'une unité entre ce qui est pensé et ce qui est ressenti corporellement.

Ce type d'activité permet de développer des savoir-faire, et des compétences, qui forment « un sens » et sont une ressource identitaire pour celui qui agit ici le médecin du travail. Elle nécessite de s'engager dans l'incertain, l'indéterminable, elle est donc aussi expérience au sens de « risque encouru ».

COMMENT CE TYPE D'ACTIVITÉ PERMET D'ÉVITER LES IMPASSES DU DIAGNOSTIC ?

L'engagement subjectif dans notre travail de médecin permet l'émergence de l'émotion du salarié comme un acte de connaissance, de découverte de sa singularité. Cette expérience amène le médecin à se positionner, à se fixer des règles éthiques face au risque de l'utilisation de l'émotion de façon manipulateur, au risque d'être débordé par cette émotion et de ne pas pouvoir établir de liens avec l'activité de travail.

Les règles éthiques que nous nous donnons se basent à la fois sur notre intuition, notre expérience, l'analyse de nos échecs et aussi sur ce qui cadre notre exercice : règles déontologiques, respect du non-dit et des réticences du salarié, « respect du rythme et des voies de l'élaboration menée par les salariés au cours de la visite », légitimité de notre exercice dans le seul champ de la santé au travail. Elles sont en contradiction avec ce que nous avons appris lors de notre formation : « recueillir un ensemble de signes pour les rapporter à un cadre diagnostique préexistant qui débouche sur une conduite à tenir ».

En dehors de l'urgence, dans la consultation de médecine du travail, notre choix éthique se positionne du côté des hypothèses et non du diagnostic. Le fait de retravailler avec le salarié les symptômes à la lumière du questionnement sur le travail, de l'accompagner dans cette démarche, sans se substituer à lui, au nom de notre savoir médical, permet de lui proposer des possibles. Proposer des possibles, c'est aussi accepter de débattre avec le salarié des liens que nous faisons entre le travail et l'évolution des symptômes. Proposer des possibles, c'est travailler dans l'espace étroit qui se situe entre la négation de la souffrance et l'adhésion à cette souffrance ; c'est se donner le droit à l'hésitation alors que le diagnostic enferme sur une seule issue : la reconnaissance de la pathologie et n'offre comme communauté d'appartenance que celle des victimes.

La montée en puissance du harcèlement moral a donné une acuité nouvelle à cette question. Le fait de « poser ce diagnostic » bloque toute possibilité de revenir sur la situation de travail, d'analyser l'organisation de travail dans ce

qu'elle peut avoir de contradictoire, d'identifier le conflit de travail qui est souvent à l'origine de la dégradation des relations de travail. Ce diagnostic n'ouvre pour la « victime du harcèlement » que des issues vers la victimisation, et éventuellement la quête d'une réparation judiciaire. Le salarié devenu victime est conforté dans l'idée qu'il est face à une volonté de destruction et qu'il ne sait pas pourquoi. Cela l'entraîne vers une incapacité à penser sa propre histoire, à donner du sens à ce qu'il vit.

Alors que le processus de réparation pour le salarié, le retour non pas à un état antérieur mais à la cicatrisation de la blessure ouverte par la violence reçue semble passer avant tout par la compréhension de ce qui a eu lieu.

Ne pas poser de diagnostic est là essentiel.

CONCLUSION

Cette expérience professionnelle nous place donc devant des interrogations professionnelles et des choix éthiques.

Premièrement, il s'agit de mettre des limites à cette activité subjectivante. Cette décision s'affirme dans le travail d'accompagnement du salarié, d'assistance non substitutive à la pensée et d'énonciation des hypothèses et des possibles.

Deuxièmement, il s'agit de reconnaître cette expérience professionnelle comme un mode d'« être-en-commun » possible. Être médecins du travail, c'est donner à voir la singularité humaine dans le monde du travail, mais c'est aussi

travailler à l'émergence de ce qui fait lien entre le singulier et le collectif.

Si la découverte de sa singularité peut faire révélation pour le salarié, le dévoilement ne brise aucun secret. Le dévoilement rend seulement justice à ce qui n'avait pas été exprimé jusqu'alors, il rend à un événement passé, à un conflit de règles souvent intériorisé, la justice qui ne lui avait pas été faite lorsqu'il était advenu.

Troisièmement, il s'agit d'évaluer le risque « encouru ». Cette expérience qui nous place à distance consciente de notre « connaissance » scientifique, nous impose un double point de vue, deux modes de pensée en même temps, une raison dédoublée. Elle nécessite que nous puissions, nous aussi, trouver ou inventer les lieux pour exprimer nos propres singularités, les tensions entre notre activité subjectivante et ses limitations nécessaires.

Quatrièmement, il s'agit de poser la question de l'évaluation de cette pratique professionnelle sur la santé des salariés. Nous n'avons là actuellement que notre propre jugement soumis à l'épreuve du temps puisque nous suivons ces salariés depuis plusieurs années, notre sentiment d'avoir acquis là quelques nouvelles compétences professionnelles en termes de prise en charge et de prévention des problèmes de santé au travail, mais aussi le travail collectif de mise en délibération de nos pratiques au sein de l'Ass. SMT.

*Chantal BERTIN, Denise PARENT,
Odile RIQUET, Nicolas SANDRET*

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENTE : Annie LOUBET-DEVEAUX

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Alain CARRÉ – Josiane CRÉMON – Dominique HUEZ – Jocelyne MACHEFER – Denise RENOUPARENT – Nicolas SANDRET

TRÉSORIER : Jean-Noël DUBOIS

SECRÉTAIRE : Alain RANDON

ADMISTRATEUR DU SITE WEB : Denis TEYSSEYRE

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Fabienne BARDOT, Chantal BERTIN, Patrick BOUET, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Claire LALLEMAND, Nicole LANCIEEN, Gérard LASFARGUES, Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Mireille THÉVENIN

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.

CONSULTATION MÉDICO-PROFESSIONNELLE ET SANTÉ PUBLIQUE

**Compte rendu des débats
de la Journée de Printemps du 19 mars 2005**

DÉBATS DE LA MATINÉE

POURQUOI LE CHOIX DE CE THÈME : CONSULTATION MÉDICO-PROFESSIONNELLE (CMP) ET SANTÉ PUBLIQUE ?

Il semblerait que devant les différents plans sortis (PST, Cancer...) une problématique identique se poserait pour les médecins généralistes et les médecins du travail. Pour les uns comme pour les autres, les réglementations prises par ailleurs, vont à l'encontre de ces plans. Les médecins du travail et les médecins généralistes, sont confrontés à des injonctions paradoxales. Par exemple, on demande aux médecins de faire de la veille sanitaire, qui demande une vision surplombante (comme peut l'avoir l'Institut nationale de veille sanitaire – INVS) alors qu'ils ont une vision au ras du terrain.

Le débat rebondit inévitablement sur le contenu de cette CMP et des règles communes de métier. Peut-on définir une CMP type ? Peut-on malgré ces injonctions paradoxales continuer à tenir la question du métier, et se dire que la santé – même la santé au travail –, ne se résume pas à une prescription. La CMP deviendrait le lieu de la compréhension individuelle et permettrait une défense individuelle, au détriment du collectif quand celui-ci s'est disloqué.

La déstabilisation des directeurs de service (qui par ailleurs ont un déficit de pensée sur la santé au travail), par le décret et le désarroi dans lequel se trouvent les médecins font poser la question du risque à prendre à se donner les bons moyens ? Se redonner un cadre conforme à nos exigences professionnelles. Le médecin du travail ne pourrait-il pas analyser les besoins des salariés dont il a la charge en matière de suivi médical (en temps par exemple) et le consigner dans son service, dans la fiche d'entreprise. Chaque médecin n'est-il pas responsable, autonome et indépendant ? Cela aussi ne remettrait-il pas les responsables des SST devant leurs responsabilités ? Et il paraît difficile pour un médecin de se faire attaquer s'il tient une position professionnelle.

Mais beaucoup de médecin du travail de services interentreprises sont bloqués par un système rigide ne leur permettant

pas d'avoir la liberté d'organiser leur temps de travail, parce que les secrétaires sont totalement sous la responsabilité des directeurs, et que leurs effectifs sont attribués de façon autoritaire.

Pour ces mêmes secrétaires, il faudrait réfléchir sur le contenu de leur travail, essayer de lui donner du sens pour qu'elles sortent de la répétitivité. Le médecin du travail doit donner des marges de liberté à la secrétaire et lui dire par écrit ce qu'il attend d'elle, cela la soulagera et la couvrira. La posture d'une secrétaire n'est pas la même que celle d'une infirmière. L'infirmière est incontestablement du côté de la posture médicale. Mais chacune peut apporter son point de vue sur le salarié. Mais peuvent-elles devenir IPRP ? Cette fonction est recherchée car elle enrichit le métier et ouvre d'autres horizons.

Qu'est-ce un IPRP ? N'est-ce pas un spécialiste du même champ (santé-travail) que le médecin du travail. Un IPRP devrait avoir la même indépendance que le médecin du travail.

Le point de vue d'un IPRP dans le domaine organisationnel : l'IPRP œuvre pour la promotion de la santé par des propositions d'amélioration des conditions de travail. Ce qui pose question c'est son statut et donc son indépendance professionnelle. Être IPRP indépendant n'est pas la même chose que de faire partie d'une équipe médicale, il peut être un cheval de Troie pour casser le médecin du travail. Alors il est important d'inventer ensemble cette pluridisciplinarité, de penser ensemble le travail.

UN RETOUR VERS LA FICHE D'ENTREPRISE ET SON CONTENU

Est-ce le meilleur instrument pour décrire, inscrire ce qui se passe dans les entreprises du point de vue de la santé ? Pour les grosses cela ne semble pas poser de problème. Mais pour les petites ça ne serait pas aussi évident. Tout le monde se connaît, cela désignerait tout de suite le « fautif » et pourrait lui porter préjudice. Le médecin du travail aurait-il peur de dénoncer par écrit ?

N'est-ce pas plus prudent de le débattre de vive voix avec l'employeur ? Faut-il demander le consentement au salarié

concerné de pouvoir dire ce qu'on a entendu ? Est-ce une permission ou une construction ?

Il paraît important que le médecin du travail dise, mais quelles règles doit-il déployer pour dire ? Est-ce une règle professionnelle de demander le consentement du salarié ? Qu'est-ce que le médecin porte tout seul ? Il est nécessaire qu'avant que les paroles aillent dans l'espace public on se pose la question de savoir si on va œuvrer pour la santé et non pas nuire. Il ne faut pas embarquer un salarié dans ce qui fait mal au médecin du travail. Pour intervenir dans l'espace public on peut s'appuyer sur des signaux d'alerte, des éléments déclenchants qui se passent en dehors de la CMP.

Finalement nous faisons le constat qu'il ne se passe rien dans l'espace social malgré les alertes des effets délétères du travail, et que de plus en plus de salariés se mettent « en retraite professionnelle ». Les salariés désinvestissent le travail. Quel retentissement sur la santé aurait cette posture ? Il semblerait que ça soit moins grave que le « je m'en foutisme », qui lui pourrait déclencher des cancers.

Et puis quand les salariés désinvestissent leur travail ils pensent que l'entreprise en pâtira. Même pas car l'entreprise est déjà ailleurs, délocalisée ! Que le désinvestissement peut même être une stratégie et faire partie du plan social.

Rapporteur, Josiane CRÉMON

DÉBATS DE L'APRÈS-MIDI

Les débats de la matinée portaient sur la nature des échanges entre les sujets et les médecins dans le cadre singulier, la richesse de ces échanges, l'injonction paradoxale que constituent, dans ce cadre les nouvelles dispositions réglementaires sur les conditions de la consultation et la nécessité de la subvertir. Ceux de l'après-midi focalisent la réflexion sur les règles de métier qui président au lien entre l'objectif de la consultation pour le sujet au travail et la veille sanitaire en santé publique et plus généralement le passage dans l'espace public.

« LES MORTS TRAVAILLENT POUR LES VIVANTS »

Les expériences rapportées, concernant des « micros » veilles sanitaires, au jour le jour, autour du *curriculum laboris a minima*, qui sont autant de prétextes à réflexion avec le salarié, débouchent sur la question de l'indispensable travail commun sur sa mémoire.

Mémoire interrogée sur les conditions de travail passées, mais aussi remémoration d'un vécu douloureux et parfois positif sont un des multiples objets de la consultation. Le dépassement de l'instant présent, le retour sur le passé croissent dans l'esprit du médecin ce qu'il (elle) sait des situa-

tions de travail actuelles. Il y a ici une caractéristique spécifique du travail clinique en médecine du travail : **en matière d'antécédents, l'observation clinique en médecine du travail n'est pas centrée uniquement sur le sujet, elle envisage les observations cliniques parallèles d'autres salariés et ce que le médecin connaît diachroniquement et synchroniquement des situations de travail.** Cela décrit le lien intime entre l'observation clinique et ce que l'on sait et ce qu'on a compris de la situation de travail.

Plus précisément est évoqué le travail sur les décès en activité qui consiste à se poser systématiquement la question du rapport entre les décès et le travail. Les cancers en particulier devraient être l'objet d'un questionnement systématique ; plusieurs témoignages confirment que le simple fait de se poser la question, de croiser les conditions de travail, met en visibilité les liens qui les unissent à la maladie.

La mise en visibilité du risque, *a fortiori* dans le cadre de la mortalité et du poids émotionnel qu'elle revêt, est liée également à l'obligation déontologique (article 50 du Code de déontologie médicale) de faciliter l'accès au droit des salariés et de leurs ayants droit.

La mise en visibilité recoupe ici le droit des gens. Même si cette obligation concerne aussi le secteur de soins, on peut constater qu'il n'est pas au premier plan des préoccupations de nos confrères et confrères. Pour nous « qui savons », il ne saurait y avoir d'abstention sans négligence. **Plus que pour d'autres, la question de l'accès au droit du salarié constitue une des caractéristiques de notre travail clinique.**

Dans le cadre de la mortalité un consensus existe sur la nécessaire mise en visibilité. Les initiatives de l'INVS d'inciter à la mise en place de courbes de mortalité en fonction des postes de travail et de les croiser avec des matrices emploi-exposition représentent un avantage certain en matière de prévention. Toutefois, certain(e)s mettent en garde contre l'abord exclusif de la mortalité du point de vue de l'activité de travail. L'inactivité tue aussi. Par exemple dans les entreprises en voie de délocalisation où il est alors très difficile d'obtenir que s'applique la présomption d'origine. Il est à craindre que le désinvestissement massif observé dans certaines entreprises à statut ne soit à terme un risque majeur. Le recul manque pour en estimer le coût pour la santé.

L'effet sur la santé du travail très dégradé et du non travail est le continent inexploré de la santé publique au travail (santé publique des populations en âge de travailler).

Le secret médical n'est-il pas parfois en péril dès lors que les liens entre le travail et la maladie concernent les vivants ? Les avis sont ici partagés. Faut-il, par exemple, relater dans les fiches d'entreprise ou les rapports annuels un état des pathologies observées au risque de désigner les salariés qui en sont victimes ? Faut-il s'en abstenir au mépris du devoir d'alerte ?

La « tricherie » relative paraît une possibilité pour « camoufler » les personnes. Au risque du manque d'efficacité une relative évasivité est évoquée comme solution.

JUSTICE ET DIGNITÉ DU SUJET : AGIR AVEC DISCERNEMENT

Les positions se crispent alors autour de la question cruciale de l'indispensable traçabilité des effets sur la santé psychique (y compris dans ses manifestations somatiques) c'est-à-dire leur mise en visibilité confrontée à l'intérêt de la santé du sujet.

La « dispute » démarre donc autour de la cohabitation, présente à chaque instant à l'intérieur de nous-même, lors de la consultation médico-professionnelle : **comment faire coïncider les deux moteurs de mon action, celui de la préservation de la santé du sujet qui implique sa part de secret et l'action en santé publique qui implique la visibilité ?**

Elle va toutefois dépasser cette situation et finalement permettre d'aboutir à un consensus relatif sur des règles de métier en matière d'action en santé publique.

La question de ses conditions est au cœur du débat. La richesse des contributions est difficile à représenter. Le risque est ici de décrire de façon réductrice les positions. Même si la parole est plus nuancée, la cristallisation des points de vue est nécessaire pour la compréhension car l'entremêlement des échanges n'est pas possible à traduire.

Le cas concret qui sert de « détonateur » est ici la pratique des déclarations en accident du travail des atteintes psychiques dues à l'organisation du travail en particulier comme conséquence d'un harcèlement moral. L'ouverture de la jurisprudence sur la notion de « fait certain » élargissant l'obligation de « fait soudain », caractéristique de l'accident du travail, permet effectivement de recourir à cette déclaration. Indiquer cette possibilité au salarié, le guider dans la démarche en particulier par des écrits, utiliser ces faits a plusieurs objectifs :

- *Du côté du sujet* : donner acte de sa souffrance, restituer la dignité en replaçant la responsabilité de l'atteinte du côté de l'entreprise, le protéger par un acte public, permettre les recours en justice du côté de la réparation du préjudice
- *Du côté de la communauté de travail* : l'alerte sanitaire autour de ce fait incontournable empêche l'employeur de demeurer dans le déni et « lui donne des devoirs », elle force la reconnaissance sociale et impose le débat public (examen des AT en CHSCT) prélude à une prévention.
- *Du côté de la santé publique* : est recherchée la traçabilité professionnelle du risque psychique par la mise en visibilité de ses effets extrêmes.

Il ne s'agit pas ici d'instrumentaliser le salarié qui reste à l'initiative de la déclaration mais de lui donner les moyens d'agir dans un cadre qui recentre la question sur les condi-

tions de travail et non sur sa qualité de victime. Cela ne constitue qu'un moyen parmi d'autres de mettre en visibilité.

REPARTIR DEBOUT : LA QUESTION DU SENS

Si une partie des participants considère positive cette démarche, une forte opposition se manifeste. Certain(e)s en référence implicite à BOLTANSKI (« l'amour et la justice comme compétences ») insistent sur la nécessité d'une relative « non directivité » pour ne pas peser sur les choix du sujet et l'aider à accéder au sens de sa situation en évitant de lui imposer le sens que soit même on y discerne, pour lui permettre d'agir. Cette position paraît à certain(e)s trop à distance de la relation clinique en médecine du travail qui selon eux (elles) ne consiste pas uniquement à laisser le sujet décider seul mais impose une prise de position du point de vue professionnel.

D'autres insistent sur l'absolue nécessité de ne pas être « hors de la compréhension du sujet », de ne pas le déposer de son histoire.

Dans ces situations, en s'appuyant sur l'acquis des consultations professionnelles psychosociales, il s'agit avant de donner les moyens au sujet d'agir, de permettre le redémarrage de sa pensée, de lui faciliter le repositionnement de sa situation dans celle de la communauté de travail. Le but est de désobjectiver en mettant au premier plan la situation de travail.

La question de la judiciarisation ne paraît pas à envisager dans un premier temps. Au contraire, ils (elles) estiment qu'il y a risque à plaquer sur la situation sa propre conception de la justice. Il faut donner du temps « pour aller en justice ». L'idéal est dans ce cadre de permettre à plusieurs sujets confrontés aux mêmes difficultés de mener en commun une action en justice. S'agit-il alors d'un collectif basé sur la souffrance qui serait selon certain(e)s plutôt référencé au genre féminin ? S'agit-il de la réassociation que cherchent à retrouver (désespérément ?) les représentants syndicaux ?

La mobilisation recherchée des collectifs, paraît beaucoup plus aléatoire dans le contexte de leur annihilation. Ne faudrait-il pas se garder de générer une action collective dans des situations d'aliénation sociale massive au risque de retournement des autres salariés contre la victime du harcèlement ?

Un consensus naît quelles que soient les positions sur une caractéristique essentielle de la consultation médico-professionnelle qui consiste à permettre au sujet d'accéder au sens de la situation pour lui-même ce qui est la condition *sine qua non* de toute action.

**DU CÔTÉ DE L'ACTION :
AGIR EN SANTÉ PUBLIQUE
POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL,
À QUELLE CONDITION ?**

Mettre en visibilité ne constitue pas pour les médecins du travail un objectif en soi. Il s'agit de l'utiliser comme un moyen, par le biais de la restauration du lien social, de faciliter la transformation des situations sociales préjudiciables à la santé des salariés.

Dans ce cadre, considérant les implications de l'organisation de travail en matière de santé mentale, la consultation médico-professionnelle devient un moyen privilégié de prévention sanitaire.

Or, être médecin du travail c'est dégager pour chaque salarié des marges de manœuvre pour qu'il ait la liberté d'un cheminement personnel et original vers un état de bien être physique mental et social. La consultation médico-profes-

sionnelle concoure à ce projet notamment en donnant les possibilités au salarié de donner un sens à ce qu'il vit au travail. Cette compréhension éclaire ainsi le consentement du sujet à cette mise en visibilité, dans le respect du secret médical.

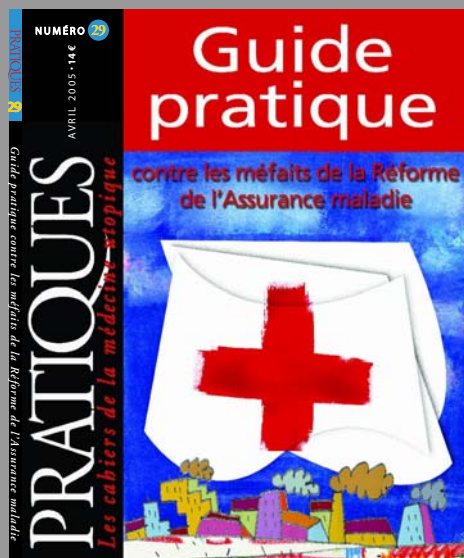
L'objectif de mise en visibilité dans l'espace public par le médecin du travail ne peut toutefois avoir d'autre référence que ses devoirs de médecin vis-à-vis de chaque salarié.

Pour lui, l'action en santé publique ne peut donc avoir pour finalité que l'intérêt de la santé de chaque salarié. La mise en visibilité qu'elle entraîne donne du sens aux situations de travail. Mais elle est aussi subordonnée pour le médecin du travail à un préalable éthique, celui de permettre au sujet d'accéder pour lui-même au sens de sa situation.

Il existe donc un rapport dialectique entre action en santé publique et l'accès au sens par chaque salarié de sa situation de travail.

Rapporteur, Alain CARRÉ

UN GUIDE PRATIQUE POUR RÉSISTER ET SE BATTRE



L'année 2005 est tristement marquée du sceau de la mise en application du dispositif ultra-libéral voté cet été au Parlement, puis décliné dans la nouvelle convention médicale régissant les rapports entre les médecins libéraux, les usagers et l'Assurance maladie. Aujourd'hui, face à ces dispositifs souvent difficiles à décrypter, il s'agit ensemble, soignants et soignés, d'informer, de dénoncer et tenir ferme contre ceux qui veulent la mort de notre système de soins socialisé.

Ce numéro spécial de la revue est conçu comme un outil, facile d'emploi, à l'usage de tous, avec cinq chapitres principaux abordés :

- 1 - l'accès aux soins
- 2 - le parcours de soins
- 3 - les arrêts de travail et conditions de travail
- 4 - le dossier médical personnel
- 5 - les personnes précaires et la réforme

Chacun de ces chapitres comprend un rappel de la loi ou du texte réglementaire, des exemples concrets liés aux conséquences de l'application de ces textes, puis des conseils pratiques pour résister et un texte d'analyse plus global de la thématique examinée.

Ils sont à faire connaître et diffuser largement. Tous ensemble, résistons.

**Bulletin à retourner à PRATIQUES 52 rue Gallieni 92240 Malakoff
revuepratiques@free.fr – www.smg-pratiques.info**

Nom..... Prénom

Adresse.....

un numéro 15,50 € (14 € + 1,50 € de frais de port) à partir du numéro 28
13,70 € (12,20 € + 1,50 € de frais de port) pour les numéros antérieurs

abonnement 1 an (4 numéros 48 €)
un reçu vous sera adressé à réception du chèque

HISTOIRES DE PLOMBIERS

Roland est né en 1955. Il est marié et il a trois enfants. Il a obtenu un CAP de plombier et travaille depuis l'âge de dix-sept ans, c'est-à-dire de 1972 à 1996 comme ouvrier plombier avec l'artisan qui a été son maître d'apprentissage. Il est le seul ouvrier. Il a toujours été suivi dans notre service et donc par moi-même de 1980 à 1996, date de la cessation d'activité de son employeur qui prend sa retraite sans trouver de successeur. Pendant toutes ces années, peu de surprise compte tenu de la nature de son activité : des lombalgies, des douleurs articulaires, l'utilisation de l'amiante comme protection de soudure jusqu'en 1995. Petit fumeur il cessera toute prise de tabac fin 1988. Après une formation, Roland va créer sa propre entreprise artisanale en 1997.

Marcel lui est né en 1953. Il est marié et il a trois enfants. Il a un d'ajusteur CAP d'ajusteur-tourneur. Il a travaillé pendant trois ans en maintenance de four à tremper des mèches d'outillage avant d'être suivi dans notre service de médecine du travail, comme ouvrier plombier-chauffagiste, à partir de 1975 et jusqu'en 1990, date à laquelle, l'artisan qui l'emploie, lui aussi, prendra sa retraite, sans trouver de successeur. Je le suivrai donc de 1980 à 1990. Peu de choses inattendues dans son dossier pendant ces années, en dehors de soucis de santé liés au métier : intervention pour ménissectomie, une dermite sèche des mains, des sinusites d'autant plus fréquentes qu'il travaille plus le cuivre, des lombalgies signalées pour la première fois en 1990. L'amiante est utilisée comme plaque protectrice de soudure. Je le perdrai de vue pendant douze ans. De 1990 à fin 1998, il sera magasinier chez un grossiste en plomberie. Assez gros fumeur, (20 à 30 cigarettes/ jour), il cessera toute intoxication en 1996.

Je vais retrouver Marcel en juin 2002, pour une visite d'embauche tardive, seul ouvrier plombier-chauffagiste dans l'entreprise artisanale de Roland depuis le 1^{er} janvier 1999. Dans l'entreprise de Roland, on fait peu de zinguerie donc on soude moins, mais on fait encore un peu de brasure. Marcel signale des douleurs récurrentes de l'appareil locomoteur : névralgie sciatique, épicondylite. Lors de cette visite d'embauche, je lui recommande de faire pratiquer un bilan à deux titres : une radiographie pulmonaire compte tenu de son passé professionnel (et de son tabagisme passé) associé à un bilan cardiovasculaire car s'il a cessé tout tabagisme en 1996, son père est décédé d'un infarctus à l'âge de quarante-sept ans. Je reverrai Marcel en visite spontanée en octobre, quatre mois plus tard. La radiographie pulmonaire de juin a montré une opacité intra pulmonaire de 1,5 cm de

diamètre du segment postérieur du lobe supérieur droit. Il a donc subi une lobectomie supérieure droite en septembre. Il va bien mais s'interroge sur son devenir professionnel. Il n'a pas cinquante ans, et il pose légitimement la question de l'amiante : pendant son parcours hospitalier, il n'a entendu parler que de son tabagisme passé.

Dans un premier temps, j'établis un certificat médical initial pour lui permettre de faire sa déclaration de MP au tableau 30bis. Je lui donne les coordonnées des associations de victimes. Je l'aide à répondre au questionnaire d'enquête administrative qui met toujours les salariés en difficulté. C'est lors du remplissage de ce questionnaire que je découvrirai comment étaient découpées les plaques protectrices d'amiante utilisées par les plombiers.

La maladie professionnelle sera reconnue dans le délai minimal de trois mois. Son arrêt de travail se termine fin mars 2003. Marcel aura cinquante ans en fin d'année 2003, date à laquelle il peut prétendre à un congé de cessation anticipée d'activité. Il souhaite vivement voir où il en est et tenter une reprise de travail. Il sait qu'il existe une porte de sortie s'il n'y arrive pas : il appréhende particulièrement le poids de sa caisse à outil (20 à 25 kg) à monter dans les escaliers. Il est un peu ennuyé vis-à-vis de Roland, son employeur. En effet déclarer sa maladie professionnelle entraîne un surcoût pour Roland, déjà en difficulté dans son activité, l'absence de Marcel entraînant du retard dans les chantiers.

En lien avec les services de maintien dans l'emploi, nous envisageons la reprise à temps partiel de Marcel dans le cadre d'un contrat de rééducation chez l'employeur. J'ai rencontré Roland sur un chantier, il n'est pas bien : il a besoin de Marcel, compagnon qualifié en qui il a toute confiance, mais il a besoin d'un « Marcel solide », capable d'effectuer toutes les tâches du métier. En même temps, puisque toutes les éventualités sont envisagées lors de cette rencontre, il ne peut pas envisager de licencier Marcel, sauf s'il s'avère que la reprise de travail est trop difficile et qu'il y aura éventuellement inaptitude au poste. En effet, Marcel a quitté son emploi de magasinier, sur sa sollicitation pour le rejoindre en 1999.

La tentative de reprise à temps partiel aura lieu fin avril : le premier jour, Marcel effectuera des travaux de soudure dans un appartement au troisième étage. Ces travaux de soudure provoqueront dès le lendemain une toux avec expectoration

qui l'inquièteront beaucoup. Le surlendemain, il effectuera, sans difficulté particulière un changement de chauffe-eau. La toux et l'expectoration s'atténueront le week-end. Les deux jours suivants, Roland lui confiera des travaux de terrassement : une tranchée à creuser à la main avec pelle et pioche, donc un travail avec forte contrainte physique, que Marcel n'a jamais eu à faire dans toute sa carrière et qui le surprend. D'ailleurs, Roland ne passera pas le voir pendant cette activité ; comme s'il était gêné de lui confier un travail aussi pénible mais aussi comme s'il avait besoin de tester les capacités physiques de Marcel. Pour Marcel, ce sera pénible, la cicatrice le tiraille mais il n'est pas mécontent, il y est arrivé. Il effectuera à nouveau des travaux de soudure et à nouveau la toux et l'expectoration réapparaîtront pour s'atténuer le week-end.

Nous ferons le point de la tentative de reprise de Marcel. Pour lui, plus question de refaire du soudage, « *J'ai l'impression de m'empoisonner* ». Il est également impensable de prévoir de toujours transporter un système d'aspiration des fumées qui augmentera nécessairement le poids de la caisse à outils.

Ce sera finalement une inaptitude au poste de travail qui sera décidée ; l'épreuve de la reprise a permis d'y voir plus clair : nous pensons tous que les difficultés se situeraient du côté des capacités physiques. En fait, c'est l'irritation liée aux fumées de soudage qui a été insupportable pour Marcel : pas question de s'empoisonner à nouveau, impossible d'accepter la toux qui immanquablement ramène le spectre du cancer. Marcel n'a pas de regrets, il sait pourquoi il ne veut pas y retourner, même si ce n'est pas évident de s'imaginer retraité dans quelques mois. Pour Roland, l'apport financier que constitue le contrat de rééducation compensera les coûts induits par la reconnaissance en maladie professionnelle (qui augmente l'indemnité de licenciement) et la tentative de reprise (qui suspend la prise en charge financière de l'arrêt-maladie par une assurance quand l'arrêt de travail se prolonge).

Annie LOUBET-DEVEAUX

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.

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 26^{ème} Congrès annuel se tiendra à Paris, les 3 et 4 décembre 2005, avec pour thèmes :

- ANAES et métier : règles pratiques et règles communes. Quel cadrage ?
- Médecin du travail et espace politique de la santé. Sens pour le sujet et espace public ; addictions et santé publique...
- Clinique médicale du travail : de l'infraclinique à la somatisation

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

Alain RANDON 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE 01 48 93 45 45

courriel : a.smt@wanadoo.fr

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

Pour les conditions d'adhésion et d'abonnement, voir pages 80 et 65

À PROPOS DE DEUX CAS DE CANCERS ORL

Le suivi médical en santé au travail des salariés cesse le plus souvent lors de leur départ en retraite. Suite au scandale de l'amiante, le législateur a prévu un dispositif de suivi post-professionnel, pour un certain nombre de cancérogènes bien désignés, sous réserve que les salariés en fassent la demande, munis d'une attestation d'exposition bien difficile à obtenir dans certaines entreprises. À travers deux observations, nous souhaitons rappeler la nécessité, pour tout médecin, de garder une vigilance « santé publique ».

Jean est né en 1942. Il commence à travailler à l'âge de quatorze ans. Sa trajectoire professionnelle est facile à reconstituer :

- De mai 1956 à mai 1959 : tisseur dans trois entreprises différentes de tissage de coton.
- De mai 1959 à décembre 1959, enrobeur de carcasses de matelas dans une fabrique de literie.
- De décembre 1959 à novembre 1960, tricoteur.
- De novembre 1960 à janvier 1961, tisseur dans un tissage de coton.
- De janvier 1961 à mai 1965, tricoteur à nouveau.
- Finisseur sommiers de mai 1965 au 30 juin 1999.

Toute la carrière de Jean s'effectue donc dans un environnement riche en poussières textiles, plus particulièrement en poussières de coton, sauf dans le tricotage où il s'agit plus souvent de fil synthétique produisant néanmoins des poussières.

Le métier de tisseur consiste à approvisionner les métiers à tisser en navettes de fils de trame et à réparer les casses de fils. Les croisements de fils chaîne-trame et le dévidage des navettes produisent de la bourre. Une salle de tissage contenait souvent plus d'une centaine de métiers à tisser. À la période d'activité de Jean, il n'y avait aucun système d'aspiration de poussières.

Le métier de tricoteur ressemble au métier de tisseur mais il s'agit de métiers circulaires.

L'enrobage de matelas consiste à habiller la carcasse en ressorts avec de la matelassure (nappe molle et friable d'épais-

seur et de qualité variable faite de coton ou de laine effilochés puis cardés) pour les parties plateaux que l'on couvrait ensuite avec le coutil. Sur les côtés, il s'agit de fixer avec des épingles les bandes de côté. La carcasse enrobée est ensuite reprise par les finisseurs. À ce poste la manipulation de la bourre libérait beaucoup de poussières.

La finition des sommiers consiste à habiller la caisse en bois et sa carcasse de ressorts : une toile de jute puis une couche de matelassure sont posées sur la carcasse ressort. Ensuite on met en place et on fixe la housse du sommier par agrafage. À la fin de la carrière de Jean, la matelassure sera remplacée par du feutre d'une épaisseur de plusieurs millimètres, feutre constitué là encore de déchets textiles effilochés, compactés et collés et/ou de la mousse.

En terme de pathologie, Jean bénéficiera en 1992 d'un remplacement valvulaire mitral et reprendra son poste de travail normalement.

Lors de la visite médicale annuelle, en février 1998, Jean, qui a alors cinquante-six ans, signale avoir eu deux sinusites dans l'année et signale ce jour-là une obstruction nasale droite sans signe de sinusite, associée à une sensation d'hypocousie droite. La consultation ORL effectuée en mai diagnostiquera une tumeur du cavum, qui sera traitée par chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie : il s'agit d'un carcinome indifférencié du naso-pharynx (carcinome lympho-épithélial), avec positivité de la sérologie pour le virus Epstein Barr.

Il reprendra le travail en mai 1999 avant de bénéficier d'une retraite anticipée en juin 1999.

Lors de sa reprise, je m'interroge sur l'origine professionnelle éventuelle de cette tumeur. En effet, de jeunes salariées d'un atelier voisin, utilisant du feutre m'ont signalé avoir des épistaxis en fonction de la qualité du feutre. Mais, s'agissant d'une pathologie et d'un agent n'existant sur aucun tableau, il faut une IPP de 66 % pour que le dossier soit transmis au CRRMP (loi n°98-1194 du 23 décembre 1998).

Jean a donc pris sa retraite en juin 1999. Être médecin du travail en zone semi-rurale donne un avantage considérable, à savoir la possibilité d'avoir des nouvelles des retraités, par les membres de leur famille. J'aurai donc des nouvelles de Jean par ses fils que je vois régulièrement en médecine du travail. Sa tumeur maligne a récidivé.

Par mon assistante, j'apprendrai, quasi simultanément, début 2003, la maladie de Stéphane et la récurrence de Jean.

Stéphane, soixante-cinq ans en 2003, est atteint, lui, d'un cancer du larynx. Stéphane n'a jamais fumé et pendant les quinze dernières années de sa carrière, il a toujours travaillé à moins de vingt mètres de Jean. Tout comme Jean, d'ailleurs, il était porteur d'une valvulopathie parfaitement tolérée et c'est sans doute cette proximité qui m'amène à faire le lien entre leurs deux histoires pathologiques et à comparer les deux trajectoires professionnelles.

La trajectoire professionnelle de Stéphane ressemble curieusement à celle de Jean, tout aussi linéaire. Stéphane est né en 1938. Il commence à travailler à l'âge de quatorze ans. Un an d'apprentissage en miroiterie en 1952-1953 pour lequel, je n'ai aucun renseignement. Tisseur puis monteur de chaînes de 1953 à 1979 dans deux entreprises de tissage coton. Je suis d'autres tisseurs qui ont travaillé avec lui dans l'entreprise de tissage où il a travaillé à l'âge de quinze ans. Pendant cette période l'empoussiérage coton a été sans doute important. En 1981, je suis devenue le médecin du travail du tissage que Stéphane avait quitté en 1979 à l'âge de quarante et un ans. Je garderai cette entreprise dans mon secteur jusqu'en 1996. Je sais donc à quelle date ont été installés les systèmes d'aspiration et je sais que des prélèvements de poussières avaient été effectués alors, pour bénéficier de contrat avec la CRAM. Dans cette entreprise, j'avais eu l'occasion de déclarer plusieurs surdités professionnelles et plusieurs TMS. Les systèmes d'aspiration de poussières ont été installés dans les années 1990, car l'augmentation de vitesse des métiers à tisser devenait incompatible avec la présence de bourre en quantité importante, générant de nombreux arrêts et défauts par casse du fil. La mise en place de systèmes d'aspiration et d'une climatisation répondait à un problème de production et non à un problème de conditions de travail.

Monteur de caisses de sommier dans une fabrique de literie de 1979 à 1995, date de son départ en préretraite, à l'âge de cinquante-sept ans. À ce dernier poste de travail, j'ai été son médecin du travail et ce, pendant quinze ans. Ce poste me préoccupait surtout pour ses nuisances sonores et les problè-

mes ostéoarticulaires qu'il posait. Le montage de caisses s'effectuait initialement dans l'atelier de fabrication de matelas, et Stéphane était donc exposé à des poussières textiles. Ce poste sera ensuite déplacé pour être contigu à la menuiserie, en contrebas de l'atelier de fabrication de matelas et de finition de sommiers, avec donc une double exposition de proximité : poussières textiles et poussières de bois. À ce poste, Stéphane se trouvait à quinze mètres du poste de Jean.

Pendant toute sa carrière, en dehors de fréquents lumbagos et d'une perte auditive importante liée à sa trajectoire professionnelle, Stéphane n'aura pas de problème de santé. Il est porteur d'une valvulopathie aortique rhumatismale bien tolérée. C'est un ancien gymnaste, non fumeur. Ses loisirs sont le jardinage et la pêche en rivière. Il ne boit pas d'alcool et lors de son départ en préretraite en 1995, je pense qu'il va profiter longtemps et en bonne santé de sa retraite.

Je suis complètement stupéfaite d'apprendre, début 2003, par ma secrétaire, qui habite la même ville que lui, qu'il serait atteint d'un cancer du larynx. Son médecin traitant contacté, me confirme le diagnostic, porté assez tardivement devant une laryngite traînante. Pas de tabagisme, donc pas de biopsie rapide.

En reprenant le dossier transmis ultérieurement par le spécialiste ORL pour la constitution du dossier de maladie professionnelle, voilà ce que je note :

- Première consultation en juillet 1999 pour dysphonie modérée depuis quatre mois, sans cause déclenchante particulière, en particulier pas de contexte tabagique. L'examen fibroscopique montre un aspect inflammatoire limité à la corde vocale droite.
- Revu en septembre 1999 avec une voix toujours instable et une fatigabilité vocale. L'inflammation a régressé sous traitement anti-acide et rééducation orthophonique.
- Revu en septembre 2002 pour dégradation vocale surtout depuis trois mois et apparition d'un ganglion sous-digastrique droit. La fibroscopie montre un hémilarynx droit bloqué avec des ganglions cervicaux. Le scanner confirme la tumeur endolaryngée droite avec destruction du cartilage thyroïde.

Ce cancer est tout à fait inhabituel chez un patient non tabagique. Le reflux gastro-oesophagien est un facteur favorisant mais on ne peut écarter l'exposition aux poussières d'environnement professionnel, d'autant qu'il s'agit habituellement de monocordite gauche alors que pour Stéphane, l'atteinte est droite.

À l'évidence, l'origine professionnelle de ces pathologies devient de plus en plus vraisemblable. En tout cas, il m'apparaît être de ma responsabilité d'approfondir ces dossiers même s'il s'agit de deux salariés retraités.

Concernant Jean, j'interroge le spécialiste de la consultation ORL de maladies professionnelles. Il me propose deux stra-

tégies de déclaration possible : soit MCP car la poussière textile est cancérogène, soit un tableau 47, compte tenu de la zone de transition cavum-ethmoïde et de la proximité des poussières de bois dans la fabrication de matelas et de sommiers.

En avril 2003, j'adresserai le même courrier à Jean et Stéphane : « *Les recherches épidémiologiques actuelles mettent en cause le rôle des poussières textiles dans le type de maladie dont vous êtes actuellement atteint, donc le rôle des expositions professionnelles passées. Si vous le souhaitez, je suis à votre disposition pour vous rencontrer et en discuter. Nous pourrions tenter de demander la reconnaissance en pathologie professionnelle par le biais du Comité Régional de Reconnaissance, à la fois à titre personnel mais aussi pour faire avancer la réglementation.* »

J'adresserai également un courrier à leur médecin généraliste respectif pour les informer de ma démarche.

La législation vient de changer, on peut faire passer un dossier au CRRMP, si l'IPP est supérieure à 25 % au lieu de 66 %, pour une maladie non reconnue par les tableaux.

En écrivant à ces deux patients en même temps, qui avaient travaillé longtemps dans la même entreprise, qui avaient des parcours professionnels similaires, qui présentaient des pathologies ORL malignes, et qui n'avaient pas de passé tabagique, j'envisageais la présentation simultanée des deux dossiers au CRRMP, pour augmenter les chances de reconnaissance de l'origine professionnelle.

Les deux patients étaient retraités, mais avec le spécialiste ORL qui les avait vu tous les deux, au moins en début de maladie pour Stéphane, j'étais la seule à avoir une connaissance de leur histoire professionnelle, et une connaissance des modalités de déclaration de MP surtout pour des pathologies non reconnues par les tableaux.

Par contre, je n'avais pas pensé qu'un seul des deux patients prendrait contact ; ce fut Jean. Il est vrai que je suivais ses deux fils, plusieurs de ses neveux, que j'avais suivi par le passé son épouse, deux de ses frères (qui avaient eux fait toute leur carrière dans le tissage) et que j'avais soutenu l'un d'eux dans ses démarches de déclaration de surdité professionnelle.

Pour assister Jean ou plus exactement son épouse dans les démarches administratives, je serai amenée à me rendre à plusieurs reprises à leur domicile. J'apprendrai alors qu'il y a bien longtemps qu'il saignait du nez, alors qu'il n'en avait jamais parlé lors des examens médicaux.

L'état de Jean se dégradera rapidement et il décèdera en octobre 2003. Les visites à son domicile pour aider dans les démarches administratives sont éprouvantes avec un important sentiment de responsabilité.

En décembre 2003, suite à un entretien avec un MIRTMO habitué des CRRMP, je transmettrai à la CPAM des éléments

bibliographiques concernant les cancers ORL et les poussières de coton, le double de l'avis du spécialiste ORL de la consultation de maladie professionnelle, et des éléments sémiologiques rapportés par des salariés ayant eu des trajectoires professionnelles similaires, à savoir les épistaxis et la nécessité de lavage des fosses nasales en fin de poste, tant l'empoussiérage des voies aériennes est important. En effet, il ne suffit pas que le médecin du travail donne son avis sur le poste de travail, il est important d'apporter au dossier tous les éléments y compris bibliographiques dont il a connaissance, les membres du CRRMP disposant de peu de temps et en tout cas pas du temps nécessaire aux recherches bibliographiques lorsqu'ils doivent décider si une maladie non mentionnée dans un tableau est *directement et essentiellement imputable à l'activité professionnelle habituelle de la victime.*

Finalement le CRRMP notifiera une prise en charge de la maladie professionnelle en mai 2004.

À noter que pour le spécialiste ORL qui l'a suivi, la présence du virus Epstein Barr, est la cause de la maladie. En fait le virus d'Epstein Barr est un herpès virus présent chez 95% de la population mondiale (90% de la population européenne, 100 % de la population africaine), il est admis qu'il est un co-facteur de la cancérogénèse mais n'est jamais le seul responsable.

En janvier 2004, j'apprendrai le décès de Stéphane, sans qu'il se soit manifesté suite à mon courrier.

La décision du CRRMP concernant Jean m'encourage à reprendre contact par courrier avec l'épouse de Stéphane, pour l'informer que les ayants-droits peuvent constituer un dossier et que la démarche vient d'aboutir pour un des anciens collègues de travail de son mari.

C'est Franck, le fils de Stéphane qui prendra contact avec moi : en accord avec sa mère, son frère et sa sœur. Il m'explique qu'au moins deux raisons motivent sa démarche :

Comprendre pourquoi son père, dont le mode de vie était extrêmement sain, qui lui a transmis les mêmes règles de vie, est mort, car – dit-il – « *J'ai bien vu, dans le dernier service ORL où il a été soigné, qu'il n'était pas un malade comme les autres* ».

Les difficultés financières de sa mère, qui a toujours travaillé mais ne bénéficie que d'une maigre retraite. Franck s'excuse d'ailleurs, de faire valoir cet argument, et il me faudra lui redire souvent que faire reconnaître une pathologie professionnelle est un droit et qu'il est tout à son honneur de s'inquiéter des ressources de sa mère.

J'expliquerai à Franck les modalités de déclaration de maladie professionnelle, lui remettrai un courrier à destination de chacun des trois médecins qui ont suivi Stéphane (le médecin généraliste et les deux spécialistes ORL) afin qu'il joigne ce courrier à sa demande de certificat médical post-mortem pour l'établissement d'un dossier de maladie profession-

nelle. Mon courrier reprendra la trajectoire professionnelle de Stéphane, les données de la littérature et les devoirs des médecins à l'égard de la collectivité en terme de santé publique : produire des connaissances et à l'égard des patients, permettre de bénéficier d'avantages sociaux reconnus (article 50 du Code de déontologie médicale). Je lui remettrai également le certificat médical du médecin du travail concernant les différents postes tenus par son père au cours de sa carrière, en reprenant les éléments sémiologiques rapportés par d'autres salariés ayant travaillé dans les mêmes entreprises et les éléments bibliographiques en ma possession.

Franck sera très agréablement surpris de recevoir par retour de courrier des certificats médicaux extrêmement complets et surtout un appel téléphonique du dernier spécialiste ORL qui a suivi son père. Ce médecin hospitalier, si occupé à soigner des malades atteints de cancer, à qui il n'osait pas écrire pour lui réclamer un certificat médical, prend le temps de l'appeler pour le féliciter d'entreprendre cette démarche de déclaration de maladie professionnelle et lui dire que ce qu'il fait est important pour les autres malades.

À ce jour, le dossier de Stéphane, en cours d'instruction à la CPAM, n'a pas été encore transmis au CRRMP.

Toutefois, avoir initié et soutenu ces démarches pour des patients retraités amène plusieurs réflexions en termes de résultats et en terme de règles de métier de médecin, en particulier de médecin du travail :

Le colloque singulier médecin-patient ou médecin-salarié a toujours des effets en dehors du cabinet médical. L'histoire de la maladie de Jean reconnue comme professionnelle, s'est répandue dans son environnement familial et professionnel et je suis beaucoup plus souvent sollicitée par des patients retraités, voulant savoir si leurs problèmes de santé ont un lien avec leur activité professionnelle passée, ce, d'autant qu'il s'agit d'un secteur géographique où l'industrie textile a été dominante pendant plus d'un siècle. Je peux m'appuyer sur, au moins, un cas de cancer professionnel lié aux poussières de coton pour faire valoir la nécessité d'améliorer certaines situations de travail, tant auprès des employeurs qu'auprès des salariés pour les inciter à la plus grande vigilance face aux petits symptômes. Indiscutablement, je revivise beaucoup plus systématiquement, lors des examens périodiques l'ensemble de la trajectoire professionnelle et interroge systématiquement sur des petits symptômes, souvent négligés par les salariés (rhume, sinusite, épistaxis, etc.) que je note sur les dossiers. Au niveau des médecins traitants, généralistes ou spécialistes, rappeler à propos de cas

individuels, l'étiologie professionnelle entraîne des changements dans les pratiques. Le spécialiste ORL qui a vu Jean et Stéphane questionne maintenant plus systématiquement le travail, informe les patients et leur remet les certificats nécessaires à une déclaration éventuelle de MP. J'ai même eu la surprise de recevoir le double d'un courrier adressé au médecin généraliste d'un patient, courrier extrêmement précis, sur la variabilité des symptômes selon la nature des matières premières manipulées et des travaux effectués !

Il est nécessaire de mettre en place un examen médical de fin de carrière pour faire le point des expositions passées et peut-être un courrier de synthèse à destination du « médecin traitant ». Nous constatons combien les salariés s'expriment souvent plus volontiers sur des situations de travail passées que sur leur poste actuel.

Il convient de prévoir une disponibilité des médecins du travail pour des consultations spontanées de salariés retraités, car il est illusoire de penser que les consultations de maladie professionnelle seront sollicitées en première intention par les retraités ou leur médecin traitant. Pour le médecin traitant, qu'il soit généraliste ou spécialiste, le soin passe avant la réparation souvent laissée à l'initiative du patient. S'agissant le plus souvent de salariés peu habitués aux démarches administratives, en difficulté avec l'écrit, l'aide du médecin du travail pour aider à la mise en marche puis en mots de la mémoire du « comment on travaillait » est un appui indispensable.

Aucun dossier médical ne devrait être archivé sans avoir été parcouru par le médecin du travail du salarié, ce qui interroge sur la circulation et le classement des dossiers médicaux dans les services de santé au travail.

À l'aube du XXI^{ème} siècle, dans un pays développé, les observations du début du XVIII^{ème} siècle restent d'actualité, même s'il convient peut-être, d'intervenir, en terme de fréquence, les deux étiologies : « *Les nombreuses et diverses maladies que les artisans doivent au métier qu'ils exercent et dont les conséquences sont souvent funestes, me semblent venir de deux causes principales. La première et la plus importante est le caractère pernicieux des matières qu'ils travaillent : les exhalaisons malsaines et les menues poussières qui s'en détachent sont souvent nuisibles à la vie humaine et produisent des maladies particulières. La seconde cause se rapporte à certains mouvements déréglés et violents et à certaines positions anormales du corps, qui, altèrent la structure naturelle de la machine vitale et produisent peu à peu de graves infirmités.* » (RAMAZZINI, Chapitre 1^{er})

Annie LOUBET-DEVEAUX

QUELLE STRATÉGIE DE PRÉVENTION ET D'ÉVALUATION POUR LE RISQUE REPROTOXIQUE ?

Malgré une réglementation claire et stricte, les médecins du travail sont encore trop souvent en retrait sur le risque reprotoxique. Quelle stratégie ces derniers doivent-ils adopter pour mettre en œuvre cette réglementation ? Quelles sont leurs obligations en la matière ? Conseils à destination des praticiens et des CHSCT.

Deux décrets sont applicables concernant **les risques pour la reproduction** des substances qui peuvent produire ou augmenter la fréquence d'effets nocifs non héréditaires dans la progéniture ou porter atteinte aux fonctions ou capacités reproductives.

Pour les reprotoxiques de catégories 1 (**toxiques pour la reproduction de l'homme**) et de catégorie 2 (**présomptions d'effets nocifs non héréditaires dans la progéniture ou porter atteinte aux fonctions ou capacités reproductives**), s'applique le décret « risques CMR » du 1^{er} février 2001. Pour les reprotoxiques de catégories 3 (toxiques possibles pour la reproduction), s'applique le décret « risque chimique » du 23 décembre 2003.

Près de deux cent substances sont aujourd'hui concernées par les risques pour la reproduction, moitié avec un risque pour la fertilité des femmes et des hommes, moitié avec un risque pour le développement de l'embryon, certaines substances pouvant entraîner ces deux types de risque.

Les toxiques pour la reproduction de **catégorie 1** comprennent **deux substances** à risque pour la fertilité de l'homme (sperme peu efficace, absence d'ovulation pour la femme ou stérilité dans les deux sexes), et **15 substances** pouvant produire un effet nocif pour l'embryon (cause de malformations congénitales ou de fausses couches).

Les toxiques pour la reproduction de **catégorie 2** comprennent **14 substances** atteignant la fertilité et **39** à risque pour le développement de la progéniture.

Les toxiques pour la reproduction de **catégorie 3** comprennent **49 substances** à risque pour la fertilité et **22** à risque pour l'embryon.

Par extension, les conséquences des expositions professionnelles pour les générations futures concernent aussi les substances mutagènes. Nous les introduirons donc dans cette démarche du fait de l'absence totale de diffusion d'information à leur égard. Ces dernières substances « mutagènes » peuvent entraîner des défauts génétiques héréditaires ou en augmenter la fréquence. Les catégories 1 et 2 concernent les substances que l'on sait être mutagènes pour l'homme ou pour lesquelles on a une forte présomption, la catégorie 3 des substances mutagènes prend en compte un effet possible pour l'homme. Le décret CMR pour les catégories 1 et 2 et le décret risque chimique pour la catégorie 3, organisent aussi leur prévention.

Les mutagènes de **catégorie 2** comprennent **25 substances**, ceux de **catégorie 3**, **74 substances**.

Pour les reprotoxiques et les mutagènes, leurs listes vont être prochainement étendues par la directive 2004/73/CE du

29 avril 2004, rectifiée le 16 juin 2004, portant 29^e adaptation au progrès technique. 70 substances nouvelles vont être réglementées reprotoxiques. Et la liste va encore s'allonger avec la 30^e adaptation actuellement en élaboration ! Il y a donc urgence à organiser la prévention de ce risque.

UN RISQUE MÉCONNU QU'ON NE SE REPRÉSENTE PAS DU FAIT DE LA PEUR

On sait depuis longtemps qu'il est impossible de travailler avec la claire perception du risque auquel on est exposé. Pour pouvoir travailler, il faut se protéger de sa perception ; mais cela ne réduit pas le risque ! C'est d'autant plus vrai, si on n'arrive pas à se représenter l'importance du risque, surtout si on pense que les incidences pour soi sont importantes, surtout si on ne perçoit pas comment on pourrait s'en protéger. La peur est encore plus importante si le risque concerne les enfants à venir. L'émotion suscitée par les expositions aux éthers de glycol en témoigne : les risques de malformation congénitale pour les enfants, les explications d'une stérilité qui angoisse et culpabilise, rencontrent des échos très importants auprès de la plupart des travailleuses et travailleurs.

L'impuissance ou l'émotion qui peuvent expliquer l'empêchement de penser et d'agir des membres de CHSCT est donc le révélateur des difficultés rencontrées par l'ensemble des travailleurs.

Il est possible qu'un certain nombre de médecins du travail soient aussi empêchés d'agir. Leur peur n'est peut-être pas la même que celle des travailleurs. C'est plus une peur de ne pas savoir professionnellement aborder une question de prévention perçue comme difficile, peur d'avoir à porter seul un changement radical de représentation des risques : les médecins savent par expérience combien l'angoisse de possibles malformations pour les enfants peut « malmener les futures mères ».

Le risque est-il vraiment si important pourront penser certains ? Est-il légitime d'angoisser ces femmes, alors que les effets humains ne sont que possibles et pas certains, alors qu'on ne saurait pas vraiment prévenir le risque, alors qu'on doit être en dessous des seuils de toxicité ? Et pourquoi prévenir un risque qu'on n'a jamais constaté ? D'ailleurs, les gynécologues et obstétriciens, dont c'est le domaine de compétence, sont forts silencieux sur ce thème ! Et puis, il s'agit de la responsabilité première des employeurs d'informer sur la réalité des risques grâce au « document unique d'évaluation des risques ». Il serait donc urgent d'attendre !

Pour un médecin du travail, ne pas se substituer à l'employeur dans la gestion concrète des risques et des conséquences des expositions professionnelles, consisterait plutôt à ne pas subordonner son intervention professionnelle à la possibilité de réponses préventives possibles qui devraient être apportées par l'employeur. D'ailleurs, beaucoup de médecins du travail constatent par expérience, que nommer

un nouveau risque permet qu'il soit appréhendé, déplace des questionnements, et en fin de compte, permet de s'en prévenir malgré les incertitudes initiales. Prévenir, c'est d'abord donner visibilité aux expositions professionnelles, au risque possible, qu'il s'agira alors de supprimer.

Le rôle des médecins du travail, spécialement pour le risque reprotoxique, consiste alors à informer *a priori*, selon le secteur professionnel, de la possibilité de risques pour la reproduction, à contribuer à en mettre en évidence les expositions, et à partir des données de la littérature scientifique et à partir aussi de leur propre évaluation des risques. Pour ce faire, la formation des différents acteurs de la prévention, (employeurs, CHSCT), l'information individuelle et collective des travailleurs exposés est essentielle.

LE CHSCT DOIT CONSTRUIRE UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION

Face à un risque que le CHSCT n'a jamais appréhendé et qui le rend démuni, il y a urgence à élaborer une stratégie préventive. Contrairement à ce que pense le CHSCT, le risque est beaucoup plus étendu que l'exposition aux seuls éthers de glycol. C'est le même écart que le risque amiante face à l'ensemble du risque cancérigène. Il y a un continent à appréhender.

Pour agir, il faut connaître les expositions et leurs risques pour la santé. Bien évidemment, ces risques doivent être repérés dans le DUE que doit élaborer l'employeur. Ils peuvent aussi être repérés par les étiquetages des préparations dangereuses : **R60 (risque pour la fertilité de cat.1 et 2), R61 (risque pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant cat. 1 et 2), R62 (risque possible d'altération de la fertilité cat.3), R63 (risque possible pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant cat.3).**

Mais en l'état de l'absence de savoir-faire collectif pour eux-mêmes et d'information des employeurs sur ces nouvelles obligations qu'ils ignorent généralement, les CHSCT doivent inciter les médecins du travail, selon leur secteur professionnel, à donner les informations préalables pour agir : types d'exposition (quels produits dangereux sont concernés ?), quelle possibilité de se contaminer avec le toxique (voie respiratoire, mais le passage de très nombreux produits à travers la peau est fréquent et généralement ignoré), types d'effet pour la santé et pour la progéniture, signes d'alerte (existence de taux anormaux de fausses couches, inquiétude par rapport à un cas de malformation congénitale dans son environnement), nécessité pour les femmes d'informer en tout début de grossesse leur médecin du travail pour être soustraites le plus précocement possible du risque, garanties de protection du secret médical offertes concrètement par le médecin du travail, connaissance de la réglementation pour soustraire les femmes enceintes aux expositions en aménageant les postes de travail voire en leur permettant de bénéficier d'une garantie de rémunération, *en cas d'impossibilité écrite par l'employeur de proposer un autre poste de travail, ouvrant droit alors à une garantie de rémunération suspen-*

dant le contrat de travail (article L.122-25-1-1 et 2, décret 2002-1282 du 23 octobre 2002).

Quand le risque peut être appréhendé de façon générale, le CHSCT peut alors apporter sa contribution concrète à le réduire, veiller à ce que le DUE le prenne en compte. Il peut alors solliciter les contributions concrètes du médecin du travail à son appréhension par sa fiche d'entreprise, par la sollicitation qui peut lui être faite lors de CHSCT, par les informations qu'on peut lui demander, par la formation pour se prévenir des risques à laquelle doit l'associer en toute indépendance l'employeur, par le bilan de ses interventions pour protéger les femmes enceintes, par l'état des difficultés rencontrées pour aménager les postes de travail.

La réglementation interdit aujourd'hui d'employer en entreprises des substances, préparations dangereuses, produits libérés ou déchets de catégories reprotoxiques ou mutagènes de catégories 1 et 2, sauf à prouver que la substitution des ces substances est impossible. Si l'employeur pense que tel est le cas, alors il doit « consigner la preuve de cette impossibilité de substitution », et appliquer des mesures de prévention collectives rigoureuses. Pour les reprotoxiques ou mutagènes de catégorie 3, (article R.231-54-6), le risque doit être supprimé ou réduit au minimum. Pour ces produits de catégorie 3, ce qui n'est pas le cas des catégories 1 et 2, l'employeur peut réglementairement considérer que du fait des faibles quantités employées et de mesures de prévention suffisantes, le risque serait faible pour la santé et la sécurité des travailleurs. Outre le fait que ces données doivent être consignées dans le DUE, le CHSCT doit réinstruire cette analyse et demander explicitement au médecin du travail son avis à ce sujet. Les deux éléments de quantité et de moyens suffisants doivent être confrontés à la réalité du travail, et en tout état de cause, renforcer encore plus l'information due aux travailleuses et travailleurs.

L'employeur doit vérifier régulièrement le respect des valeurs limites professionnelles. L'employeur est tenu d'assurer l'entretien des vêtements de travail. Ce dernier point, souvent mal assuré, est crucial. Un certain nombre de produits reprotoxiques sont susceptibles d'être présents et encore actifs dans ces vêtements. Faute de mesures efficaces, ils peuvent contaminer les vêtements civils. Ainsi, nombre de travailleurs, outre le fait de se contaminer avec les toxiques, les emmènent à leur domicile. On a ainsi démontré que des nourrices à domicile dont les conjoints travaillaient dans des usines de plomb, pouvaient contaminer à leur insu, des nourrissons qu'elles avaient en garde. La plombémie de ces derniers était plus élevée.

L'employeur doit tenir une liste actualisée des travailleurs exposés aux agents toxiques pour la reproduction et mutagènes. L'employeur doit à tous les salariés exposés aux reprotoxiques et mutagènes pendant leur activité professionnelle une fiche d'exposition (R 231-56-10 et 232-54-15) caractérisant la nature et les caractéristiques des travaux, les périodes d'exposition, les résultats des contrôles d'exposition ;

ce document doit être conjoint avec les autres risques ou nuisances du poste.

UNE RESPONSABILITÉ PERSONNELLE IMPORTANTE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

On l'a vu, la prévention du risque reprotoxique ne pourra pas se développer si les médecins du travail ne changent pas le braquet de leur intervention. Plus qu'ailleurs, leur rôle est déterminant dans l'initialisation d'une démarche préventive, dans la compréhension des risques et de leurs mécanismes (difficile pour les hommes de se sentir concernés en première intention, difficile pour les femmes de donner leur confiance au médecin du travail en début de grossesse, de contenir une peur légitime pour lui substituer une action de préservation de leur santé). En tout état de cause, quel que soit le type de produit reprotoxique, la consultation de surveillance médicale renforcée due pour les reprotoxiques et mutagènes des trois catégories doit être préalable au risque d'exposition professionnelle. Cette consultation a un rôle essentiel d'information individuelle des femmes, et aussi des hommes. Si des « valeurs limites biologiques » existent pour les substances en cause, le médecin du travail doit en assurer le suivi. L'existence d'un risque reprotoxique et mutagène doit être tracé sur chaque feuille de visite médicale du médecin du travail.

Les décrets CMR et risques chimiques, demandent toujours actuellement aux médecins du travail « d'attester que les salariés ne présentent pas de contre indication médicale » aux travaux exposant aux reprotoxiques ou aux mutagènes. Nombre de médecins du travail de même que le Comité national d'éthique, ont soulevé les objections professionnelles et les difficultés éthiques de l'emploi d'une telle formule. Aujourd'hui les médecins du travail qui ne veulent pas employer de telles formules ne sont pas poursuivis. Le Ministère du travail parle même « d'insécurité juridique » de ce concept comme de celui de l'aptitude.

Toujours est-il, que face au risque pour la reproduction, il est prescrit réglementairement au médecin du travail de soustraire totalement du risque les femmes en début de grossesse exposées aux reprotoxiques de catégories 1 et 2. Ajoutons à cette obligation réglementaire, de l'opinion de l'auteur de cet article, médecin du travail, que les médecins du travail, sauf analyse argumentée très spécifique du travail réel des femmes concernées, devraient considérer les expositions aux reprotoxiques de catégories 3 et les expositions aux cancérogènes et mutagènes de catégories 1, 2, et 3, comme critère de soustraction totale du risque des femmes en début de grossesse. Certains toxicologues proposeraient de permettre l'exposition de femmes en début de grossesse, à des VME ou des valeurs biologiques de l'ordre du 1/10^e de celles proposées pour les travailleurs. Si les modèles scientifiques ne permettent pas de prouver une absence de seuil de risque concernant les effets possibles pour l'embryon, rien ne prouve l'absence de risque des seuils proposés. En tout état de cause, les femmes concernées doivent être averties de l'absence de preuve de l'innocuité de tels seuils. Les méde-

cins du travail quant à eux, ne doivent pas « gérer les risques à la place des employeurs », mais informer objectivement les femmes. Il faut toutefois souligner la vraie difficulté concrète à assurer en toute circonstances, la non exposition des femmes en début de grossesses aux R3, et aux mutagènes et cancérigènes 1,2,3, du fait de l'absence d'application réglementaire dans ces cas, hormis le benzène, des garanties de rémunération pour les salariées soustraites du travail, si leur poste de travail ne peut être aménagé.

Une attestation d'exposition à des agents toxiques pour la reproduction des catégories 1, 2, et 3 (R 231-56-11 V et R 231-54-16 V) et aux mutagènes 2 et 3, remplie par l'employeur et le médecin du travail, est remise au travailleur à

son départ de l'entreprise, quel qu'en soit le motif. La réglementation ne spécifie pas que ce document soit rempli « conjointement » par l'employeur et le médecin du travail. Ainsi, en cas de désaccord, chacun devra attester de son côté. Les médecins du travail qui ne veulent pas attester tout en sachant, faute de document d'évaluation de l'employeur, engagent leur responsabilité en ne délivrant pas ce certificat ouvrant des droits au salarié, comme le Code de déontologie médicale le leur prescrit.

Ainsi face au risque reprotoxique, le rôle du médecin du travail est bien de participer à l'identification exhaustive de tous les reprotoxiques, de veiller et d'alerter médicalement.

Dominique HUEZ



SANTÉ ET TRAVAIL

Élus de CHSCT, médecins et infirmier(es) du travail, partenaires sociaux : pour vous, la revue SANTÉ ET TRAVAIL fait toute la lumière sur les dossiers

Déjà parus : Risques industriels (42) ; Bâtiment, la santé démolie (43) ; Quand le travail perd la tête (44) ; Le cœur à l'ouvrage (45) ; Pénibilités et retraite, repères pour négociateur (46) ; Arrêts de maladie, les absents n'ont pas toujours tort...(47) ; Des fonctionnaires en... mauvais État ; CHSCT, comment réussir votre expertise (49) ; Reprotoxiques : menaces sur les générations futures (50)

À paraître : n°51 *Les Services aux personnes à leur domicile*

Pour vous abonner, renvoyer ce coupon à :
MAPAYA / Réf. SANTÉ ET TRAVAIL
24 rue des Vergers - 92320 Châtillon Tél. : 01 41 33 98 96
(45 € pour quatre numéros)
chèque à l'ordre de Mutualité française

JEAN-PIERRE, QUAND L'APTITUDE EST FACTEUR DE CONSTRUCTION DE SANTÉ

J'ai fait la connaissance de Jean-Pierre l'année de ses trente ans en 1981. Il postulait alors pour un emploi à temps partiel de conducteur d'autocar.

Son dossier avait été ouvert en 1967, l'année de ses quinze ans ; il entamait alors un apprentissage de menuisier. Puis rien dans son dossier de 1971 à 1981, pas de trace d'examens médicaux. Il aurait tenu un commerce, activité qu'il abandonnera totalement en 1982. Il sera embauché à temps plein en 1985.

Chaque année, je le retrouve en pleine forme, s'adaptant sans problème aux évolutions de l'entreprise et de l'organisation du travail : beaucoup d'excursions à l'étranger pendant plusieurs années, puis de moins en moins d'excursions, du travail de planning, des astreintes à gérer, etc. Aucun problème de santé, et toujours beaucoup de gaieté dans le regard.

En 1999, l'entreprise est rachetée par un groupe, en raison du départ en retraite du propriétaire. On lui propose une promotion, non dénuée de contraintes puisqu'il s'agit d'assurer la responsabilité du groupe pendant les week-ends, c'est-à-dire gérer les aléas ; de la maladie du chauffeur, à la panne ou à l'accident de véhicule, à l'absence d'un excursionniste à l'heure du retour, de l'appel tardif des parents (21 h 30) parce que l'enfant n'est pas rentré de l'école et que la dernière fois qu'il a été vu, c'est en prenant le car, etc.

Cette nouvelle activité lui plaît beaucoup, car sa seule contrainte c'est de passer le week-end dans la région, dans un secteur géographique où son téléphone portable fonctionne. Il apprécie l'autonomie dont il dispose dans ce travail et l'espace de créativité ainsi ouvert.

Un an plus tard, lors de sa visite médicale annuelle, il me dit être très heureux dans ce travail et dans la vie en général et il ajoute : « *Si je suis heureux aujourd'hui, je le dois à deux personnes : Monsieur B..., (l'ancien propriétaire de l'entreprise) et vous !* ». Je suis très surprise, je le regarde interrogative attendant la suite des explications. Le ton est plus

grave qu'à l'accoutumée, il ne s'agit donc pas d'une plaisanterie. Les explications arrivent : « *Oui, Monsieur B..., parce que, bien que sachant ce qu'il m'était arrivé, il m'avait embauché et m'avait donné une chance de retravailler.* » et « *Vous parce que, la première fois que je vous ai vue, en 1981, vous aviez mon dossier, donc vous saviez, et vous m'avez mis APTE.* »

Instant d'émotion, il va se dévêtir derrière le paravent. Je plonge dans le dossier ; visiblement, ma mémoire me joue des tours car je n'ai pas le souvenir d'une quelconque difficulté dans l'histoire de Jean-Pierre. Je ne trouve rien dans les antécédents : si ce n'est mes brèves notes de 1981 – voix enrouée et pas d'antécédent notable –, donc je l'ai interrogé sur les antécédents. Il faut que je sache, car c'est bien la première fois, en vingt ans d'exercice, qu'une décision d'aptitude semble avoir été si bénéfique en terme de santé.

À l'issue de l'examen, je pose la question arguant de ma mémoire défaillante : que s'était-il donc passé vingt ans auparavant ou pendant cette période de 1971 à 1981 ? À l'âge de vingt ans, alors qu'il travaillait sur un toit, Jean-Pierre, alors menuisier charpentier a fait une chute qui lui a valu, un traumatisme crânien avec perte de connaissance, fracture du crâne, coma prolongé, plusieurs mois d'hospitalisation, des traitements antiépileptiques prolongés et une expérience de mort clinique, semble-t-il.

La voix enrouée notée en 1981, révélait sans doute la difficulté du mensonge sur l'absence d'antécédents notables pendant ces dix ans.

Il n'y avait donc rien dans le dossier, mais je ne l'ai pas dit à Jean-Pierre. Je ne peux pas dire aujourd'hui, si connaître tous ces éléments aurait modifié la décision d'aptitude. La seule certitude, c'est que la confiance de l'employeur et du médecin du travail a permis à Jean-Pierre d'explorer l'éventail de ses possibles et de reconstruire sa santé.

Annie DEVEAUX

CONDUITES ADDICTIVES ET TRAVAIL, UN PARI RISQUÉ

Concilier conduites addictives et travail, n'est-il pas un pari risqué ?

Pari risqué d'abord pour la personne toxicomane elle-même. En effet, se pose la question s'il est possible de la maintenir ou de la remettre au travail et ceci sans porter atteinte à sa propre sécurité ou à celle d'autrui.

Pari risqué aussi pour le médecin du travail qui, tout en connaissant la conduite addictive, déclarera la personne apte à son travail, travail incluant souvent des postes à responsabilité.

Si nous nous sommes intéressés à cette question des conduites addictives, c'est que nous y sommes souvent confrontés : en effet, notre service médical situé dans le quartier gare de Strasbourg s'occupe de travail temporaire pour les deux tiers de ses effectifs salariés, auxquels s'ajoutent encore, en ce qui nous concerne, des salariés des structures d'insertion. Aussi les salariés ayant des conduites addictives y sont peut être un peu plus nombreux que dans les entreprises dites « ordinaires » qu'ils ont dû quitter pour toxicomanie ou qu'ils n'ont pu intégrer pour cette raison.

Notre étude portera sur 46 personnes (d'âge moyen 33 ans) consommant des drogues dures (héroïne, produit de substitution, cocaïne...) souvent polytoxicomanes et sur 24 personnes (d'âge moyen 26 ans) « accros » au cannabis seul et fumant au moins trois joints par jour avec plus ou moins d'alcool le week-end. Les 70 dossiers se subdivisent ainsi : une femme pour 69 hommes. Signalons qu'une personne appartient à une entreprise fixe, 3 sont en structure d'insertion, les 61 autres sont des salariés temporaires et 5 sont hors du circuit du travail. Ces 70 personnes nous avons pu les suivre sur plus de deux ans, même celles qui ne travaillaient pas.

L'étude des conduites addictives en lien avec le travail passe par différents stades. Voici la démarche que nous nous proposons de suivre face au salarié :

Dans un premier temps nous repérons le salarié, ce qui se fait en général déjà dans la salle d'attente : le « toxicomane » est quelqu'un de plutôt effacé, assis dans un coin, rêveur, peu intéressé par ce qui se passe autour de lui, à moins qu'il ne soit en état de manque patent, dans ce cas, l'agressivité pourra devenir prédominante.

Suivra l'accueil. Pour cet accueil, nous nous appuyons sur cinq vérités premières :

- *La première vérité* sera de ne jamais attendre la vérité du salarié. En effet, lorsqu'il parle, c'est « **sa** » vérité qu'il exprimera et non celle attendue par le médecin. Dire « **sa** » vérité, c'est en quelque sorte pour lui une manière de « se défendre », d'avouer qu'il est en difficulté ou de crier sa souffrance.
- *La deuxième vérité* consistera à ne jamais demander au salarié de nous renseigner sur la nature, la dose et la fréquence de ses prises. Ce n'est pas encore le moment.
- *La troisième vérité*, c'est que c'est encore moins le moment de le moraliser, en faisant remarquer les dangers pour la santé d'une telle conduite ou d'évoquer le risque d'accident. D'autant plus que nous savons que les jeunes recherchent de telles conduites à risques.
- *La quatrième vérité*, si le médecin du travail ne veut pas devenir juge mais aide, sera de ne jamais chercher à contredire ou à relever des mensonges.
- *La cinquième vérité* consistera à ne pas pratiquer d'exams complémentaires de dépistage de drogues. Cette démarche serait inutile car le patient sait qu'il se drogue, le médecin le sait aussi, d'autant plus que le patient ne s'en est pas caché. Alors à quoi servirait d'entamer la confiance ?

ALORS QUEL LANGAGE TENIR ?

Nous abordons directement la question car parler de drogue soulage le salarié et le met paradoxalement en confiance. S'il parle, il se plaint, signale ses craintes quant à sa santé, ses prises de risques, ses échecs. Et là les exams complémentaires (test du sida, hépatites B et C, etc.) prennent leur place, et nous les prescrivons volontiers. La communication des résultats est un des moyens de maintenir le contact.

Entretiens et exams ont permis de repérer un certain nombre de pathologies. Ainsi pour les consommateurs d'héroïne et les polytoxicomanes, nous avons décelé un déficit pondéral net chez 16 personnes. L'une est atteinte d'hépatite B, six d'hépatite C. Quatre personnes souffrent d'abcès cutanés ou de veines thrombosées. Chez deux personnes nous avons remarqué un psoriasis généralisé. Deux autres accusent une dyspnée et une bronchite asthmatiforme. Une personne pré-

sente un hypospadias avec des séquelles post opératoire importantes, peut-être même à l'origine de sa toxicomanie tellement elle en souffrait.

À ces troubles physiques, il faut ajouter également des troubles psychiques : une dépression pour une personne, des angoisses chez deux autres. Nous avons encore relevé une psychose maniaco-dépressive chez deux patients, une forte asthénie dans la plupart des cas. Seules 15 personnes, sur les 46 polytoxicomanes, ne présentent pas de signes pathologiques associés.

Quant aux fumeurs de joints, il s'agit essentiellement de troubles psychiques. Chez quatre personnes nous notons une évolution vers une schizophrénie, des troubles obsessionnels et une tendance à la paranoïa pour cinq autres. Deux patients montrent de l'agitation (« speed ») ; deux autres, une profonde angoisse. 17 personnes (sur les 24) présentent des troubles mnésiques, cinq souffrent d'asthénie. Si, la plupart de ces patients disent se sentir bien, sont calmes, nous n'avons enregistré que sept cas sans signes fonctionnels décrits.

À ce stade de l'évolution, le plaisir « recherché » dans la drogue s'est depuis longtemps envolé. Le salarié ne se drogue plus pour être bien mais pour se sentir moins mal, pour trouver un équilibre, certes précaire, bref pour pouvoir fonctionner.

En dehors de la drogue, d'autres éléments peuvent maintenir cet équilibre. Le travail en est l'un d'eux. En étudiant les emplois exercés, on remarque que les métiers à risque ou les postes de sécurité sont très recherchés (ou demandés pour ceux qui n'ont pas de métier). Parmi nos sujets d'étude, nous avons 1 contremaître, 3 conducteurs d'engins ou cariste, 4 électriciens câbleurs, 1 couvreur, 2 chauffeurs poids-lourd, 1 grutier, 1 pontier, 1 plombier, 1 vendeur, 3 maçons coffreurs, les autres occupent des postes de manutentionnaire ou travaillent à la chaîne en usine..., du fait surtout de l'absence de qualification.

ALORS PEUT-ON CONCILIER TRAVAIL ET CONDUITES ADDICTIVES ?

Quelle est la conduite à tenir dans ce cas ? En tout cas, le travail nous l'encourageons toujours : il est un des moyens de se réaliser et d'oublier la drogue, même s'il n'est pas le seul.

Ainsi pour les postes de sécurité, si l'examen clinique et neurologique est bon et si la relation avec la drogue paraît stabilisée, maîtrisée, nous proposons un contrat moral avec le salarié : l'aptitude avec un suivi régulier, suivi à sa demande, avec des garde-fous, tel un délai maximum de prise de rendez-vous. Comme un sevrage rapide paraît illusoire sans préparation, sans suivi psychologique, nous conseillons pour éviter le manque et permettre le sommeil, une stabilisation par une substitution régulière ; ou passer progressivement d'une substitution par injection à une prise sublinguale, réguler la consommation de *shit* en quantité et horaire.

De plus nous restons toujours présents à la demande des personnes en cas de difficulté (nous donnons nos coordonnées systématiquement), nous les voyons sur leur lieu de travail et bien sûr elles sont aussi suivies par leur médecin traitant et peuvent bénéficier d'un suivi psychologique si nécessaire. Suite à ces mesures, nous n'avons eu à déplorer aucun accident, bien que nous sachions l'évolution imprévisible.

À la fin du suivi, à ce jour, sur nos 46 personnes accros aux drogues dures :

- 33 sont sous substitution contrôlée (à savoir méthadone : 3 / *Subutex*° : 20 dont 7 en injection intraveineuse / 10 sous *Subutex*° mais se *shootant* de temps en temps encore à l'héroïne, parfois à l'*ecstasy* si l'occasion se présente)
- 4 continuent l'héroïne, tout en semblant maîtriser la situation. Elles se maintiennent au travail sans montrer de signes de souffrance nette.
- 2 personnes ont totalement arrêté les drogues dures.

Dans 5 cas au moins nous avons complètement échoué : il s'agit de personnes avec qui nous étions en contact régulier, même si du fait de leur dépendance, elles se trouvaient dans l'incapacité de reprendre un travail. Ainsi un jeune homme s'est suicidé à 30 ans, un autre est décédé d'une overdose (suivant en cela l'exemple de son frère). Un jeune de 29 ans accros aux benzodiazépines a évolué vers des crises comitiales répétitives. Chez un patient, chauffeur poids-lourd (en arrêt), on constate une évolution vers des nécroses profondes par injection de speed ball. Enfin un jeune de 22 ans est emprisonné pour délits. Deux patients ont été perdus de vue.

ALORS COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS OBTENUS ?

On peut constater que chez la plupart des patients, il y a stabilisation dans le travail (efficacité et ponctualité). Il y a aussi stabilisation tant dans la consommation de drogues que dans la prise régulière de la substitution. L'amélioration de la situation relationnelle et sociale va de pair avec cette stabilisation. En résumé nous sommes donc passés, avec ces patients, d'une « polytoxicomanie sauvage » à une toxicomanie allégée ou unique prescrite et maîtrisée.

Le médecin du travail, dans ce cheminement, a pu être l'une ou l'autre fois le catalyseur, en accompagnant le salarié dans la quête de sens qui se cache au cœur du symptôme drogue, en l'aidant dans sa quête de l'utilité de l'inutile, c'est-à-dire de l'utilité de la vie, de la création, de l'amour, du désir... Cela est vrai pour tout le monde, mais plus encore pour les jeunes toxicomanes.

Gardons à l'esprit la pensée de Tchouang Tsé qui dit :

« *Tout le monde connaît l'utilité de l'utile mais peu sont ceux qui connaissent l'utilité de l'inutile* »

EN CONCLUSION

Laisser au travail, même à un poste de sécurité, une personne qui se drogue est sans doute un pari risqué mais nécessaire. C'est un risque calculé et porteur d'espoir si l'on s'en donne les moyens.

Le pari sera gagné si la personne passe d'un état de mal être physique et affectif à des liens sociaux progressivement renoués dont le travail est sans conteste un des moteurs.

Jean-Marie EBER

EXERCER LA MÉDECINE DU TRAVAIL LORS D'UNE PRIVATISATION

Comment ? Pourquoi ?

LA SPÉCIFICITÉ DES ENTREPRISES PUBLIQUES

La privatisation ne survient pas du jour au lendemain. Elle a été préparée (dès les années 85 dans certains secteurs) par la mise en place de directions d'entreprises gagnées au libéralisme qui vont saper petit à petit ce qui faisait la valeur des entreprises nationales.

Les méthodes mises en place dans ce cadre ne diffèrent pas, dans leurs principes, de celles qui se mettent en place dans les entreprises privées de taille comparable. Mais en fait elles s'en distinguent :

- Par leur répercussions extrêmes chez des salariés pour qui le fait de travailler dans une entreprise nationale est un choix de vie consubstantiel de leur citoyenneté. La perte est à la hauteur de l'investissement moral et les effets de l'organisation pathogène peuvent être incommensurables.
- Par l'acharnement de l'organisation libérale à anéantir systématiquement ce qui faisait la richesse de l'entreprise nationale au prix de pertes économiques et de gâchis apparemment inexplicables.

Il faut considérer que, pour le libéralisme, l'entreprise nationale et la fonction publique qui ont démontré leur capacité à répondre à l'intérêt général et à innover qu'il s'agisse du nucléaire, du TGV ou du téléphone, est la preuve par neuf de l'inanité de son projet. Ce qui lui est insupportable ce sont les valeurs qui servent de base au service public national qui s'opposent point par point aux principes libéraux : action basée sur le collectif, solidarité, rapport à l'utilisateur et non au client, responsabilité citoyenne... Le travail n'est pas ici une activité solitaire mais au contraire une activité solidaire : *« Le travail requiert la capacité à faire œuvre utile, donc pas simplement pour soi. Il implique de prendre des engagements, pour prévoir avec d'autres et pour d'autres, quelque chose qui n'a pas directement de lien avec soi. Autrement dit, le travail exerce une fonction psychologique pour les sujets, précisément parce qu'il n'est pas directement "inté-*

ressé", pas directement intéressé, parce qu'au fond ce n'est pas pour soi, directement qu'on travaille. On travaille pour soi, par la médiation de ce qu'on fait pour les autres. »(1)

Pour mettre en coupe réglée le bien commun, l'organisation du travail libérale atteint sciemment à la santé des salariés. Le contexte est en effet celui d'une guerre idéologique pour le contrôle du monde au sens propre.

Lorsqu'elle veut déraciner le germe empoisonné que représente pour elle l'entreprise nationale, elle met en œuvre des méthodes spécifiques. Il ne s'agit pas ici, comme ailleurs, d'isoler les salariés mais bien de les « désoler ». Il faut extirper l'idée même de travail guidé par l'intérêt général. Or, être désolé c'est être dans « une situation ou en tant que personne je me sens à l'écart de toute société humaine (...) dans l'isolement, l'homme reste en contact avec le monde en tant qu'œuvre humaine ; ce n'est que lorsque la forme la plus élémentaire de créativité humaine – c'est-à-dire le pouvoir d'ajouter quelque chose de soi au monde commun – est détruite que l'isolement devient absolument insupportable »(2). C'est cela que vise à obtenir « la machine à broyer », c'est cela qui fait le lit du découragement du désinvestissement et du désespoir, c'est cela qui brise les femmes et les hommes et les pousse à se détruire.

Ce n'est que quand la désorganisation et la désolation des salariés sont optimales que peut survenir la phase ultime du processus de privatisation. La privatisation est l'aboutissement et l'exacerbation des processus de dénationalisation.

En général, cette privatisation se réalise en filialisant des secteurs de l'entreprise nationale. Chaque filiale devient une entreprise de droit privé. Ce qui faisait la spécificité sociale de l'entreprise nationale se réduit comme peau de chagrin.

1- Y. CLOT : *La santé à l'épreuve du travail*, Colloque ISERES – CGT : Intensité du travail et santé, quelles recherches, quelles actions ? VO éditions – L'Harmattan, 1999

2- Hannah ARENDT, *Les origines du totalitarisme, le système totalitaire*, Seuil points politique, 1972

La sous-traitance est de plus en plus importante. Les atteintes à la santé se perpétuent maintenant sans témoin ni garant efficace. La médecine du travail est soit contrôlée par l'employeur dans les filiales les plus importantes, soit dévolue au service interentreprises le plus proche, pour les filiales les plus petites. La préservation d'une partie du statut protecteur s'éteint avec le départ en retraite des anciens agents. Il coexiste avec des contrats privés classiques souvent précaires ce qui rend les démarches syndicales de regroupement encore plus difficiles et l'isolement entre les salariés plus marqué. Certes les anciens agents ont en général conservé leur emploi mais « *Le travail, il ne suffit pas d'en avoir. Si on raisonne en ces termes, on raisonne comme si le travail était un bien de consommation comme un autre. Le travail, il faut en être et pas simplement en avoir. C'est-à-dire qu'il faut participer à un processus collectif qui est une histoire qui se transmet, une tradition qu'on maintient et qu'on contribue à conserver vivante. Si on est privé de cela, on est privé de ce qui fait le sens de la vie humaine* »(3).

**EXERCER LA MÉDECINE DU TRAVAIL
COMMENT ? POURQUOI ?**

La médecine du travail est longtemps en état de témoigner de ce qui arrive et de porter la question de la santé dans l'espace public pour provoquer de nécessaires débats, tant qu'il reste la volonté ou la possibilité aux salariés et à leurs organisations de les poursuivre. Lorsque les risques surviennent, les signalements d'alerte sanitaire de risque psychosocial permettent de les signaler à la communauté de travail et d'explorer leur genèse et leur lien à la santé.

Les médecins du travail sont, toutefois, de moins en moins à l'abri de pressions sur leur indépendance. Ils sont devenus des témoins gênants dans un processus de construction d'oubli des qualités passées de l'entreprise nationale et d'invisibilité des conséquences de l'organisation présente en matière de santé au travail.

Mais il faut considérer que les méthodes mises en place constituent un véritable traumatisme pour certains médecins qui n'ont pas mesuré la détermination et l'objectif de ceux qui induisent la désolation. Leur humanisme professionnel ne leur permet pas d'imaginer d'emblée qu'on puisse sciemment mettre en place de telles méthodes. Ainsi plaident-ils pour l'inexpérience des responsables, la nouveauté des situations, les possibilités d'amélioration du système. Ils se démènent en démarches et en conseils avisés auprès des décideurs, persuadés qu'en argumentant il vont pouvoir infléchir voire corriger les erreurs du système. Ce comportement individuel est toujours le signe d'importantes difficultés professionnelles presque toujours vécues dans l'isolement. Certains, pris dans une logique « d'amélioration continue », de « démarche qualité », voire de « développement durable » ne sont plus à même de percevoir le cercle de fer de l'idéologie qui se resserre autour d'eux. Bientôt ils vont construire des processus défensifs pour se défendre de la souffrance qu'ils ne peuvent pas ne pas ressentir.

.....
3- Y. CLOT, *opus cité*

Ceux qui s'obstinent à mettre en visibilité les méthodes pathogènes et leurs effets délétères, ceux qui rusent et ceux qui dressent des constats, c'est-à-dire ceux qui cessent de jouer le jeu convenu du « bon docteur » qui accompagne des évolutions « inéluctables », deviennent insupportables puisqu'ils s'opposent à la construction des stratégies défensives. Il leur est reproché de sombrer dans la « victimologie » puisque dénoncer la souffrance c'est l'entretenir (« la vérité c'est le mensonge », « la guerre c'est la paix »[4]) et qu'il s'agirait en fait d'aider à mobiliser les énergies autour de projets viables mis en place par l'organisation du travail pour que s'améliore la santé.

C'est la délibération professionnelle entre pairs qui demeure le seul remède au basculement dans la toute puissance défensive. Tant que les médecins du travail peuvent poursuivre le débat professionnel et délibérer en commun des modes de résistance collective pour donner acte et mettre en visibilité ils vont pouvoir échapper aux processus défensifs qui se propagent et isolent.

Toutefois ils ne peuvent porter le fardeau à eux seuls et leur résistance a des limites.

D'autant que l'action professionnelle n'est pas ici suffisante et que résister relève surtout de l'intervention citoyenne c'est-à-dire du champ politique, l'espace de l'entreprise publique étant entièrement subordonné aux décisions de l'État. Cela est l'affaire de toutes et de tous et en premier lieu des syndicats de salariés. À condition de bien saisir la limite entre débat professionnel et débat politique rien ne s'oppose à ce que les médecins du travail apportent leur connaissance de ces questions, *a fortiori* s'ils adhèrent à des syndicats de travailleurs, pour élargir le champ de visibilité à l'espace citoyen.

Car, la médecine est avant tout une veille et une résistance. Être médecin c'est combattre les processus pathogènes qu'ils soient naturels ou le fruit de la faillibilité de nos semblables, ce n'est ni y céder ni y consentir. C'est apporter une aide à ceux qui dans des circonstances néfastes résistent et à ceux qui fuient, jamais à ceux qui boutent l'incendie. C'est aussi rester dans les circonstances difficiles(5) avec les femmes et les hommes qui vous honorent de leur confiance pour continuer à alerter et à témoigner de ce que l'on observe. Il n'y a pas d'autre alternative, soit être du côté du cercle de fer, soit s'y opposer.

Alain CARRÉ

.....
4- Slogans inventés par George ORWELL dans 1984
5- Art. 48 du Code de déontologie médicale : « *Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi.* »

VERS UNE AMÉLIORATION CONTINUE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Une « démarche de progrès » se met en place dans presque tous les Services de Santé au Travail de France, sous l'impulsion et sous la conduite de leur organisme de conseil, le CISME. Elle se définit ainsi – je cite – : « *Les responsables de service souhaitent se doter de moyens de management qui permettent l'amélioration continue du fonctionnement et des prestations de leurs structures, en faveur de leurs **adhérents-clients**. Ils entendent ainsi montrer aux bénéficiaires, comme aux autorités de tutelle, que leurs associations assument au mieux la mission première qui leur a été confiée : éviter l'altération de la santé du fait du travail.* »

Le contenu de ce programme – je cite encore – « *s'appuie sur un système de management de référence qui aborde tous les aspects de l'activité des SST. Il servira de base à chaque association pour créer son propre système d'amélioration continue, adapté à ses spécificités et à ses besoins. Le système proposé est en cohérence avec les normes ISO et la méthodologie de l'ANAES pour ceux qui souhaiteraient valider leur démarche par une certification ou une accréditation.* »

L'objectif annoncé est d'harmoniser les pratiques de tous les SST du territoire. Après tout, un tel objectif, pourquoi pas.

Les questions posées au préalable de la démarche :

- Quels résultats attendons-nous d'une démarche de progrès ?
- La démarche de progrès peut-elle faire évoluer les pratiques ?
- Pouvons-nous partager nos moyens, nos pratiques et nos expériences ?

sont intéressantes et pourraient aider à une transformation réelle des actions des SST. S'il s'agit d'harmoniser des ressources financières et de gestion, d'harmoniser des organisations du travail qui dérigidifient des convocations de salariés à la chaîne et qui donnent les moyens aux médecins de pratiquer une médecine exploratoire des relations santé-travail et de participer à des enquêtes de veille sanitaire, s'il s'agit de recruter des IPRP en nombre suffisant pour apporter un point de vue préventif argumenté sous plusieurs angles aux entreprises, etc., alors, pourquoi pas.

Mais est-ce bien le cas quand on nous dit que l'on va s'appuyer sur – je cite – : « *des professionnels rompus à la conduite du changement* » ?... Suspect !

On ne peut qu'être en état d'alerte orange lorsqu'on nous dit que « *dans une recherche de simplicité, de pragmatisme et de rigueur, des consultants spécialisés et labellisés par le CISME et l'AFOMETRA animeront des formations-actions sur une durée d'environ deux ans* » pour « *garantir l'évolution effective des pratiques* ». Faut-il un tel déploiement armadesque pour une mise en marche harmonieuse et sensée des SST ?

Et on passe en état d'alerte rouge lorsqu'on examine la liste d'actions pouvant être menées – je cite à nouveau :

- « *déterminer des plans d'activité ;*
- *participer à la rédaction de codes de bonnes pratiques, valider la liste d'indicateurs d'évaluation de l'activité médicale ;*
- *définir les actes médicaux appropriés par catégorie de salariés, par objectif ;*
- *mettre en place une procédure, des courriers types et un soutien juridique pour appuyer le médecin du travail dans le contexte d'une inaptitude ;*
- *rendre plus clairs et utilisables les rapports d'étude de postes ;*
- *développer l'aptitude à négocier ;*
- *définir les tâches relevant du tiers temps ;*
- *mettre en place le suivi et la réalisation des 150 demi-journées d'actions en milieu de travail, etc., etc.* »

Au travers de cette sélection de questions qui concernent l'activité du médecin, on voit bien comment les réponses qui seront apportées seront des tentatives de formatage forcément uniformisantes. On ne peut donc manquer de faire le rapprochement avec les dispositifs de l'assurance qualité garantie par les normes ISO. Il ne faut pas oublier que ces normes imposent du dehors, par l'écrit, une description du travail du point de vue de ceux qui sont chargés de l'organiser, le slogan étant « *écrire ce qu'on fait, faire ce qu'on écrit* ».

Il ne faut pas oublier non plus que l'assurance qualité normalisée s'appuie sur la notion de consensus. L'utilisation de ce mot séduisant *a priori* est piégeante car il ne s'agit pas d'une notion d'unanimité ni de l'issue d'un débat sur des pratiques discutées qui laisse des marges de manœuvre à tous les acteurs. Ce que la norme appelle consensus est – je cite – « *la recherche d'un accord général, caractérisé par l'absence d'opposition ferme à l'encontre de l'essentiel du sujet, émanant d'une partie importante des intérêts en jeu,*

par un processus de recherche de prise en considération des vues de toutes les parties concernées et de rapprochement des positions divergentes éventuelles ».

Personne ne peut comprendre le sens de cet alignement de mots et d'expressions, tous aussi rassurants les uns que les autres (accord général, absence d'opposition ferme, essentiel, partie importante des intérêts en jeu). Il s'agit d'un langage-vaseline probablement étudié pour anesthésier toute capacité critique d'un processus qui fonctionne comme un leurre. Il faut avoir ces notions en arrière-pensée.

Indépendamment du fait que, sur les questions médicales, l'indépendance technique est inviolable, que le « client » du médecin n'est pas l'entreprise mais le salarié, et que la seule agence d'accréditation des pratiques médicales est l'ANAES, il pourrait être attirant pour nombre d'entre nous de participer à cette démarche de progrès au prétexte d'y voir effectivement un vrai travail sur les pratiques professionnelles.

Dans ce cas, il faudrait que le changement proposé s'oriente vers la subversion possible d'une enfilade de procédures qui ne manqueront pas d'apparaître, par exemple, par l'effectivité de l'octroi de moyens, à ceux qui le souhaitent, de participer à la construction de règles de métier au travers de « staffs » thématiques divers, d'échanges sur des pratiques, mêmes ordinaires, ne serait-ce que sur la pratique délicate des inaptitudes, avec son cortège d'interrogations et d'actions, etc.

J'ai peur que nous en soyons loin car qui dit « règles de métier » dit collaborations, échanges, confrontations de points de vue pour faire face ensemble aux rapports de domination et au « réel » du travail, « réel », non pas au sens de réalité de travail mais à ce qui fait difficultés, échecs, à ce qui est inattendu, voire impensé. Les règles de métier sont protectrices. Quand elles peuvent se développer, on est bien dans son travail. Lorsqu'elles sont contrariées, alors apparaissent les défenses. Pour nous, médecins du travail, c'est ce qui se produit lorsque notre travail n'a plus de sens médical, par exemple, lorsqu'il nous est encore parfois demandé de recevoir, à la chaîne, trente ou plus, salariés par jour, ou plus simplement qu'il nous est reproché de ne pas savoir s'organiser.

Pour illustrer, voici un exemple bien réel, tout récent, de ce que peut signifier une appréciation vide de sens, du métier de médecin du travail par sa direction. Un collègue a récemment reçu le courrier suivant : « *Il vous est attribué 2113 salariés dont 1071 sont classés en SMR. Vous avez donc 1592 actes cliniques à effectuer par an. On peut estimer à 20% les actes supplémentaires (turn-over, visites supplémentaires, visites de reprises...) ce qui porte à 1910 actes à réaliser par an. Vous travaillez sur une base annuelle de 1280 heures. Les actions en milieu de travail représentent 120 demi-journées, soit 420 heures.*

Le temps consacré à l'activité clinique, à raison d'une moyenne de 20 minutes par acte représente 637 heures. Il

reste donc 223 heures par an soit environ 30 jours de travail pour développer des actions complémentaires envers les adhérents qui vous sont attribués ou autres ».

La poésie incarnée de ce texte ne peut échapper à personne ! C'est ce qu'on appelle le « réel » du travail dans ce qu'il a d'inattendu et de douloureux. Le fait que l'effet de son contenu ait pu être médiatisé par une discussion (presque immédiate) entre collègues a épargné au destinataire une souffrance légitime.

Il me semble que là est le danger de cette démarche de progrès qui va être mise en place par de gens qui ne connaissent pas le contenu de notre activité, activité qui s'appuie sur des savoir-faire acquis d'expériences de terrain, de confrontations entre collègues, d'écrits sur des pratiques professionnelles, d'acquis théoriques pluridisciplinaires et éventuellement de données scientifiques quantitatives.

Pour illustrer ce que je viens de dire et pour montrer que « sémiotiser » (c'est-à-dire, mettre en mots, décrire, qualifier) la clinique médicale du travail est un exercice quasi impossible, il suffit de s'appuyer sur l'exemple de la démarche de proposition systématique de déclaration de maladie professionnelle qu'à mise au point Annie DEVEAUX. Cette démarche est détaillée dans le numéro 19 de la revue *LES CAHIERS S.M.T.*

Jusqu'à ce jour, depuis janvier 2005, les quatre dossiers que j'ai établis ont été déclarés. Faire ce travail demande beaucoup de temps, plusieurs heures, malgré les modèles servant de fil conducteur ou étant seulement réajustés. Je ne vois pas comment des procédures vont faire entrer ce mode d'approche, qui n'est qu'un exemple parmi d'autres pratiques, dans le moule à « sémiotiser » du travail du médecin.

Il faut savoir en plus que la normalisation est le vecteur de l'évaluation.

Il semble, qu'en terme de qualité, vouloir évaluer une pratique telle que celle qui a été prise en exemple, se mesure à l'augmentation des demandes qui nous sont faites. Les salariés en parlent entre eux, prennent conscience de l'existence des pathologies liées au travail et expriment clairement leur désir de faire valoir leurs droits. En plus, ils peuvent découvrir un champ d'action du médecin du travail qu'ils ignoraient et ils font naturellement appel à lui pour d'autres situations. Ce qui risque de renforcer le nombre de demandes. En revanche, les employeurs, eux, trouvent, pour ce qui me concerne, que je fais trop de déclarations de maladies professionnelles. Alors, selon le point de vue, je peux faire de la qualité comme je peux faire de l'agitation médico-sociale. La qualité est parfois une question d'angle de vue.

Dans notre métier, ce qui est sûr, c'est que c'est une question politique et si la démarche de progrès permet aux médecins de pratiquer selon ce modèle, alors, elle n'est pas critiquable.

Fabienne BARDOT

STRATÉGIES PROFESSIONNELLES

ET RETOUR DU RÉEL

**Compte rendu des débats
du Congrès de l'Ass. SMT, 4 et 5 décembre 2004**

La réflexion est partie du livre écrit par un journaliste *La machine à broyer*. Ce livre cite des travaux de médecins du travail de France Télécom, soulignant la fragilisation de la santé du personnel dans un contexte de réorganisation de l'entreprise, du fait d'une privatisation.

La sortie de ce livre a conduit les médecins du travail de France Télécom à prendre position. Pour eux, ces faits ne devraient pas aller dans l'espace public pour deux raisons essentielles :

- ils fragilisent et contrarient leurs actions auprès des instances de l'entreprise notamment le CHSCT ;
- ils rétrécissent les perspectives d'action des salariés qui évoluent vers le découragement et le désinvestissement et ils sont préjudiciables à la construction de leur santé.

Pour les médecins du travail, la situation dans l'entreprise est tellement dégradée que ce débat public peut fragiliser les choses du côté de la santé mentale.

Le problème étant posé, on peut faire les constatations suivantes :

- les médecins du travail sont bien seuls, dans le service public, dans le débat sur l'organisation du travail ;
- les difficultés de l'articulation entre espace public interne et externe ;
- la nécessité de repérer ce qui fait difficulté.

Et poser les questions suivantes :

- Comment ça résonne dans nos pratiques ?
- Comment ne pas être confronté aux conditions de travail tellement délétères ?
- Comment s'en tirer, que faire lorsque le contrôle social est sidéré, lorsque les syndicats ne s'engagent plus dans la défense collective des salariés ?

Pour certains médecins du travail de France Télécom, il y avait une légitimité à réagir au fait d'être livrés dans l'espace public, car cela complique singulièrement leur tâche. Le point de vue du médecin est un point de vue clinique, c'est

une analyse plus précise qu'une vision globale par rapport à la privatisation. Dans une entreprise publique, il faut un effort supplémentaire pour atteindre le cœur du travail car il y a un discours global qui interdit l'accès au quotidien du travail, qui masque les réalités du travail et qui entraîne les salariés vers un malheur inéluctable.

Mais sur le plan local, cela a permis de mieux discuter avec les organisations syndicales. Les médecins du travail analysent la situation, ils en discutent avec les syndicats, affirment leur position, la confrontent à celle des syndicats. Il peut s'en suivre une meilleure compréhension du vécu des salariés. L'autre voie, à suivre ensuite, c'est de témoigner dans l'espace interne de l'entreprise notamment au CHSCT. Et en effet, il y a deux ou trois ans, on entendait des discours de « victimes », actuellement les salariés essaient de rebondir.

Pour d'autres médecins de France Télécom, ce qu'on peut reprocher, c'est qu'il n'y a pas eu de discussion sur les pratiques, pas de visibilité, de mise en commun, chacun vivant différemment les événements dans sa région.

Donc le débat de fond manque. Quelles sont les pistes ? En quoi les nouvelles organisations du travail peuvent mettre les gens en retrait (en quoi sont-elles délétères) ? Initialement le chef d'équipe donnait et contrôlait les travaux. Puis il y a eu éloignement des donneurs de travail, de l'exécution. S'en suit une méconnaissance du travail, une triche sur les indicateurs chiffrés. Les techniciens en difficultés subvertissent et contournent les stratégies de contrôle pour effectuer leur travail correctement, donc professionnellement. La souffrance peut venir d'une impossibilité de contourner les contrôles. C'est une des clefs de compréhension.

Il y a dans l'entreprise également des organisations et des démarches contre-productives, (par ignorance ou par manipulation ?), avec pour conséquence l'entreprise qui n'arrive plus à assurer le service aux clients (par exemple il subsiste

40 intérimaires sur un plateau de 190 salariés antérieurement).

On peut poser la question du rôle du médecin du travail dans ces situations ? Il s'agit d'aller, dans un débat, du côté du travail, « en essayant d'articuler deux approches légitimes de la situation : l'approche macroscopique, politique et l'approche microscopique par le travail et ses dilemmes ».

Les salariés doivent se libérer de ce qui fait difficultés ; difficultés concrètes par rapport à l'organisation du travail. Au CHSCT incombe le travail concret et le sens « politique » des évolutions. Le même débat doit avoir lieu au niveau national.

Le médecin du travail doit veiller à ne pas se faire récupérer, par un projet déjà construit :

- il doit s'efforcer de témoigner de ce qu'il a vu du côté de la santé mentale ;
- il doit témoigner de la répercussion du travail sur la santé, concrètement, en dehors des théories ;
- il renforce par là sa démarche professionnelle ;
- il doit travailler en collaboration avec les autres médecins du travail de l'entreprise.

La difficulté est d'autant plus grande qu'aucun syndicat ne porte cet aspect santé au travail et qu'on peut se poser la question d'une volonté délibérée de « casser » l'entreprise, de la démanteler. Des mouvements importants ont été opérés dans la hiérarchie, des personnes placées à des postes où elles sont incompétentes.

Sur le débat professionnel, on ne peut s'arrêter aux effets. Il y a une identité de vue sur la description des pathologies, mais l'important c'est d'étudier l'étiologie, les mécanismes qui déclenchent ces manifestations et leurs effets (veille mentale, risques psychosociaux).

Les syndicats sont encore en incapacité de se prononcer sur les questions de santé et sur le concret des situations de travail. Si ces syndicats pouvaient « dire » ces faits, cela aide-

rait le médecin du travail ; mais l'action syndicale reposerait plutôt sur le pré-travail du médecin du travail.

Chez France Télécom, le « cassage » des hommes semble voulu. Les dirigeants sont tout puissants et annihilent toute pensée. Ils canalisent par exemple les médecins du travail dans des groupes de travail. Il y a un étai qui se resserre, une dispersion des énergies et des possibilités d'agir.

En fait le médecin du travail peut avoir les mêmes difficultés à penser que les salariés et il n'y a peut-être pas d'usage collectif possible de la souffrance. Il y aurait à retravailler du côté de l'environnement du travail et de ce qui touche les personnes, à savoir la perte de l'objet (c'est-à-dire de l'entreprise).

De quelles marges de manœuvre disposons-nous pour ne pas accepter l'inéluctabilité des faits ?

- pour le salarié, la question c'est : qu'ai-je pu construire au travail ?
- pour le syndicat, l'intérêt est pour le projet économique et social ;
- pour le médecin du travail, il s'agit de savoir si le regard porté est celui de médecin du travail ou celui de citoyen. Le médecin du travail en première ligne peut être aussi malmené que le salarié.

En conclusion il semble primordial de tenir notre point de vue de médecin du travail et on pourrait reprendre ici l'analyse de Philippe DAVEZIES concernant cette question : « *L'individu au travail apparaît sous plusieurs figures : le citoyen révolté par les méfaits du libéralisme, l'employé écaillé par la façon dont se comporte la direction et le travailleur qui ne parvient plus à exprimer le mouvement qui l'anime. Comme citoyens nous accordons une importance à la façon dont la politique et le droit répondent aux besoins des deux premiers. Cependant, comme cliniciens du travail, c'est dans la troisième figure, enracinée dans le réel, que nous voyons le potentiel d'invention de nouvelles réponses et la source d'un devenir possible.* »

Jean-Marie EBER, Odile RIQUET

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 – 29,73 € en librairie
- N°13 Poursuivre la Refondation de la médecine du travail (juin 99)
- N°14 **Femmes au travail, violences vécues (mai 2000)**
Éditions Syros – 28,20 € en librairie
- 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)

Ce Cahier n°20 m'a intéressé(e) :

- Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 10 € pour ce Cahier et pour la réservation du Cahier n°21 (à paraître courant 2006)
- Je demande des exemplaires gratuits (port 5 €)
numéro(s) :
nombre :

Règlement à l'ordre de Ass. Santé et Médecine du Travail
25 rue Edmond Nocard 94410 SAINT MAURICE

NOUVELLES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL

Il y a loin de la coupe aux lèvres... !

Compte rendu des débats du Congrès de l'Ass. SMT, 4 et 5 décembre 2004

Le décret du 28 juillet 2004 modifiant le Code du travail réforme le fonctionnement des services de santé au travail (SST) et induit un exercice différent en médecine du travail. Ce n'est qu'une partie du corps réglementaire qui concerne les SST. Il faut, en effet, garder en mémoire les dispositions qui instituent la pluridisciplinarité (loi de modernisation sociale, décret du 24 juin 2003, arrêté du 24 décembre 2003)(1).

Selon ses rédacteurs s'exprimant dans une circulaire DRT (circulaire du Ministère du travail à destination de ses fonctionnaires), l'intention est de permettre à la médecine du travail de répondre aux évolutions en matière de prévention des risques pour la santé au travail, en lui donnant les moyens d'intervenir efficacement en milieu de travail, en faisant appel à des compétences pluridisciplinaires et de s'adapter aux changements en matière de surveillance médicale individuelle des salariés. On escompte ainsi une amélioration de la prévention des risques professionnels.

Si l'intention est louable, il faut examiner dans le détail si les moyens, définis par le législateur pour atteindre le but fixé, sont adaptés.

DE BONNES INTENTIONS

La maille de l'activité des médecins du travail, dont découle la nature du SST, devient contingente du nombre de salariés (chaque salarié comptant pour un, même si son contrat est temporaire) et du nombre d'examens médicaux (quelque soit leur nature et qui est lié au type de surveillance simple ou renforcée). Ainsi un SST (articles R.241-2 à R.241-6) peut être un service d'entreprise d'établissement ou interétablissements (possible à partir de 413 salariés suivis ou 401 examens pratiqués, obligatoire à partir de 2200 salariés ou de 2134 examens) ou un service interentreprises. Des possibilités de regroupement restent offertes (entre entreprises constituant une unité économique et sociale : à

1- Alain CARRÉ, *Pluridisciplinarité, les conditions d'un succès*, LES CAHIERS SMT N°19

partir de 1651 salariés et 1601 examens, entre entreprises du même site par la mise en place d'un SST interentreprises de site à partir de 2200 salariés et 2134 examens).

L'entrée au conseil d'administration des SST des membres salariés (1/3 des sièges), qui en comportent (art. R.241-12 II) constitue une nouveauté. Plus généralement, la Commission de contrôle, fait l'objet de nouvelles dispositions facilitant l'exercice de la représentation du personnel (composition de la commission, formation des membres). Un rapport comptable d'entreprise (art. R.241-26) est versé en complément du rapport annuel administratif.

Mais c'est l'exercice de la médecine du travail qui a retenu en priorité l'attention du législateur. L'affirmation de l'indépendance du médecin du travail dans toutes ses activités et sa spécificité d'intervention dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs (art. R. 241-30) s'accompagne de mesures concrètes en particulier lors du licenciement (R. 241-31-2). Un secteur géographique ou professionnel doit ainsi être défini pour chaque médecin quelque soit la forme de service (R. 241-38). Le changement de secteur peut être contesté par le médecin et doit avoir l'accord du contrôle social (R.241-31-1). En cas de contestation, une intervention de l'Inspection du travail est requise. Paradoxalement pour l'embauche c'est dorénavant une simple autorisation de l'inspecteur du travail qui permet de passer outre au désaccord du contrôle social (R.241-31) et non une décision motivée ce qui donne un avantage certain aux employeurs dans ce domaine.

Dorénavant le temps d'activité du médecin est maintenant basé (R.241-32) sur des valeurs « plafond » en nombre de salariés suivis (3300 pour un plein temps) en nombre d'examens médicaux (3200 pour un plein temps), en nombre d'entreprises (450 pour un plein temps). Parallèlement, la limite maximale entre deux examens médicaux périodiques est portée à 24 mois pour tous les salariés à l'exception des salariés à surveillance médicale renforcée pour lesquels elle reste fixée à un an. À ces examens médicaux périodiques il

faut ajouter des examens supplémentaires décidés par les médecins du travail ainsi qu'à la demande du salarié ou de l'employeur et des examens de reprise et de pré-reprise.

La surveillance médicale renforcée (SMR : art. R.241-50) ne diffère pas de la surveillance médicale particulière qu'elle recouvre, à la notable différence que, en plus de la réglementation, des accords collectifs de branche étendus peuvent préciser des postes ou des métiers relevant de la SMR.

La volonté est encore plus marquée de favoriser l'activité en milieu de travail du médecin (R.241-47) en l'annualisant de façon précise (au moins 150 demi-journées pour un plein temps) et en augmentant les exigences pour sa formalisation (plan d'activité dont la précision est requise par la circulaire) et ses résultats (fiche d'entreprise à partir de 10 salariés). La participation à la pluridisciplinarité du médecin fait partie de cette activité en milieu de travail. Elle est planifiée dans la Commission médico-technique à laquelle participent les IPRP et les médecins (R.241-28-1).

DES CONTRADICTIONS QUI RISQUENT DE COMPROMETTRE LE RÉSULTAT ATTENDU

Renforcées par une volonté affirmée, dans la circulaire DRT, de faire de la procédure d'agrément, qui porte dorénavant sur la totalité d'application des dispositions du titre IV concernant les SST (R.241-7), un instrument d'appréciation et d'incitation pour les SST, ces dispositions seront-elles efficaces ? Ne cachent-elles pas une des failles profondes du système de prévention des altérations de la santé par le travail qui reste la main mise des employeurs, à l'origine des risques, sur le système chargé de les mettre en visibilité ? C'est la convergence ou l'articulation de certaines des nouvelles dispositions qui autorisent le doute.

Ainsi on peut observer **que le poids des employeurs est accru dans certains domaines dans lesquels la représentation du personnel est absente**. Cela était déjà évident dans la pluridisciplinarité (art. R.241-1-1 à R.241-1-8) dans laquelle le responsable du SST *par l'intermédiaire de structures de GIE* a seul l'initiative de faire intervenir les IPRP sans que la représentation du personnel puisse avoir un pouvoir d'intervention effectif et où il définit les modalités de la collaboration entre les IPRP et le médecin du travail. Le fait que la commission médico-technique soit présidée par le responsable du SST sans que la représentation du personnel y soit conviée renforce le pouvoir du responsable du SST dans des domaines techniques pour lesquels, en outre, il n'a peut-être pas les compétences requises. L'ambiguïté que constitue la transmission par l'intermédiaire du responsable du SST au contrôle social des études et travaux du médecin (R.241-47) n'est que partiellement levée par la circulaire DRT et va dans le même sens.

Cette cécité du regard du contrôle social sur des questions techniques qui relèvent de la santé des salariés n'est pas sans influence sur l'indépendance des médecins. **Les principes mêmes qui la sous-tendent (fixation de son programme de travail, administration des moyens de production, liberté d'expression des avis et mise en œuvre de la décision par le médecin), définis par l'Ordre des médecins, qui a protesté lors de la promulgation du décret, sont ignorés.**

La contractualisation des SST qu'évoque la circulaire, ici en harmonie avec les méthodes de management en vigueur, impacte directement l'indépendance du médecin par l'introduction d'obligation **d'objectifs (c'est-à-dire de résultat)** pour des professionnels dont l'exercice est fondé sur une obligation de moyens.

Ainsi le privilège dont jouit le tiers temps s'exerce au détriment de la durée des visites médicales, seule variable d'ajustement d'un système contraint par la pénurie de praticiens, alors que la consultation médicale professionnelle est un outil indispensable de prévention en particulier des risques psychosociaux. Enfin, la définition du contrat de travail du médecin, contrainte par la notion de valeur plafond, est maintenant laissée à la merci d'une négociation inégale car déséquilibrée par la prééminence des employeurs.

Les contradictions du système mis en place par le décret en font un guide imparfait pour la prévention des risques professionnels. Un pilotage conforme aux intentions affichées par le législateur via les agréments n'est pas crédible car il ne comporte pas de réelles mesures de pénalisation pour les responsables de SST qui s'affranchiraient de la réglementation. Le bâton est ici une badine. Des employeurs pourraient donc détourner en toute impunité la prévention médicalisée des risques (articles en L et R.241-...) pour assumer leur propres obligations en matière de gestion des risques (articles en L et R.230-...) ce qui transformerait l'équilibre réglementaire entre ces deux piliers de la prévention des risques professionnels en France.

Même si les intentions paraissent bonnes, les contradictions minent l'édifice et les moyens sont insuffisants au regard des ambitions. Aucun système de prévention ne peut fonctionner sous la tutelle des intérêts à l'origine des risques.

Il est donc à craindre que la visibilité sur les facteurs de risque professionnel, préalable à toute prévention, ne soit pas au rendez-vous.

Alain CARRÉ

INDÉPENDANCE... DISENT-ILS !

On peut constater avec satisfaction que le législateur réaffirme explicitement (article R. 241-30 du Code du travail) l'indépendance du médecin du travail. Toutefois, il apparaît à la lecture des nouvelles dispositions réglementaires et de l'interprétation qu'en donne la Direction des relations du travail (circulaire DRT N° 3 du 7 avril 2005) que des ambiguïtés demeurent sur ses modalités.

On observera tout d'abord que l'exercice en médecine du travail comporte actuellement trois activités distinctes :

- L'action en milieu de travail.
- L'activité clinique individuelle.
- L'activité connexe.

Le temps d'activité du médecin est donc divisé en trois parties en fonction du découpage de l'exercice.

Or le temps réservé à l'action en milieu de travail est dorénavant réglementairement défini (150 demi-journées pour un plein temps dans l'année). Les activités connexes (*nécessaires au fonctionnement du service de santé au travail ou à l'exercice des missions du médecin*) sont elles aussi incompressibles et peuvent être évaluées sur les années précédentes.

Il est donc à craindre que, dès lors que le nombre de salariés devant être cliniquement suivis serait l'objet d'une fixation *a priori*, la durée des examens cliniques ne devienne une variable d'ajustement de l'activité du médecin du travail. Cela serait contraire à plusieurs dispositions du Code de déontologie médicale en particulier aux articles 5, 95 et 97.

Pour préserver cette indépendance réaffirmée, la seule solution dans ce domaine est de pratiquer un calcul à rebours, allant du temps disponible pour l'activité clinique, au nombre de salariés confiés à la surveillance médicale du médecin du travail. C'est à chaque médecin qu'il appartient de fixer une valeur moyenne de durée de consultation médicale permettant de consacrer le temps d'examen nécessaire pour tout salarié.

En fonction de cette durée moyenne, il est aisé de déterminer le nombre de salariés pouvant être examinés par demi-journées et de remonter à l'effectif global de salariés suivis.

On peut s'interroger également sur la nature et les objectifs d'une « commission médico-technique » (page 14 de la cir-

culaire DRT) « réservée aux échanges professionnels entre médecins et intervenants pluridisciplinaires en présence de l'employeur... » et chargée de formuler des propositions qui « ... portent sur les priorités du service, sur les choix et la mise en œuvre des compétences intervenant dans le cadre pluridisciplinaire, sur le choix d'équipement du service et les moyens à mettre en œuvre, sur l'organisation d'actions de prévention des risques du travail, sur l'organisation des examens médicaux (par exemple, pour que la chronologie des études en milieu de travail et des examens médicaux soit optimisée) et sur l'organisation d'enquêtes et de campagnes ».

On rapprochera de cette disposition les projets de contractualisation volontaire des services de santé au travail par les autorités de tutelle (chapitre 5 de la circulaire DRT) qui « suppose que les médecins du travail du service inscrivent leur action dans la mise en œuvre des objectifs définis » (page 42) et pour laquelle il est précisé que « les plans d'activité établis par les médecins du travail doivent en particulier refléter ces orientations » (page 46).

On notera que les sujets envisagés dans la commission médico-technique et l'adhésion exigée des médecins aux objectifs d'une éventuelle contractualisation relèvent du domaine de l'indépendance technique des médecins salariés dont les caractéristiques ont été définies dans le rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en octobre 1999. Il y est précisé que cette indépendance exige : la fixation personnelle d'un programme de travail, l'administration des moyens de production, la liberté d'expression des avis et de la mise en œuvre des décisions du médecin.

On peut estimer que les dispositions concernant les objectifs de la Commission médico-technique et la contractualisation des services de santé au travail, dans l'état actuel de l'interprétation qu'y apporte l'administration, ne garantissent pas totalement l'indépendance technique des médecins du travail et qu'il conviendrait de les modifier dans ce sens.

Voilà deux exemples qui illustrent l'ambiguïté de la position du législateur : « **Des médecins du travail indépendants, certes ! Mais pas trop quand même !** ».

Alain CARRÉ

À MONSIEUR LE DIRECTEUR RÉGIONAL DU TRAVAIL

COPIE À

MONSIEUR LE MINISTRE DU TRAVAIL

MADAME LE MÉDECIN INSPECTEUR DU TRAVAIL

MADAME L'INSPECTRICE DU TRAVAIL

MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU CHI

MONSIEUR LE DIRECTEUR

Monsieur,

Nous tenons à vous faire part de notre consternation devant le décret du 28 Juillet 2004 réformant la prévention en Santé au Travail ; nous n'y voyons aucune inspiration des propositions des professionnels en santé au travail et notre expérience nous fait craindre qu'il nous mette encore plus en difficultés pour exercer notre mission .Il est consternant **dans son déni de tous les constats graves de bien des professionnels dont nous faisons partie, mais aussi des leçons à tirer des catastrophes comme l'affaire de l'amiante, AZF, Metal-Europe et enfin des injonctions réitérées des grands conseillers de l'État (Cour des Comptes, IGAS, Conseil d'État). Les réponses qu'il apporte sont totalement inadaptées aux réels besoins.**

Le décret fait comme si tout cela n'existait pas, qu'aucune évaluation des risques et des atteintes à la santé dues au travail n'avaient été faites. Il sous-entend que toute la solution repose sur un changement de « comportement du médecin du travail », qui, après avoir été assigné à résidence pendant cinquante ans dans son cabinet médical, se voit sommé maintenant d'aller « partout » quels que soient les besoins et ses constats alors que nous avons démontré longuement dans nos rapports l'indispensable action conjuguée des consultations et des interventions en milieu de travail dans le cadre d'une démarche réfléchie, avec discernement et sur la base des analyses de nos constats.

Nous savons bien que vous-même n'avez pas la possibilité de changer ce décret mais pour comprendre la suite, il était important que vous sachiez que nous sentons **tout le mépris dont il est porteur pour la santé des salariés et pour la dignité des médecins du travail.**

Nous sommes à un tel point de caricature que notre syndicat professionnel, le SNPMT, vient d'attaquer ce décret en Conseil d'État.

Néanmoins puisqu'il s'agit d'une législation, et en attendant les résultats de cette action, nous serons très attentifs à ce que vous veilliez à une application la moins nocive qui soit de ce texte **et la plus inspirée de la préoccupation de permettre un réel travail adapté aux besoins de prévention.**

Ce décret est irréalisable dans l'ensemble de son prescrit, **tant il passe sous silence des points fondamentaux.** L'application de ce texte ne peut trouver sens que s'il fait réellement avancer la prévention, que s'il fait que les conditions de travail s'améliorent et que les hommes et les femmes améliorent leur santé au travail : n'oublions pas que l'objectif affirmé par la loi de 1946 s'impose encore à nous.

Ce décret n'aborde pas du tout **l'aspect du financement pour les services et ce flou est extrêmement dangereux car il laisse la place à une dérive** que nous voyons déjà prendre dans notre service, qui fait rejeter sur nous ce problème en faisant pression sur nous pour la réalisation systématique de visites d'entreprises et de fiches d'entreprises, systématisme abêtissant et stérile, complètement déconnecté de la réalité des besoins (pour mémoire, les fiches d'entreprises de toutes nos entreprises les plus « à risques » attendent depuis longtemps d'être suivies d'effet). Notre direction a osé dire qu'il nous faudrait « aller vendre notre tiers temps ». **Nous attendons de vous une extrême fermeté pour qu'il n'y ait pas basculement des responsabilités : le financement est le champ exclusif des directions de service.** Pendant cinquante ans nos services ont aliéné l'activité préventive en la corrélant à l'unique consultation médicale et à son financement ; dans un revirement tout aussi délétère et simpliste, il est inadmissible que l'on nous réclame une activité réduite à des « visites d'entreprises », transformées en prestations commerciales pour justifier le financement. Un médecin, pour agir en toute responsabilité doit pouvoir mener son action en fonction des besoins qu'il

évalue et c'est au gestionnaire à lui donner les moyens de son action.

Nous constatons une **sous-évaluation catastrophique par les employeurs, du nombre de salariés exposés aux risques spéciaux** alors que nos évaluations de praticiens vont à l'inverse et que toutes les enquêtes, dont celles du ministère, montrent l'accentuation de bien des risques, en particulier du risque chimique. Nous comptons sur vous pour combattre ce camouflage organisé et illégal. Vous connaissez l'enjeu d'une telle sous-évaluation : la privation pour nous du temps de travail nécessaire par surcharge en effectifs et l'impossibilité d'une vraie prévention.

Un lien est d'ailleurs à faire entre cette évaluation du nombre d'exposés et l'obligation pour l'employeur d'évaluer les risques de son entreprise afin de mettre en œuvre la prévention ; cette obligation est légale et doit faire l'objet d'un authentique contrôle de sa réelle application.

Si le décret sur la médecine du travail doit être appliqué, **c'est aussi toute la loi sur la prévention qui doit être appliquée et la transformation sur le milieu de travail est essentielle pour aboutir à de meilleurs indices de santé au travail que ceux que nous avons actuellement en France, honteusement lanterne rouge en Europe.**

Nous connaissons l'importance du contrôle social dans la gestion des services de médecine du travail et nous comptons sur vous pour faire appliquer **la mise en place de ce contrôle au sein de la Commission de contrôle et du Conseil d'administration.**

Nous rappelons que la mission de la secrétaire médicale est d'aider le médecin dans l'ensemble de ses fonctions, le médecin reste le seul juge de la forme que prend cette aide notamment sur le milieu de travail. Nous vous demandons d'être attentif à ce point de la loi dans notre service.

La question de l'indépendance du médecin dans son activité revient au premier plan comme garde-fou indispensable vis-à-vis des tentatives annoncées d'intrusion dans notre espace médical d'activité. L'indépendance du médecin du travail est capitale pour arriver à réaliser sa mission, nous connaissons quotidiennement dans notre exercice des atteintes à notre indépendance, **et la gestion comptable de la santé au travail est une des atteintes à notre indépendance.**

Le Code de déontologie, inscrit dans la loi, dit qu'en aucun cas, le médecin ne peut avoir d'activité commerciale :

- « Article 10 : l'art médical ne peut en aucun cas, ni d'aucune façon, être pratiqué comme un commerce. »
- « Article 5 : le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. »

Le respect de cette loi est une garantie de pouvoir travailler authentiquement en référence à des règles professionnelles uniquement construites sur les besoins de santé au travail. Il ne s'agit en aucun cas d'un confort pour les médecins mais d'une condition indispensable d'efficacité pour mener la mission de prévention qui nous est confiée.

Nous rappelons la clause d'indépendance du décret, nous utiliserons cette clause si besoin.

Nous rappelons l'Article 32 du Code de déontologie :
« ... librement choisi ou non, le médecin ne prend que des décisions dictées par sa science et sa conscience ».

Compte tenu de la Loi de 1946, et du Code de déontologie qui fixent un cap clair d'orientation de notre action, centrée uniquement sur la santé et la prévention, nous opposerons une résistance totale face à toute atteinte empêchant nos choix de travail, choix professionnels étroitement liés aux besoins en santé au travail diagnostiqués lors de notre activité.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Collectif des médecins du travail de Bourg en Bresse
D^{rs} CELLIER, CHAPUIS, CHAUVIN,
DELPUECH, DEVANTAY, GHANTY, LAFARGE, LAUZE

RÉFLEXIONS

AUTOUR DU NOUVEAU DÉCRET

Compte rendu des débats du Congrès de l'Ass. S.M.T., 4 et 5 décembre 2004

Une lame de fond va changer la santé au travail. Mais tout n'est pas mauvais : il y a sous l'impulsion des directives européennes, l'évolution de la réglementation et de la jurisprudence, un passage d'une obligation de moyen à une obligation de résultats.

On assiste à une valse hésitation de l'État, depuis sa condamnation en 2004 dans l'affaire de l'amiante. D'un côté, il fait porter par les partenaires sociaux ce qu'il ne tient pas à arrêter lui-même (organisation des services de santé au travail (SST)) ; de l'autre, il fixe des objectifs sans négociation possible (Plan cancer 2003, Plan santé publique 2004).

Du côté des inspections du travail, pointe une certaine inquiétude : on est en train de passer d'un système généraliste à un système perdant une cohérence globale, et une spécialisation du côté de l'hygiène industrielle. Avec la loi organique de finance, (LOF), il y a un virage : auparavant, les inspecteurs du travail faisaient appliquer le Code du travail, avec des conseils. Aujourd'hui, la loi organique ne prévoit de financement, qu'en fonction des objectifs. Il y a passage d'une logique de contrôle des moyens à une logique de contrôle d'objectifs.

DE NOUVELLES ORIENTATIONS POUR LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Avec ce décret, et les textes antérieurs sur la pluridisciplinarité, il y a un changement très net portant sur les orientations des SST. Avant le 28 juillet 2004, il y avait une sorte de tête à tête médecin du travail/entreprise, avec moyens dispensés par le service. Maintenant, sans autre refonte du Code du travail que ce décret, les services de santé au travail (SST) sont devenus services à responsabilité globale, chargés de faire des demandes aux entreprises sur leurs besoins en santé au travail, la commission médico-technique (CMT) élaborant le programme santé au travail par rapport à ces besoins. Il n'y a pas de verrou vis-à-vis des objectifs du SST à la CMT. Et pas de temps minimal fixé à l'intervention des IPRP. Le L.241-2 indique que les SST ont pour mission « l'appel aux compétences » (de services, d'organismes et

d'IPRP). Mais les SST font plus qu'appel, leurs directions se voient confier un programme de santé, avec définition du contenu. Et ce, sans contrôle social, sans compétences en matière de santé pour des directions recrutées en général du tertiaire ou de l'industrie.

Avec le décret, tout le titre IV du Livre 2 du Code du travail se trouve modifié.

Après l'affaire de l'amiante, qui a vu la condamnation de l'État, nous sommes dans une phase de contrôle de l'invisibilité des atteintes à la santé et de remise en cause du médecin du travail, avec, en premier lieu, atteinte à son indépendance professionnelle. La direction du SST transmet les études dans une politique de contrôle de ce que font les médecins. Le nouveau décret ignore le Code de déontologie médicale, qui dans son article 95 met en avant l'indépendance du médecin salarié. Le médecin doit être à l'initiative des études, avoir les moyens pour les mener et publier les résultats en toute liberté. En ce sens, le nouveau décret est une attaque directe à l'indépendance du médecin du travail.

L'orientation de ses actions est encadrée par la direction du service, qui se voit confier des responsabilités en matière de santé, alors qu'auparavant il ne lui était demandé que de la gestion d'un service. La commission médico-technique (CMT) qui organise les actions pluridisciplinaires est un organe sans contrôle social, la représentation du personnel y est absente.

L'idée que la direction du service partagerait la responsabilité en santé avec le médecin ne pourrait être soutenue. Il s'agit d'une responsabilité apparente car contradictoire avec le droit ; d'une contradiction intrinsèque du texte. Le texte est ambivalent, il nous fait croire que la médecine du travail a l'apparence d'être dans le champ de la convention, qu'une partie de la santé est du côté de la responsabilité de l'employeur du service, et en même temps, il y a une logique qui tire le médecin du côté de la logique de la santé publique en santé au travail.

À l'évidence, la posture de la médecine du travail ne peut être que dans une logique de santé publique en santé au travail. Du côté de nos règles professionnelles, il n'y a pas de doute là dessus.

Personne n'est détenteur dans les sphères dirigeantes, d'une vision globale sur la santé au travail. Le seul à avoir un vrai projet est le MEDEF, qui en a profité, avec quelques édulcorations. Ce décret reste un travail d'équilibriste, rédigé par de hauts fonctionnaires dans la crainte de leurs mises en causes personnelles, tentant de faire des « plans » dans un contexte de libéralisme économique.

LA CLINIQUE DU TRAVAIL ARTICULÉE ENTRE TÂCHES CLINIQUES ET INTERVENTION EN MILIEU DE TRAVAIL

L'INTERVENTION EN MILIEU DE TRAVAIL (IMT)

Elle devra être davantage dans la visibilité et c'est une bonne chose. Les 150 demi-journées incompressibles en entreprise peuvent enrichir la clinique. Il faut laisser la trace de notre conseil. La fiche d'entreprise est notre trace. La jurisprudence a mis en cause l'Etat et les employeurs, qui ont une obligation de résultat en santé. Le rôle pouvant être joué par la fiche d'entreprise est fondamental, comme le sont les attestations d'exposition et le suivi post-professionnel. Dans le risque chimique, c'est l'employeur qui définit s'il applique ou pas (risque classé faible ou fort) mais c'est au risque de sa responsabilité !

Le médecin du travail peut toujours indiquer qu'il classe le risque autrement que l'employeur.

LA PLACE DE LA CLINIQUE, PEAU DE CHAGRIN DU DÉCRET, MAIS SOCLE DU MÉTIER

La réduction du temps des activités cliniques est de fait, inscrite dans le décret. Mais d'un autre côté, on sent poindre le fait que l'aptitude commence à apparaître un peu en retrait. Tout n'est pas tranché. En filigrane, se retrouve une question fondamentale : la prévention en santé au travail peut-elle se passer de la clinique ? A-t-elle besoin d'une posture de médecin en santé au travail ? Pour faire quoi ?

Il faut se souvenir que le MEDEF a tenté un moment, d'évacuer presque complètement la clinique, en proposant de la confier par conventions, aux généralistes.

Il faut trouver un dosage entre activité clinique et le reste. Il paraît légitime que le temps clinique ne dépasse pas 70 %. Par exemple 50 % clinique et 50 % le reste, dont 30 % sur le terrain, et 20 % en exploitation, retour théorique sur ce qui s'est fait en terrain. Sinon, il ne peut y avoir de médecine d'accompagnement individuel et collectif. Il s'agit d'un travail d'équipe, avec les « équipiers » quotidiennement les plus proches du médecin que sont infirmier, ou secrétaire, distincts des IPRP (mais il est déjà des cas où les secrétaires ou infirmières se sont faites reconnaître en tant qu'IPRP !).

Les 150 demies-journées contiennent un risque de dérive : aller sur le terrain, pour se montrer, voire pour rendre des comptes. Le MIRTMO est présenté ici ou là en contrôleur de l'action de terrain des médecins, tout comme le service, prétendant avoir un œil sur le planning des interventions en milieu de travail. Cela étant, il paraît assez compréhensible de rendre compte de ce qu'on fait, de notre travail. Quant à la trace de ce qui est fait, en IMT, on peut revendiquer d'y inscrire ce qu'on prévoit, et d'en changer, comme sur un agenda. **Ce qu'on prévoit de faire est du travail, au même titre que ce qu'on a fait, ou pas pu faire.**

Pour certains, on ne va pas sur le terrain pour « améliorer les conditions de travail » mais parce qu'on a des objectifs de santé, tirés de la clinique. Au cabinet, il y a un patient qui explique. À l'atelier, sans étape clinique, on ne voit rien. À part les toutes premières visites d'entreprise un peu touristiques pour comprendre le travail, les suivantes sont pilotées par la clinique. La clinique est alimentée par l'intervention en milieu de travail. Voir et entendre, aussi hors du colloque singulier.

Pour d'autres, la clinique médicale s'exerce aussi sur le terrain, où on peut entendre des choses différentes par rapport à la consultation, des questions nouvelles pouvant surgir du terrain.

Interroger en clinicien, l'organisation du travail : ce qui est bon pour l'organisation du travail ne l'est pas forcément pour la santé. Certaines organisations du travail intègrent volontairement la part du risque contenu dans leur projet, en s'organisant pour qu'il n'apparaisse pas visible, à deux ans, à vingt ans (par exemple en organisant le départ de gens avant qu'ils ne deviennent des témoins déléteurs). Cependant il faut pouvoir gommer les traces des dégâts.

Organiser l'invisibilité des atteintes liées à l'organisation du travail, est rendu plus difficile avec un médecin qui tiendrait sa posture de clinicien.

Le décret – d'inspiration MEDEF –, ses limites politiques, son avenir, tient dans ce qu'il n'a pu trancher par la loi sur le fait que la médecine du travail est exclusivement en santé publique ou en santé au travail.

Dans ce qu'il n'a pu ou voulu trancher, s'inscrit notre marge de manœuvre. Face à la volonté de supprimer toute clinique individuelle, une issue possible est de donner un sens à l'accompagnement clinique du sujet au travail. À partir de cet accompagnement peut se construire un projet de prévention primaire collective envisageant l'organisation du travail et l'environnement de travail, en étant une alternative au projet de type ergonomique « ce qui est bon pour la santé est bon pour la production ».

Rapporteurs, Alain GROSSETETE, Jean-Louis ZYLBERBERG

SUR LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le décret du 28 juillet 2004 : une pièce maîtresse dans le processus visant à une transformation radicale du système de prévention des risques professionnels en France

Ce texte, cette pièce, s'inscrit dans un puzzle dont, en vérité, il est difficile de dire si le tableau final est le fruit d'un projet politique pensé et délibéré ou si c'est le résultat de contraintes diverses auxquelles le politique a essayé de répondre tant bien que mal, au coup par coup, sans en maîtriser réellement la logique d'ensemble.

Avant d'aller plus loin, il paraît intéressant de revenir sur l'histoire de la mise en place du système de santé au travail tel qu'il a prévalu jusqu'à aujourd'hui(1).

UN PEU D'HISTOIRE

Lors de la Révolution de 1789, la loi « LE CHAPELIER » interdit les corporations : il s'agissait alors de « libérer » le travail du carcan (entravant la liberté d'entreprendre mais aussi protecteur pour les ouvriers) qu'elles représentaient en ce début de révolution industrielle et d'avènement de la bourgeoisie.

Dès lors, le principe du lien qui se nouait entre l'employeur et chacune des personnes qui travaillaient pour lui, était de nature contractuelle au sens pur du terme, c'est-à-dire que l'ouvrier mettait à disposition l'ensemble de sa personne ; l'employeur, lui, rétribuait le travail au prix du marché.

Dans le cadre de ce contrat, l'ouvrier devait assumer, tous les aléas qui pouvaient l'atteindre (maladie, accident, vieillesse, etc.) même s'ils étaient liés au travail, puisque le salarié était censé, en signant le contrat, en connaître les risques afférents et donc en gérer la responsabilité.

.....

1- Pour plus de détails, les ouvrages de F. EWALD, *Histoire de l'État providence* et de Jacques LE GOFF, *Du silence à la parole, une histoire du droit du travail*, sont passionnants. *La métamorphose de la question sociale* de R. CASTEL reste également un basique.

L'employeur, lui, n'était redevable que du seul salaire établi en fonction du « prix du marché », interdiction étant faite aux ouvriers de s'entendre et même de se réunir pour résister et faire pression collectivement sur les prix, comme conséquence de la loi LE CHAPELIER. De même, il n'y avait pas de limitation, ni sur le temps de travail, ni sur l'âge de travail.

Le rapport de force juridique penchait donc alors très largement en faveur des employeurs, d'autant plus qu'il existait une migration très importante des campagnes vers les villes et donc une offre de main-d'œuvre largement supérieure à la demande.

Le résultat de ce qui ne s'appelait pas encore le « libéralisme » ne s'est pas fait attendre : en quelques dizaines d'années, cette situation allait entraîner un appauvrissement et un « délabrement » considérables des conditions de vie et de l'état physique des travailleurs (voir le tableau dressé par VILLERMÉ pour la France, mais aussi celui de ENGELS dans « *La situation de la classe laborieuse en Angleterre* »).

Le système de la conscription militaire, en particulier, véritable test grandeur nature, allait montrer à quel point l'état physique des jeunes hommes – futurs soldats – était lamentable et surtout inquiétant pour la « nation française ».

Une fraction éclairée de la bourgeoisie comprit alors que, dans son propre intérêt, cette situation ne pouvait perdurer. Non seulement les risques de révoltes populaires (de ces classes laborieuses assimilées aux « classes dangereuses ») étaient grands, mais en outre, la dissolution des mœurs et surtout le besoin d'ouvriers réguliers, permanents, fiables et efficaces allait l'amener à réagir. Tandis que les tenants du libéralisme le plus pur s'opposaient farouchement à toute

évolution, la tendance la plus consciente de ses intérêts sur le long terme allait, à travers le mouvement philanthropique, se préoccuper de la misère ouvrière et favoriser progressivement l'intervention et la régulation de l'État dans les relations patrons/travailleurs. On peut cependant observer que si le XIX^{ème} siècle a été ponctué de révoltes populaires ou de révolutions politiques (Révolution de 1848, Commune de Paris...) les relations dans le travail semblent en avoir été assez peu impactées.

Ainsi, progressivement, l'État allait s'inscrire dans le cadre du contrat de travail pour essayer de rééquilibrer l'échange pour le moins inégal entre producteurs et acheteurs de la force de travail ou, du moins, tenter d'en limiter les effets pervers en commençant par s'attaquer aux catégories de prolétaires les plus vulnérables.

Ainsi, les premières interventions de l'État se traduisent-elles par la loi de 1840 sur le travail des enfants, puis par celle sur le travail des femmes et enfin par la loi sur la limitation du temps quotidien de travail pour l'ensemble de la population des travailleurs, avec la journée de dix heures. Les prolégomènes du Code du travail étaient posés.

Parallèlement à ses préoccupations sur le travail proprement dit, le mouvement philanthropique s'intéressait à tous les aspects de la vie des masses laborieuses. Ce contrôle social, non exempt de références moralisatrices, concernait entre autres, l'éducation des enfants(2) et l'édification de la famille en particulier par le logement(3) et l'hygiénisme.

Cette recherche d'un travailleur sain, ponctuel (les employeurs redoutaient en particulier la « saint lundi », jour où nombre d'ouvriers avaient tendance à se « reposer » de leur dimanche pas toujours passé sobrement...) allait entraîner la clôture du lieu de travail et l'enfermement des ouvriers pour mieux les contrôler. Traditionnellement, les lieux de travail étaient ouverts sur le monde environnant, chacun pouvant aller de ci de là, discuter librement avec celui qui travaillait : le champ clos de l'entreprise ou du chantier n'existait pas, l'activité de travail étant intégrée et intriquée à la vie de la cité comme on l'observe encore de nos jours dans les vieilles villes arabes ou africaines. Or, tout le XIX^{ème} siècle allait être le temps de la construction de murs autour de l'atelier, de la manufacture, de l'usine, afin que l'ouvrier n'ait d'yeux que pour son travail et ne s'en laisse point distraire, d'autant plus que la notion de temps auparavant relativement « élastique » commençait à compter (on observera, dans le même temps historique, l'enfermement des malades, des « indigents », des fous, mais aussi celui des enfants dans les écoles ...).

Un autre aspect de la relation de travail faisait débat : les accidents du travail. Progressivement, les conséquences invalidantes du machinisme, les catastrophes minières, frappaient les imaginations : il devenait de plus en plus cho-

.....

2- *Eduquez les enfants dans la moralité et c'est les parents que vous éduquez en même temps* BARON DE GURANDO (cf. le livre de J. DANZELOT *L'invention du social*)

3- cf. *Discipline à domicile* de Joseph et P. FRITSAL

quant que, découlant de la relation contractuelle « librement » consentie, la notion de responsabilité fasse porter toutes les conséquences d'un accident du travail sur la victime. La « maladresse » tenait de moins en moins la route.

Un grand débat allait alors opposer les tenants de la responsabilité du travailleur et de lui seul, à ceux qui considéraient que les patrons n'étaient pas exempts de responsabilités dans nombre des atteintes à la santé dues au travail.

Parallèlement, pour réduire les conséquences terribles des accidents du travail, se mettaient en place, à l'initiative des premiers militants ouvriers, des sociétés de « secours mutuels » (semblant monstrueuses à certains car « dédouanant les travailleurs des conséquences éventuelles de leurs actes » !), puis apparaissaient les premiers procès de travailleurs contre leurs patrons. Même s'ils furent majoritairement perdus, ça et là, quelques employeurs virent leur culpabilité reconnue par le juge. L'effet produit fut désastreux et a sans doute constitué l'un des catalyseurs de la loi de 1898 sur les accidents du travail. Cette loi sera pendant un siècle la marque du compromis social, jusqu'aux décisions de la Cour de Cassation du 28 février 2002 concernant l'amiante et la notion d'« obligation de sécurité de résultat » dont nous reparlerons.

Cette loi était bien le résultat d'un compromis : sauf en cas de très rare « faute inexcusable », l'employeur ne pouvait plus être traîné devant les tribunaux, en contrepartie de quoi la victime n'avait plus à prouver la faute patronale pour être indemnisée. L'indemnisation devenait plus « sûre », quasi automatique, mais forfaitaire, et donc moins importante que dans le cadre d'une procédure civile.

Dans le même temps, cette époque vit la création du Ministère du travail en 1906, et le 28 décembre 1910 naissait le Code du travail ; l'inspection du travail, déjà en place, se développait (100 inspecteurs du travail en 1900) et les premiers médecins d'usine apparaissaient dans l'industrie de l'armement pendant la guerre de 1914. La loi du 21 mars 1884 relative à la création des syndicats professionnels était adoptée, ouvrant ainsi une brèche décisive dans la loi LE CHAPELIER (les syndicats n'étant cependant autorisés qu'en dehors des entreprises, dans les Bourses du Travail) et préparant le terrain au principe des conventions collectives.

Enfin, les années 1900 virent reconnu l'intérêt de « délégués du personnel » posant les bases du dialogue social sur les conditions de travail. L'ensemble de ces mesures prises par les républicains alors au pouvoir pour éviter « le grand soir », constituait le fondement des principes qui ont régi les relations du travail jusqu'à nos jours.

Même si des évolutions significatives purent survenir ensuite, elles sont restées dans la même veine philosophique. C'est le cas des institutions représentatives du personnel (CE, CHSCT, délégués du personnel, délégué syndical), de l'augmentation du nombre d'inspecteurs, de la création de la médecine du travail, de l'épaississement du Code du travail.

Globalement, s'instaure une relation tripartite avec un employeur, des travailleurs et leurs institutions représentatives, et l'État qui édicte lois, règlements et normes s'imposant aux parties et visant, entre autres, à protéger la santé des travailleurs. Un corps de contrôle chargé de surveiller l'application de ces règles, un système assurantiel fondé sur le compromis de 1898 et un système de médecine du travail indépendant de la santé publique complètent le dispositif.

Ainsi se mettent en place, au sein et autour de l'entreprise, une série d'institutions et de textes qui en font un monde à part, clos sinon hermétique, exempt de citoyenneté, dans lequel peu de regards extérieurs pénètrent, en dehors de quelques périodes de crises ou de conflits. Tout au long du siècle dernier, les questions de fond posées par le travail en tant qu'activité humaine restent peu abordées dans le champ social d'autant qu'à partir des années 1980, c'est surtout l'emploi, devenu une préoccupation majeure du fait du chômage de masse, qui fait l'objet des préoccupations essentielles de l'État sur le terrain.

Ce sont ces équilibres, ces questionnements, qui sont en train de se rompre ou d'éclater au grand jour avec des causes de mutation multiples.

REMISE EN CAUSE

D'une part, sans doute, ce processus s'accélère-t-il du fait des principes néo-libéraux en vogue, avec un retour en force de la notion contractuelle individuelle, avec ces formes nouvelles d'organisation du travail qui tendent à individualiser les relations de travail au détriment des collectifs et de la vie syndicale.

L'évaluation individuelle annuelle, la traçabilité des produits (afin de repérer « le » travailleur responsable d'un éventuel problème), l'éclatement des horaires, les primes individuelles, les procédures « qualité », le recours à l'intérim et à la sous-traitance, sont autant de notions qui génèrent un véritable retour vers le rapport individuel contractuel, au détriment des espaces de solidarité, de travail en commun, des collectifs qui s'étaient constitués tout au long du XX^{ème} siècle.

Il est important de noter que cette individualisation(4) n'est pas propre au travail mais appartient à une idéologie qui traverse l'ensemble de l'évolution sociale. Chacun aspire à être « soi » et à échapper aux contrôles sociaux de sa communauté d'appartenance ; mais c'est au prix de sa souffrance, car comme dit EHRENBURG « il est épuisant d'être soi ».

Cependant, il convient d'observer que ces nouvelles organisations du travail rompent aussi l'isolement, l'enfermement des entreprises sur elles-mêmes, par l'emploi d'intérimaires, de sous-traitants, par l'irruption du client dans l'usine, même si c'est de façon virtuelle : l'entreprise n'est plus ce lieu clos sur l'extérieur.

.....

4- Il faudrait sans doute différencier les termes d'« individualisation », démarche positive vers la « création de soi » n'excluant pas l'autre, de l'« individualisation » qui serait davantage la promotion de la partie égoïste de soi au détriment de l'autre.

La deuxième cause de mutation est le contexte européen et les directives relatives à la préservation de la santé des travailleurs, qui tendent vers un système de prévention à l'anglo-saxonne de tradition fondamentalement différente de la nôtre. Si cette approche privilégie la négociation au plan collectif, le régime du contrat de travail est par contre de type purement autonomiste (cf. A. SUPPIOT : *Critique du droit du travail*). Or le système français répond mal au modèle défini par les directives et il eût fallu une volonté politique forte pour l'adapter sans risquer d'en perdre les aspects les plus positifs, tels l'émergence de la psychodynamique du travail, de la clinique du travail, etc.

Il est clair que notre système prenait eau de toute part et le scandale de l'amiante l'a montré de façon éclatante. Mais tout était-il si mauvais ? Le système n'a-t-il pas été perverti par des notions qui, au fil du temps et des jurisprudences, l'ont fortement parasité : ainsi en est-il de l'aptitude, devenu le socle du dispositif au point d'occulter tout l'intérêt de l'examen clinique systématique. N'a-t-on pas, avec la suppression de l'examen clinique annuel, confondu le bébé avec l'eau du bain, la cause avec l'effet, l'acte médical et sa production juridique ? En tout état de cause, la conception portée par les directives européennes sur la question du travail est avant tout hygiéniste et peu orientée vers l'aide à la construction de leur santé par les salariés. L'évolution la plus significative conférée par ces textes est la notion d'évaluation des risques introduite dans le Code du travail depuis 1991 avec une obligation de formalisation depuis 2001. Celle-ci devrait en fait marquer la réelle mise en place du dispositif de l'évaluation.

Dans le nouveau paradigme, l'employeur évalue les risques liés au travail dans son entreprise avec les conseillers qu'il se choisit. Il confronte cette évaluation avec les représentants des salariés et *in fine* détermine « en son âme et conscience » les efforts de prévention qu'il doit consentir **au risque de sa propre responsabilité.**

Le décret concernant les produits chimiques dangereux est à ce titre exemplaire : l'employeur évalue les risques qu'il génère en utilisant des produits chimiques « dangereux » (c'est-à-dire tous ceux qui sont étiquetés avec une phrase de risques) puis, après avoir confronté son analyse à celle des représentants des salariés, décide, en toute responsabilité, s'il applique le règlement (très contraignant) ou s'il ne l'applique pas, considérant le risque comme « faible ».

Dans ce cadre, on assiste à un changement de paradigme. L'État définit les critères de dangerosité des produits et un cadrage juridique qui confère un certain nombre d'obligations à l'employeur. Celui-ci ne s'y oblige que s'il pense entrer dans ce cadre réglementaire et en décide donc, après avoir débattu avec les représentants des salariés.

Ainsi est défini ce principe d'évaluation des risques, qui amènera sans doute l'État à intervenir de moins en moins dans le domaine réglementaire pur (comme pour le bruit par

exemple) pour se contenter de définir un cadre général de principes, le reste étant renvoyé à la négociation entre les partenaires sociaux au niveau des branches (conventions collectives étendues) ou de l'entreprise. L'accord de septembre 2000 (dans le cadre de la « refondation sociale ») sur les questions de santé au travail en est un exemple.

Cette logique de l'évaluation des risques est de nature à responsabiliser des employeurs au regard des risques qu'ils créent. Elle est censée apporter également une meilleure information des salariés. Cette obligation d'information des salariés est d'ailleurs apparue récemment dans le Code du travail. Mais cela pose une question de fond : est-il licite de laisser l'employeur seul responsable de l'évaluation des risques qu'il génère ? De fait, le contrôle de l'évaluation suscite aujourd'hui un débat très lourd au sein de l'inspection du travail : le contrôle doit-il porter sur l'effectivité de l'évaluation, sur sa qualité, sur sa finalité..., (de plus en plus la position officielle est que l'employeur est *in fine* le décideur responsable ?).

Enfin, la troisième grande cause est le retour du juridique qui a sans doute accéléré le processus de transformation du système de santé au travail avec l'affaire de l'amiante, singulièrement au travers des arrêts de la chambre sociale de la Cour de Cassation du 28 février 2002 et du 11 avril 2002 et celui du Conseil d'État du 2 mars 2004.

Les deux premiers arrêts de 2002 cassent le compromis social de 1898 en réintroduisant la notion de réparation intégrale dans le champ des dommages à l'intégrité physique liés au travail et en considérant que relève de la faute inexcusable, pour un employeur, le fait de ne pas garantir à ses salariés une sécurité de résultats, ceci dans les procédures civiles et sans doute bientôt au pénal.

L'employeur est clairement placé dans une obligation de résultats, et non plus seulement dans une obligation de moyens au regard de la protection de la santé des salariés. Alors qu'il suffisait auparavant d'avoir appliqué les textes promus par l'État pour se voir exempt de toute responsabilité, il convient aujourd'hui de garantir la santé de ses salariés, tant sur le plan des maladies d'origine professionnelle que pour les accidents de travail. C'est donc une véritable révolution en matière de responsabilité des employeurs et ce n'est pas un hasard si l'évaluation des risques laissée lettre morte depuis dix ans est relancée avec force par l'État.

Le troisième arrêt de 2004 (celui du Conseil d'État) met en cause, lui, la responsabilité de l'État qui n'a pas su protéger les salariés de l'amiante. En droit français, l'État est, en dernière analyse « propriétaire » des corps, contrairement au système britannique où « *l'habeas corpus* » confère à chacun la propriété de son corps. Par conséquent (c'est une tendance lourde), si l'État se retire, d'une certaine façon, du champ du contrat de travail pour laisser place aux négociations entre partenaires sociaux (*cf.* accord des partenaires sociaux de septembre 2000 sur la santé-sécurité au travail), il paraît clair qu'il se doit de réinvestir le champ de la santé au travail par le biais de la santé publique. On est là face à

une nouvelle donne : la santé ne devrait donc plus faire l'objet de compromis entre partenaires sociaux, et la santé au travail être comprise comme une variable d'ajustement négociée au même titre que la durée du travail, la formation permanente ou les retraites. L'État se doit de garantir le maintien de la santé de ses sujets-citoyens et on assiste ainsi à un double mouvement : moins d'intervention de l'État dans le champ de la réglementation des rapports individuels, engagement de sa responsabilité en terme de protection de la santé des salariés.

C'est dans ce cadre, dont le prélude avait été le scandale du sang contaminé, que du côté de la santé publique, on assiste tout d'abord à la création de l'INVS et son département « santé-travail ». La loi de modernisation sociale de janvier 2002 lui confie la tâche de veiller et d'alerter sur l'état de santé des personnes au travail (et pas seulement celles du régime général). Pour ce faire, l'INVS dispose de peu de moyens (humains et financiers), mais d'une puissance juridique très forte puisque tout un chacun (employeurs, médecins du travail, agents des services prévention des CRAM), a l'obligation de lui fournir, à sa demande, tous les éléments nécessaires à sa mission : informations sur les accidents du travail et des maladies professionnelles détenues par les CRAM, études et évaluations sur les produits et les risques faites par les employeurs, transmission de données de la fiche d'entreprise, du rapport technique annuel..., au niveau des médecins du travail.

En parallèle, un certain nombre de textes santé publique incluent une dimension santé au travail. En premier lieu, la loi de santé publique du 9 août 2004 fixe comme objectif, entre autres, une diminution du nombre de salariés exposés au bruit et aux mouvements répétitifs de 20 % dans les cinq ans, les indicateurs de référence étant les résultats de l'enquête SUMER 2002. Seul problème, mais de taille : la loi ne précise pas qui doit agir pour mettre en œuvre cette diminution, comment, avec quels moyens, quelle évaluation en 2009... ? La loi prévoit également une cartographie des cancérogènes utilisés au travail et une meilleure prévention contre ces agents.

En deuxième lieu, le plan cancer, priorité du Président de la République, inclut pour la première fois une mesure qui concerne les cancers professionnels et vise la prévention de ceux-ci. On ne peut que s'en féliciter ! Mais combien d'employeurs, de médecins, connaissent et travaillent sur cette mesure ? Qui en évaluera les résultats ? (même si aujourd'hui un certain nombre d'actions sont initiées par les DRASS et DRETEFP).

En troisième lieu, le plan national « santé environnement », après une analyse très pertinente des carences du système de prévention et de la faiblesse des connaissances acquises, en particulier sur la toxicité des produits chimiques utilisés, fait un certain nombre de propositions dont une concerne l'évaluation de la toxicité des produits (programme/Reach/communautaire). Il interpelle le travail sur les CMR, les femmes enceintes, l'asthme, les allergies...

LA MISE EN PLACE D'UN NOUVEAU SYSTÈME

Du côté du travail, au-delà du principe de l'évaluation des risques, une réforme importante du système de prévention est en cours. La loi de modernisation sociale de janvier 2002 a modifié la dénomination des services de médecine du travail en service de santé au travail et y a introduit la notion de pluridisciplinarité. Cette notion méritait d'être précisée, mais il était clair que l'embauche des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) se ferait sur décision du président du service de santé au travail (même si le comité d'entreprise ou la commission de contrôle sont consultés pour avis).

Le décret du 28 juillet 2004 vient confirmer le rôle prépondérant conféré au président (et donc au directeur) des SST. Ainsi est-il stipulé dans l'article R.241-47 du décret que c'est **le service de santé au travail** (donc son président ou directeur) qui transmet aux entreprises les documents, études et fiches établis par le médecin du travail. Cette phrase, apparemment anodine, laisse entrevoir une certaine cohérence d'ensemble, et ce d'autant plus qu'elle entre en résonance avec des propositions du rapport de l'IGAS sur les procédures d'agrément des services médicaux. Ce rapport prend la mesure des déficiences du système et soulève, en particulier, l'absence d'objectifs et de politique régionale en santé au travail, de la part des SST comme de l'État. Il propose, pour y remédier, que les directions régionales du travail contractualisent avec les SST dans le cadre d'objectifs en santé au travail. Cette notion de contractualisation est d'ailleurs reprise dans le plan santé-travail : inciter les services de santé au travail à une posture de veille sanitaire, de meilleure connaissance du terrain. Ce plan se propose de faire évoluer les SST d'une fonction de prestataires de services vers la promotion de la santé au travail.

À l'évidence, le législateur souhaite une implication plus grande des directions des SST dans les politiques de santé publique : elles ne sont plus simplement considérées comme des gestionnaires d'associations mais comme des acteurs, parties prenantes en santé publique. Il ne s'agirait donc plus seulement, pour l'État, de vérifier et de contrôler les moyens mis à disposition par les services, mais d'intégrer les SST au sein d'un dispositif d'ensemble, en fonction d'objectifs fixés ou à fixer avec eux.

Alors que les services de médecine du travail étaient constitués de l'addition de binômes ou de petites équipes (médecins / infirmier(e)s / secrétaires assistantes) plus ou moins autonomes, chacune ayant en charge un certain nombre d'entreprises et travaillant en lien direct avec elles pour essayer de préserver la santé de leurs salariés, on semble s'orienter désormais vers des services prestataires, chargés de répondre à la demande, aux « besoins » en prévention des entreprises (des employeurs ?). La réponse à cette demande se fait sous la responsabilité du président (directeur) du service de santé au travail dans lesquels travaillent des médecins du travail, des IPRP, des secrétaires médicales

et administratives. Dans ce schéma, le service de santé au travail aide les entreprises à évaluer leurs besoins en santé au travail et à répondre à ceux-ci. Dès lors, le temps global de prévention en santé au travail est attribué à une entreprise en fonction des risques qu'elle peut occurrer pour ses salariés et des besoins qu'elle a elle-même chiffrés, en fonction de son évaluation des risques.

C'est sans doute dans cette logique que la notion de temps médical calculé par entreprise a disparu au profit de plafonds annuels calculés par médecin. Il faut, en outre, observer que le « temps d'IPRP » ne vient en aucun cas « compenser » la diminution du temps médical et que l'on cherche vainement les outils permettant le contrôle (administratif et social) de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité. La « souplesse » voulue par le législateur dans ce domaine est telle que le système échappe en pratique à toute mesure quantitative.

Malgré tout, ce changement pourrait enclencher, dans un contexte favorable, une dynamique permettant la mobilisation de l'ensemble d'un service pour faire face collectivement aux problèmes de la prévention, bien davantage que lorsque le médecin se retrouvait seul face à une myriade de petites entreprises.

Cette dynamique pourrait favoriser la prévention dans les entreprises à la condition d'une cohérence forte entre tous les acteurs et de la conscience des employeurs quant à leurs responsabilités civile et pénale (voire morale...) vis-à-vis de la préservation de la santé des salariés.

Mais un risque évident de cette réforme, avec l'espace de l'examen systématique, est la perte des acquis de la clinique médicale accumulée au fil du temps. Cette approche par la clinique risque d'être réduite à peau de chagrin du fait des effectifs de salariés suivis par médecin, du renforcement du « tiers temps » en milieu de travail et de la priorisation des actions sur les expositions aux contraintes et nuisances physiques, chimiques et biologiques. Or, l'on sait aujourd'hui que la dégradation des conditions de travail passe surtout par les transformations des organisations du travail. L'examen clinique, l'entretien médico-professionnel, permettent d'entendre les méfaits, d'en comprendre parfois les mécanismes, voire, plus rarement, d'en enrayer l'évolution au niveau collectif. En outre, il permettrait – en théorie – d'aider à la construction de leur santé par les salariés s'il n'était parasité par l'aptitude, interdisant au médecin et au salarié toute velléité de construire quoi que ce soit ensemble.

L'autre risque lié à la réforme est la perte d'indépendance du médecin pris dans un système globalisant. Or, si le décret du 28 juillet 2004 renforce l'indépendance « externe » des médecins du travail (licenciement, changement de secteur, etc.), il n'apporte pas d'éléments sur le champ de l'indépendance technique parfois réduite dans l'esprit de certains à l'acte clinique médical et non pas à l'ensemble des activités du médecin. Le Code de déontologie sera-t-il suffisant pour l'aider à la sauvegarder ?

N'oublions pas que le médecin du travail doit établir une fiche d'entreprise par établissement à sa charge. Fiche d'entreprise dans laquelle il est en droit – et en devoir – de colliger tous les dangers potentiels pour les salariés dont il a la charge, et ceci, quelle que soit l'évaluation des risques faite par l'employeur. En outre, la tension qui peut exister entre le devoir d'indépendance et le travail en collaboration peut être aussi source de richesses.

La fiche d'entreprise et la clinique sont donc sans doute les deux piliers de son indépendance.

QUESTIONNEMENT

Une première question serait de savoir si on n'est pas là dans une situation d'« injonction paradoxale » que l'on observe chez beaucoup de salariés : une autonomie formelle accrue, mais des moyens insuffisants pour réaliser les objectifs fixés ? Comment concilier aujourd'hui des fiches d'entreprise à rédiger pour tous les établissements, les examens cliniques de tous les salariés au rythme défini par la loi, les actions de formation, de documentation et de recherche

indispensables, la veille sanitaire, le tout dans les temps impartis et à « coût constant », sans aucun objectif d'harmonisation et de mutualisation desdits coûts ? Comment transformer, sans les former, des directeurs de services gestionnaires (ex-comptable, ex-secrétaire méritante, ex-juriste d'entreprise, ex-DRH...) à mille lieues de se vivre culturellement, socialement, professionnellement, comme des acteurs/promoteurs de santé publique, au fait des enjeux dans lesquels ils se retrouvent inscrits ?

Ne sommes nous pas là dans une mission impossible ?

Une autre grande interrogation de ce changement est, comme nous l'avons déjà noté, la très (trop) grande « liberté laissée aux employeurs sur l'évaluation des risques qu'ils génèrent, le poids du juge sera-t-il suffisant pour pousser ceux-ci à une évaluation « juste » ?

Enfin, la troisième interrogation porte sur la place que va pouvoir prendre le mouvement social dans cette nouvelle configuration. C'est sans doute l'enjeu principal qui se joue aujourd'hui en matière de santé au travail.

Pierre ABECASSIS, Nicolas SANDRET

BIBLIOGRAPHIE

Quelques lectures choisies par Fabienne BARDOT

BERTHOZ Alain et JORLAND Gérard, *L'empathie* – Ed. Odile Jacob

DECÈZE Dominique, *La machine à broyer. Quand les privatisations tuent : France Télécom* – Ed. Jean-Claude Gawsewitch

FARGE Arlette, LAÉ Jean-François, *Sans Visages L'impossible regard sur le pauvre* – Ed. Bayard, 2004

FASSIN Didier, MEMMI Dominique (sous la direction de), *Le gouvernement des corps*. – Ed. de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 2004

FASSIN Didier (sous la direction de), BOURDELAIS Patrice, *Les constructions de l'intolérable. Etude d'anthropologie d'histoire sur les frontières de l'espace moral* – Ed. La Découverte

MARTINEZ Daniel, *Carnets d'un intérimaire* – Editions Agone, 2003

MARUANI Margaret (sous la direction de), *Femmes, genre et sociétés. l'état des savoirs* – Ed. La Découverte, 2005

LITTÉRATURE GRISE

- **Santé, Société et Solidarité**, Revue de l'Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité
- **Inégalités sociales de Santé**, Diffusée en France par : IREDES Service diffusion, 10 rue de Vauguenargues 75018 Paris

ASSOCIATION SMT

– LE BILAN 2004 –

RÉUNIONS TENUES

- Journée de printemps le 22 mars 2004 : *Clinique médicale du Travail / Mise en place des IPRP*
- 25^{ème} Congrès annuel les 4 et 5 décembre 2004 au FIAP (Paris) : *Donner acte et rendre visible / Stratégies professionnelles et Retour du Réel*

PARTICIPATIONS ET ACTIONS

- Forum national du 13 mai 2004 du collectif Santé Travail : *Travail Santé Emploi « Perdre ou construire sa vie »*
 - Congrès national de Santé au travail de Bordeaux : tenue d'un stand, diffusion de 1500 exemplaires des *Cahiers SMT (N°18 et 19)*, communications :
 - ♦ *Santé mentale et travail : quelle pratique clinique pour le médecin du travail ?*, Fabienne BARDOT, Annie DEVEAUX
 - ♦ *La consultation en médecine du travail*, Chantal BERTIN, Denise PARENT, Odile RIQUET, Nicolas SANDRET
 - ♦ *Pathologies mentales du travail et règles professionnelles pour les médecins du travail*, Dominique HUEZ
- Intervention commune avec le SNPMT, en réaction à la présentation du décret par MM. William DAB et Denis COMBRESSELLE

PUBLICATIONS

- Le *Cahier SMT N°19* a été tiré à 2000 exemplaires, juin 2004
- Communication : le site Web a-smt.org devient le lieu de référence de l'Association SMT, il témoigne de la vitalité de l'association

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Il a été procédé le 5 décembre 2004 à l'élection du Bureau et du Conseil d'Administration.

Présidente : Annie LOUBET-DEVEAUX (42)
Vice-président(e)s : Alain CARRÉ (75) – Josiane CRÉMON (38) – Dominique HUEZ (37) – Jocelyne MACHEFER (49) – Denise PARENT (49) – Nicolas SANDRET (75)
Secrétaire : Alain RANDON (94)
Treasorier : Jean-Noël DUBOIS (2B)
Administrateur du site Web : Denis TEYSSEYRE (86)
Conseil d'Administration : Pierre ABÉCASSIS (21) ; Fabienne BARDOT (49) ; Chantal BERTIN (49) ; Jean-Marie EBER (67) ; Alain GROSSETÊTE (69) ; Claire LALLEMAND (37) ; Nicole LANCIEN (72) ; Gérard LASFARGUES (37) ; Gérard LUCAS (44) ; Brigitte PANGAUD (75) ; Odile RIQUET (69) ; Gilles SEITZ (75) ; Mireille THEVENIN (2B)

ORIENTATIONS 2005

- Publication du *Cahier SMT N°20*
- Journée de printemps le 19 mars 2005 : *Consultation Médico-Professionnelle / Santé Publique au Travail*

26^{ème} CONGRÈS ANNUEL LES 3 ET 4 DÉCEMBRE 2005 À PARIS

- ♦ *ANAES et métier : règles pratiques et règles communes. Quel cadrage ?*
- ♦ *Médecin du travail et espace politique de la santé. Sens pour le sujet et espace public ; addictions et santé publique...*
- ♦ *Clinique médicale du travail : de l'infraclinique à la somatisation*

(Voir page 48 pour les pré-inscriptions)

Alain RANDON

BULLETIN DE (RÉ)ADHÉSION à l'ass. SMT

Coupon à renvoyer à :

Alain RANDON 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

Tél. 01 48 93 45 45 / courriel : a.smt@wanadoo.fr / internet : <http://www.a-smt.org>

- Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et j'adhère pour l'année 2005
- Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation 2005

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 90 € à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

Prénom :

Courriel :