

CONSTRUIRE UNE PRÉVENTION MÉDICALISÉE

LES CAHIERS

S.M.T. N°22

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

NOVEMBRE 2007 20 €

ISSN 1624-6799

MALTRAITANCES ORGANISATIONNELLES QUELLES PRATIQUES CLINIQUES ?

VIOLENCE CONTRE SOI, *VIOLENCES DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL*

PRÉCARITÉ, LA BANALISATION
ENJEUX POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ

PRATIQUES PROFESSIONNELLES CLINIQUES POUR AGIR

EXAMEN DU CORPS EN MÉDECINE DU TRAVAIL



| | | |
|--|---|----|
| Éditorial | <i>Annie LOUBET-DEVEAUX</i> | 3 |
| Violences contre soi, Violences de l'organisation du travail | | |
| Le médecin du travail face à la violence, réflexions et repères pour l'action | <i>Véronique ARNAUDO</i> | 5 |
| Suicide et travail, la centralité du travail avant tout | <i>Fabienne BARDOT</i> | 9 |
| Risque suicidaire du fait du travail, l'action du médecin du travail | <i>Dominique HUEZ</i> | 13 |
| Précarité, la banalisation. Enjeux pour la santé et la sécurité | | |
| Travail précaire et conduites addictives. Quelles possibilités d'action ? | <i>Jean-Marie EBER</i> | 20 |
| Aptitudes et inaptitudes vues du médecin inspecteur du travail | <i>Pierre ABÉCASSIS</i> | 23 |
| Transformations de l'organisation du travail dans une entreprise du tertiaire et décompensation somatique | <i>Francette THÉBAUD</i> | 25 |
| Transports et postes de sécurité. Approche critique des réglementations | <i>Annie DEVEAUX Dominique HUEZ</i> | 29 |
| La Réforme de 2004 : Le bilan indépendance, quelle indépendance ? Point de vue de la santé ou gestion des risques ? | <i>Alain CARRÉ</i> | 33 |
| Précarités, la banalisation. Enjeux pour la santé et la sécurité | <i>Odile RIQUET Alain GROSSETÊTE</i> | 37 |
| Pratiques professionnelles cliniques pour agir | | |
| La démarche de la clinique médicale du travail Une approche en noir et blanc | <i>Fabienne BARDOT</i> | 39 |
| Clinique médicale de l'accompagnement des sujets au travail Approche compréhensive | <i>Dominique HUEZ</i> | 51 |
| L'énigme de la relation dans la consultation en médecine du travail | <i>Chantal BERTIN, Odile RIQUET, Denise PARENT, Nicolas SANDRET</i> | 55 |
| Clinique et veille médicale au quotidien en médecine du travail | <i>Dominique HUEZ</i> | 59 |
| Pratiques médicales dans le nouveau cadre défini par la Réforme de juillet 2004 | <i>Annie DEVEAUX</i> | 62 |
| L'examen du corps en médecine du travail | | |
| En santé au travail, l'examen physique, pour quoi faire ? | <i>Florence JÉGOU</i> | 64 |
| Intérêt pour la prévention primaire ou le reclassement | <i>Annie DEVEAUX</i> | 66 |
| Clinique médicale, l'examen physique en médecine du travail | <i>Josiane CRÉMON, Jean-Marie EBER</i> | 69 |
| Évaluation des Pratiques Professionnelles | | |
| Réaliser son EPP avec E-Pairs | <i>Annie DEVEAUX</i> | 70 |
| Bilan SMT 2006 | <i>Alain RANDON</i> | 71 |
| Lettre à Xavier BERTRAND | <i>COLLECTIF SANTÉ/TRAVAIL</i> | |

É D I T O R I A L

**LA MÉDECINE DU TRAVAIL RÉDUITE
À L'APTITUDE SÉCURITAIRE ?**

M. Hervé GOSSELIN, *Conseiller à la chambre sociale de la Cour de cassation, juriste, a rendu le rapport demandé par le Ministre du travail. La lettre de mission, reprenant le PST de 2005, lui demandait « ... de clarifier les questions de l'aptitude et de l'inaptitude au poste de travail ou à l'emploi afin d'identifier un dispositif qui, dans ses dimensions sociales et éthiques, comme du point de vue de la sécurité juridique, puisse articuler, tout au long de l'activité professionnelle, l'exigence primordiale de protection de l'état de santé du salarié, la prise en compte de son évolution au cours des années et l'accès ou le maintien (en particulier pour les seniors) dans l'emploi du salarié en agissant tant sur les situations de travail que sur les parcours professionnels ».*

Le résultat du rapport est un état des lieux plutôt exhaustif de la situation concernant les difficultés juridiques actuelles : le flou qui entoure la notion d'aptitude (sélection, conception assurantielle prédictive, etc.), l'ampleur de l'inaptitude médicale au travail et la complexité du régime juridique de l'inaptitude.

Les dimensions sociales sont elles aussi bien analysées et accompagnées de propositions intéressantes concernant l'adaptation des postes de travail et le maintien/reclassement : la mise à disposition du médecin du travail d'une procédure d'alerte écrite à l'employeur (à partir du constat de l'atteinte de deux salariés) avec possibilité de saisie de l'Inspection du travail en l'absence de réponse ou en cas de réponse insuffisante. Ce droit d'alerte et le recours à des préconisations écrites contribueraient indiscutablement à une plus grande efficacité en prévention primaire.

Par contre concernant les dimensions éthiques, la chute est rude, tant sur le sens donné à la visite d'embauche : « cet examen permet au médecin du travail de s'assurer qu'il n'existe pas d'incompatibilités manifestes entre l'état de santé du salarié et les caractéristiques du poste de travail », que sur sa conclusion concernant les examens d'aptitude aux postes dits de sécurité : « ... la crainte que la prise en charge par le médecin du travail de ces examens nuise à la nécessaire relation de confiance est hypothétique, dans la mesure où le médecin du travail agirait dans ce cadre, non seulement pour garantir la sécurité des tiers, mais également dans l'intérêt même du salarié et qu'au surplus le médecin du travail peut très bien être conduit à prononcer une inaptitude contre l'avis du salarié ».

La préservation et la construction de la santé relèvent de processus dynamiques et l'examen d'embauche, consécutif à un changement d'emploi, constitue toujours un moment privilégié : moment d'une rupture choisie ou subie dans une trajectoire professionnelle toujours originale, inscrite dans une histoire singulière. Il s'agit alors de faire un point sur la formation initiale puis la trajectoire, les ruptures et leurs causes, les problèmes de santé rencontrés, le point sur les expositions antérieures, le suivi éventuel à mettre en place, les espoirs, les difficultés éventuelles d'adaptation, les risques connus du poste de travail et les moyens de prévention existant. Il s'agit d'entrer en relation, et de rappeler le cadre et la mission du médecin du travail : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

« Détecter des incompatibilités manifestes entre l'état de santé du salarié et les exigences du poste de travail... » signifie bien sélectionner à l'embauche. Les salariés n'optent généralement pas pour des postes dépassant leurs capacités physiques. Concernant les postes dits de sécurité, conducteurs Poids-Lourds essentiellement, les connaissances scientifiques

actuelles, notre expérience professionnelle prouvent que ce sont bien les conditions d'organisation du travail qui sont déterminantes en terme de sécurité. Là encore, le rapport considère que le médecin du travail est le mieux placé pour remplir cette mission de médecine d'aptitude, car « ... cette solution... a l'avantage de la simplicité... » !

Curieusement, le rapporteur qui est un juriste, rappelons-le, évoque très rapidement la récente décision du Conseil d'État qui s'est prononcé lui pour une séparation stricte entre médecine du travail et médecine d'aptitude, à propos de la SNCF.

Donc globalement rapport inquiétant pour l'avenir car malgré des propositions qui semblent intéressantes sur le maintien, le reclassement, le droit d'alerte, les préconisations, **ce qui émerge le plus nettement, c'est une adaptation du droit de l'aptitude/inaptitude, pour une meilleure sécurité juridique, à la démographie médicale actuelle.** C'est donc la négation du travail clinique du médecin du travail, construit sur la confiance, indispensable préalable à l'analyse d'une situation de travail, au repérage des risques professionnels, (particulièrement en ce qui concerne les risques psychosociaux, les TMS, mais aussi l'exposition à des cancérogènes), à la mission de veille et d'alerte et à l'élaboration éventuelle de préconisations et de propositions d'adaptation.

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

LES CAHIERS S.M.T.

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

Responsable de rédaction : 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 ABECASSIS, Véronique ARNAUDO, Fabienne BARDOT, Chantal BERTIN, Alain CARRÉ, Josiane CREMON, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Dominique HUEZ, Florence JEGOU, Annie LOUBET-DEVEAUX, Alain RANDON, Odile RIQUET, Denise RENOU-PARENT, Nicolas SANDRET, Francette THEBAUD

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie ROTOGRAPHIE — 93 100 Montreuil

LE MÉDECIN DU TRAVAIL FACE À LA VIOLENCE RÉFLEXIONS ET REPÈRES POUR L'ACTION

Les situations de violence nous plongent presque toujours dans l'embarras :

- le contexte est souvent celui de l'urgence, au moins de l'urgence ressentie, et – passé l'effet de surprise voire de sidération –, les émotions débordent tout le monde : désarroi, exaspération, colère, consternation, révolte, compassion... ;
- les événements violents peuvent renvoyer à des rapports de force ou de domination au sein de l'entreprise dans lesquelles il n'est pas simple de faire entendre les problématiques de santé ;
- enfin, le médecin du travail, en particulier en service autonome, a tous les risques de se voir pressé de « faire quelque chose » lorsque le drame fait irruption dans le quotidien du travail, les appels au secours pouvant se mêler aux demandes les plus incongrues et aux injonctions les plus abusives.

Si jamais le médecin du travail a de surcroît senti venir le coup, ce qui n'est pas exceptionnel, la satisfaction d'avoir été clairvoyant sera vite éclipsée par un sentiment de culpabilité – celle de n'avoir rien tenté ou pas su comment faire, ou par un sentiment d'impuissance – celle d'avoir échoué ; et il faudra aussi se débrouiller de cela.

Bref, les situations de violence concentrent bon nombre de nos difficultés habituelles d'exercice :

- celle de se situer clairement du côté « exclusif » de la santé – en dépit des injonctions contraires ;
- celle de défendre et d'assumer notre indépendance technique – en dépit de nos hésitations et des sollicitations pressantes ;
- celle de tenter systématiquement d'élucider les liens entre travail et atteintes de la santé – parfois dans l'indifférence générale ou le déni de tous.

Un concentré de ces difficultés donc, avec, en prime, la nécessité de se positionner vite, dans un contexte parfois survolté, avec le cocktail requis de professionnalisme vis-à-vis de l'événement lui-même, et d'empathie vis-à-vis des différents protagonistes. Alors comment se débrouiller de tout cela ?

Il ne s'agira pas ici de donner des recettes sur ce que le médecin du travail pourrait ou devrait faire dans tel ou tel

cas. En effet, les situations de violence en lien avec le travail sont très diverses :

- au sein de l'entreprise, entre salariés ou contre l'outil de travail ;
- de façon solitaire dans des gestes suicidaires ;
- du fait de clients ou d'usagers dans les entreprises de service...

Et chaque situation a son histoire et ses complexités :

- histoire individuelle et collective des salariés impliqués ;
- contexte professionnel, économique, social ;
- intégration et marges de manœuvre du médecin du travail dans l'entreprise...

Il s'agira donc plutôt de proposer une réflexion, de poser des repères pour l'action, afin que chacun d'entre nous puisse inventer des réponses adaptées à la singularité de chaque situation, et ancrer ses pratiques professionnelles dans un socle commun.

L'action du médecin du travail peut, selon les cas, se déployer dans quatre directions articulées :

- répondre à l'urgence, réelle ou ressentie ;
- préserver les intérêts médico-professionnels des individus, et permettre le débat sur les enjeux collectifs ;
- analyser la part du travail dans la genèse des événements violents et dans les conduites qui y sont liées ;
- réfléchir à la prévention de la violence.

Je vais donc tenter de développer ces quatre dimensions de l'action, en rappelant chaque fois que nécessaire le cadre dans lequel s'inscrivent ces actions, les aspects réglementaires et déontologiques me paraissant à même d'étayer nos pratiques.

RÉPONDRE À L'URGENCE

Cette notion d'urgence est la première difficulté concrète à laquelle le médecin du travail se voit confronté, en particulier en service autonome. Il faut rappeler que cette notion d'urgence est ici exclusivement médicale, en référence à un risque vital immédiat, ou à un risque de déficit fonctionnel majeur en l'absence d'intervention médicale.

Il s'agit donc, en pratique :

- d'évaluer la réalité médicale de l'urgence, pour déclencher si besoin les secours appropriés ;
- de prendre, ou de s'assurer que sont prises, les mesures conservatoires et de sauvegarde qui s'imposent : selon les cas, inaptitude temporaire, lien avec le médecin traitant ou un spécialiste, hospitalisation... sans oublier la déclaration en accident du travail.

Le médecin du travail intervient « dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des salariés ». Pour autant, dans le contexte troublé des situations de violence, il n'est pas rare que le médecin du travail soit sollicité dans des registres qui ne font pas partie de son champ de compétences : l'ordre social, la sécurité des biens, l'efficacité économique, la communication interne, l'image de l'entreprise... Ces demandes prendront bien sûr un visage plus subtil :

- aider à ramener le calme (et à redémarrer la production) par sa présence ou l'évacuation médicalisée des auteurs de troubles ;
- démontrer à quel point l'entreprise prend à cœur les problématiques de violence en dépêchant sur place « son » médecin..., etc.

Concernant la prise en charge psychologique médicalisée des victimes ou des protagonistes, dans l'urgence ou de façon légèrement différée (*debriefing*), il faut ici rappeler que sa pertinence dans la prévention des troubles post-traumatiques n'a jamais été démontrée par rapport au soutien social ordinaire, de proximité, réalisé par le collectif de travail et, le cas échéant, l'entourage amical et familial. Certains travaux suggèrent même que l'innocuité de ces démarches ne serait pas certaine, en fixant les souvenirs traumatisants, en dramatisant l'impact des événements sur la santé, et en disqualifiant, en quelque sorte, le soutien de l'entourage habituel, dans la mesure où cet accompagnement-là relèverait de spécialistes.

En tout état de cause, rappelons que le médecin du travail ne doit pas se laisser prescrire par l'employeur les modalités de son intervention, qui sont exclusivement du ressort des pratiques médicales (notion d'indépendance technique).

En outre, certains conflits, y compris violents, relèvent essentiellement du débat social, et doivent donc être « traités » par le dialogue social – et non par une médicalisation voire une psychiatrisation abusives des troubles.

Rappelons également ici un point de déontologie médicale : « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner, avec la même conscience, toutes les personnes, quelques soient (...) leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances »(1). Le rôle du médecin du travail n'est pas d'instruire l'histoire sous l'angle des responsabilités au sens juridique du terme : il n'est pas juge. Sa sollicitude professionnelle doit donc s'exercer aussi bien à l'égard des salariés « victimes » que, le cas échéant, des « agresseurs ».

Ainsi, et indépendamment de l'urgence, réelle ou ressentie, les conduites violentes doivent toujours, pour le médecin,

.....
1- Article 7 du Code de déontologie médicale

être considérées comme les symptômes d'une souffrance. Il est donc intéressant, dans les jours qui suivent, d'ouvrir la porte à des consultations pour les agents touchés, de près ou de loin, par l'événement violent. Ces consultations « à la demande » peuvent en effet se révéler extrêmement riches d'information pour comprendre la signification des événements et leur genèse.

PRÉSERVER LES INTÉRÊTS MÉDICO-PROFESSIONNELS DES INDIVIDUS, ET PERMETTRE LE DÉBAT SUR LES ENJEUX COLLECTIFS

Les suites de l'événement violent concernent autant les individus directement impliqués dans la violence que le collectif dans lequel ils s'inscrivent.

- Les enjeux individuels vont être ceux du maintien ou du retour au travail, en dépit de ce qui s'est passé – parfois grâce à ce qui s'est passé, en permettant aux salariés de négocier un nouveau rapport au travail, moins délétère.
- Les enjeux collectifs sont de comprendre l'événement violent, et d'en élucider les ressorts professionnels, afin d'éviter qu'il ne se reproduise.

Il faut savoir permettre un retrait professionnel temporaire du ou des salariés impliqués dans les événements violents, en posant si nécessaire des inaptitudes temporaires ; c'est le temps de la réflexion, de la prise de recul, du retour à soi-même, parfois le temps d'une prise en charge médicalisée, à l'extérieur de l'entreprise.

Pour autant, il faut se garder des décisions trop rapides de changement de service ou d'établissement, ou pire d'inaptitude « définitive », au prétexte de séparer des belligérants, de faciliter une reprise du travail qui ne dépendrait que d'un changement d'air, ou de permettre une « guérison » qui ne serait possible qu'au prix d'un licenciement...

Ces décisions-là, dont il faut bien rappeler qu'elles ne doivent être prises, sur le plan médical, que dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des salariés, avec eux, et en prenant son temps, peuvent certes se révéler nécessaires ; mais elles comportent toutes un certain nombre de risques :

- au plan individuel, de priver l'agent déplacé du soutien d'un collectif connu et de ses repères professionnels habituels ;
- au plan collectif, de priver les équipes de moyens de compréhension et de résolution des difficultés sous-jacentes : en séparant les personnes en conflit, on les prive aussi de possibilités de débattre ; on fait donc obstacle à l'élucidation des ressorts professionnels du conflit et à la possibilité d'une issue créatrice.

Le médecin du travail, bien au contraire, doit encourager les discussions au sein des collectifs qui ont vécu des situations de violence, en particulier les discussions sur les problématiques du travail. Parler collectivement du travail, de son organisation, de ces difficultés, des réponses qu'on peut imaginer, de ce qui est professionnellement acceptable ou

non, des enjeux éthiques sous-jacents... tout cela a des vertus considérables pour dénouer les situations de conflit et sortir des interprétations interpersonnelles.

INSTRUIRE LA QUESTION DU TRAVAIL

Nous sommes vraiment là au cœur de notre champ de compétence, qui est celui de l'articulation entre la santé et le travail : il s'agit d'analyser la part du travail dans la genèse des événements violents et dans les conduites qui y sont liées – même si, de prime abord, cette part peut sembler marginale ou extérieure à l'entreprise.

Qu'est-ce qui, dans le travail, dans l'organisation de ce travail, la division des tâches et l'articulation des rôles, dans les moyens donnés aux uns et aux autres, dans les méthodes d'évaluation et les procédures de contrôle de la qualité, dans les enjeux économiques, professionnels, et éthiques sous-jacents... a pu concourir à la survenue de l'événement violent ?

Ce n'est pas une question théorique, mais bien une question pratique, car de la compréhension de cette dimension du drame va dépendre la possibilité de mettre en place une prévention de la récurrence de tels événements violents.

Cette démarche fondamentale va cependant se heurter à de multiples obstacles, et rencontrer des résistances de toutes parts :

- de la part de l'employeur, pour qui cette analyse peut être vécue comme une très injuste mise en cause de son souci de la sécurité et du bien-être de ses agents... et plus trivialement de sa stratégie d'entreprise ;
- de la part des salariés et de leurs représentants, du fait de stratégies défensives professionnelles, au demeurant essentielles pour travailler quotidiennement, mais qui peuvent s'avérer de puissants freins à l'analyse et la compréhension ;
- et de la part du médecin du travail lui-même, pris comme chacun dans ses propres défenses, parfois embarrassé de poser des questions que personne ne veut entendre, souvent mal armé sur le plan théorique pour analyser ce qui se passe, et toujours pris dans d'importantes contraintes organisationnelles.

À tel point qu'il sera presque toujours plus simple de penser que ce qui arrive est de l'ordre de la fatalité (« la violence de la société »...), ou de l'ordre du conflit interpersonnel, sur lesquels nul n'aurait de prise, si ce n'est par la répression ou le renforcement des contraintes.

À cet égard, les déclarations en accident du travail peuvent s'avérer d'une aide considérable pour enclencher une compréhension de ce qui s'est joué : rappeler la nécessité d'une analyse de cet « accident » grave, demander la réunion d'un CHSCT sur ce sujet, suggérer parfois, de solliciter des intervenants extérieurs, etc.

RÉFLÉCHIR À LA PRÉVENTION DE LA VIOLENCE

Comme chacun sait, le médecin du travail a une action « exclusivement préventive ». Cette notion a deux implications :

- la première est que le médecin du travail devra rechercher des pistes de prévention de la violence, et non se contenter, si l'on ose dire, de s'occuper des événements violents lorsqu'ils surviennent ;
- la deuxième est que si des salariés doivent recourir à des soins, par exemple psychothérapeutiques, dans les suites événements violents en lien avec leur travail, ces soins ne devront pas être prodigués par le médecin du travail.

Disons ici d'emblée que si certaines personnalités sont plus sujettes que d'autres aux accès de violence réactionnelle ou aux violences préméditées, cette évidence ne trace en pratique aucune piste pour la prévention, et risque même de détourner la réflexion du côté de la gestion individuelle des difficultés et des affects (gestion du stress) ou d'avoir un effet de démobilité dans le registre du fatalisme.

Plus intéressant serait en revanche d'analyser comment l'entreprise tolère, ou parfois utilise, ces profils de personnalité dans son organisation.

Que faire, donc, dans le registre de la prévention ?

Il s'agit selon moi, chaque fois que possible :

- de prendre des dispositions pour que l'événement violent ne se reproduise pas – et on sait malheureusement qu'en l'absence de toute tentative de compréhension de sa genèse et de sa signification, il a de fortes chances de se reproduire ;
- de repérer les organisations « à risque » – en particulier celles où la délibération professionnelle est devenue impossible, et de les nommer comme telles afin qu'elles soient portées au débat social ;
- de se montrer vigilant quant aux évolutions de la santé mentale des salariés suivis au fil des consultations pour pouvoir, en cas de détérioration observée, alerter sur le risque de survenue d'événements violents. L'expérience montre en effet que nombre d'entre eux surgissent, hélas, là où on aurait dû les attendre : dans des situations de travail dégradées qui ont déjà fait parler d'elles en terme de santé mentale.

Cette démarche suppose de s'intéresser aux dimensions professionnelles de la santé mentale, de les questionner à chaque occasion (et plus encore quand la violence a surgi), et de ne jamais lâcher la question du travail lorsqu'on observe des dégradations de la santé mentale.

Parler de vigilance dans le domaine de la santé mentale au travail ne fait pas forcément référence à de lourds dispositifs de veille épidémiologique avec recueil de données : il s'agit surtout d'être à l'écoute des mouvements de la santé psychique en lien avec le travail, à l'écoute de la mobilisation de la subjectivité dans le travail des salariés vus en consultation, à l'écoute des difficultés dans lesquelles les met le travail, et

de la façon dont ils s'en débrouillent, seuls ou en groupe, de façon astucieuse et économique en terme de santé, ou de façon, au contraire, coûteuse et délétère.

Quand des signes d'alerte sont perçus dans un secteur, une entreprise, par exemple des démobilisations professionnelles défensives, une augmentation des troubles du sommeil ou de la consommation de substances psychotropes, voire des syndromes anxiodépressifs. Le rôle du médecin du travail sera d'instruire le lien entre cette dégradation de la santé mentale et le travail, et d'alerter l'employeur (« responsable de la santé physique et mentale des salariés au travail ») et les partenaires sociaux de cette dégradation collective, afin qu'une analyse puisse être menée.

Cette alerte peut, selon les circonstances, prendre la forme d'un courrier spécifique, être inscrite dans la fiche d'entreprise, ou être mentionnée dans le rapport annuel du médecin du travail. Cette démarche a été formalisée par des collectifs de médecin du travail sous le terme d'« alertes médicales de risque psychosocial ».

Si des dispositifs de veille épidémiologique sont mis en œuvre, ils gagneront à s'intéresser aux aspects qualitatifs de la santé mentale, seuls à même d'éclairer la sécheresse des chiffres et de leur donner sens. En effet, l'évaluation quantitative pure risque de se révéler « seulement » capable de constater et d'alerter, sans rien expliquer – autrement dit de n'annoncer que des catastrophes imminentes sans donner aucune piste de compréhension des phénomènes, donc aucune piste de prévention...

Enfin il faut rappeler que le médecin du travail ne détient pas les clés de tout ce qui relève de la santé au travail, et que les réponses à la violence et les stratégies de prévention ne peuvent se construire qu'avec d'autres acteurs de l'entreprise – notamment le CHSCT.

EN CONCLUSION

Confronté à la violence en milieu de travail, le médecin du travail est appelé à s'interroger sur la genèse de ces événements et sur la signification des conduites qui leur sont associées, pour élaborer des stratégies d'action en réponse aux événements violents, et, mieux encore, pour les prévenir.

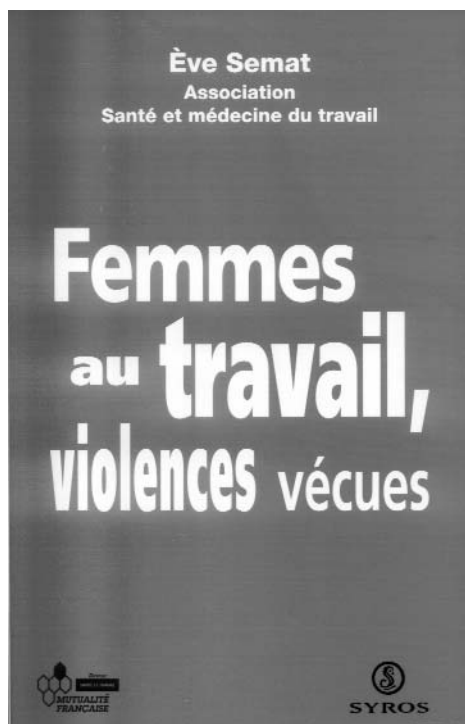
Le médecin du travail a une place essentielle dans cette prévention de la violence au travail :

- par la spécificité de son exercice professionnel, à l'articulation de la santé et du travail,
- par sa connaissance de la santé individuelle et collective des salariés et de leur évolution,
- et par son accès au milieu de travail.

Les difficultés sont toutefois nombreuses pour faire face à l'événement violent, envisager ses suites, et mettre en place une prévention de la violence. Et chaque situation va demander des réponses nouvelles, originales, adaptées.

Ma conviction est que seul un ancrage résolu du médecin du travail dans ses missions et l'exercice de sa spécialité peut lui permettre de mener à bien son action, avec la volonté, je dirai presque l'acharnement, à instruire la question du travail.

Véronique ARNAUDO



Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Ève SEMAT
Vente en librairie – Prix : 28,20 € –

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

SUICIDE ET TRAVAIL

LA CENTRALITÉ DU TRAVAIL AVANT TOUT

C'est à l'occasion de la journée nationale « prévention-suicide » du 5 février dernier que j'ai présenté cette communication à Blois. La commande était d'apporter un éclairage épidémiologique sur cette question en région Centre. Le public était constitué de travailleurs sociaux, de psychologues, d'infirmières et autres soignants.

En voici donc le contenu :

On me demande de vous parler d'épidémiologie du suicide en région Centre. Étant médecin du travail, j'essaierai surtout de faire le lien avec le travail. Je commencerai par vous donner simplement quelques chiffres.

En région Centre, les données disponibles les plus récentes sont les taux comparatifs de mortalité par suicide pour 100 000 habitants pour l'année 2002. Le taux comparatif de mortalité est intéressant parce qu'il élimine les effets de structure par âge. Ce taux est de 33,4 pour 100 000 habitants chez les hommes de 15 à 64 ans et de 11,6 pour les femmes de la même tranche d'âge. Ces chiffres globaux, en fait, ne nous éclairent pas vraiment beaucoup, si ce n'est qu'on s'aperçoit que les hommes se suicident trois plus que les femmes, dans cette tranche d'âge 15-64 ans.

Il est un peu plus intéressant de regarder ces mêmes taux par département.

D'abord chez les hommes : les chiffres nous montrent des différences significatives de TCM, c'est-à-dire des différences non liées au hasard ; plus élevés dans les départements de l'Indre et du Loir et Cher : respectivement 39,7, 38,7 et plus faible dans le Loiret : 29,1.

Chez les femmes, on trouve une seule différence significative d'excès de mortalité par suicide dans l'Indre (14,6^{0/0000}). Le Loir et Cher est à 13,2^{0/0000} mais la différence n'est pas significative. Et, c'est dans le Cher que le taux est significativement le plus faible : 8,8^{0/0000}. On n'a aucune explication sur ces différentiels de taux de mortalité par suicide.

J'avais demandé à l'ORS de me fournir des données par CSP mais il n'y en a pas. C'est un peu surprenant, cette absence d'intérêt, car on regarde bien les différences d'espérance de vie par CSP, alors pourquoi pas les différences de mortalité par suicide par CSP ? Mon hypothèse, en prenant une tranche d'âge correspondant le plus souvent à la population active, était que les questions d'emploi et de travail intervenaient sans doute. Donc, hypothèse non vérifiée.

Une autre piste se trouvait du côté d'une étude réalisée, en 2002 aussi, par les médecins inspecteurs du travail de Basse Normandie auprès de tous les médecins du travail de cette région au sujet de suicides ou de tentatives de suicides liés au travail et survenus dans les cinq années précédentes.

Sur 201 médecins du travail interrogés, 55 ont répondu par l'affirmative, ce qui correspondait au signalement de 107 cas de suicides ou de TDS. Mais on voit tout de suite les limites d'une telle enquête. On n'a pas de dénominateur à ce chiffre. On ne sait donc pas ce qu'il représente. Il renseigne seulement sur la réalité d'une relation possible entre TDS ou suicide et travail.

Enfin si on se retourne vers les épidémiologistes sérieux de l'INSERM, on apprend que le nombre de décès annuels par suicide, qui s'est régulièrement accru au cours de ces vingt dernières années, se stabilise actuellement autour de 12 000.

Il n'existe pas de statistiques sur les suicides liés au travail.

Du fait de cette absence de lisibilité chiffrée, je me suis donc résolue à aborder cette question par l'angle de la clinique. Et j'ai choisi trois exemples pour faire discussion autour du problème du lien entre suicide et travail. Un premier exemple d'un suicide où j'ai fait l'hypothèse d'une relation avec le travail, un deuxième exemple de dépression assez grave où le travail est l'élément déclencheur et un troisième exemple où le travail joue plutôt un rôle de maintien d'une bonne santé mentale.

PREMIER EXEMPLE

César est vu pour la première fois en consultation de médecine du travail à 17 ans. Il commence un apprentissage de mécanicien automobile. Il a un niveau de 4^{ème} technologie. À l'école, ça n'allait pas très fort. Il dit qu'il a choisi ce métier, c'est vraiment ce qu'il veut faire.

Il parle facilement, il saisit tout très vite, visiblement, il est intelligent. En aparté, le médecin du travail que je suis, se dit que l'échec des études, c'est dommage, que c'est un peu du gâchis et qu'il doit bien y avoir des ratés là-dedans qui ont fait du mal. Mais, ce n'est pas mon problème de médecin du travail ! J'apprends tout de même que César est élevé par son père depuis qu'il a 13 ans. Silence sur la mère, seule une grand-mère semble être un peu présente.

Donc, deux mois après l'entrée chez le patron, tout va bien.

Six mois plus tard, je demande à le revoir pour vérifier qu'il a bien deux jours de repos la semaine des cours, car l'employeur le faisait travailler tous les samedis, sans se préoccuper de l'organisation de la semaine scolaire. Et là, rien ne va plus. Il est très mécontent des conditions de son apprentissage : « *Je fais que du balai, je me fais attraper sans arrêt, je fais la "merde", j'apprends rien, alors je me prends la tête avec tout le monde, je suis dégoûté de la mécanique* ». Il fume deux paquets de cigarettes par jour, il présente une dermatite irritative des mains liée à l'utilisation des détergents.

Il dit qu'il ne tiendra jamais. C'est un écorché vif !

J'appelle l'Inspection de l'apprentissage pour envisager une réorientation et une rupture du contrat à l'amiable. Cette solution ne semble pas envisageable.

Finalement, quatre mois plus tard, César demande à me voir pour m'annoncer qu'« *il est viré parce qu'il s'est battu avec son patron, que le marché a été la signature de la rupture du contrat contre une absence de plainte pour coups, qu'il a appris à nettoyer le garage, c'est tout* ». J'appelle le CFA pour tenter de provoquer une mobilisation de l'encadrement scolaire pour la recherche d'un autre point de chute. Mais il ne se passera rien.

Je le revois deux ans et quelques mois plus tard. Il travaille alors comme manœuvre dans une entreprise de traitement de surface. Entre temps, il a fait des petits boulots et une formation de « transport et logistique ». Il n'a pas obtenu le diplôme. Il a été accidenté : fracture des tibia et péroné droits. La jambe est brochée, le genou est douloureux.

Il est assez satisfait de ce travail. J'en suis surprise car je connais les conditions de travail de cette entreprise, conditions qui sont déplorables : exposition aux poussières de peintures-poudre, de grenaille de fer et au bruit, ainsi qu'aux gestes répétés et aux manutentions manuelles. Mais enfin, il trouve que l'ambiance est bonne et que ça va. Pas pour longtemps.

Sept mois plus tard, il vient me voir. Il est en arrêt de travail depuis trois mois. L'ablation du matériel de la jambe droite rend la station debout prolongée douloureuse. Il ne veut pas perdre ses droits sociaux en démissionnant. Il veut que je prononce de suite son inaptitude. Il ne veut pas avoir à retourner dans l'entreprise de peinture. Je lui explique que, juridiquement, il faut la reprise de travail pour faire cette procédure que je considère, par ailleurs, comme justifiée.

Nous prenons un rendez-vous qui correspond à la fin de son arrêt de travail. Il ne viendra pas à ce rendez-vous. J'apprendrai qu'il s'était suicidé la veille de notre rencontre.

Je ne connaîtrai jamais la raison pour laquelle il ne voulait pas reprendre à l'usine de traitement de surface. Ce dont je suis à peu près sûre, c'est que l'absence de guidage et d'encadrement par un tutorat actif, le parcours d'obstacles professionnels et les échecs successifs de toutes ses tentatives, apparemment solitaires, n'ont pas permis un étayage solide qui aurait compensé les fragilités dont son histoire intime l'avait doté et ont pesé d'un bon poids dans son geste.

Ce qui me fait dire que le travail n'est pas ce qui devrait participer à faire mourir, mais ce qui devrait faire vivre.

DEUXIÈME EXEMPLE

M^{me} B..., âgée de 40 ans est embauchée dans un complexe cinématographique en juillet 1998. Au départ, comme caissière. Cinq années plus tard, l'entreprise se déploie pour créer un multiplexe de neuf salles. On la charge alors de s'occuper de la vente de la confiserie dans le nouvel établissement ; vente directe et chargement des distributeurs.

Je la vois pour la première fois en novembre 2004 alors qu'elle est déjà affectée à ce poste. J'apprends donc qu'en plus de la vente, elle est chargée des commandes, de la réception des livraisons, de charger les distributeurs et de faire les inventaires. En fait elle gère totalement le secteur confiserie, qu'elle dirige d'ailleurs. Elle fait donc beaucoup moins de caisse.

Elle se dit satisfaite de ce travail qui est à temps plein, en horaires changeants (11 h-23 h, ou 11 h-19 h, ou 11 h-17 h) avec deux jours de congés hebdomadaires consécutifs, en général vendredi-samedi. Tout va bien, elle ne se plaint de rien de particulier dans cette nouvelle activité.

Durant huit années elle n'aura jamais eu d'arrêt de travail, elle sera d'une disponibilité exemplaire, arrivant toujours une demi-heure en avance pour être sûre de tout bien maîtriser de son programme de travail.

Fin août 2006, alors qu'elle est en arrêt de travail, c'est elle qui demande à me rencontrer. Rien ne va plus. Elle se présente défaite, en pleurs. Elle est arrêtée pour un syndrome dépressif. Elle me dit qu'elle ne remettra plus les pieds dans l'établissement. Elle explique donc que, depuis quelques mois, les horaires ne sont plus respectés, deviennent imprévisibles, sont parfois modifiés dans la semaine ; et les jours de congés deviennent, eux aussi, variables d'une semaine à l'autre.

On lui demande maintenant de nettoyer les toilettes (8 à 10 en moyenne selon les programmes) quatre fois par jour. « *Je décale l'heure des toilettes en fonction des séances. Des fois, c'est tellement serré que je n'ai pas le temps de faire les distributeurs. Ça m'arrive de venir à 9 h pour les faire* ». Les heures faites en plus ne lui sont pas payées car, c'est normal de faire ça, lui dit le directeur.

Elle me dit aussi que parallèlement, on lui fait des reproches sur la qualité de son travail :

- elle aurait trop de stocks ? les stocks ont un coût, lui dit-on, il n'en faut pas ? alors qu'elle a appris à les gérer de façon à n'avoir jamais de rupture pour les clients. Quand elle est là, elle dit qu'elle n'est jamais en manque de produits, que la confiserie est toujours réapprovisionnée. D'ailleurs son chiffre d'affaire est supérieur à celui de 2005.
- elle est accusée d'avoir un trou de 10 € dans sa caisse. Elle rembourse.
- elle n'a plus les petits bonjours habituels de certains de ses collègues. C'est visiblement un mot d'ordre, dit-elle.

Donc, fin juillet, elle est tellement fatiguée qu'elle s'arrête.

Je lui demande, ce qui, à son avis a bien pu provoquer cette dégradation des rapports avec sa direction. « *C'est depuis que je suis déléguée du personnel !* ». Il faut dire que dans cette entreprise de 15 salariés, j'en suis au cinquième cas de « harcèlement moral », comme ils disent. Les deux premières personnes ont été déclarées en inaptitude médicale. Ce n'est pas ce que j'ai fait de mieux car l'une d'elle, un femme d'une quarantaine d'année, n'a toujours pas retrouvé de stabilité professionnelle.

Pour les deux suivantes, j'ai refusé cette issue et je les ai orientées vers la résistance *via* la voie syndicale. C'est ce qu'ils ont fait, à la CGT. Ce qui a provoqué trois choses, d'abord l'un d'eux a été vu entrant à l'Union départementale CGT qui est située près du complexe, ensuite, tous les deux, ils vont mieux et enfin, tous les deux, ils sont toujours dans l'établissement.

Le directeur, ayant été immédiatement mis au courant de leur liaison avec la CGT, a alors demandé à M^{me} B... de bien vouloir se présenter comme déléguée du personnel en se syndiquant à la CFTC pour concurrencer son collègue qui se préparait à le faire sous la bannière de la CGT. Il prend la cotisation à sa charge. Elle a accepté. Le directeur a fait pression auprès de tous ses salariés pour qu'ils votent pour elle. Évidemment, elle a été élue en juillet 2005.

M^{me} B... est plutôt une femme gentille et très naïve ; elle m'explique que si elle a accepté ce court-circuitage c'est que « *le directeur était perturbé de voir arriver un DP CGT. Je voulais que ça se passe bien et que tout le monde s'entende.* ».

Alors, comme elle est honnête, elle se met en tête de tenir vraiment son rôle de Déléguée du Personnel. Elle demande une formation pour apprendre à exercer correctement ce mandat : refusée. Les réunions se réduisent à des entretiens mensuels de 5 à 6 minutes. Les heures de délégation sont refusées. Elle ira jusqu'à assister une collègue accusée d'avoir un trou de caisse de 50 €. Au cours de cet entretien, elle demandera le visionnage de sa journée à la caisse puisque le personnel d'accueil est filmé. Il aurait été facile de constater un vol, s'il y en avait eu un. Refusé. La caissière démissionnera peu de temps après car, dit M^{me} B..., elle était alors harcelée, le directeur « *lui parlait sur un ton pas comme tout le monde* ».

Au cours de cette même période, M^{me} B..., qui est responsable de la confiserie, aura à constater, au service « glace », un manque de propreté d'un collègue. À la demande du directeur, elle lui fait une lettre de constat de la faute. Cette lettre, signée de sa main, se transformera en lettre d'avertissement... Rôle de poisson pilote, puis sale boulot, puis rétorsions répétées à son encontre la conduisent ainsi à l'arrêt.

Elle veut absolument une inaptitude pour ne pas retourner au travail. « *J'ai vu ce qu'ils ont fait aux autres, je ne veux pas subir ça* », me dit-elle.

Connaissant et ayant fait l'expérience des dégâts des inaptitudes victimisantes, je résiste à ce projet. J'explique que le moment est peut-être venu de retourner à son travail en brandissant sa pancarte CFTC, pour signifier que sa servilité zélée a pris fin et pour être en capacité de répondre à toutes les attaques personnelles qui risquent de reprendre, tout au moins à son arrivée. En général, l'appui connu d'une structure organisée dégage bien l'espace de travail ; cela permet aux salariés empêtrés dans ces rapports de domination où la pulsion d'emprise est très présente, comme dans cet exemple, de récupérer une autonomie perdue.

Elle dit qu'elle n'est pas quelqu'un de très fort, qu'elle n'est pas sûre... Mais elle quitte le cabinet avec le sourire. J'ai vraiment cru la partie gagnée.

La dernière semaine de décembre, elle reprend contact. Elle est toujours en arrêt de travail et se présente avec le certificat médical d'un psychiatre me disant qu'il faut la soustraire à ce travail. M^{me} B... a durci sa répulsion vis-à-vis de l'entreprise, elle dit qu'elle ne peut plus y entrer sans être accompagnée d'une tierce personne.

Les symptômes se sont plutôt aggravés : elle ne parle qu'en pleurant, elle dit qu'elle est angoissée en permanence, qu'elle fait des cauchemars, qu'elle a même la « *mâchoire contractée qui part de côté* ». « *Je ne suis plus comme normalement, ce n'est pas moi pour le moment* », précise-t-elle.

Elle ajoute : « *Ma confiserie, c'était mon bébé, même si ça a perturbé ma vie sentimentale à cause de ces horaires qui m'empêchaient d'avoir une relation amoureuse ; d'ailleurs je n'en avais même pas envie. Je me sentais seulement un peu emprisonnée.* »

On voit là combien un travail où, vouloir et pouvoir s'accordent, dégage un espace de liberté particulièrement structurant pour la santé mentale. À la condition, pour M^{me} B..., de fermer les yeux sur ce qui se passe autour, à savoir les attaques portées contre ses collègues. Là-dessus, elle tient un certain temps au prix d'un isolement relatif qui ne la gêne pas.

Sa participation au traitement disciplinaire d'erreurs dans le travail d'un de ses collègues et sa participation à l'entrave de la représentation salariale bouleverse tout cet équilibre puisque cette complicité, qu'elle a tout de même portée avec le même zèle que son travail de vendeuse-gestionnaire, l'a encore plus isolée de ses collègues.

Sa tentative de retourner un peu la situation en jouant pour de vrai son rôle de DP n'a eu comme résultat que de pousser l'employeur à essayer de l'éliminer. Sauf que la rétorsion qui en résulte en surajoute à sa gêne et provoque la symptomatologie dépressive.

Je me dis donc que ce qui fait qu'elle ne peut envisager son retour, ce n'est pas tant l'affrontement avec le directeur que la honte d'avoir fait, sans se poser la moindre question, tous les sales petits coups demandés par son patron. Elle n'a pas élaboré jusqu'au bout le chemin qu'elle avait parcouru entre le temps de sa soumission et le temps de sa petite résistance lorsqu'elle avait décidé de prendre en main son rôle de DP. La honte reste dominante et elle ne peut y retourner.

Son objectif c'est d'aller aux prud'hommes pour se faire payer toutes les heures supplémentaires qui lui sont dues, et de faire de l'intérim dans un premier temps. Lorsque je lui donnerai son avis d'inaptitude, elle dira : « *J'ai l'impression d'un nouveau départ* ». Depuis, elle m'appelle pour me tenir au courant du cours de sa sortie de l'entreprise. Pour l'instant, elle va mieux.

TROISIÈME EXEMPLE, LES GALÉRIENNES

Il s'agit d'une usine du secteur agro-alimentaire qui conditionne des légumes apprêtées à la consommation immédiate. Comme toujours, le travail n'est pas mixte ; les hommes approvisionnent, les femmes coupent. Vu de loin, le travail

des femmes pourrait être qualifié d'aliénant. En effet, huit à dix heures par jour, des légumières étrognent au couteau, par un mouvement tournant du poignet, pour retirer la partie centrale sur laquelle sont implantées les feuilles, trois légumes à la minute. Elles travaillent dans l'eau et le froid, à 8 à 10°C. Le travail de ces femmes est caractérisé par la station debout statique. Les TMS explosent.

Mais, ce dont elles se plaignent le plus, ce ne sont pas de leurs douleurs, ni du froid, ni de la pénibilité, mais ce sont des hurlements des « cheffes ». « *La pénibilité du travail, c'est les cris. On nous gueule dessus. On met les bouchons d'oreille pour ne plus entendre gueuler les "cheffes".* »

Les « cheffes » sont des françaises, anciennes légumières, ayant presque toutes les membres supérieurs abîmés par les TMS. L'une d'elles, par exemple, âgée de plus de 50 ans, a déjà fait deux infarctus. Une autre, âgée de 45 ans, diabétique insulino-dépendante, accepte de venir à n'importe quelle heure au péril de l'équilibre de sa maladie. Elle le sait. Elle l'accepte. Pour cette prise de « responsabilité », elles gagnent 50 € de plus par mois.

Elles disent qu'elles sont obligées de crier pour maintenir le « stress de la productivité ». Elles illustrent cela par la logique de la pédale : « *Si on arrête de crier, la chaîne s'arrête !* ». Elles se servent donc de la voix comme d'un fouet : « *Allez, plus vite, allez, allez !* ». Cela rappelle le rythme des galériens aux rames. Aux pauses, on les reconnaît facilement car elles parlent en criant. Elles ne peuvent plus parler normalement.

On retrouve là un exemple de transformation comportementale nécessaire pour continuer « à gueuler » sans trop peiner. « À gueuler » : cet agir expressif imposé par le travail est nécessaire pour pouvoir continuer à le faire. Il serait intéressant de voir ce qui se passe dans la vie personnelle de ces femmes en dehors de leur travail. On peut faire l'hypothèse qu'elles doivent avoir de réelles difficultés à lâcher la voix à la maison.

Paradoxalement, le personnel est assez stable. Les anciennes sont françaises, elles ont plus de vingt ans d'ancienneté. Les nouvelles, et donc les plus jeunes, sont turques. Entre elles, elles parlent turc et disent ouvertement du mal des « cheffes », ce qui les fait beaucoup rire... Car, entre elles, elles rient. Cet assemblage qui, somme toute, fonctionne bien, déconcerte.

On a du mal à comprendre la quasi absence de résistance ou de révolte : quasi absence seulement car le médecin du travail a tout de même appris que, parfois, pour se soulager les membres supérieurs, « en douce », elles coupent droit au lieu d'étrognier ce qui, en plus, leur fait gagner du temps.

Le médecin est donc le seul en CHSCT à signaler l'ampleur des dégâts des TMS, à signaler le lien évident avec le rythme, les postures, le froid, la pénibilité, etc. Le directeur écrit tout et dit « oui, oui » à tout, à chaque séance. Et rien ne change.

INTERPRÉTATION

Pascale MOLINIER parle de l'amour que les ouvriers et les ouvrières expriment vis-à-vis de leur usine et de leur production. Elle écrit à ce propos : « *Ce sentiment de propriété et de fierté affleure dans tous les témoignages de ceux et de celles qui ont lutté en vain pour éviter la fermeture de leur usine et sa délocalisation... Ce qui déchire les ouvriers, au moment de la fermeture de l'usine, c'est bien sûr l'angoisse du chômage et de la pauvreté. Mais, si l'on se situe du côté du travail, de l'activité subjectivante et de la corpspropriation, c'est aussi la "part de soi" qui faisait corps avec la machine, avec l'usine, avec la résistance de ce réel-là, qui disparaît irrémédiablement. C'est tout l'effort aussi qui avait été accompli pour identifier son travail, fût-il le plus parcellisé, au produit finalement réalisé, à la qualité et au prestige de la marque. Bref, c'est tout le processus de sublimation, si difficile à maintenir dans un contexte aussi contraint, qui se trouve anéanti brutalement. Devant l'émotion que suscitent ces témoignages, désigner le travail ouvrier "d'anti-sublimatoire" est sans doute une offense et une injustice de plus* ». (1)

On pourrait donc trouver-là l'explication de l'attachement, au sens d'agrippement, de ces anciennes à leur usine, cassées par ce travail usant, devenues « cheffes », non seulement pour ne pas abandonner ce travail qui a tant coûté, mais en plus, pour le faire durer en réussissant à maintenir une productivité qui le protège.

Quant aux « nouvelles », ces femmes turques, c'est peut-être cette « part de soi » et la dimension de l'effort qu'elles apportent qui les fait rester et ne se plaindre que « *des "chef-fes" qui gueulent trop fort* », au point qu'elles finissent par en rire.

Pas étonnant que le directeur dise « oui » à tout. Il a peut-être compris qu'il n'y a pas grand risque à ne rien faire pour améliorer la situation, si ce n'est à payer pour les maladies professionnelles que déclare le médecin.

Que peut-on conclure de ses trois exemples cliniques ?

- d'abord que le travail est central dans le maintien de la santé ;
- ensuite, que les liens entre travail et santé peuvent prendre des tas de formes ;
- et, donc, qu'il n'y a jamais de rapport de causalité directe entre travail et suicide ;
- et enfin, qu'il est illusoire de s'imaginer qu'un providentiel bouton « prévention-suicide » viendra un jour nous rassurer, et que la seule prévention possible dans ce domaine consiste à essayer de débrouiller toutes ses embrouilles compliquées pour y comprendre un peu quelque chose et pour, ainsi, dégager un petit espace d'émancipation.

Fabienne BARDOT

1- Pascale MOLINIER, 2006, *Les enjeux psychiques du travail*, Éditions Payot & Rivages.

RISQUE SUICIDAIRE

DU FAIT DU TRAVAIL

L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Li n'y a quasiment pas d'études sur la question du suicide en rapport avec le travail. Le chiffre de 500 cas par an provient de projections sur les suicides qui se sont produits sur les lieux de travail. Et d'argumenter que la démonstration est apportée si la personne y laisse une explication à son geste. Mais ce n'est que le sommet de l'iceberg d'un phénomène social majeur mais impensé et sans visibilité. Le débat sur le suicide en rapport avec le travail fait aujourd'hui se délier les langues et nommer l'impensable social. Ainsi, parce que quatre suicides se sont produits en deux ans concernant des agents de la centrale nucléaire de Chinon, on apprend dans le même temps que trois suicides se sont produits concernant des salariés de l'usine SANOFI du même département.

On a beaucoup de mal à admettre que l'effondrement de la dynamique d'investissement au travail puisse conduire à la mort. Pourtant, les ressorts de la vie sont d'une part l'économie du désir dans des rapports à l'Autre (étranger au lien social et à la cité), et d'autre part l'économie du Travailler, du Faire ensemble, généralement le travail, mais aussi toutes les activités dans la cité ou les activités domestiques où on puisse être reconnu pour sa « contribution ». C'est cette centralité là du travail que nous ne savons pas penser. Si l'un de ces deux soutènements s'effondre, désir ou travailler, la vie peut basculer.

Le travail peut devenir activisme, pour faire face aux demandes sans fin des entreprises, pour fuir la peur, la honte. L'effondrement des défenses psychiques qui permettent de cliver le monde en deux secteurs, le travail et la vie privée, peut faire basculer dans le désir de mort quand le sujet ne trouve pas appui hors de l'économie du Travailler. C'est la désolation provoquée par un « travailler du non sens », un sentiment de solitude extrême où l'alternative ne serait que dans la disparition de ce monde.

Les suicides sur les lieux de travail obligent à penser le rapport de ce geste avec le travail et ses déterminants. Mais les suicides des personnes qui mettent fin à leurs jours hors de lieux de travail viennent difficilement à la connaissance des collectivités de travail. Et l'affaire serait entendue ! Il s'agirait d'un geste incompréhensible dont la rationalité nous échappera à tout jamais et ne pourrait se comprendre qu'au regard de la vie affective et familiale des personnes. La culpabilité face à la mort d'autrui envahit les proches au travail

de n'avoir « pu agir à temps ». Alors, après un suicide, quand la responsabilité du travail affleure, les entreprises mettent en exergue les questions d'ordres privées. Elles se proposent de faire des observatoires pour ne pas remettre en cause ces organisations du travail de la désespérance !

Ce qui est donc nouveau aujourd'hui, ce sont tout à la fois dans de grandes collectivités professionnelles, que certains collègues de travail s'interrogent sur le rôle de l'organisation du travail dans la genèse de certains cas, et que de plus en plus d'entreprise dans ce contexte sont très rapides à mettre en lumière ce qu'elles présentent comme des explications d'ordre privé autour de « problèmes familiaux ». Au-delà de la violence et de l'indécence à mettre en cause les responsabilités familiales individuelles dans ce moment de si grande fragilisation, il paraît incompréhensible de ne pas investiguer la part des situations de travail dans la genèse d'un suicide. On sait en effet que les hommes et les femmes y passent les trois quarts de leur vie active éveillée. On connaît aussi aujourd'hui l'importance du travail dans la construction de la santé et ce qu'il représente de potentiel délétère quand les situations de travail sont fragilisées, en termes d'atteintes à la santé mentale et de risques psychosociaux.

Sur ce terrain aussi les médecins du travail doivent prendre leurs responsabilités professionnelles.

Dans mon expérience professionnelle concrète, pour une population masculine de maintenance industrielle de 500 personnes, sur six suicides que j'ai eu à connaître en dix ans, je pense aujourd'hui que le travail a joué un rôle déterminant dans la survenue de cinq d'entre eux. Je peux argumenter aujourd'hui cas par cas ce que j'avais beaucoup de mal à penser hier. Il n'est pas infondé aujourd'hui de penser que le travail puisse être l'élément direct et essentiel explicatif de 50% des suicides des adultes. Seul le rassemblement de monographies argumentées permettra d'avancer dans cette instruction et de généraliser éventuellement ces données.

La question du suicide en rapport avec le travail est trop peu instruite professionnellement, scientifiquement et socialement. Pourtant il s'agit d'une inégalité sociale de santé qui touche près de trois fois plus les ouvriers et employés que les cadres. Le différentiel entre ces catégories va s'aggravant.

Les hommes sont trois fois plus touchés que les femmes.

Pour comprendre les déterminants sociaux d'un acte individuel « impensable » pour le sujet, les médecins se doivent d'instruire au quotidien ce qui fait difficulté dans les situations de travail à l'origine des souffrances professionnelles, avec la grille de lecture du travail. La prévention du suicide en rapport avec le travail nous invite, dans une démarche de prévention, à tenter de comprendre les origines de la souffrance professionnelle avec la grille de lecture du travail.

Nul ne peut penser à la place d'un agent envahi par la pulsion de mort. L'incompréhension de ce qui le malmène est telle pour lui qu'il ne pense plus qu'à échapper par sa mort à une réalité impensée parce qu'impensable, dans un environnement de solitude et de désolation. Pour échapper à l'angoisse qui l'envahit, à la culpabilité qui le ronge, à la honte d'avoir failli, il ne voit pas d'autre issue que de retourner la violence contre lui. D'autres agents peuvent retourner la violence contre des collègues ou contre les installations.

M. SANSHISTOIRE A TOUT DONNÉ POUR SON ENTREPRISE ; IL EN EST MORT

Nous pouvons ici tenter de comprendre le dernier cas de suicide rencontré, car sa situation collective de travail avait fait auparavant l'objet d'une alerte très concrète de risque psychosocial. Malheureusement la même entreprise de 1 500 personnes a connu ces six derniers mois, trois autres décès par suicides. Tous les cas sont survenus hors lieu de travail.

Nous nommerons cette personne M. SANSHISTOIRE. La « normalité » de son cas peut soutenir l'idée que les suicides en rapport direct et essentiel avec le travail ne sont pas exceptionnels. L'histoire « impensable » de M. SANSHISTOIRE peut ainsi être éclairée par la compréhension des difficultés professionnelles de son collectif de travail, grâce au contenu « **de l'alerte médicale de risque psychosocial** » pour son petit collectif de préparateurs en chaudronnerie de 23 personnes, rédigée par le médecin du travail six mois avant qu'il ne mette fin à ses jours.

C'est le contenu très concret de cette alerte que nous reproduisons ici : « *Nombre d'agents décrivent une surcharge de travail, avec un déficit de moyens, dans un contexte d'inquiétude pour l'avenir. Les mécanismes de contraintes augmentent avec une perception par les agents d'une nette baisse des marges de manœuvre et des possibilités de coopération.*

Des agents qui ont une grande expérience dans la section ont été progressivement déstabilisés par la montée de la charge de travail qu'ils ont à gérer. Les petites équipes de travail qui géraient "collectivement" les arrêts de tranche ont vu réduire la surface de leur équipe. Celle-ci a été regroupée avec une autre équipe, ceci dans un contexte de regroupement des contraintes non résolues pour la nouvelle équipe formée.

Certains agents décrivent un vécu de pratiques managériales, qui de leur point de vue, à travers une individualisation excessive, briserait les collectifs de travail. De fait, nombre

d'agents décrivent des pratiques au quotidien de repli sur soi, où l'enjeu est bien de délimiter les champs de responsabilité et de tenter de renvoyer "la patate chaude" aux autres. Antérieurement les lignes de partage entre les différentes fonctions étaient plus floues, et c'est dans ces zones que se construisent les coopérations ordinaires et nécessaires.

Le repli sur soi généré par la chasse "aux responsabilités personnelles" et une vision étriquée de la notion "d'erreur humaine" semble multiplier les postures défensives et enfermer progressivement de plus en plus d'agents dans des postures de repli défensif qui bloquent progressivement les possibilités de coopération.

Certains agents décrivent, sans pouvoir avoir prise sur les événements, une évolution, où à leur corps défendant, les procédures défensives de retrait pour se protéger se retournent progressivement contre les agents et leur capacité à pouvoir œuvrer collectivement. Cela pénalise lourdement leur quotidien professionnel et fait s'effondrer les solidarités professionnelles ordinaires, voire les résistances collectives à ce qui peut être vécu comme des injustices.

Quand des agents sont très affectés par des dysfonctionnements professionnels dont on les rend peu ou prou personnellement responsables, le risque en est le retournement de la violence contre eux-mêmes.

C'est l'image de soi qui est d'abord fortement altérée avec un vécu de perspective professionnelle bouché.

Le risque est important alors de décompensation dépressive voire de violence contre soi-même.

Quand la peur irrationnelle commence à masquer l'horizon d'amélioration des conditions de travail, il est normal d'être inquiet pour la santé des agents concernés et pour les évolutions de la qualité du travail.

Il paraît urgent au médecin du travail que je suis de permettre la mise en visibilité et en débat des difficultés du travail réel, et que la direction du site apporte les marges de manœuvre nécessaires aux agents avant des catastrophes sanitaires ou professionnelles ».

De timides actions ont été entreprises par la Direction, deux postes ont été créés. Pas assez. La mort de M. SANSHISTOIRE permettra la création de quatre autres postes !

SYNTHÈSE DE L'HISTOIRE MÉDICALE DE M. SANSHISTOIRE

Nous présentons ici la synthèse de la longue monographie de quinze pages que nous avons réalisée pour le CRRMP à l'appui de la reconnaissance de la dépression professionnelle de M. SANSHISTOIRE. Ce document a été réalisé à partir des notes figurant à son dossier médical, d'analyses de collègues de travail peu après son décès, et d'éléments recueillis après un entretien avec sa famille. Six mois, plus tard, la dépression professionnelle de M. SANSHISTOIRE était reconnue en maladie professionnelle par le CRRMP du fait des déterminants collectifs antérieurement mis en évidence.

L'histoire professionnelle de M. SANSHISTOIRE est celle d'un très bon technicien reconnu par ses pairs et sa hiérarchie. Il

a présenté antérieurement un seul épisode, il y a 16 ans, de dépression réactionnelle en rapport avec les conséquences d'une affectation professionnelle volontaire à grande distance de son poste de travail initial. Aucune conséquence psychopathologique résiduelle n'est notée. Des fluctuations depuis cette période de petits phénomènes de somatisations sans grandes conséquences semblent rythmer des contraintes professionnelles. Ce mode de régulation n'entrave pas sa capacité professionnelle, bien au contraire.

M. SANS HISTOIRE est décrit par ses collègues de travail comme un homme plein d'humour, enjoué, ne se mettant jamais en colère, toujours disponible pour aider ses collègues, convivial. Il participe à des activités ludiques et sportives extra professionnelles, peut même partir dix jours en vacances comme en juillet 2000 avec des collègues préparateurs, un mois avant son suicide.

Un état de souffrance professionnelle apparaît pour la première fois en juillet 1997 chez cet homme qui manifestement a construit fortement sa vie et sa santé dans une dynamique de très grand investissement professionnel. Cette hyperactivité semble avoir basculé en un activisme défensif depuis cette période. À partir de là, on voit apparaître en 1998-1999, à côté d'une verbalisation de plus en plus douloureuse des difficultés professionnelles, des phénomènes de somatisation de plus en plus importants.

Son médecin traitant, le Dr B... m'a confirmé l'absence de substrat organique à ces épisodes. Il semble s'agir de signes de dépression masquée.

Pour ne pas fragiliser sa posture professionnelle, M. SANS HISTOIRE retourne la violence de la surcharge professionnelle contre son corps. C'est d'ailleurs semble-t-il un mode de régulation ancien, mais qui ne le débordait pas antérieurement.

En effet M. SANS HISTOIRE ne sait pas refuser d'aider les autres pour faire du beau travail. Un de ses collègues d'un autre service, coordinateur des chargés d'affaires pour un même métier appelé « Responsable Métier », et disposant d'une très grande expérience et maturité professionnelle, évoque l'impossibilité de mener de front deux métiers aussi envahissants à la fois que Préparateur Référent (depuis 1997) et Responsable Métier (depuis 1999) en ce qui concerne M. SANS HISTOIRE. Il décrit M. SANS HISTOIRE comme pouvant être mal à l'aise dans des réunions de planification en temps réel des activités de Maintenance. Cela du fait de la très forte pression du planning et des engagements au nom de chaque métier, que les responsables Métiers devaient prendre.

M. SANS HISTOIRE travaillait dans le même bureau qu'un collègue préparateur chargé d'affaires, dont il encadrait le travail techniquement. L'histoire des difficultés professionnelles de ce collègue et son contexte de crise psychopathologique collective, ont semblé tellement grave au médecin du travail que je suis, qu'elle est à l'origine de « l'alerte de risque psychosocial » rédigée en février 2000, par le médecin du travail, pour ce collectif de 23 personnes. (Et c'est pourtant ce même agent qui focalisait les inquiétudes, après le

décès de M. SANS HISTOIRE, qui a été un des rares à pouvoir soutenir moralement des agents gravement déstabilisés par cet événement !).

Suite à l'alerte de risque psychosocial du médecin du travail pour cette section de préparation en chaudronnerie, est organisée à l'initiative du médecin du travail, en mars 2000, une réunion de mise en délibération de ce qui fait difficulté dans les situations de travail. Les constats du médecin du travail du côté de l'organisation du travail y ont été validés. Les difficultés des préparateurs avec la structure de planification y avaient été abordées en présence de la hiérarchie supérieure du site.

Dans un but de sauvegarde de leur intégrité, certains agents de cette section ont été mis provisoirement inaptés à tous postes en 1999 et début 2000.

Dans ce contexte, comme une grande partie des agents de cette section, M. SANS HISTOIRE a postulé sur d'autres postes pour « quitter ces difficultés » faites de surcharge professionnelle et d'une souffrance éthique qui le mine sans qu'il puisse la penser.

La gestion de ce collectif par la hiérarchie se trouvait depuis deux ans en extrême difficulté, car accepter le départ d'un agent, c'est la quasi certitude de son non remplacement. De plus cette section a la particularité d'avoir un surcroît de charge de travail très importante du fait de modifications importantes de la réglementation des contrôles en chaudronnerie, manifestation non anticipées par l'entreprise.

Suite au suicide d'un autre préparateur du même métier dans un autre Centre de production proche en juin 2000, M. SANS HISTOIRE (qui avait eu ce dernier au téléphone quelques heures avant), au dire de collègues, a participé à remonter le moral de certains.

Il n'est pas étonnant que dans ce contexte professionnel très difficile et en dégradation constante depuis près de deux ans, ces difficultés envahissent la vie privée de M. SANS HISTOIRE au point, pour lui comme pour son entourage, de ne pouvoir y repérer le rôle du travail.

Ainsi depuis le début de 2000 comme on l'a vu, M. SANS HISTOIRE est très perturbé par le travail. Il a des rapports difficiles avec son fils de 24 ans qu'il héberge et qui travaille par intermittence comme intérimaire dans le métier où son père est préparateur, sur le même site, mais en sous-traitance. Une partie de ses contrats sont dus indirectement à son père !

La situation est très dégradée avec son fils au premier trimestre 2000. Après l'intervention d'amis collègues de travail, M. SANS HISTOIRE normalise les rapports avec son fils. Un collègue qui a passé des vacances en juillet 2000 avec lui m'explique que selon M. SANS HISTOIRE, la situation allait nettement mieux avec son fils. Ceci est confirmé par un autre collègue. À tel point, comme me l'a rapporté son fils lui-même, que celui-ci s'occupe de son père pendant sa période d'alitement médical forcé d'août 2000 et qu'il trouve alors que cela ne s'est jamais aussi bien passé. Le début de l'année 2000 est aussi une période où il s'éloigne

de sa compagne dans la période d'accrochage avec son fils.

Mais en juillet 2000, M. SANS HISTOIRE a des projets d'avenir puisqu'il envisageait d'acheter une maison près de la résidence d'un collègue avec qui il avait investigué concrètement ce projet, comme ce dernier me l'a rapporté.

Les multiples somatisations qu'il présentait, en retournant une part de la violence contre lui, faisaient détours à l'envahissement de la douleur morale liée à ses difficultés professionnelles qu'il ne pouvait pas penser à la hauteur des contraintes subies. Mais l'évitement de la douleur psychique que permettaient les somatisations induites par les contraintes de la surcharge de travail, elles-mêmes amplifiées par un activisme défensif, ne tient plus.

La mise au repos forcé et immobile lors de l'arrêt maladie en août 2000, à l'occasion de la troisième récurrence d'un décollement de rétine stoppe son activisme professionnel et le renvoie aux processus douloureux qu'il arrivait à occulter. (Trois jours avant son suicide, son médecin traitant lui prescrit un traitement antidépresseur après dix jours d'arrêt maladie. Sa santé ophtalmique se normalise pourtant, mais il interdit à son fils d'en faire état). Il est possible que la position allongée contrainte, immobile, de très longues heures par jour, soit propice à la rumination des difficultés.

Il existe donc bien dans ce contexte professionnel objectif, une dégradation et une fragilisation importante des conditions et de l'organisation du travail de la section de préparation en chaudronnerie où travaille M. SANS HISTOIRE depuis 1997. Constatons comme élément déterminant explicatif du rôle de l'organisation du travail, qu'à côté d'une surcharge professionnelle objective, existait de façon majoritaire dans cette section, une « souffrance éthique » liée à la fois à la diminution de la possibilité de faire du « bel ouvrage », et au rôle de prescripteur et contrôleur de l'intensification du travail des salariés sous-traitants qui réalisent concrètement le travail.

Or, si le diagnostic sur ces dérives du travail pouvait être collectivement partagé, les procédures défensives ou les conduites professionnelles face à la souffrance éthique, étaient très différenciées.

Le retrait professionnel défensif des uns, voir les décompensations individuelles, augmentaient l'activisme professionnel des autres, fragilisant en retour à terme ces derniers. C'est le désaccord non « délibéré » quant aux conduites à tenir professionnellement qui est à l'origine de l'éclatement du collectif de travail des préparateurs, qui était solide avant 1996, fragilisant encore plus leur travail et ouvrant à des effets délétères sur leur santé.

Dans ce contexte, M. SANS HISTOIRE, technicien de haut niveau s'est trouvé débordé par un activisme professionnel nécessaire et objectivement utilisé par l'organisation réelle du travail.

La hiérarchie supérieure a été impuissante à maîtriser cette situation très dégradée, pourtant socialement visible, ayant fait l'objet d'alertes collectives de la part du médecin du travail, et de nombreuses interventions individuelles de sauvegarde pour d'autres agents.

La dépression masquée à type de somatisation s'est accompagnée en 2000 pour M. SANS HISTOIRE de perturbations importantes dans sa sphère privée. Le nouveau décollement de rétine pour la troisième fois, a interrompu la répression pulsionnelle que permettait son activisme. Ce contexte a provoqué un renfermement sur lui-même du fait des modalités spécifiques de prise en charge de cette maladie. Il a alors permis à sa dépression réactionnelle masquée par les somatisations, de se déployer. Le processus dépressif réactionnel s'est alors brutalement aggravé. Après quatorze jours d'arrêt maladie, ayant fait ses courses le matin, M. SANS HISTOIRE, pourtant très entouré par les siens et ses collègues de travail qui le visitaient tous les jours, mais enfermé dans un mécanisme dépressif qui l'a débordé très rapidement, se rapproche de son lieu de travail l'après-midi et se jette sous un train. On ne retrouve qu'un mot d'excuse à l'intention de sa famille et un chèque destiné au cadeau de mariage de la fille d'un ami, auquel il devait participer le lendemain.

C'est pour ne pas avoir à penser le rapport au travail d'un tel acte, que la plupart des acteurs de la scène du travail ont tenté de s'en préserver en emblématisant ses difficultés personnelles qu'ils montent en épingle et en posant des actes symboliques défensifs. Ainsi le bureau de M. SANS HISTOIRE a été rapidement vidé, car caractérisé comme le bureau des morts. Un autre collègue qui lui s'est suicidé sept ans auparavant, faisant suite de deux ans à un autre collègue lui aussi suicidé, y avait aussi travaillé.

Il est ainsi tout à fait probable qu'il existe un lien direct et essentiel entre l'organisation du travail de M. SANS HISTOIRE et l'émergence d'une intention suicidaire.

La Direction de son Entreprise qui ne peut envisager de porter une responsabilité dans un tel drame a fait appel au TASS de la reconnaissance de sa MP au CRRMP. Il peut en résulter seulement qu'elle n'aura pas à payer ce que la CPAM d'ailleurs ne réclame pas ! Par contre, la famille a demandé la faute inexcusable de l'employeur, le danger, non prévenu, ayant antérieurement été énoncé en CHSCT.

C'est cette histoire aux dates ici modifiées qui a été instruite au TASS de Tours en mars 2007. Ce suicide ayant eu lieu en août 2004, trois autres suicides dans la même entreprise sont survenus en six mois fin 2006 et début 2007. Un très grand écho médiatique s'en est suivi. Un très long feuilleton juridique risque de s'en suivre car c'est la reconnaissance des pathologies mentales générées par l'organisation du travail en maladie professionnelle qui est ici en jeu.

PENSER LE FAIT SUICIDAIRE COMME AYANT UN RAPPORT DÉTERMINANT AVEC LA FRAGILISATION DU TRAVAIL

Aujourd'hui, si nous sommes prêts à penser les déterminants du travail dans la genèse d'un cancer professionnel, nous sommes bien loin de nous autoriser à instruire professionnellement les déterminants collectifs du travail en lien avec un suicide, encore plus s'il n'est pas effectué sur les lieux de travail !

L'expérience de nombre de médecins du travail semble montrer que contrairement à ce qu'on dit sur le modèle du suicide des adolescents, le projet suicidaire des hommes adultes n'est pas précédé d'appel à l'aide.

Les agents qui mettent fin à leur jour sont généralement ceux qui n'ont pu se désengager professionnellement, parce qu'il leur semblait impossible d'abandonner une activité dont ils se sentaient responsables, où ils avaient construit une partie de leur santé par la subversion des difficultés professionnelles. Ils sont les victimes de leur engagement professionnel dans un contexte d'effondrement des collectifs de travail. Les désengagements défensifs d'autrui les laissent de plus en plus seuls.

Prévenir le risque suicidaire oblige donc à veiller et alerter à partir de la prise en compte de la fragilisation des collectifs de travail au regard des évolutions organisationnelles du travail. Les médecins du travail ont l'obligation professionnelle d'investiguer le travail pour comprendre l'origine des risques psychosociaux. Leur moyen principal en est la clinique médicale du travail, du côté de l'activité et du sujet.

De nombreux suicides touchent des personnes qui appartiennent à des petites collectivités professionnelles en grande difficulté dans leur travail ordinaire. Parmi ceux-ci, des groupes de personnes peuvent se trouver en telle difficulté que la souffrance psychique professionnelle les envahit progressivement ou que les somatisations les malmènent.

Dans un tel contexte, il est plausible que le travail puisse être l'élément direct et essentiel de l'intention suicidaire d'une personne. La reconstitution compréhensive de sa trajectoire professionnelle, individuelle et collective, confrontée aux éléments de sa vie familiale et affective permet alors de mieux comprendre. Si des difficultés collectives de telles ou telles situations de travail ont pu être mises en lumière antérieurement à ce drame, cet élément est susceptible d'emporter la conviction médico-légale.

La surcharge du travail vécu quand elle casse les stratégies de coopérations antérieures, isole les salariés et les empêche de contribuer à transformer l'organisation de leur travail. Ils perdent la capacité de se préserver s'ils ne peuvent se désengager de leur travail. Ils sont alors envahis par la peur de fauter ou de perdre leur emploi. Acculés à faire leur travail malgré tout, ils peuvent être amenés à devoir travailler d'une façon qu'ils réprouvent. La honte de cela va alors les ronger, car travailler est alors pour eux mal travailler. Comment en être fier ? Des politiques de management construisent à marche forcée l'excellence à coups de politiques d'indicateurs déconnectés du travail réel. L'évaluation individuelle des performances culpabilise à l'extrême et atteint profondément à l'estime de soi. La seule reconnaissance symbolique d'une contribution alors invisible est d'apparaître personnellement comme le maillon faible de l'entreprise. Isolé, on se sent comptable et coupable de cela. Parfois, la maltraitance stratégique fait basculer les salariés que l'entreprise juge « en trop ». Ce fait construit socialement peut rencontrer une trajectoire individuelle fragilisée. Le projet suicidaire imprévisible individuellement peut advenir.

AGIR FACE AU SUICIDE PROFESSIONNEL

*FACE À UN SUICIDE DANS UNE ENTREPRISE
OU COLLECTIVITÉ PROFESSIONNELLE, LE MÉDECIN DU
TRAVAIL DEVRAIT POUVOIR SE POSER DEUX QUESTIONS*

D'une part, dans le dossier médical de cette personne y-a-t-il tracés des éléments de fragilisation, mêmes ténus, de sa santé en rapport avec le travail ? En la matière, un médecin sait qu'il ne trouvera pas d'éléments de pathologie mentale très dégradés en rapport avec le travail, car sinon il aurait agi plus tôt par tout acte de « préservation de la santé individuelle » qu'il aurait jugé approprié. Encore aurait-il fallu que la confiance ait eu le temps de s'instaurer avec le salarié, qu'elle puisse être conservée, et que l'investigation compréhensive de ce qui fait difficulté dans les situations de travail soit au cœur de la relation clinique du médecin du travail.

D'autre part, dans les dossiers médicaux des autres membres de ce collectif ou petite collectivité de travail, y-a-t-il des signaux d'alerte individuels dont le médecin du travail pense qu'ils ressortent des déterminants de l'organisation du travail. Peut-être qu'en certaines circonstances le médecin du travail a construit un système de veille en santé mentale en rapport avec le travail dont il rapporte certaines de ses observations collectives, ou dans les lieux adaptés comme les CHSCT ou CE, ou lors des rapports d'étape annuels comme les rapports annuels ou les fiches d'entreprise.

Tout médecin du travail au décours d'un suicide, a besoin de ré-investiguer son propre regard sur le collectif de travail de cette personne en termes de difficultés organisationnelles spécifiques et potentiellement délétères. Cette condition est essentielle pour ne pas être emporté, comme les autres acteurs de l'entreprise, par les « près à penser défensifs » qui émergent immédiatement et dont l'objet inconscient est d'exonérer le rôle du travail et de son organisation, dont tous les acteurs de l'entreprise se sentent à ce moment comptables, médecin du travail compris. Les ressorts de la culpabilité de n'avoir pas apporté le soutien nécessaire dans des circonstances individuelles « où personne n'a rien vu venir », ne doivent pas évacuer l'obligation professionnelle pour le médecin du travail de procéder à une investigation d'éventuelles causes organisationnelles.

S'il n'y a pas d'éléments d'évidence invalidant tout rôle possible du travail dans le geste suicidaire, le médecin du travail pourra faire une offre de disponibilité à s'entretenir avec la famille de la victime. L'objet en est de permettre à celle-ci d'avoir accès à des éléments de compréhension du côté d'éventuelles atteintes à la santé en rapport avec le travail préexistant au geste fatal. La loi dite « Kouchner » sur le droit du malade permet à ce dernier ou à ces ayant droits d'avoir accès au dossier médical du travail. Le prétexte du secret professionnel ou de fabrique ne saurait donc ici être évoqué.

Après cela, le médecin du travail devrait être le mieux placé pour établir ou permettre que soit rédigé un certificat médical initial en cas d'accident du travail, ou un certificat médical de maladie professionnelle et le rapport d'analyse du lien

santé/travail que lui demandera le CRRMP si les ayants droits font une déclaration de maladie professionnelle. Si le risque collectif a été énoncé antérieurement en CHSCT, la faute inexcusable de l'employeur sera alors de droit.

L'intérêt médical, pour empêcher d'autres passages à l'acte, de procéder à un *debriefing* médical auprès des collègues de travail n'a pas fait ses preuves. Il en est de même sur l'importance de voir médicalement systématiquement, sur convocation, l'ensemble des agents impliqués par cet évènement.

Le médecin du travail ne peut pourtant être absent et il pourra donner acte collectivement de la vraie incompréhension d'un geste dont la rationalité profonde échappe à son auteur même. Il devra naviguer entre le risque de médicaliser par excès des situations individuelles au risque de priver du soutien de sa communauté d'appartenance tel agent, et l'intérêt de faire savoir qu'il se tient à la disposition des collègues qui le souhaitent. L'accompagnement compréhensif de ce qui ne peut avoir de sens pour l'entourage ne peut se faire à ce moment où l'émotion est toujours très forte. Mais il peut être bon de ne pas fermer la nécessité d'investiguer la place du travail dans des formes plus collectives au vu de l'émotion légitime provoquée dans la communauté de la personne suicidée. C'est ce que permettront ultérieurement les actions d'investigation collectives compréhensives qui pourront être mises en œuvre.

LE CHSCT ET LA REPRÉSENTATION DU PERSONNEL ONT DES RESPONSABILITÉS

Une cellule de soutien psychologique peut être déclenchée par les pouvoirs publics. Elle est cadrée par l'intervention d'urgence et permet de « gérer » les personnes impliquées par l'évènement. Il ne s'agit pas de soin proprement dit qui nécessite un cadre clair, une mise à distance et le volontariat. Les grandes entreprises peuvent avoir elles-mêmes dans leur plan d'urgence interne la mise en place de structures psychologiques d'écoute et d'appui qui s'inscrivent dans des actes managériaux de gestion collective de l'émotion au vu de l'ordre public interne ou externe à l'entreprise. Le CHSCT devrait veiller à ce que soit clarifié ce qui relève de la responsabilité de l'entreprise par rapport à celle du médecin du travail au sens où ce dernier pourrait être responsable en urgence d'une structure médicale d'appui qui engagerait sa propre responsabilité de médecin.

Quant à la prise en charge de soins psychologiques par l'entreprise, le CHSCT devrait avoir la plus grande vigilance. Il ne saurait y avoir de soins psychologiques sous injonction de l'employeur. Hors vraie situation d'urgence, des soins ne peuvent se pratiquer sur les lieux de travail et ils demandent de voir respecter le libre choix du thérapeute et un cadre d'exercice professionnel autorisant la médecine de soins ou la psychothérapie clinique. Le CHSCT devrait pouvoir vérifier que toute éventuelle facilité financière de l'employeur pour cela respecte ces principes.

Les agents qui mettent fin à leur jour sont souvent ceux qui n'ont pu se désengager professionnellement. Pour comprendre les déterminants sociaux d'un acte individuel « impensa-

ble », il faut instruire ce qui fait difficulté à la réalisation du travail de chacun dans la petite collectivité de travail ou œuvrait la personne qui s'est suicidée. C'est à une enquête auprès des collègues, une réinvestigation des traces du travail et de ses effets pour la santé que le CHSCT devra initialement procéder.

Puis deux pistes pour agir se présentent par la suite en parallèle :

➤ **D'une part** ce qui permettra éventuellement une déclaration médico-légale de ce qui a pu provoquer ce geste suicidaire. En dehors de suicides sur les lieux de travail dont la déclaration en accident du travail est de droit, le plus aisé juridiquement est la **déclaration en AT** d'un événement, même apparemment peu grave vu de l'extérieur, mais qui peut avoir généré un stress post-traumatique responsable du geste suicidaire. Ce peut être un entretien d'évaluation qui se passe mal, une mise en cause irrespectueuses de la contribution dans le travail, une maltraitance morale devant témoin qui est la goutte d'eau qui fait déborder le vase... Dans ces cas, il n'est pas besoin de démontrer un lien direct et essentiel avec la santé, mais de caractériser précisément l'évènement initial du côté du travail et de rendre compte de l'atteinte progressive ultérieure à la santé avec des certificats médicaux, même rétrospectifs, si l'atteinte à la santé a été constatée médicalement antérieurement. C'est généralement un état anxio-dépressif qui pourra médicalement être décrit.

Faute de déclaration en AT, c'est jusqu'à deux ans après le suicide que **pourra être déclaré en maladie professionnelle** par les ayants droits une atteinte à la santé mentale à l'origine du geste fatal, généralement une dépression professionnelle réactionnelle, dont on devra alors prouver le « lien direct et essentiel avec le travail ». Toutes les traces médicales dans les dossiers médicaux attestant de ce lien à partir d'une investigation clinique, aussi bien par le médecin du travail que par le généraliste seront des éléments de preuve. Si la veille médicale antérieurement pratiquée par le médecin du travail peut apporter un éclairage singulier sur le contexte collectif de ce suicide, ce point sera particulièrement important. Une éventuelle « alerte de risque psychosocial » tracée d'une façon ou d'une autre par le CHSCT sous forme de droit d'alerte, ou par le médecin du travail à travers un écrit professionnel antérieur individuel ou collectif sera aussi un élément déterminant.

➤ **D'autre part** l'action de préservation ou de transformation du travail qui est liée à la compréhension collective, avec l'aide des collègues de travail, des déterminants de l'organisation du travail qui peuvent éclairer le geste suicidaire.

Ainsi la surcharge du travail quand elle casse les stratégies de coopérations antérieures, isole les salariés et les empêche de contribuer à transformer l'organisation de leur travail. Ainsi des politiques de management qui construisent l'excellence à coups de politiques d'indicateurs déconnectés du travail réel. Ainsi l'évaluation individuelle des performances qui culpabilise à l'extrême et atteint profondément à l'estime

de soi. Parfois, la maltraitance stratégique qui fait basculer les salariés que l'entreprise juge en trop.

Une expertise mise en œuvre à l'initiative du CHSCT peut en être un élément important pour appréhender ici et maintenant les déterminants de l'organisation du travail. Seul un travail avec des personnes volontaires pourra permettre d'éclairer du côté de leur travail très concret ce qui fait obstacle, ce qui ne peut plus être discuté, ce qui fait peur ou honte, maltraite ou empêche de coopérer.

Après un suicide, savoir résister aux tentatives de gestion du stress pour ouvrir à de nouveaux espaces de transformation de l'organisation du travail en sortant des dynamiques culpabilisantes et victimisantes est essentiel pour faire justice

d'un passé maltraitant ou désespérant et ouvrir à une organisation du travail respectueuse de la santé des hommes et des femmes.

Mais en amont, le médecin du travail doit savoir organiser une veille exclusivement au regard des effets du travail sur la santé. Veille à l'échelle de la responsabilité professionnelle personnelle du médecin du travail, dont le statut lui permet concrètement de procéder si besoin à « une alerte collective en risque psychosocial », avant qu'un drame individuel imprévisible généralement, ne survienne. L'objectif en est de rouvrir au débat social et l'action sur ce qui fait difficulté dans telle ou telle situation de travail. C'est la seule façon de lutter contre l'isolement et la désolation qui créent des victimes et les enferment dans ce statut.

Dominique HUEZ

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 28^e Congrès annuel se tiendra à Paris, les 8 et 9 décembre 2007, avec pour thèmes :

- ♦ *De la fonction au métier : médecin et infirmier du travail, la prévention médicale des risques pour la santé, quelle spécificité ?*
- ♦ *Atteintes à la santé et nouvelles organisations du travail : quelles stratégies d'action ?*
- ♦ *Actualités professionnelles*
 - *Évaluation des pratiques professionnelles*
 - *La croisée des chemins : entre extinction du métier et détournement vers la gestion de la santé, de la médecine du travail à une médecine d'entreprise*

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

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE 06 79 72 44 30

courriel : a.smt@wanadoo.fr

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

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir pages 40 et 69

TRAVAIL PRÉCAIRE ET CONDUITES ADDICTIVES QUELLES POSSIBILITÉS D'ACTION POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL ?

La prise en charge des personnes ayant des conduites addictives pose un double questionnement :

- Comment concilier travail et sécurité avec la consommation de substances psychotropes ?
- Comment assurer le suivi et l'intégration de ces personnes (le plus souvent jeunes) dans une entreprise, et pérenniser leur emploi ?

Tenter de répondre, du moins partiellement à ces questions est l'objectif de notre réflexion et pratique par un suivi de 109 personnes, accros pour 57 aux drogues dites dures (héroïne, Subutex°, cocaïne, ecstasy...) et 52 consommant exclusivement du cannabis sous forme de joints ou d'herbe (au moins trois par jour).

Le titre parle de travail précaire. En effet notre service médical de l'AST 67, situé au centre de Strasbourg, reçoit pour les deux tiers de ses effectifs des salariés temporaires, ainsi que des salariés en structures d'insertion. Aussi les salariés ayant des conduites addictives y sont sans doute plus nombreux que dans les entreprises dites ordinaires.

Ainsi sur les 109 personnes suivies, 3 sont en entreprises fixes, 3 en entreprises d'insertion, les autres sont en situation de travail temporaire. Nous n'avons qu'une seule femme dans ces effectifs suivis. La majorité des consommateurs seraient donc des hommes. Mais dès le départ il y a un biais, car nos effectifs surveillés comportent 75 % de personnes de sexe masculin, avec une grande majorité de jeunes. L'âge moyen est de 35 ans pour les personnes accros aux drogues dures et de 27 ans pour les fumeurs de joints ou d'herbe.

QUELLE EST LEUR HISTOIRE, AYANT ENTRAÎNÉ LEUR CONDUITE ADDICTIVE ?

- **P**our les uns : au nombre de 13, la conduite est ancienne, remontant au début de l'adolescence. Ils sont victimes d'un manque d'amour (3), de violences familiales vécues dans l'enfance (4), suivis d'un rejet familial... Pour tous (dont les 6 restants) un échec scolaire les a amenés vers un échec professionnel, donc au chômage entrecoupé de petits « boulots » non gratifiants tels que tris des déchets, balayage, nettoyage de caves. On pourrait penser que leur seul salut c'est la fuite de la société, par un refuge dans la drogue.
- Pour certains (5) le début est marqué par une délinquance (casse, attaque à main armée, vols), dont l'origine est à chercher dans le même registre du mal être dans l'enfance.
- Pour d'autres (12), débutant un peu plus tardivement, les drogues leur permettent de se libérer de l'angoisse de l'existence :
 - ➔ l'angoisse du travail qu'ils n'ont pas,
 - ➔ l'angoisse de la solitude, de la famille qu'ils n'ont plus,
 - ➔ l'angoisse de dettes dont ils ne savent plus comment se sortir.
- Enfin pour les derniers (8) et c'est le fait des fumeurs de shit ou d'herbe, c'est la relaxation qui prime : c'est

la détente du soir, une aide au sommeil. Est-ce un équivalent de conduite de ceux qui abusent du sport, des jeux, du sexe ?

- Pour les autres dont nous n'avons pu déterminer avec précision les entrées en toxicomanie, l'addiction permet d'amoinrir le stress, les tensions, bref de diminuer ou de supprimer le mal être : c'est le « *Sorgenbrecher* » (briseur de soucis).

COMMENT ABORDER LA PERSONNE ?

C'est de cet accueil que dépendra la suite de la prise en charge. Il y a manifestement un paradoxe. Le consommateur de produits psychoactifs est solitaire, autonome, sûr de lui. Pour son métier, il choisit souvent un métier à risques (15 personnes de notre effectif). Il pense maîtriser sa drogue autant que son rapport au monde et au travail.

Le paradoxe, c'est qu'au fond de lui-même, il n'a qu'une envie, c'est de se confier : car il a une sensibilité à fleur de peau. Sous des dehors de « dur » il est rêveur, chaleureux, idéaliste, perfectionniste, écologiste... Et c'est par là qu'il est important d'entamer le dialogue en prenant soin de ne pas faire de faux pas (ne pas parler de danger, ne pas chercher à quoi et à quelle dose il se « shoote », ne pas faire de détection urinaire). Tout cela entamerait la confiance et ferait passer le médecin du domaine de l'aidant possible à celui de juge, et refermerait les portes de tout dialogue. Mais on attaque directement le problème de drogue et dans la majorité des cas, cela libère la parole.

On trouve des points d'appui :

- les efforts répétés et vains qu'il fait pour réduire, contrôler ou arrêter les injections, diminuer la substitution ;
- le manque de plaisir, l'arrêt des activités sociales.

Puis il suffit de compatir à ses difficultés, à la souffrance qu'il est soulagé d'exprimer.

À l'examen on se soucie de l'aspect de ses veines, des surinfections, de l'œdème des mains, de son état de santé général, de son moral. On évoque les risques qu'il a pu prendre du point de vue infectieux : sida, hépatite B et C... Et là les examens complémentaires sont les bienvenus ; la communication des résultats permettra de renouer le dialogue.

QUELLES SONT LES PATHOLOGIES NOTÉES ?

- **P**our les personnes accros aux drogues dures :
 - ➔ Infections cutanées, destruction des veines (8 personnes)
 - ➔ Hépatite B et C (3 personnes)
 - ➔ Hépatite C (3 personnes)
 - ➔ Déficit pondéral net (18 personnes)
 - ➔ Psoriasis généralisé (2 personnes)
 - ➔ Bronchite asthmatiforme (2 personnes)
 - ➔ Hypospadias à l'origine sans doute de la toxicomanie tellement le jeune en souffrait (1 personne)
 - ➔ Du point de vue psychique : 4 dépressions mar-

quées ; nombreux sont ceux qui se plaignent d'asthénie

- Quant aux fumeurs de joints, beaucoup ont évoqué une tendance à la paranoïa (6 personnes).
 - ➔ 5 ont évolué vers une psychose avec délire et sont sous traitement
 - ➔ 10 sont angoissés
 - ➔ 17 se plaignent de troubles mnésiques
 - ➔ 1 présente un TOC syndrome
 - ➔ 3 sont irritables, 2 logorrhéiques, 2 calmes et un peu ralenti

Le shit enlève l'asthénie et donne du tonus à la plupart pour la journée selon leurs dires.

En ce qui concerne le travail, nous l'encourageons toujours. Nous essayons de discuter de l'aménagement de la prise de produit, en concertation avec le médecin traitant. Par exemple :

- passer d'une injection d'héroïne à la substitution ;
- passer du Subutex° injecté à la prise sub-linguale, progressivement, par paliers ;
- trouver la bonne dose pour permettre un repos réparateur, sans anxiolytique ou somnifère ;
- pour le shit nous conseillons la prise uniquement le soir.

Ces ajustements – suivis pas toujours facilement il est vrai – ont permis de voir une évolution favorable, de passer d'une excitation psychomotrice ou d'une somnolence exagérée à un caractère plus posé et néanmoins tonique. Le consommateur de cannabis passe d'un détachement ou d'une euphorie exagérée à une attitude plus calme et réfléchie. Il est à noter que toute tentative de désintoxication rapide même avec la volonté expresse de l'intéressé et malgré un suivi hospitalier s'est avérée être un échec dans notre expérience.

QUELS SONT LES PARAMÈTRES ÉVOLUTIFS FAVORABLES OBSERVÉS LORS DES CONSULTATIONS OU SUR LE LIEU DE TRAVAIL ?

On peut noter :

- la ponctualité,
- une bonne exécution du travail,
- le port des protections individuelles,
- le soin du matériel,
- un contact et dialogue avec les collègues,
- un sommeil régulier et une bonne maîtrise de la substitution unique.

Par voie de conséquence, les facteurs péjoratifs sont : des retards au travail, un absentéisme, un caractère vindicatif et oppositionnel, une trop grande assurance affichée et fanfaronnade, la détérioration des outils de travail, un isolement marqué, de même, les veilles tardives, les sorties du soir, la présence d'anxiolytiques et d'alcool associés à la substitution. Ces conduites nécessitent une mise au point, parfois un arrêt temporaire du travail.

Lors des contacts avec le patient que nous voyons plus fréquemment, à sa demande, avec des garde-fous, tel un délai

maximum de prise de rendez vous, nous évaluons les progrès appréciés par :

- un dialogue constructif,
- un intérêt retrouvé pour d'autres activités (sportives, artistiques),
- un essai d'apurement des dettes,
- une vie relationnelle améliorée.

À l'examen les gestes, la parole sont posés, calmes, sans emportement. Ce suivi au travail permettra à la personne dépendante de réintégrer un groupe, de passer de son isolement à une appartenance, où il pourra développer ses compétences.

QU'EN EST-IL DU RISQUE « ACCIDENT » ?

Le dépendant aux drogues, conscient de ses habitudes, maîtrisant ses prises de drogues ou de substitution, donc bien équilibré et bien intégré au travail n'encourra que peu de risques. Le danger est réel lors d'un état de manque provoqué par un sevrage immédiat, imposé par une pression extérieure qui créera une tension, des tremblements, une incoordination, une douleur, un mal aise avec recours aux anxiolytiques, alcool, etc. La dose efficace de la substitution rendra la personne plus opérationnelle, plus efficace et sûre d'elle.

Les résultats de nos personnes suivies, sans avoir de valeur épidémiologique tendraient à le prouver. Sur les 57 personnes accros aux drogues dures :

- 4 continuent à sniffer de l'héroïne tout en travaillant ;
- 30 sont sous substitution unique :
 - méthadone : 2
 - Subutex° injectable : 9
 - Subutex° sub-lingual : 19
- 5 sont sous substitution avec recours de temps à autre à l'héroïne et parfois à l'ecstasy si l'occasion se présente ;
- 8 ont arrêté toute prise de drogue ;
- Dans 6 cas, nous avons échoué. Il s'agit de personnes avec qui nous étions en contact régulier malgré leur incapacité de continuer un travail.
- 1 jeune homme s'est suicidé, 2 autres sont décédés d'une overdose, un jeune de 29 ans accro aux benzodiazépines après l'héroïne a évolué vers des crises comitiales répétitives, 2 personnes ont été emprisonnées.
- Enfin 4 personnes ont été perdues de vue.


Les fumeurs de joints ont arrêté (6) ou ont régulé leur prise. 3 accidents (de trajet) heureusement bénins, se sont produits.

L'addiction est une relation pathologique avec une substance, lorsque plus rien n'existe que la « dose promise ». Il n'y a ni plaisirs, ni famille, ni amour, ni travail, c'est de souffrance qu'il s'agit. Or réduire la souffrance est du domaine médical. Aider le patient à sortir de cette souffrance, à diminuer cette relation pathologique avec son produit, lui ouvrir d'autres perspectives, notamment par sa réadaptation au travail est souvent le début d'une réinsertion sociale puis familiale réussie.

Il est évident que cela ne peut se faire que de manière très progressive avec certains risques, mais risques calculés si l'on s'en donne les moyens.

Jean-Marie EBER

Chère lectrice, cher lecteur


L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel – 10 000 € (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 69).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

APTITUDES ET INAPTITUDES

VUES DU MÉDECIN INSPECTEUR

DU TRAVAIL

Au-delà des nombreuses sollicitations émanant des médecins du travail et des questions médicales, médico-techniques, médico-juridiques, éthiques, déontologiques qu'ils soulèvent dans le cadre de leur activité quotidienne en interrogeant le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO), ce dernier est confronté à la question de l'aptitude quand il est saisi par l'inspecteur du travail au titre de l'article L.241-10-1 du Code du travail : reconnaissant au médecin du travail la faculté de proposer des aménagements ou reclassements au profit des salariés et à l'employeur l'obligation d'y donner suite, son alinéa 3 stipule qu'« *en cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail* ». Le nombre de ces contestations est en forte augmentation, ajoutant à la confusion puisqu'en l'espèce, rien n'est dit quant à la nature et à l'objet de la « difficulté » ou du « désaccord ».

Il convient de souligner, en premier lieu, une forte tendance, récente, à considérer l'inaptitude comme un moyen relativement « commode » de rompre le contrat de travail, parfois même utilisé dans un cadre « transactionnel ».

Pour les employeurs – plus facile à utiliser que la faute ou le motif économique – l'inaptitude constitue une cause réelle et sérieuse, apparaissant socialement « neutre » ou en tout cas non connotée puisque renvoyant à des problématiques de santé individuelle, donc à une certaine fatalité de la vie dont ils ne sauraient répondre. Certains sont souvent prêts à payer (surtout s'ils sont assurés) pour se voir exonérés de problèmes générés par un salarié qui entrave la marche en avant de leur entreprise : « *Il va falloir me le mettre inapte, Docteur* ».

Pour les salariés, l'inaptitude constitue une alternative de loin préférable socialement à la démission puisque, contrairement à cette dernière, elle ouvre droit aux ASSÉDIC et aux indemnités légales et conventionnelles de licenciement. Quant à la demande de résiliation judiciaire du contrat de travail, on connaît le caractère aléatoire de la requalification en licenciement aux torts de l'employeur.

En cas de modalités managériales éprouvantes, d'organisations du travail pathogènes, de relations interpersonnelles conflictuelles, qu'elles soient étiquetées « harcèlement

moral » ou qu'elles en relèvent réellement, la solution de l'inaptitude médicale s'impose donc comme une solution « de bon sens » et même parfois, de sauvetage. Après quelques semaines ou mois de retrait du milieu de travail, souvent sur intervention du médecin conseil qui pense que l'arrêt n'est plus justifié, le salarié « ne peut plus y retourner ».

Revendiquée d'emblée quand elle n'est pas exigée auprès du médecin du travail (« *Inaptez moi, Docteur...* »), l'inaptitude repose certes, dans la plupart des cas, sur une réelle souffrance, largement attestée par médecins traitants, spécialistes et médecins-conseil, eux-mêmes conscients, voire initiateurs, de cette solution présentée comme unique et incontournable. Notons au passage que la thérapeutique (le retrait d'une situation de souffrance) a de sérieux effets secondaires indisposant nombre de syndicalistes ; le salarié est en effet doublement victime, qui perd son emploi après avoir subi les méthodes qui l'ont rendu malade.

Dans d'autres cas, l'inaptitude est initiée par les organismes sociaux quand l'employeur a conservé à ses effectifs un salarié reconnu en invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale. Il peut arriver, après plusieurs années de ce statut, que la rupture du contrat de travail devienne indispensable à l'ouverture de certains droits. Les médecins du travail doivent alors statuer sur l'aptitude à la « reprise » – toute virtuelle – de salariés très éloignés du travail, dont le poste a parfois disparu, dont le projet de vie exclut l'idée même d'une quelconque activité professionnelle. Ainsi a-t-on pu voir un salarié porteur d'un Syndrome de Korsakov (sorte de démence), en invalidité 3^{ème} catégorie, sorti pour l'occasion de son centre de long séjour, se présenter en ambulance au cabinet médical pour « se faire mettre inapte », son épouse (et ayant droits) *dixit*...

Nul ne saurait, bien entendu, porter de jugement ou s'inscrire en faux face à des salariés qui déploient des stratégies individuelles ouvertes par le droit, même si, dans ces démarches, le médecin du travail apparaît comme quelque peu instrumentalisé.

D'autre part, sa mission première, qui consiste, *in fine*, à faire le maximum en vue du maintien dans l'emploi et de

l'adaptation des postes de travail, est singulièrement détournée puisqu'on lui demande, précisément, de mettre en œuvre le moyen juridique dont il dispose pour contribuer à la rupture du contrat. Dire qu'il est placé en situation délicate quand, dans la même entreprise, à quelques semaines d'intervalle, il est amené à gérer successivement deux de ces situations est un euphémisme.

Mais on pourrait penser qu'il s'agit là, après tout, grandeurs et servitudes, d'une sorte de paradoxe générant un inconfort professionnel assumable et explicable, si elle ne se trouvait à la source de nombre des contestations au titre de l'article du Code du travail précité.

On perçoit en effet les contraintes, et donc les risques de « difficultés et désaccords » auxquels sont soumis les parties dans les situations décrites :

- dans le premier cas, les pressions à l'inaptitude exercées par l'employeur sur le médecin du travail conduisent le salarié à devoir admettre la perte de son emploi, à en commencer le « travail de deuil ». S'il peut y consentir dans un premier temps, convaincu par le médecin que c'est la meilleure solution (d'autant qu'il n'y en a pas d'autre), les conséquences matérielles espérées mais déçues, les projets alternatifs mis en échec, un avocat pugnace, auront tôt fait de conduire à la contestation.
- dans le second cas, ce sont les pressions du salarié qui contraignent le chef d'entreprise à procéder au licenciement, l'inaptitude ayant été suffisamment « verrouillée » par le médecin du travail pour ne lui laisser que cette seule issue : c'est la « fameuse » inaptitude à tous postes dans l'entreprise dont la fragilité juridique est établie ; ce sont ces propositions de poste de reclassement, obligatoires « même en cas d'inaptitude totale », et tellement formelles qu'un médecin du travail a pu dire à leur propos, dans un trait d'humour noir, « qu'elles conviendraient à un mourant ».

Mécontents, employeur ou salarié vont donc saisir l'inspecteur du travail. C'est gratuit, non suspensif, et peut désormais être fait même une fois le licenciement prononcé. Pourquoi dès lors se priver d'une procédure qui, au pire, ne rapportera rien ? Dans la plupart des cas, l'inspecteur va considérer cette contestation comme recevable puisqu'il y a bien « difficulté ou désaccord », même s'il n'en analyse pas toujours la nature. Et de saisir le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre pour avis, puisque sans lui, sa décision serait entachée d'illégalité.

Le Conseil d'État ayant désormais tranché la querelle du fond et de la forme, le MIRTMO devra donc se prononcer sur le fond médical de l'aptitude. Or dans la plupart des cas, ce n'est pas le fond que les employeurs ou salariés contestent : ils sont en général d'accord (ou s'estiment incompétents) sur les restrictions au port de charges, les contre-indications horaires, ou le retrait d'une exposition délétère. En revanche, le désaccord, la difficulté est bien réelle, sur la procédure, sur la notion de « danger imminent », sur le reclassement, sur l'absence de reclassement, sur le fait d'avoir à verser telle indemnité... toutes questions qui ne

relèvent pas de la compétence médicale, ni même souvent, d'ailleurs, de celle de l'inspecteur. Quand un salarié conteste une inaptitude car il n'a pas été reclassé après une « vaine » recherche d'un autre poste – souvent formelle –, quelle autorité est aujourd'hui en capacité et surtout en droit de signifier à un employeur qu'un reclassement eût été possible dans son établissement ?

Dans son avis à l'inspecteur, le MIRTMO va donc au mieux apporter des précisions à l'avis contesté de son confrère et, dans la pratique, répondre... à une question qui ne lui est pas posée, alors même que son « avis » ne relève pas de l'expertise médico-légale *stricto sensu*. À l'heure où l'accent est mis, à juste titre, sur la place décisive de l'Inspection médicale dans la politique du travail et les politiques de santé publique, il n'est pas certain que la (pseudo) résolution de ce type de problématiques individuelles soit de nature à la conforter. En d'autres termes, il convient de réfléchir à la stérilité de ce type d'intervention en terme de prévention primaire.

À l'évidence, voir son avis contesté n'est pas chose vécue professionnellement comme positive par le médecin du travail. Mais voir cette contestation arbitrée par un confrère qui rencontre, pour la première fois, un salarié et un contexte de travail qu'il connaît, lui, souvent depuis de nombreuses années, a de quoi légitimement l'indisposer. D'autant que le MIRTMO émet un avis médical lui-même pas toujours conforme à la décision – administrative et juridique – de l'inspecteur.

Sans doute, un regard neuf sur une situation de travail et ses acteurs est-il parfois utile ; de même, doit-on toujours pouvoir faire appel d'une décision. Mais au-delà de la stricte légalité, quelle légitimité professionnelle, technique, déontologique, le MIRTMO et l'inspecteur du travail ont-ils pour juger d'un avis d'aptitude dans le cadre actuel ? Confier cette mission à d'autres praticiens, la dédier au médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre dans un cadre d'expertise décisive selon un protocole défini, pourraient présenter des alternatives... à moins que l'on supprime l'origine du problème.

Cette courte analyse de l'aptitude du point de vue du MIRTMO illustre en effet particulièrement la dérive de ce concept du médical vers le juridique au fil des jurisprudences et, corollairement, sa perte de sens du point de vue de la santé.

Encore moins que le médecin du travail, le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre ne sait, en matière d'aptitude, « de quoi il parle, ni si ce qu'il dit est vrai », comme le disait Bertrand RUSSEL en plaisantant des mathématiques. Sauf qu'en l'espèce, il ne s'agit pas de gausser l'abstraction d'une science exacte mais de réfléchir à l'apport de considérations probabilistes en matière de santé humaine.

Pierre ABÉCASSIS

TRANSFORMATIONS DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS UNE ENTREPRISE DU TERTIAIRE ET DÉCOMPENSATION SOMATIQUE

M^{me} B... Sophie travaille depuis 21 ans dans une société mutuelle d'assurances importante dont je suis le médecin du travail. Elle est âgée de 43 ans, mère d'une fille de 11 ans et séparée de son conjoint. Depuis douze ans et après un parcours professionnel sur différents postes de secrétaire, elle est technicienne d'assurances dans le secteur sinistres d'une microstructure (15 personnes) de proximité avec les assurés. Ce travail consiste à enregistrer et suivre différents accidents dans le domaine automobile ou habitation.

Je la rencontre depuis 1995 en consultations de médecine du travail. C'est en 2005 que se produit une grave décompensation sur fond de transformation en profondeur de l'organisation du travail.

L'HISTOIRE DE LA SANTÉ ET DE LA DÉCOMPENSATION

Sont signalés dans le dossier médical deux épisodes dépressifs rapportés l'un aux divorce des parents en 1988, l'autre à la maladie cancéreuse débutante du père en 1997. Les premiers symptômes de psoriasis datent de cette époque. Une grossesse sans complication en 1994 et une séparation de son compagnon en 1996 ne sont associés à aucune souffrance exprimée.

De son travail, elle dit alors qu'il est surtout un gagne-pain, il ne semble pas lui apporter de véritable satisfaction, elle exprime s'y ennuyer. Elle ne renonce pas pour autant aux métiers de l'assurance et prépare un BTS en formation conti-

nue, à la suite de ce BTS elle s'engage dans un apprentissage de réflexologie plantaire. En 2001, elle choisit de travailler à temps partiel (4/5), aucune alternative professionnelle ne se profilant. Elle est de plus en plus ennuyée par des poussées de psoriasis des membres inférieurs et des plis. Fin 2003, elle évoque une « **année très difficile** », exprime une révolte sur les évolutions du travail qui bousculent les repères et les valeurs d'humanisme sur lesquelles l'entreprise communique. Elle dénonce l'introduction de la surveillance, du « **flicage** ». Face à cela, elle déplore l'absence de collectif de résistance. L'engagement dans le travail ne se traduit, dit-elle, par aucune reconnaissance.

Pour tenir, elle recherche toujours des alternatives professionnelles et constatant l'impossibilité de réaction collective et de discussion sur le travail au sein de son entité, elle sollicite en 2004 une rencontre avec l'un des directeurs (déjà rencontré dans une vie syndicale ancienne). Elle double cette entrevue d'un écrit dans lequel elle évoque les transformations du travail et leurs effets catastrophiques sur les techniciens. Malgré l'engagement dans l'action de M^{me} B..., je perçois le risque que lui fait encourir un tel acte et la précarisation de son équilibre du côté de la santé. Je lui offre de la revoir, lui propose de fixer un rendez-vous, elle décline cette offre et choisit de me contacter en cas de problème. Elle espère visiblement des résultats au plan professionnel de ses actes auprès de la Direction.

Mi-janvier 2005, je la reçois en urgence à sa demande. Elle est en arrêt de travail depuis quelques jours pour une poussée majeure de psoriasis. Il s'agit d'une décompensation que

je qualifierais de somato-psychique : les lésions se sont considérablement étendues (buste, dos, jambes et plis), l'épaisseur des lésions des plis est impressionnante et gêne les mouvements, le visage et le cuir chevelu sont préservés. Un rhumatisme psoriasique est apparu il y a quelques mois, les mains sont douloureuses et leurs articulations bloquées. Cette décompensation semble faire suite au dernier refus de candidature qu'elle a essuyé. Elle a postulé depuis un an dans cinq secteurs différents de l'entreprise sur des postes d'assistante d'études. Elle n'a reçu aucune réponse à son courrier à la Direction. Elle est épuisée physiquement et moralement et ne voit pas d'issue à son malaise, elle me demande une aide, se « *sent en danger physique et moral* » et affirme : « *Si je reste, je meurs, je suis obligée de décrocher* ».

Je me sens devant une personne au bord du gouffre, le regard est fiévreux et le corps figé. Aucune autre issue qu'un retrait long ne me paraît possible, je lui affirme qu'il faut prendre ce temps et je lui remets un courrier pour le psychiatre qu'elle a commencé à consulter. Le désespoir lié à l'impossibilité de se faire entendre au travail s'exprime. Le décès de son père en novembre a probablement contribué à déstabiliser ses défenses. Elle ne supporte plus le « non sens » de l'organisation actuelle qu'elle dénonçait à la Direction générale (je reviendrai sur ce courrier qu'elle me remet alors) exprime la nécessité vitale, pour elle, de l'action. Elle souligne le lien pervers qu'elle entretient avec la responsable de l'entité, aimée et détestée à la fois : « *Il faut que je casse cette relation de soumission* ». C'est une **mère de substitution**, elle est admirable par son énergie et sa puissance de travail mais détestable par son rejet de toute opposition, elle ne récompense pas pour le travail et l'implication professionnelle mais pour l'allégeance et l'approbation qu'on lui manifeste : « *Je ne peux plus et on ne peut plus parler du travail* » au risque de tomber en désamour, « *on se sent isolé* ».

La lucidité intellectuelle de M^{me} B... sur l'organisation du travail qui s'exprime de façon magistrale dans le courrier analytique à la Direction générale, n'empêche pas le retour dans la peur et la soumission douloureuse dès qu'elle est au sein du groupe.

Je reverrai M^{me} B... deux fois avant de me prononcer sur son aptitude. Un travail d'élaboration se fait sur ce qu'elle a accepté et ne peut plus accepter. Beaucoup d'espoirs ont été réduits à néant, l'activité n'avait plus de sens depuis quelques années, les contraintes nouvelles de l'organisation du travail lui sont insupportables et elle a perdu toute illusion sur la possibilité d'une action individuelle ou collective au sein de l'entité. Elle comprend qu'elle ne pourra pas avoir une indépendance affective avec la responsable. Une inaptitude au poste est prononcée en mars 2005 après deux mois d'arrêt, assortie d'une demande de reclassement et d'un courrier adressé à la Direction générale précisant l'urgence du reclassement lié au danger immédiat pour la santé.

La certitude de ne pas revenir dans cet environnement délétère et le reclassement sur un poste d'assistante au sein d'une équipe de responsables ressources humaines va lui permettre de repartir sur des actions concrètes de préparation de

dossiers de recrutement. Elle exprime un sentiment de « trêve », son psoriasis régresse, j'en fais le constat un mois après la reprise du travail, les douleurs articulaires s'atténuent, la mobilité corporelle est reconquise, elle ne se « consume » plus, elle peut agir et échanger au sein de ce nouveau groupe.

Une décompensation somato-psychique survient en mai chez une autre salariée, sur fond d'absentéisme récurrent dans la structure. Ces nouveaux faits déclencheront alors un courrier d'alerte à la DRH de l'entreprise et au Directeur dont dépend l'entité. J'y mentionne les atteintes à la santé du fait du travail, j'y pointe les risques les plus patents et dis la nécessité d'une investigation sur l'organisation dans ce secteur. Je propose de recevoir tous les salariés rapidement, ce qui est accepté. L'absence de CHSCT et de délégués du personnel dans l'entité empêche la diffusion aux représentants salariés ce qui est ma règle habituelle de travail. Ce courrier est suivi d'un rapport (adressé à la responsable de l'entité, à la DRH et au Directeur technique) sur les risques pour la santé des salariés dans l'organisation telle qu'elle fonctionne. Il s'agit d'une réflexion élaborée à partir des vécus subjectifs des salariés reçus individuellement en juin et juillet 2005.

Mais sur quoi résonne la décompensation de M^{me} B... ?

SOUFFRANCES ET MODALITÉS DÉFENSIVES AU SEIN DE L'ORGANISATION

L'entité de 15 personnes est en « prise directe » avec le sociétariat (les assurés de la mutuelle). Une responsable et deux adjoints font appliquer les directives reçues de la Direction technique. Ce dispositif organisationnel est identique dans toutes les structures du même type. Chaque entité, elles sont nombreuses réparties sur le territoire français, est coiffée d'un responsable politique du fait de la structure mutualiste de l'entreprise. Cette personne non salariée dispose d'un vrai pouvoir pour relayer les orientations du Conseil d'administration, pour surveiller ce qui se passe au sein de la structure et pour régler avec les responsables techniques les problèmes qui se posent avec le sociétariat.

La forme de cette structure est immuable à quelques différences mineures de taille d'entité et inchangée depuis de longues années. Les marges de manœuvre des responsables techniques de terrain sont faibles et l'ont probablement toujours été. L'installation matérielle et les outils, la typologie des tâches, l'organisation temporelle sont les mêmes partout, décidées par la Direction technique du siège et surtout au-delà par la Direction générale et le Conseil d'administration.

Le personnel est réparti en deux équipes, l'une s'occupe des enregistrements et des modifications de contrat d'assurance, l'autre de l'enregistrement et du suivi des sinistres sur des dossiers bureautiques dont les « applicatifs » se sont diversifiés et enrichis. Le contenu et l'organisation de l'activité ont cependant considérablement changé depuis deux à trois ans du fait de la diversification des contrats d'assurance et de la mise en œuvre de la démarche commerciale (le mot com-

merce était tabou il y a seulement cinq ans). Le contrôle est devenu omniprésent du fait de l'ACD. C'est un système de pilotage et de distribution des appels téléphoniques entrants qui donne le « la » de l'activité, contrôle la fréquence et la durée des appels ainsi que les postes occupés. Chaque encadrant dispose d'une console de suivi de l'activité téléphonique. Les appels sont orientés sur une boucle téléphonique où sont distribués les postes des techniciens contrats ou sur une boucle où sont distribués les postes des techniciens sinistres. Les deux boucles téléphoniques communiquent entre elles, ainsi lorsque le flux téléphonique est important, les activités des uns deviennent celles des autres. Les techniciens sinistres passent aujourd'hui 50% de leur temps à effectuer des contrats.

Depuis deux ans le suivi par le même technicien d'un dossier a été supprimé. Une action commencée par quelqu'un peut-être poursuivie par un collègue et terminée par un troisième, y compris dans le domaine commercial. Une vraie division technique du travail a été instaurée, conséquence inévitable du tronçonnage temporel de l'activité en tâches d'accueil physique du sociétaire, d'accueil téléphonique et de traitement bureautique des courriers. Tout est mis en place de façon égalitaire et s'y rajoute de façon égalitaire des permanences d'accueil physique ou téléphonique le matin, à midi et en fin de journée (c'est-à-dire en dehors des plages fixes de l'horaire variable). Chaque salarié change de lieu plusieurs fois par jour pour effectuer les différents types de tâches. Il ne peut se reposer sur une visibilité de la distribution des tâches à la semaine, ce qui lui permettrait d'anticiper un peu, car toute cette machine organisationnelle est bousculée par un absentéisme chronique depuis trois ans. Chaque typologie de tâches fait résurgence dans l'autre, par exemple : vous êtes à l'accueil mais vous vous sentez obligé de prendre le téléphone en débordement et il vous faut traiter les fax à l'arrivée. M^{me} B... le dit dans son courrier à la Direction : « *Nous tournons au gré du téléphone ou de l'afflux des visites, nous devenons corvéables et malléables, nous n'avons plus de repères si ce n'est les quelques outils (guides, notes personnelles) que nous transportons. Tout est urgent, important, prioritaire* ».

Les techniciens ne peuvent plus arbitrer. La pensée machinale requise est coûteuse à tenir mais l'entreprise exige cependant de l'abandonner par moment pour proposer à bon escient tel ou tel type de produit d'assurance qu'il est nécessaire de bien connaître pour pouvoir le proposer (d'un contrat simple, unique, l'entreprise est passée aux contrats « à la carte »). Les objectifs commerciaux sont exigés du collectif mais ils pèsent sur chacun des techniciens car il n'y a plus de singularité de fonction et chacun se doit de faire aussi bien que son collègue. Le traçage de l'activité est en permanente augmentation et redonné chaque semaine en réunion. Comme le précise M^{me} B... dans son courrier : « *tout est contrôlé, minuté, décortiqué, critiqué* ».

De fait il n'y a plus d'activité propre à chacun, elle est devenue l'activité générale de l'entité, aucune limite quantitative ou qualitative n'est perçue. Le sentiment d'insuffisance se généralise et la culpabilité qui va avec. L'une des techniciennes récemment arrivée dans la structure dit : « *On se sent*

mal quand on se sort la tête du travail dix secondes, on ne peut souffler en dehors des pauses ». Cette collectivisation de l'activité, sa transformation qualitative du fait de nombreux nouveaux contrats et de l'activité commerciale va paradoxalement avec une réduction imposée des temps d'échanges sur les pratiques. Un temps dédié hebdomadaire d'une heure trente est prévu pour cela, mais il ne sert aux dires des salariés, qu'à exposer des statistiques sur les résultats, tout particulièrement sur la couverture téléphonique (nombre d'appels pris et perdus) qui est ressentie comme un impératif absolu. Ne laisser passer aucun appel et supprimer toute attente pour le sociétaire est l'objectif premier du travail. Dans cette activité de service devenue plus difficile et complexe, le « prêt à faire des outils » et le « prêt à dire » commercial doit probablement dans l'imaginaire et les conceptions du facteur humain des organisateurs servir à effacer la rupture relationnelle avec un sociétaire qui peut avoir affaire à trois ou quatre interlocuteurs différents.

La fatigue s'installe – presque tous le disent – car il faut refréner toute pensée, parole, production propre qui parasiteraient les formes imposées du travail. Ce qui n'est pas du domaine de l'expressément autorisé semble vécu comme un interdit. On peut interpréter comme une stratégie voire une idéologie défensive collective le fait que les salariés soient demandeurs et preneurs de toujours plus de protocoles et de soutien normé qui prennent la place des échanges et débats inexistants et qu'ils soient si sensibles à toute différence perçue de traitement sur l'attribution des congés, des permanences...

N'existe-t-il pour autant aucun lien dans cette petite cellule d'une très vieille entreprise ? Bien sûr que si, les pauses officielles y sont toujours prises et sont des lieux d'échanges sur la santé, les loisirs, la vie privée des uns et des autres. Tout le monde sait tout sur tout le monde. L'attitude de la hiérarchie après des arrêts maladie est protectrice. L'aménagement de poste pour une salariée victime d'une pathologie cancéreuse a duré de long mois en temps partiel thérapeutique et avec aménagement de la charge sans que l'encadrement ne le conteste, le comportement du groupe a été exemplaire. Le lien social semble de type psycho-familial au sens où l'entend le socio-psychanalyste Gérard MENDEL, mais la psychosocialité ne peut se construire. « *La socio-psychanalyse considère comme complémentaire la dimension psychofamiliale, c'est-à-dire ce qui s'est joué dans l'enfance au travers des rapports avec les parents, la famille et la dimension psychosociale. Les relations de type psycho-familial font résurgence et empêchent les relations socialisantes autour du travail quand l'individu est considéré indépendamment de son acte de travail, acte lui-même inscrit dans l'ensemble des actes d'un collectif.* »

INTERPRÉTATIONS DE LA DÉCOMPENSATION

La décompensation de M^{me} B... est somatique sur fond de souffrance morale, ce qui n'invalide pas l'origine professionnelle de cette décompensation, si l'on pense avec Chr. DEJOURS que le corps, la personne et sa subjectivité ne

font qu'un. Je constate d'ailleurs que la plupart des décompensations lourdes qui se sont produites en trois ans (deux rhumatismes inflammatoires, un cancer chez une toute jeune femme et la pathologie cutanée de M^{me} B...) sont dans le registre somatique.

La subjectivité étant pour la psychodynamique du travail une production psychique de lutte contre la souffrance (première), l'acte (de travail ou dans le champ social) ne serait pas totalement séparable du sujet. Cet acte n'existe véritablement que s'il est reconnu par les autres, révélant alors le sujet, il devient action sur et dans le monde. De quel acte s'agit-il ici et de quel sujet parle-t-on ?

Il s'agit de productions ordonnancées par l'organisation auxquelles participent « *des individus zélés et laborieux* » dit M^{me} B... L'acte individuel, comme la subjectivité, est dissout dans un grand tout indifférencié et archaïque construisant la régression dans des postures de soumission et d'allégeance. L'altérité est gommée. Le traçage de l'activité par les outils bureautiques et téléphoniques et les comptages manuels mis en place n'ouvre sur aucune empreinte particulière. Le métier comme construction vivante disparaît : aucune reconnaissance de l'apport singulier, aucune distorsion à la règle de l'égalitarisme de traitement n'est possible, toute velléité de cet ordre est d'ailleurs combattue par les pairs dans des postures défensives. L'invalidation de tout apport et de toute perception ou discours différents sur ce qui fait difficulté ou résistance dans le travail est d'une extrême violence symbolique. L'empêchement à dire n'est évidemment pas explicite mais comme la machine organisationnelle a envahi tout le champ, y compris celui du temps officiellement dédié aux échanges, la discussion et évidemment la contestation sont impossibles. Tout ce qui pourrait être dit du réel est ressenti comme n'ayant pas droit de cité. Installée historiquement et fondée culturellement, l'intelligence conceptuelle des décideurs est survalorisée, rien de ce qui a été prévu par eux avec beaucoup de soin et de temps passé ne peut plus être inadéquat, le réel est invalidé. Tout est en quelque sorte prévisible, doit être prévu et réalisé parce ce que réalisable.

Comment comprendre la décompensation de M^{me} B..., dans ce temps là de son histoire professionnelle et personnelle, quel compromis avait-elle pu passer précédemment lui permettant de se défendre ? M^{me} B... n'a jamais renoncé à transformer la réalité, l'action lui est peut-être plus qu'à tout autre nécessaire pour exister. Sa vie a probablement été difficile et émaillée de ruptures conjugale, familiale (rupture avec sa mère et décès du père). Elle a continué à exercer sa

pensée sur le monde, elle a été active syndicalement à une époque, elle est capable de verbaliser et d'écrire. Quand la réalité la faisait souffrir (depuis longtemps elle ne trouve plus son compte dans ce travail de technicienne), elle pouvait probablement – avant les dernières transformations de l'organisation – trouver quelques voies de détournement seule et avec ses collègues. Elle a ensuite essayé de fuir, mais n'a pu ni exploiter sa formation continue en assurance ni s'engager dans un autre métier par prudence ou par peur (elle est seule pour élever sa fille), ses candidatures à différents postes d'assistantes n'ont pas été retenues. Elle a essayé d'élargir le champ, l'enveloppe du travailler, en se posant comme interlocuteur de la Direction dans une activité d'élaboration d'un autre possible. Elle faisait dans son écrit des suggestions pour une autre organisation du travail. On peut comprendre cette démarche comme un acte de création et/ou comme une stratégie de séduction par la pensée, inscrite culturellement ; elle pourrait aussi s'interpréter comme une stratégie de défense individuelle par intellectualisation de la situation. La mort du père auquel elle semblait très attachée, l'isolement affectif dans lequel elle se trouve au moment de sa mort la fragilise et ramène à la conscience la facticité des rapports entretenus dans le groupe. Le lien pervers qui la lie à sa responsable devient intolérable en la plaçant dans une souffrance éthique (elle est obligée de faire comme si de rien n'était, de continuer à se déjuger, d'approuver de fait et de participer à ce qu'elle réprouve et que cette responsable contribue avec zèle à mettre en application sans discussion possible).

Avoir produit un tel acte de parole sur le travail est un acte d'insoumission symbolique, il affirme M^{me} B... dans sa singularité, mais cet acte est produit en dehors de l'espace adéquat, c'est-à-dire en dehors des personnes avec lesquelles le travail se réalise. C'est un acte d'expertise intenable car, de fait, un acte de rupture avec le groupe qui conduit à la négation de soi au sein de ce groupe. Il se paie cher dans la mesure où il ne conduit à aucune porte de sortie. N'avoir eu aucune réponse de la Direction générale est une atteinte à l'identité majeure, la pensée propre s'en trouve invalidée, il ne peut plus y avoir ni conservation de soi ni accomplissement de soi (« *Si je reste, je meurs* »). La subjectivité rétrécie au champ corporel s'exprime tout aussi bruyamment que la parole a été un acte fort et désespéré pour s'en sortir et que le désaveu, bien qu'implicite, a été manifeste. En essayant de sauver sa peau M^{me} B... a failli la perdre et se perdre, elle fait en quelque sorte la preuve à son corps défendant qu'il ne peut y avoir sans dommage pour soi d'acte individuel au sein d'un système organisé.

Francette THÉBAUD

TRANSPORTS ET POSTES DE SÉCURITÉ

APPROCHE CRITIQUE

DES RÈGLEMENTATIONS⁽¹⁾

MÉDECINE DU TRAVAIL ET/OU MÉDECINE D'EXPERTISE

La conduite d'engins de transports dans le cadre de l'activité professionnelle, qu'il s'agisse de véhicules légers ou lourds, d'avions, de bateaux et dans une moindre mesure sans doute puisqu'il existe un guidage par des rails, la conduite de train, a toujours représenté l'exemple type du poste de travail dit de sécurité, pour lequel une compétence médicale, celle du médecin du travail, serait requise afin que soit délivré un avis d'aptitude ou d'inaptitude, « garantie » que le titulaire du dit poste ne représente pas un danger pour lui-même ou surtout pour un tiers.

L'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire qui abrogeait l'arrêté du 7 mai 1997, tout en reprenant l'essentiel des affections médicales y figurant, s'enrichit, **dans ses principes**, de deux évolutions, qui nous semblent fondamentales. La première de ces évolutions est l'engagement personnel de la responsabilité du conducteur :

➤ « Avant chaque examen médical par un médecin agréé ou membre de la commission médicale, le conducteur remplira une déclaration décrivant loyalement ses antécédents médicaux, une éventuelle pathologie en cours et les traitements pris régulièrement. »

➤ « Tout conducteur de véhicule doit se tenir constamment en état et en position d'exécuter commodément et sans délais toutes les manœuvres qui lui incombent (art R.412-6 du Code de la route). Un conducteur atteint d'une affection pouvant constituer un danger pour lui-même ou les autres usagers de la route, pourra être amené à interrompre temporairement la conduite jusqu'à amélioration de son état de santé. »

.....
1- Communication présentée au 29^e Congrès national de médecine et santé au travail, Lyon le 31 mai 2007

Le législateur prend donc en compte des évolutions récentes :

- chaque individu, y compris au travail, est un citoyen responsable qui doit rendre compte de ses actes (Art L.230-3 du Code du travail) : « Il incombe à chaque travailleur de prendre soin..., de sa sécurité et de sa santé, ainsi que de celle des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail. » ;
- la loi du 13 août 2004 donne à chacun accès aux données de son dossier médical ; chaque patient doit être dûment informé des effets d'éventuels traitements ;
- mais sans doute aussi de manière implicite, l'absence de pertinence et de validité d'examen médicaux pratiqués sur des individus *a priori* en bonne santé, en l'absence de données sur leurs antécédents, les traitements suivis, les modes de vie ;
- somme toute, que chaque individu est la personne la plus habilitée pour s'exprimer sur ses capacités et donc sur sa santé.

La seconde évolution prend en compte, dans les cas difficiles seulement, il est vrai, **l'activité de travail, c'est-à-dire la confrontation à la réalité**. En effet il est prévu qu'« occasionnellement, dans les cas difficiles, un test de conduite par une école de conduite pourra être effectué ». Le législateur reconnaît donc bien que c'est en situation de travail que l'on peut juger des capacités d'un individu et que ce n'est pas un examen médical, fut-il enrichi d'une batterie de test, qui permet de se prononcer. Ceci est déjà pris en compte de longue date en aéronautique L'arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique

civile, fixe des normes médicales à laquelle doivent répondre ces personnels.

Le médecin du travail n'intervient pas dans la définition de l'aptitude. Ces normes sont mesurées par un Centre d'expertise de médecine aéronautique (le CEMA). En cas de conditions d'aptitude médicale non remplies, la décision d'accorder ou non des dérogations est prise par le Conseil médical de l'aéronautique civile (CMAC), qui peut accorder des dérogations, après avoir pris en considération les dites normes médicales, les latitudes d'application, l'état des connaissances, ainsi que :

- La déficience médicale considérée dans l'environnement opérationnel.
- La capacité, la compétence et l'expérience du candidat dans ses conditions d'exercice.
- Éventuellement, les résultats d'un contrôle en vol ou en simulateur à des fins médicales effectué à sa demande.

Beaucoup plus inquiétante et préoccupante est la directive RH 0409 incluse dans l'arrêté du 30 juillet 2003 relatif aux conditions d'aptitude physique et professionnelle du personnel habilité à l'exercice des fonctions de sécurité sur le réseau ferré national, d'abord, parce **qu'elle donne une définition très large des postes de sécurité, environ 1 emploi sur 2 mais aussi pour la liste des affections énumérées.** Cette liste n'est pas superposable à celle de l'arrêté du 21 décembre 2005 : elle est à la fois beaucoup plus large et beaucoup plus floue pour la majorité des affections, et extrêmement précise pour des paramètres mesurables de la vision et de l'audition.

Plusieurs questions méritent discussion :

- Qu'est ce qu'un poste de sécurité ?
- Qui définit un poste comment étant un poste de sécurité ?
- Existeraient-il des critères médicaux garantissant que jamais des individus présentant un danger pour autrui ne soient employés à des postes dits de sécurité ?
- S'il existe de tels critères médicaux, pour des individus en âge de travailler, est ce au médecin du travail d'exercer cette mission de « tri sanitaire » ?

Le Comité national consultatif d'éthique, avait rendu en octobre 1989, il y a donc plus de quinze ans, un avis sur le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise, à **propos des postes de sécurité**, avis ainsi rédigé : « *Il est indispensable que soient déterminés avec précision les emplois présentant des risques tels que le dépistage doit s'imposer. Il ne saurait appartenir à l'employeur de décider unilatéralement et de son propre chef quels sont les emplois remplissant cette condition. Il doit appartenir aux services du Ministère du travail, et en particulier au Conseil Supérieur de Prévention des Risques Professionnels (CSPRP), d'arrêter éventuellement, après avis d'un Comité d'Éthique, la liste des emplois dont il s'agit* ».

Le CSPRP a posé en juillet 1990, le principe que rien ne justifie la mise en place systématique d'un dépistage. L'employeur ne peut demander à un candidat que des rensei-

gnements présentant un lien direct et nécessaire avec l'emploi : donc par exemple s'il est titulaire du permis de conduire et peut le présenter. L'employeur peut également effectuer un alcootest pour faire cesser une situation dangereuse et non pour justifier un état susceptible d'entraîner la constatation d'une faute. Force est de constater :

- qu'il n'y pas de vraie réglementation pour les postes dits de sécurité ;
- que ce terrain est un champ libre laissé à l'employeur et au système de normalisation ;
- que l'État semble laisser les employeurs définir le droit.

Concernant maintenant les critères médicaux **personnels** de sur-risque, fondés scientifiquement, toujours pour des individus en âge de travailler, la littérature scientifique, concernant les accidents de la route, ne nous apporte guère d'éléments, y compris, pour ce qui paraît de bon sens :

- par exemple, les déficiences visuelles, qu'il s'agisse d'individus présentant une vision monoculaire, ou des anomalies de la vision des couleurs.
- mais aussi pour des pathologies fréquentes, comme le diabète, type 1 ou 2, on ne retrouve pas non plus de sur-risques et pourtant, le diabète, étant une maladie très répandue, nombre de professionnels de la route sont atteints. Là encore la majorité des études confirment notre expérience clinique quotidienne : les individus apprennent à se connaître, à repérer les premiers signes de malaise, à anticiper ces malaises, bref à travailler avec l'expérience de leur maladie (en fonction des marges de manœuvre qu'autorise l'organisation du travail).
- pour la comitativité, les cardiopathies, les résultats concernant le lien entre risque routier et pathologie sont également en faveur d'une attitude tolérante.
- concernant les risques liés à la consommation de substances psycho actives qu'il s'agisse de produit licite ou illicite, les résultats de l'étude SAM viennent enrichir notre réflexion sur les postes de sécurité puisque la majorité des accidents mortels du travail sont des accidents de circulation et qu'ils sont donc intégrés à cette étude :
 - ➔ faible prévalence des stupéfiants autres que le cannabis ;
 - ➔ confirmation d'une relation dose effet pour le cannabis et l'alcool ;
 - ➔ prévalence de conducteurs circulant sous influence cannabique comparable à celle de conducteurs sous influence de l'alcool mais nombre de victime attribuable au cannabis 10 fois moindre ;
 - ➔ nombre de victimes attribuables au cannabis sensiblement identique au nombre de victimes attribué à la conduite sous l'effet d'une **alcoolémie tolérée** par la réglementation actuelle ;
 - ➔ nombre important de victimes chez les jeunes hommes de 18 à 25 ans ;
 - ➔ accidents plus nombreux le week end et la nuit.

Le problème majeur reste donc toujours l'alcool. Il s'agit certes toujours d'un problème individuel mais aussi d'une question d'ordre public qui relève du pouvoir poli-

tique et de sa capacité à légiférer sur des consommations de produits bien tolérés socialement.

Toujours concernant les postes dits de sécurité, les substances psycho actives et plus directement notre métier, une étude menée dans les services de médecine du travail de la région Nord/Pas-de-Calais : le nombre de personnes ayant consommé du cannabis ou des substances susceptibles d'altérer la vigilance est plus important et augmenterait chez les salariés accédant à un poste de sécurité. Mais aussi, il y aurait beaucoup d'intérimaires ou de travailleurs précaires affectés à ces dits postes de sécurité. On peut faire l'hypothèse que l'emploi de psychotropes non médicalisés que sont ces drogues n'est pourtant pas indépendant de trajectoires professionnelles difficiles et qu'il permet de tenir.

Dans ces conditions, le médecin du travail mais aussi les pouvoirs publics devraient légitimement s'interroger sur une organisation du travail qui confie les postes de sécurité à des travailleurs précaires. En dehors d'une responsabilité de l'alcool déjà évoquée dans les causes d'accident de circulation, l'autre facteur repéré avec certitude est la dégradation de la vigilance :

- en lien avec les biorythmes et donc la fatigue : dans les transports terrestres comme dans les transports guidés, les pics maximum de survenue des accidents se situent entre 2 h et 6 h du matin et en début d'après midi entre 14 h et 16 h, c'est-à-dire aux heures où se produisent des diminutions biorythmiques de la vigilance ;
- en lien avec la privation de sommeil (problème du travail posté et des horaires atypiques) ;
- en lien avec certaines situations de stress ;
- en lien avec l'utilisation du téléphone portable, par exemple, avec un risque d'accident multiplié par un facteur 4, quelque soit le type de téléphone utilisé.

La dégradation de la vigilance renvoie donc bien souvent à l'organisation du travail. Et pourtant le législateur n'a pas interdit le transport routier nocturne, et n'a jugé répréhensible que l'usage du téléphone cellulaire tenu à la main, comme la majorité des pays de l'Union Européenne, l'Australie et plusieurs états américains.

Il nous faut donc bien retenir que les gouvernements prennent des mesures d'ordre public pour protéger les populations, **mais le plus souvent sur des critères de validation sociale.** Les professionnels de santé, quant à eux, **doivent toujours s'appuyer sur des critères de validation scientifique** comme il est précisé dans le Code de déontologie médicale : « *Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.* »

La détermination de l'aptitude au poste de travail et donc à des postes de sécurité constitue t-elle un élément important de la mission du médecin du travail telle que l'a définie la loi de 1946, et que la récente réforme du 28 juillet 2004 n'a pas modifié ?

Le médecin du travail a un rôle exclusivement préventif qui consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, **en adaptant le travail à l'homme.**

Le Code de déontologie est là aussi très clair :

- un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ;
- un médecin expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code.

Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer la personne qu'il va examiner de sa mission et du cadre juridique où elle s'exerce et s'y limiter. Tout exercice en médecine, y compris le contrôle patronal, respecte cette règle déontologique, qui consiste à préciser le cadre de l'exercice à la personne examinée.

Le médecin du travail n'est pas un médecin expert. Il a une mission de conseil auprès des salariés, des employeurs et des représentants du personnel. La directive RH 0409 de la SNCF qui nous préoccupe, stipule quant à elle que l'examen d'embauchage a pour seul objet de déterminer si le candidat est médicalement apte à accomplir un service régulier dans les emplois de la spécialité pour laquelle il postule, notamment pour les emplois nécessitant une habilitation à l'exercice des fonctions de sécurité sur le réseau. Les examens annuels et examens de reprise après arrêt de travail ont également pour objet de vérifier le maintien de l'aptitude.

Cette directive,

- précise quels examens doivent être effectués (examen ophtalmologique, examen audiométrique, examen biologique de dépistage des substances psychoactives, examen cardiologique pour les agents appelés à exercer la fonction de conducteur) ;
- elle donne une liste d'affections, sans norme médicale, ni latitude d'appréciation, liste à partir de laquelle le médecin du travail se prononcera au cas par cas, liste très longue qui n'est pas superposable à l'arrêt du 21 décembre 2005.

Examinons successivement **pour la vision des couleurs**, ce que prévoient les arrêtés concernant le permis de conduire du groupe léger et du groupe lourd, la directive SNCF et l'aptitude du personnel technique navigant professionnel de l'aéronautique civile (en italique les textes de référence) :

- Permis de conduire du groupe léger : *Les troubles de la vision des couleurs sont compatibles. Le candidat en sera averti.*
- Permis de conduire du groupe lourd : *Les troubles de la vision des couleurs sont compatibles. Le candidat en sera averti, en raison des risques additionnels liés à la conduite de ce type de véhicule.*
- Directive SNCF : Conditions d'aptitude pour le poste de conducteur : *Sens chromatique normal, médicalement constaté à l'aide des tables pseudo-isochromatiques d'Ishihara et éventuellement par d'autres explorations.*

- Aéronautique civile :
 - La perception normale des couleurs se définit comme la capacité à réussir le test d'Ishihara ou à être considéré comme trichromate normal à l'anomaloscope de Nagel.
 - Le candidat doit avoir une perception normale des couleurs ou une vision colorée sûre. En cas d'échec au test d'Ishihara, la vision des couleurs peut être considérée comme sûre si une exploration approfondie selon une méthode reconnue par le CMAC (anomaloscope ou lanternes colorées) est satisfaisante.
 - Le candidat échouant aux tests de perception des couleurs reconnus par le CMAC est considéré comme n'ayant pas une vision sûre des couleurs et doit être déclaré inapte.
 - Le test d'Ishihara (édition 24 planches) est considéré comme réussi si les quinze premières planches sont identifiées sans erreur, sans doute, ni hésitation (moins de 3 secondes par planche). Les planches doivent être présentées au hasard.
 - Le candidat qui échoue au test ci-dessus peut toutefois être déclaré apte s'il identifie sans erreur ni hésitation les feux colorés utilisés en aviation, émis au moyen de la lanterne chromoptométrique de Beyne, présentés pendant 1 seconde sous une ouverture de 3 minutes et à une distance de 5 mètres.

En expertise aéronautique, les conditions de réalisation des tests explorant la vision des couleurs sont rigoureusement définies, ce qui n'est pas le cas à la SNCF (8% de la population masculine est concerné).

Cette directive est donc bien discriminatoire du point de vue de la santé. C'est donc bien de sélection biologique de main d'œuvre qu'il s'agit. Cette approche discriminante ignore complètement les savoir-faire de prudence qui font que les travailleurs sont riches de leurs expériences de confrontation à la maladie quand elle n'est pas brutale, et de leur expérience professionnelle dans cet état. Ainsi pour un médecin, si la vigilance est liée à l'équilibre d'un traitement (épilepsie, diabète...), ce qui est important est de pouvoir établir une relation de confiance pour accompagner et prévenir les facteurs de déstabilisation du traitement, les facteurs de l'organisation du travail dits facteurs psychosociaux étant les plus nombreux, touchant l'ensemble des travailleurs bien souvent indépendamment de leur état de santé antérieur. Éventuellement le médecin du travail prendra des décisions médicales, de la restriction d'aptitude à l'inaptitude temporaire, dans le cadre d'un consentement éclairé du travailleur, mais pourra aussi poser des questions sur le poste de travail, en repérer les éléments de contrainte, accompagnera le salarié vers un reclassement définitif si nécessaire. Un salarié « fragilisé » par une pathologie, est pour le médecin à la fois une sentinelle et un allié porteur de solutions d'aménagement et de prévention intéressantes pour l'ensemble des salariés. Par ailleurs, les études portant sur la récupération d'incidents montrent que l'individu au travail, dans certaines situations critiques d'insécurité, est le plus souvent l'ultime facteur de fiabilité. Par sa connaissance, son expérience, son savoir faire, il rattrape des erreurs de conception

des systèmes et compense ce qui n'a pas été prévu par l'organisation du travail. Notre expérience et une pratique de près de 25 ans, de médecin du travail en service interentreprise assurant le suivi de salariés du BTP et des transports et de médecin en centrale nucléaire, nous autorisent à dire : **que la médecine du travail doit être construite sur un accompagnement médical exercé avec la confiance du salarié, comme tout exercice médical de première ligne.** Dans cet exercice de la médecine du travail, c'est la clinique médicale du travail qui est centrale.

La confiance constitue le fondement et la condition même de l'exercice médical en médecine du travail, et toutes les décisions, sauf privation temporaire de liberté (décompensations psychopathologiques aiguës), doivent donc avoir le consentement de l'agent. Cette confiance nous a permis d'accompagner des salariés, conducteurs poids lourds ou technico-commerciaux, atteints de SEP, SAS, d'IDM, de rétinite pigmentaire, d'addiction à l'alcool, etc. Les rares accidents mortels que nous avons eu à connaître, pendant notre activité, y compris pour la SNCF d'ailleurs dans le cadre d'une activité associative, étaient liés à l'organisation du travail.

Rappelons que la France, qui a accepté que depuis 1946, la médecine du travail s'organise autour de **l'aptitude sélection**, est le pays d'Europe où existent les plus fortes inégalités sociales de santé, et que les différences de santé sociales les plus importantes trouvent leur origine dans le travail.

Annie DEVEAUX, Dominique HUEZ

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ Rapport UMRSETTE n°0501, janvier 2005, http://www.inrets.fr/ur/umreststepublications/0501-Davezies_Charbotel.pdf
- ♦ Collections de l'INRETS, synthèse N°38, juillet 2001, *Sécurité ferroviaire et facteurs humains, apport de la chronobiologie de la vigilance*
- ♦ Collections de l'INRETS, actes INRETS N°91, septembre 2003, *Facteurs de dégradation de la vigilance et insécurité dans les transports*
- ♦ Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM), synthèse des principaux résultats, septembre 2005, OFDT, LAB PSA, INSERM, CEESAR, INRETS
- ♦ J.O. du 13 mars 2005, arrêté du 27 janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile
- ♦ J.O. du 24 août 2003, arrêté du 30 juillet 2003 relatif aux conditions d'aptitude physique et professionnelle et à la formation du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national
- ♦ J.O. du 28 décembre 2005, arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.

LA RÉFORME DE 2004

LE BILAN INDÉPENDANCE, QUELLE INDÉPENDANCE ?

UNE INDÉPENDANCE GARANTIE PAR LA LOI

Depuis le 28 juillet 2004, des modifications sont intervenues concernant les Services de santé au travail. L'article R.241-30 du Code du travail précise dorénavant pour la toute première fois que : « (...) *Le médecin du travail agit, dans le cadre de l'entreprise, dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs dont il assure la surveillance médicale. Son indépendance est garantie dans l'ensemble des missions définies à l'article L.241-2.* » Dorénavant ce qui était un devoir des médecins devient une obligation d'ordre public social qui s'impose, en particulier, aux employeurs.

Jusqu'à juillet 2004, l'indépendance des médecins du travail relevait de leur devoir déontologique (article 5[1], 95[2] et 97[3] du Code de déontologie médicale). Le Conseil national de l'ordre des médecins demandait que cette indépendance soit garantie par les employeurs par le biais des contrats. Ainsi dans le contrat type de médecin du travail proposé par le CNOM l'article 3 vise à définir les obligations de l'employeur à cet égard(4). L'article 14 en traduit les éléments en matière de rémunération(5).

.....

1- Art. 5 : Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

2- Art. 95 : Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

3- Art. 97 : Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

4- Article 3 - Indépendance professionnelle

Le Dr... exercera l'ensemble de ses missions en toute indépendance, dans le respect des dispositions mentionnées à l'article 1^{er} et

LA QUESTION DES MOYENS

La question des moyens mis à disposition d'un médecin salarié par un employeur est au centre de la notion d'indépendance. L'indépendance est directement liée aux moyens qui constituent une obligation spécifique de l'art médical qui ne relève jamais d'une obligation de résultat. Sur ce point un rapport du CNOM(6) précise que cette indépendance passe pour les médecins par :

- la fixation personnelle de leur programme de travail ;
- l'administration de leurs moyens de production ;
- la liberté d'expression de leurs avis et de la mise en œuvre de leurs décisions.

Ce rapport s'avère critique vis-à-vis des employeurs : « *Les moyens de production sont ceux que lui fournit l'entreprise ou l'organisme dont il est le préposé et l'on sait que cela pose parfois des problèmes. Il en est ainsi des moyens matériels des techniques médicales ou informatiques mais aussi des moyens humains (collaborateurs techniciens, secrétariat) voire architecturaux (lieux d'accueil et d'examen ou de recherche).* Bien entendu, vis-à-vis de cet aspect de

.....

n'est soumis à un lien de subordination, à l'égard de son employeur, que pour la détermination de ses conditions de travail, sur le plan administratif.

L'entreprise s'engage à prendre toutes les mesures pour lui permettre d'assurer, en application des dispositions réglementaires, son activité en milieu de travail. Le Dr... s'engage, en ce qui le concerne, à pouvoir justifier de sa réalisation.

Le Dr... pourra notamment entreprendre ou participer à des recherches et études épidémiologiques qu'il estime utiles compte tenu des risques propres à l'entreprise dont il a la charge et il ne pourra lui être fait obstacle, sans motif valable porté à la connaissance du Comité d'entreprise ou du CHSCT, à la communication des résultats de ces études.

Indépendamment des obligations et procédures légales, l'employeur est tenu d'apporter au médecin du travail une réponse motivée dans l'hypothèse où il n'estime pas utile de suivre ses avis.

5- Article 14 - Temps de travail et rémunération

L'entreprise s'interdit de lier l'évolution du salaire du Dr... à l'accomplissement d'objectifs personnels de productivité ou de rendement, conformément aux dispositions de l'article 97 du Code de déontologie médicale...

6- « *L'indépendance technique des médecins salariés* » Rapport adopté par le CNOM, séance d'octobre 1999.

l'exercice professionnel, il appartiendra toujours au médecin de demander, en s'appuyant sur le Code de déontologie, que son employeur limite ses exigences et lui fournisse les moyens nécessaires à son exercice. Dans cette démarche, il trouvera toujours, si elle est justifiée, le soutien de l'Ordre des médecins. »

MAIS QUELLES SONT LES RÉELLES CONDITIONS DE CETTE INDÉPENDANCE ? DU CONCEPT À LA RÉALITÉ

UNE INDÉPENDANCE VIRTUELLE POUR LES IPRP ET LES MÉDECINS DU TRAVAIL

A l'imitation du droit d'expertise des CHSCT, dont on connaît les limites pratiques, les garanties d'indépendance des médecins du travail mais aussi des IPRP sont des garanties virtuelles.

Pour ces derniers l'article R.241-1-4 du Code du travail accroche l'indépendance à une déclaration de leur part d'être indépendants. Cette obligation, qui constitue pour les médecins le cœur de la déontologie médicale depuis des siècles, est vide de sens si elle n'est pas reliée à des conditions pratiques opératoires qui en constituent la garantie. Or ici, comme pour les médecins du travail (R.241-30), le législateur s'est bien gardé de préciser les conditions pratiques de son exercice, renvoyant la question au juge sans ignorer les aléas et difficultés d'un tel recours d'un IPRP ou d'un médecin, réduit à eux-mêmes dans ce bras de fer.

Dans la réalité d'application du décret, c'est ainsi, par exemple, que se développent de véritables stratégies d'employeurs pour contraindre les praticiens à mettre leur indépendance sous le boisseau en les intimidant par des procédés ciblés.

La rémunération au choix de l'employeur reste également dans certaines entreprises un moyen efficace de restreindre leur indépendance. À signaler également, des plaintes des employeurs sous des motifs divers auprès des Conseils de l'ordre des médecins dont l'instrumentalisation rencontre peu de résistance (la recevabilité même des plaintes des employeurs est ici douteuse). Il s'agit de faire peur et d'obtenir une acceptation volontaire des atteintes à l'indépendance, d'autres natures, dont il sera question ci-après.

LE DÉTOURNEMENT DE L'APPUI PLURIDISCIPLINAIRE ?

A vant la réforme a été promulguée une législation sur la pluridisciplinarité. Cette pluridisciplinarité est non seulement souhaitable mais indispensable si l'on considère la complexité de la prévention des risques du point de vue de la santé. Les médecins du travail dans leur grande majorité l'appelaient de leurs vœux. La coopération avec d'autres spécialistes du champ serait fructueuse dans le respect mutuel des principes professionnels des uns et des autres. La loi garantissait qu'aucun n'atteindrait à l'indépendance de l'autre.

Or dans la réalité, cette législation n'a connu de décret d'application qu'après un changement de majorité politique et sa

déclinaison est bien particulière et s'éloigne des principes même définis par la loi :

- l'intervention pluridisciplinaire est positionnée en appui de la démarche du médecin du travail ;
- elle se déroule du point de vue de la santé des salariés ;
- les IPRP sont assurés d'un statut d'indépendance.

En effet, le décret d'application (article R.241-1-1 à 241-1-8 du Code du travail) prescrit que :

- l'initiative de l'intervention revient exclusivement à l'employeur ;
- celui-ci fixe les missions de l'IPRP ;
- dans ces deux domaines le contrôle social n'a qu'un avis indicatif ;
- le médecin du travail a obligation de fournir des éléments à l'IPRP (à l'exception de ceux couverts par le secret médical) ;
- c'est l'employeur qui définit les modalités de la coopération.

La circulaire DRT qui lui correspond démontre s'il en était besoin l'instrumentalisation de la pluridisciplinarité par la gestion des risques.

Qu'observe-t-on en réalité : la création de GIE « pluridisciplinaire » dans lesquels les employeurs font la loi et qui servent de refuge aux bénéfices des services interentreprises.

Dans les grandes entreprises (les plus exemplaires à ce titre étant EDF et Gaz de France), on voit apparaître des pools d'IPRP habilités, en bloc, par des organismes (sur le fonctionnement desquels il conviendrait de s'interroger) et par ailleurs experts exclusifs de l'employeur dans ses services de gestion des risques y compris ceux ayant des fonctions de management, voire en supplément médecins du travail (jouant à la fois les trois rôles). Ces IPRP « nationaux » prétendent siéger dans des commissions médico-techniques dont le périmètre est l'établissement. Devant ce conflit évident d'intérêt, l'administration de tutelle, prévenue, reste muette.

Quelle place reste-t'il pour les IPRP réellement indépendants, y compris positionnés hors des entreprises, dans ce contexte de coupable instrumentalisation ?

Les médecins du travail qui réclament une aide indépendante ou à participer à des travaux pluridisciplinaires (hors pluridisciplinarité), les CHSCT qui réclament une expertise se voient maintenant régulièrement opposer par les employeurs l'intervention pluridisciplinaire.

Les projets d'intervention tournent quasi exclusivement autour de la gestion des risques représentée de façon emblématique par le document d'évaluation rédigé de ce point de vue exclusif.

À côté de « leurs » IPRP certaines entreprises mettent en place des services de maîtrise des risques, comportant des pôles médicaux en « médecine du travail » composés de médecins d'entreprise qui, au prétexte d'apporter une aide aux médecins du travail, servent de courroies de transmission à la volonté de gestion des risques de l'employeur. Dans un contexte de pression et de contrainte de l'indépendance

l'influence s'accroît et instrumentalise les pratiques des médecins du travail.

UNE LÉGISLATION QUI AFFAIBLIT LE CONTRÔLE SOCIAL

LES SALARIÉS ÉVACUÉS DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ

Les mécanismes décrits ci-dessus diminuent par définition la visibilité par les salariés et leurs représentants. La pluridisciplinarité s'est organisée hors du contrôle social réel des salariés que ce soit en matière d'initiative et de contrôle proprement dit. Ces dispositions sont notablement aggravées par les dispositions de l'article R.241-28-1 du Code du travail qui crée des commissions médico-techniques sans aucune participation de la représentation du personnel. L'employeur a toute latitude d'y exercer des pressions sur les IPRP et les médecins du travail hors de son regard.

DES DOCUMENTS MÉDICO RÉGLEMENTAIRES CONFISQUÉS

De même les dispositions sur la surveillance médicale renforcée (R.241-50 du Code du travail) évacuent totalement la représentation du personnel, qui ne pourra lors de l'organisme de contrôle social qu'émettre un avis formel et sans pouvoir sur la qualité de cette SMR.

Pareillement, la remise exclusive de la fiche d'établissement par le médecin du travail à l'employeur et celle du plan d'activité (R.241-41-1 et R.241-41-3 du Code du travail) laisse toute latitude à ce dernier de faire pression pour la faire modifier. Or la fiche d'entreprise engage la responsabilité personnelle du médecin du travail pour le repérage des risques existants ou potentiel, du point de vue exclusif de la santé. Le contrôle social et l'administration devraient être destinataires dans le même temps que l'employeur des documents médico-réglementaires y compris le rapport annuel.

UNE INDÉPENDANCE COMPROMISE PAR L'INSTRUMENTALISATION DU PROGRAMME DE TRAVAIL ET LA PÉNURIE DE MOYENS

QUELLE INDÉPENDANCE POUR LES « LANCEURS D'ALERTE » ?

Alors que le législateur a gravé le principe dans le marbre, il ne s'empresse guère de le défendre. Les plaintes circonstanciées de certains médecins du travail, pour atteintes à leur indépendance par les employeurs, auprès d'inspecteurs du travail, restent le plus souvent sans aucune suite et, quand elles en ont une, s'enlisent inexplicablement.

Il faut reconnaître que la réglementation fait du médecin du travail un véritable salarié protégé mais à quoi cela sert-il dès lors que les atteintes à son indépendance se produisent en amont de ce procédé ultime. N'est il pas plus efficace de le pousser à la démission soit symbolique soit juridique ?

UNE PÉNURIE ORGANISÉE QUI TIRE L'EXERCICE VERS LE BAS

La pénurie de praticiens en santé au travail, qui ne touche pas que les médecins mais les concerne plus particulièrement, devient un justificatif pour augmenter et transformer leurs tâches. Elle paraît entretenue, d'une part par un *numerus clausus* comme pour toutes les spécialités médicales et surtout par des conditions d'exercice réputées (et pour cause) de plus en plus difficiles. Les revirements de filière sont maintenant fréquents chez les étudiants et la reconversion des généralistes est en panne, malgré un effet d'annonce (il y a moins de candidats au Concours européen que de postes offerts). Comme par hasard, des voix, politiquement bien placées, se font entendre pour proposer que les salariés, hors surveillance médicale renforcée, soient suivis par leur généraliste. Cette mesure priverait immédiatement les médecins du travail et les représentants du personnel de visibilité sur l'état de santé d'une majorité de salariés.

LA SUJÉTION À LA GESTION DES RISQUES

La pénurie justifie à elle seule la mesure phare de la réglementation qui espace la visite à 24 mois réservant la surveillance dite renforcée (en fait normale) à des risques particuliers. Comme par hasard, le législateur a dévolu à l'employeur de décider quels sont ces risques, par le biais du document unique, alors qu'auparavant un éventuel désaccord sur ce point, entre médecin du travail et employeur, était tranché par les autorités administratives de tutelle. Dans cette perspective, l'idée court, par exemple, que le travail sur écran échapperait à la définition de SMR alors qu'il est cité dans l'arrêté de 1977 qui sert de référence explicite et fait l'objet d'un décret spécial de 1991. C'est donc la gestion de risques (DUE) qui constitue la référence quant à la définition des risques considérés du point de vue de la santé (la SMR).

On notera, pareillement, que dans les circulaires DRT, la justification principale de la fiche d'entreprise et la disposition nouvelle qui rend exclusive sa remise par le médecin du travail à l'employeur (tout comme pour le plan d'activité) est son caractère indispensable à la rédaction du document unique. Là encore, notons le déplacement de l'objet de ce document vers la gestion des risques.

INSTRUMENTALISATION DES PRIORITÉS D'INTERVENTION

La pénurie justifie également l'instrumentalisation des priorités d'intervention du médecin du travail en matière d'exercice. La mesure la plus connue est l'institution de 150 demi-journées d'activité en milieu de travail.

Le propos n'est pas de dénigrer cette activité absolument incontournable pour étudier les risques « environnementaux » et leurs caractéristiques, dont il est vrai de dire qu'elle était sous-exercée par les médecins du travail. Elle reste incontournable dans le secteur productif. Toutefois ces risques ne peuvent être disjoints de l'effet conjoint des risques « psychosociaux » dans ce même secteur. De plus, dans le secteur des services, les risques psychosociaux tiennent la

première place. Techniquement, l'étude de ces derniers risques ne relève que secondairement de l'activité en milieu de travail. Le principal lieu d'étude (basée sur le vécu des salariés) reste dans ce domaine le cabinet médical et le dialogue singulier, couvert par le secret médical, qui s'y déroule. Or précisément privilégier l'action en milieu de travail c'est affaiblir la consultation individuelle et donc la veille sanitaire c'est-à-dire la visibilité de tous les risques et de leurs effets.

*ACTION EN MILIEU DE TRAVAIL
ET ACTIVITÉS CONNEXES
CONTRE TEMPS DE CONSULTATION*

Cet affaiblissement déjà atteint par la hauteur des effectifs « plafond », est encore amplifié par la volonté des services publics (sans doute légitime) de promouvoir les actions coo-

pératives des SST dans des domaines divers en institutionnalisant des plans de prévention publique (plan santé travail, plan cancer...) et en déterminant ainsi un troisième secteur d'activité pour les médecins du travail : les « activités connexes » qui vient « déventer » d'autant la consultation individuelle.

Le temps de consultation devient alors une variable d'ajustement en particulier en service interentreprises où se créent des quotas de visites à effectuer en en restreignant le temps.

La capacité d'organiser son exercice devient ainsi contrainte par des mesures indirectes dont la résultante est l'abandon du regard clinique de première ligne par des médecins, qui est une des originalités et l'une des qualités du système de prévention du point de vue de la santé. Même si ce dessein demeure (de moins en moins) caché, il s'agit de vider cette approche de sa substance et de la remplacer par des regards extérieurs à l'entreprise, sur le mode européen et libéral.(7)

POINT DE VUE DE LA SANTÉ OU GESTION DES RISQUES ?

UNE FAUSSE INDÉPENDANCE QUI DÉPLACE LE POINT DE VUE DE LA SANTÉ VERS LA GESTION DES RISQUES

*LA PRÉVENTION DU POINT DE VUE
DE LA SANTÉ : UNE EXPERTISE ENGAGÉE
DU CÔTÉ DE LA SANTÉ DE CHAQUE SALARIÉ*

Dans la législation française le droit à la santé au travail, à la convergence de ces droits fondamentaux, a inspiré une prévention des risques professionnels pour la santé qui s'appuie sur deux corps réglementaires distincts : ceux relevant des articles en L et R.241... (titre 4 du Code du travail) et ceux relevant des articles en L et R.230... et 231... Les premiers encadrent la prévention des risques pour la santé au travail « du point de vue de la santé », les deuxièmes « du point de vue de la gestion des risques ».

La prévention du point de vue de la santé était jusqu'alors majoritairement assurée par les médecins du travail, dont le rôle définit l'objet de cette prévention : « éviter toute altération de la santé au travail ». Issue d'une longue histoire de l'intervention médicale dans le milieu de travail, la médecine du travail a vécu une lente évolution avant de se structurer autour de valeurs et de concepts fondateurs : indépendance, santé publique au travail, clinique du travail, clinique médicale du travail, action en milieu de travail, consultation

médico-professionnelle, refus de l'aptitude. Il a fallu du temps pour que les médecins du travail comprennent dans quel contexte ils exerçaient et qu'ils développent des pratiques qui répondent à leur, très difficile, mission d'expert engagé du point de vue de la santé dans un milieu où le concept de « santé » n'a jamais été au premier plan (comme il devrait l'être dans le secteur de soin) et où il peut devenir rapidement conflictuel.

Leur rôle est devenu ces dernières années encore plus délicat :

- Du fait des obligations d'employeurs devenues plus contraignantes en matière de prévention et de résultat de la gestion des risques et pour lesquels la mise en visibilité par des experts indépendants représente un réel danger de mise en responsabilité.
- Du fait de l'augmentation de la responsabilité personnelle et des contradictions de l'exercice des médecins du travail (loi de santé publique, droits des usagers du système de santé : indépendance des décisions, conseil des patients en matière de santé, droit à l'information des patients et de leurs ayants droits, formalisation accrue par les documents médico-réglementaires, absence de conflit d'intérêt...).

.....

7- Voir le deuxième volet : « La réforme de 2004, le bilan – II Point de vue de la santé ou gestion des risques ?

Leurs implications dans la mise au premier plan des atteintes à la santé par l'amiante ou les CMR, ainsi que dans la mise en visibilité des souffrances liées à l'organisation du travail leur a fait endosser, au yeux des employeurs, le rôle éventuel de redoutables témoins ou donneurs d'alerte indépendants. D'où depuis 2000 un *lobbying* constant pour mieux contrôler cette prévention.

Les autres acteurs, exerçant de ce point de vue, sont dorénavant aussi les intervenants en prévention des risques professionnels : IPRP (dont la réglementation tend à faire, à leur corps défendant, des acteurs de la gestion du risque).

Cette prévention est le parent pauvre en matière de moyens humains et économiques mais elle bénéficie d'un statut (théorique) d'indépendance. La responsabilité est ici fondée, non sur une obligation de résultat mais sur une obligation de moyens et sur une obligation de mise en visibilité des risques et de leurs effets. Enfin, elle inclut l'obligation de faciliter l'accès au droit des salariés, de ce point de vue.

**PRÉVENTION DU POINT DE VUE
DE LA GESTION DES RISQUES :
ASSUMER LES RESPONSABILITÉS DE
L'EMPLOYEUR EN MATIÈRE DE PRÉVENTION**

La prévention du point de vue de la gestion des risques est assurée par des experts en maîtrise des risques pour la santé, dont le but est de d'alimenter la réflexion des employeurs, afin de leur permettre d'assumer leurs responsabilités réglementaire, civile et pénale en matière « d'obligation de résultat (en matière) de santé » que leur impose depuis 2003 la jurisprudence. Les employeurs doivent prévenir tout risque d'atteinte de la santé de leurs salariés et ont dorénavant une obligation de mise en place effective des moyens de prévention (jurisprudence récente).

Sans que cela soit un jugement de valeur, car la compétence de ces experts n'est pas en cause, les experts en gestion des risques sont (mise à part une jurisprudence de la Cour d'appel de Paris, non confirmée car non soumise à la cour de cassation) sous la subordination directe de l'employeur qui leur impose obligation de résultat et « devoir de réserve ».

Au passage, il faut donc noter que, même s'il n'y a pas d'opposition de principe concernant des coopérations entre les deux volets de la prévention, les modes de coopération sont contraints par les principes respectifs ci-dessus ce qui les rends difficiles car :

- Il existe une zone « grise » entre les buts respectifs : éviter l'altération de la santé (par exemple le mal être au travail) et éviter l'atteinte à la santé (par exemple la dépression professionnelle).
- Il persiste d'importantes différences de statut : indépendance et mise en visibilité d'un côté, subordination et devoir de réserve de l'autre.

UNE POLITIQUE QUI AVANCE MASQUÉE

Sous l'impulsion d'un État, lui-même loin d'être irréprochable du point de vue de la santé de ses propres salariés, largement gagné au libéralisme, une politique différente se

met en place. En effet, justement mis en cause par le Conseil d'État pour son laxisme dans l'affaire de l'amiante, l'État ne peut assumer la mise en visibilité de sa volonté et avance masquée.

Le principe de son action consiste à privilégier l'abord des questions de santé du point de vue de la gestion des risques afin de répondre étroitement à la directive européenne de 1989 qui attribue de très grandes marges de manœuvre aux employeurs dans ce domaine. Le pari libéral est ici que les conditions trop défavorables à la santé au travail seront en fin de compte contre productives. L'État se désengage donc de son rôle de contrôle et de régulation pour un rôle de conseil et d'incitation (réforme de l'inspection du travail) et dégrade l'arbitrage vers les tribunaux dont on sait que l'abord est toujours plus compliqué pour les salariés.

En matière de prévention du point de vue de la santé des salariés elle doit s'infléchir en direction de la gestion des risques et se mettre au service de l'entreprise. D'où trois directions d'action dont le décret de 2004 est la parfaite illustration et qui sont décrites dans un article précédent :

- Mise en avant des garanties formelles non opératoires ne garantissant pas réellement l'indépendance des « lanceurs d'alerte ».
- Diminution des moyens ce qui restreint la visibilité et la pertinence et déplace la prévention du point de vue de la santé vers la gestion des risques.
- Affaiblissement de la visibilité des salariés et de leurs représentants en matière de santé au travail.

UN CONSTAT, DES PROPOSITIONS

La réforme instituée par le décret de juillet 2004 n'est pas isolée et s'insère dans un contexte réglementaire dans lequel il faut également considérer la loi de modernisation sociale de 2002 et le décret d'application concernant la pluridisciplinarité de 2003 (promulgué après le changement de majorité). Le coup d'envoi en a été donné par l'accord « social » de 2000 entre le patronat et certaines organisations syndicales.

Ce corps réglementaire auquel participe le décret de 2004 sur les services de santé au travail a enclenché un mécanisme qui a pour effet de limiter la prévention des risques professionnels à une gestion de ces risques par les employeurs. La directive européenne de 1989 organise cette gestion à l'initiative exclusive de ces derniers.

Le constat sur les effets de la réforme mise en place dès 2002 mais concrétisée en 2003 et 2004, permet de penser que se met subrepticement en place, une profonde transformation du système de prévention des risques professionnels. Ce système se structurerait autour de regards extérieurs visant à « mieux » gérer ces risques du point de vue des responsabilités de l'employeur. Cette définition ferait l'impasse sur l'approche interne du point de vue de la santé de chaque salarié.

Se constituerait une médecine « du travail » à deux vitesses :

- Dans les petites entreprises, les employeurs financeraient une « visite de santé » périodique chez des médecins généralistes. Les médecins des SST interentreprises

régulariseraient la sélection de la main d'œuvre du point de vue de la santé et aideraient à la gestion des risques sur le terrain.

➤ Dans les grandes entreprises se mettrait en place une médecine d'entreprise sur les mêmes objectifs et encadrée par les experts de l'employeur auquel elle finirait par s'identifier.

Ainsi le médecin du travail ne serait plus là pour conseiller le salarié en matière de mise en lumière des risques et de prévention de leur effets avec les devoirs qu'impose au médecin la relation individuelle à son patient, c'est-à-dire ne serait plus « son » médecin du travail, mais deviendrait « par la force des choses » un supplétif de la gestion des risques, un médecin d'entreprise, chargé d'aider l'employeur dans la quadrature du cercle que constitue la définition d'un risque « acceptable et raisonnable ».

Si cette analyse est exacte alors l'État doit prendre ses responsabilités et la mettre en visibilité.

Si cette analyse est inexacte des faits concrets doivent la contredire :

➤ Le renforcement de l'indépendance réelle des experts du point de vue de la santé que sont les IPRP et les médecins du travail est indispensable.

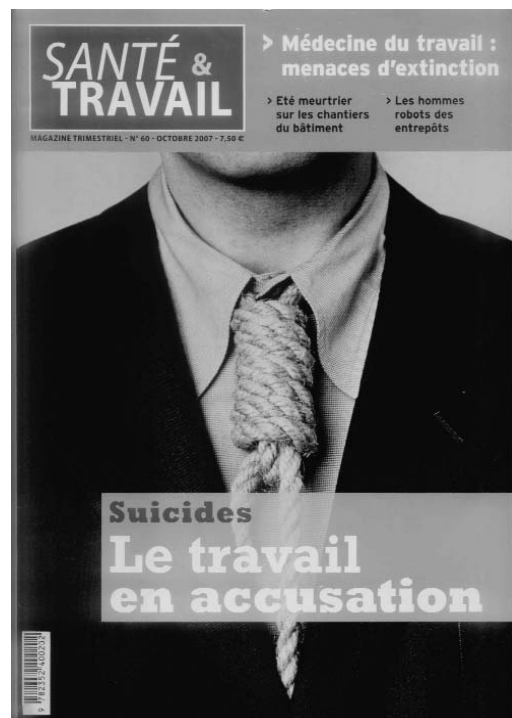
➤ Pourquoi ne pas intégrer dans les SST d'un pôle IPRP exclusifs coexistant avec un pôle médecine du travail (et par conséquent bénéficiant d'un contrôle social et administratif identique) et pouvant faire appel à des IPRP extérieurs ?

➤ Les IPRP auraient un statut identique à celui des médecins du travail (indépendance, statut de salarié protégé). Ces deux pôles construiraient des coopérations en santé au travail du point de vue de cette dernière. Une possibilité d'initiative devrait être rendue à ces spécialistes dans ce domaine.

➤ Ne serait-il pas logique que le contrôle social identique à celui des médecins du travail s'applique aux IPRP et aux actions dans le cadre pluridisciplinaire ? Les secrétaires des CHSCT et ceux du contrôle social ne pourraient-ils assister avec voix consultative aux CMT correspondant à leur périmètre de responsabilité ?

➤ L'indépendance des médecins du travail doit être garantie en respectant la définition qu'en donne la déontologie. Ce haut niveau d'indépendance doit être contrôlé par ceux qui bénéficient de leur action, la représentation des salariés pour la santé desquels fonctionne exclusivement le système, et l'état du point de vue de l'intérêt général.

Alain CARRÉ



SANTÉ & TRAVAIL

**Parce que
la santé au travail
est l'affaire de tous**

Maquette plus aérée, sommaire mieux hiérarchisée, prix en baisse, *Santé & Travail* modifie sa forme mais conserve les qualités de fiabilité et de rigueur qui lui ont permis de devenir le magazine de référence en matière de santé au travail

Derniers numéros : Intensification, rendre le travail soutenable (57) ; Maladies professionnelles, obtenir réparation (58) ; Pénibilité, ne plus s'user à la tâche (59)

Pour vous abonner, renvoyer ce coupon à :

SANTÉ & TRAVAIL, Abonnements
12 rue du Cap-Vert – 21800 Quétigny Tél. : 03 80 48 10 40
ou en ligne sur www.santé-et-travail.net

(28 € pour quatre numéros)
chèque à l'ordre de Santé & Travail

PRÉCARITÉ? LA BANALISATION

ENJEUX POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ

Compte rendu des débats

du Congrès de l'Ass. SMT, 9 et 10 décembre 2006

La situation de précarité s'étend, on peut plus dissocier la précarité de l'emploi de la précarité du travail expérimentée par les salariés. À côté des CDD, d'autres types de contrats précaires viennent s'ajouter : contrat CNE, CAE, chèques emploi-service (développés par exemple dans le secteur des services d'aide à la personne), contrat CDI à temps partiel qui se banalise comme forme d'organisation du travail dans certains secteurs (grande distribution), contrats saisonniers.

Pourtant les salariés à contrat précaire restent très largement dans l'invisibilité. À l'exception peut-être des intérimaires, les salariés en situation de précarité ne sont pas repérés, alors qu'ils cumulent des difficultés de santé. Beaucoup de CCD ne sont pas vus à la visite d'embauche. Ils n'arrivent au cabinet médical qu'au moment du constat des atteintes à la santé, lorsque l'invalidité apparaît comme la solution en tant que traitement social, et que, pour cette seule raison, certains employeurs demandent alors l'adhésion au service de santé au travail ! Comment nos services de santé au travail se sont-ils arrangés pour ne pas voir les précaires ? pour ne convoquer que les salariés habituels...

Mais la précarité n'est pas qu'affaire de contrat précaire. La précarité est dans le travail. Le temps partiel des femmes est clairement affiché comme précarité. Quand le CDI est proposé d'emblée (dans les centres d'appel par exemple) les salariés se méfient. Il en est de même pour des intérimaires qui se voient proposer une embauche à un poste dont personne ne veut, et dans lequel aucun salarié ne peut tenir. Dans les entreprises statutaires – malgré le statut qui protège

l'emploi – la précarité s'est installée avec l'individualisation des salariés et le recours à des contrats précaires pour casser les collectifs de défense. À EDF-GDF, le nombre de suicides a doublé entre 2005 et 2006. La précarité est intégrée, invisible, dans des entreprises qui ne laissent pas la place à la précarité du statut. La précarité n'est pas seulement contractuelle, le terme précarisation est plus juste.

R. CASTEL analyse dans un ouvrage intitulé *La condition du travail salarié*. Il décrit l'histoire du mouvement salarial comme l'histoire d'une construction commune, à l'origine de droits nouveaux, longtemps porteuse de progrès. Les cadres, les dirigeants revendiquent la condition salariale qui ne se dégrade que tardivement, après les Trente Glorieuses. Aujourd'hui les nouveaux modes de production, les formes que prennent le management, notamment dans l'isolement des salariés et l'individualisation de chaque situation, sont en train de déconstruire le travailler ensemble et le lien social. Le travail pourrait-il ne plus construire de la santé et n'être qu'un lieu d'aliénation ? Dans le « travailler » c'est peut-être la multitude des points de vue qui porte. L'horizon du mouvement salarial a reposé sur le salaire, et non sur la santé, ni le travailler.

Aujourd'hui des progrès sont réalisés du côté de l'entendement des situations, avec la clinique. Nous avons aussi progressé sur la question de la mise en visibilité des atteintes au travailler ensemble, sur la veille et l'alerte. Témoigner est utile, laisse des traces : voir le renouveau actuel des écrits de LE GUILLANT.

Odile RIQUET, Alain GROSSETÊTE

Rapporteurs

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)
- N°20 Somatisation, les Mots du Travail (juin 2005)
- N°21 Évaluation des Pratiques Professionnelles (juin 2006)

Ce Cahier n°22 m'a intéressé(e) :

- **Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 20 € pour ce Cahier et pour la réservation du Cahier n°23 (à paraître courant 2008)**
- **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

LA DÉMARCHE DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL UNE APPROCHE EN NOIR ET BLANC

Nous avons défini la clinique médicale du travail comme une clinique qui prend délibérément le travail comme grille de lecture. Cela signifie que, pour le médecin du travail, la santé, la maladie ou le symptôme ne sont jamais sortis du contexte environnemental que constitue le travail et que la recherche d'un lien entre les deux est toujours à l'œuvre dans l'analyse.

En réalité, une telle démarche pourrait être réalisée avec de simples grilles où il suffit de cocher des cases ; tel est le cas de bon nombre d'excellents questionnaires, par ailleurs fort utiles pour d'autres raisons.

Cette définition me paraît donc insuffisante. Car, avant tout, la clinique médicale du travail ne tient compte que du particulier et du singulier. Elle ne s'appuie que sur cette double exception qui est la condition nécessaire à son déploiement vers l'action collective. Nous parlons là du particulier de l'entreprise et du singulier du salarié.

Je commencerai donc par m'appuyer sur un exemple pour montrer toutes les aspérités de ce « particulier » de l'entreprise, j'introduirai ensuite ma position de médecin du travail dans l'entredoux « entreprise/«travailleur-salarié» », puis je montrerai comment le singulier du salarié est « saisi » au cabinet médical. Enfin, en reprenant en contrepoint l'exemple d'une entreprise au profil opposé à la première, je montrerai l'embarras du médecin qui doit faire au mieux, et qui ne peut faire qu'au mieux, pour respecter ses missions prescrites.

LE PARTICULIER DE L'ENTREPRISE

Aucune entreprise ne ressemble à une autre. Sa figure unique est construite par les caractéristiques de son historicité, au sens du chemin pris par son fonctionnement et son développement, observés en référence à l'actuel dont on parle. Sa figure est unique aussi à cause de ce qui se joue dans ce même actuel dont on parle.

Pour illustrer ce que je veux dire, je prendrai un exemple me permettant de raisonner à partir de ma pratique personnelle.

L'entreprise que je vais prendre comme soutien à mon cheminement est sortie de terre en 1987. Nous l'appellerons entreprise E1.

Un des premiers repères pour cette clinique est la longue durée d'observation de ce système que constitue l'entreprise ; ce qui donne un sens à tout ce qui est rapporté au cabinet médical.

Donc, en 1987, inauguration en grande pompe de E1, avec préfet et autres élus politiques de prestige. Je sais cela car j'y étais invitée, mais n'y suis pas allée estimant que je n'avais pas à me faire voir dans de telles opérations de marketing socio-marchand. Connaître cette présentation au monde d'une usine qui s'implante est un premier symptôme de l'expression de soi du chef d'entreprise : assez grandiose.

L'usine fait du traitement de surface des métaux. Après un décapage chimique par bains divers (dont l'un est à l'acide fluorhydrique), ou par traitement physique par sablage à la grenaille, les supports sont ensuite recouverts de peintures poudre projetées au pistolet avant une cuisson au four.

Il s'agit d'une petite entreprise qui emploie une quinzaine de salariés.

Lorsque je décide d'aller voir le travail que m'ont décrit ces derniers, je suis interloquée. Les cuves de décapage débordent. Je vois des bonshommes de toutes les couleurs qui s'activent : ils sont aussi colorés que les objets qu'ils peignent. Normal, ils ne disposent d'aucune aspiration, encore moins de cabine de peinture et pas plus de protections individuelles.

Le décapage se fait dans deux cabines « maison », avec aspiration par le plafond et avec masque en papier comme seule protection respiratoire. Ils ont donc la chance de respirer un supplément de poussières du fait de la technique de captage qui augmente l'empoussièrement de l'air qu'ils respirent en le surpolluant par aspiration de ce qui aurait tendance à tomber au sol.

Les locaux sociaux n'ont jamais été terminés : murs en plâcoplâtre de la douche complètement détrempés et moisissés ; réfectoire crasseux, jamais nettoyé par une main féminine, comme s'il avait plusieurs années d'ancienneté, etc.

Et la bataille commence... Pour obtenir des masques à adduction d'air, pour obtenir des cabines de peintures, et des tenues, et du chauffage, et tout le reste...

Le traitement chimique est arrêté, l'installation n'étant pas aux normes.

Des aspirateurs sont installés à la peinture. Les cheminées crachent maintenant les poussières par le toit. Comme l'usine touche un petit lotissement, les tuiles des voisins commencent à se colorer. La DRIRE est alertée et la récupération de la pollution externe est imposée par le préfet. La bataille ne cessera jamais, le patron semblant insouciant de ces questions de protection.

Cette sorte de combat, que je ne lâcherai pas, n'entamera jamais son humeur accueillante. Je suis toujours bien reçue lorsque je me déplace dans l'entreprise. Je dirais presque avec chaleur.

Comment un chef d'entreprise peut-il ainsi braver toutes ses obligations sans se trouver face à des résistances ou à des menaces plus dures provenant de ses salariés ?

Sorte de maîtrise du monde qu'il a consolidée par le recrutement de son personnel dans des catégories sociales souvent en difficulté d'emploi. En fait, habile sélection et habile utilisation.

D'abord, le choix. Presque tous les ouvriers sont tenus par des contraintes qui les rendent extrêmement soumis. Les plus anciens le sont par une absence complète de formation et de qualification professionnelle, par une absence de mobilité – comme ne pas avoir de permis de conduire – et par des situations personnelles d'isolement – comme vivre seul. Il a beaucoup embauché de personnes sortant de prison, des travailleurs immigrés aux parcours étranges ; beaucoup d'hommes aux parcours de vie constitués de ruptures et de difficultés financières majeures. En plus, les heures supplémentaires étaient courantes et ils gagnaient leur vie.

Puis, la manière de les commander. La pulsion d'expression du patron, aussi expansive et envahissante en interne qu'en externe, se repérait facilement par la particularité de son rapport à ses subordonnés. Parlant fort, courant toujours, il avait une présence dans l'atelier qui entretenait une espèce de rapport de fraternité avec eux, utilisant un tutoiement jovial sincère et non communicationnel tactique ; il ne s'est jamais présenté en patron costumé, mais en patron un peu débraillé, accourant en renfort lorsque « ça bourrait », comme me disent les ouvriers ; il a toujours été très souple en cas de coup dur personnel ; il a toujours demandé de faire des heures supplémentaires, de travailler des samedi matin, ne faisant appel qu'à des volontaires, et les salaires gonflaient d'autant.

Cette atmosphère est sans doute l'élément déterminant qui a poussé toutes ces personnes, non seulement à accepter leur sort durant de longues années, mais à se sentir redevables de quelque chose de cet état et à y trouver, en même temps, quelque chose qui les rassurait sans doute. Ils n'ont jamais grogné, ne se sont jamais vraiment plaints, ont accepté ce sort.

Mais apparemment, jamais dans la morosité ou la rancune contenue, ce que je percevais lorsque je parcourais l'entreprise en l'absence du patron. Leur empressement jovial à me

guider l'exprimait. Ils se faisaient un plaisir à me montrer les « horreurs », comme par exemple cette cabine de grenailage au murs de parpaings non protégés, que la grenaille décapait aussi ardemment que les pièces métalliques, au point que tous les parpaings étaient artistiquement géodés ; comme par exemple aussi les fuites d'eau de la toiture à côté de fils électriques pendouillants. J'avais l'impression d'une sorte de fierté et de jubilation à dévoiler cet aspect de leur travail.

De la même façon, les pauses qui se passaient dans le réfectoire étaient très joyeuses : éclats de voix, rires... , peu de retenue. Il m'est arrivé une fois de surprendre cela... Encore un indice...

Tout cela a façonné cette entreprise, lui a donné un aspect, une physionomie unique : dégradée, sale, mais vivante, alerte et gaie.

Puis, au milieu des années 90, il disparaît du tableau et une nouvelle équipe de direction le remplace. Je ne saurai jamais quel montage financier soutenait cette transformation. Ce qui est sûr, c'est que les rapports se sont transformés dans le sens d'un durcissement des rapports hiérarchiques et d'une distanciation entre le nouveau directeur costumé trois pièces et les salariés jamais propres sur eux.

Le nouveau directeur ne donne plus le coup de main qui soulage. Il n'est pas du métier. Les salariés le repéreront immédiatement et les relations me seront décrites comme très tendues. Lui est souvent hargneux à leur égard et eux expriment une sorte de mépris distancié envers ce directeur qui, me disaient-ils, « *Va couler la boîte, c'est sûr !* ». Donc, rien ne change dans les conditions de travail.

Et l'usure a fonctionné. La CRAM cessera de venir dans l'entreprise. Le contrôleur du travail, las de voir ses procès verbaux amnistiés à chaque élection présidentielle, demandera une mutation. Le suivant ne bougera pas.

Je suis restée, écrivant tout dans les fiches d'entreprise, mettant des postes de travail inaptes aux salariés, supprimant toute référence à l'aptitude tout en continuant une surveillance biologique et radiologique.

En 1999 E1 dépose le bilan : redressement judiciaire puis réapparition du premier patron.

Cette année-là, le service de médecine du travail recevra la lettre d'un salarié (présentée en annexe 4) qui décrit parfaitement les conditions de travail de cette période transitionnelle – exactement les mêmes que celles décrites plus haut.

Cette personne était un peintre âgé de 41 ans. Il est resté deux années dans l'entreprise, est parti et a essayé, seul, libérant une offensivité retenue, de renvoyer sa critique vers l'espace institutionnel public. Évidemment sans succès puisqu'elle m'est revenue. Le salarié, malheureusement, s'était adressé à la direction du service de médecine du travail.

Mais pour lui, de là où il était à ce moment-là, on peut penser que cette action lui aura redonné une forme de prise sur ce réel antérieur où toute maîtrise de sa propre protection était impossible.

INTERMÈDE

Ayant accepté mon impuissance à ébranler cette construction socio-industrielle, j'ai décidé d'attendre un événement qui me donnerait un nouvel angle d'attaque, à savoir, malheureusement, la survenue d'une catastrophe sanitaire.

Il s'agit d'une situation particulièrement embarrassante pour le médecin du travail car la culpabilité est très présente. Notre mission étant bien, par l'activation de la prévention, d'éviter l'altération de la santé par le travail. Cette résistance chronique à toute transformation protectrice donne une impression d'intervention en milieu hostile au point que l'approche des consultations entraînait une sorte de répulsion, doublement culpabilisante, de ma part. Pourquoi les recevoir pour rien ? Ces sortes d'échecs, qui sont loin d'être rares, sont une des facettes noires de la clinique médicale du travail.

En fait, je m'attendais à l'apparition d'une maladie professionnelle. Les sableurs étaient régulièrement surveillés par des radiographies pulmonaires. Enfin, le plus régulièrement possible, car, là aussi, les prescriptions étaient d'abord traitées comme des travaux en attente. Une lettre de rappel était un obligé presque constant.

Je tenais à cette surveillance car l'un des sableurs, que nous appellerons M. A..., m'avait signalé, en début d'année 2004, que la cagoule ventilée apportait, certes de l'air extérieur, mais aussi de l'eau et de l'huile. Il nettoyait régulièrement le fond de sa cagoule au solvant de dégraissage utilisé pour dégraisser les pièces métalliques. J'ai donc repensé immédiatement à un article de Mohamed BRAHIM qui décrivait le risque de pneumopathie huileuse chez les désamianteurs. M. A... m'avait en plus ajouté qu'il respirait aussi de la fumée provenant des fours de cuisson des peintures « *Des fois, je sors pour voir s'il n'y a pas le feu quand même !* », me disait-il.

En 2004, sa radiographie présente des macro-nodules. Il est alors pris en main par son médecin traitant. Un scanner est fait en 2005 qui confirme l'image. En 2006, un contrôle montre peu d'évolution des images. L'hypothèse cancéreuse est repoussée mais l'hypothèse d'une maladie professionnelle est avancée.

Mais par moi seule. Le médecin qui ne connaît pas le travail, qui ne se représente même pas le risque, n'accroche pas sur cette possibilité. Connaissant bien le circuit de prise en charge, je reprends en main l'exploration de M. A... Le recourt à la Consultation de pathologie professionnelle me paraît le plus appropriée dans ce contexte.

Mais M. A... n'a pas de permis de conduire et il habite en campagne. La CPP est à 130 kilomètres de chez lui. Pourtant, il accepte ce projet à visée diagnostique.

Je décide donc de demander à l'employeur d'imaginer un moyen pour l'emmener à cette consultation avant d'en planifier le déroulement.

Il me fera la réponse suivante : « *Son frère, qui a une Mercedes, n'a qu'à l'emmener ! ; d'autant plus qu'il s'est*

pris une semaine de vacances pour l'aider à égorger les moutons pour l'Aïd el Kebir – le frère travaille effectivement chez un boucher. Il venait le chercher tous les jours en Mercedes, il peut bien l'emmener à la CPP. Le social, j'ai donné ! ». Pour l'anecdote, le patron rentrait de trois semaines de vacances en Afrique où il était allé pour participer à une chasse au petit gibier. Lui, il y était allé en avion !

Ce refus catégorique et assez violent m'indique que la bienveillance des années passées semble révolue. Tout de même, c'est un renseignement important, qui a à voir avec la médecine quand on est médecin du travail car, à un moment donné, il permet certaines compréhensions.

J'apprendrai aussi, lorsque je reverrai M. A... après la CPP, que ce frère était hospitalisé pour un cancer de la gorge. C'est un autre fait qui entre, comme un point supplémentaire, dans l'univers de cet ensemble.

Je me débrouille donc pour le transport de M. A... avec l'obtention d'une prise en charge, assez peu académique, d'un taxi par la CPAM(1).

Le résultat est une catastrophe. Il s'agit d'une silicose. Évidemment, toute l'usine apprend la nouvelle.

LE RETOUR AU CABINET MÉDICAL ET À LA CONSULTATION LE SINGULIER DE L'HOMME ET DE LA FEMME

Aucun salarié ne ressemble à un autre. Parler du singulier de l'homme ou de la femme au travail, c'est accepter de croire à l'exception que constitue chaque être humain. Comment accède-t-on à cette singularité irréductible de l'homme et de la femme dans leur rapport au travail ?

Évidemment, au cabinet médical, c'est par la présentation de soi, donc par la manière dont le corps nous apparaît, par le corps lui-même qui est marqué par ce qu'on lui fait faire, et bien sûr, par la parole.

Ce qui signifie, en empruntant ces phrases à Jean-Marie SAURET et Olivier DOUVILLE(2) que : « *...ce qui fait la valeur humaine de chacun, c'est précisément d'être différent de tous les autres (jusqu'à être autre à soi-même), de ne pas être interchangeables : cette singularité est impossible à situer sans le recours au langage qui permet justement de protester contre toute définition généralisante et de se repérer à partir d'un nom qui l'inscrit dans une filiation. Cette nomination, à laquelle répond le sujet nommé, dote ce dernier non seulement d'une désignation singulière, mais de la possibilité d'une histoire. En introduisant le sujet dans le monde, le langage dénature l'animal humain, dérègle la machine cognitive, subjective l'objet, anime la chose. Ni animal, ni machine, ni objet, ni chose, le sujet est responsable de sa position et acteur de ses choix...* ».

.....

1- M. A... se présentera à la CPP avec le courrier présenté à l'annexe 1.

2- Olivier DOUVILLE, (sous la direction de), 2006, *Les méthodes cliniques en psychologie*, Éditions Dunod

Je reprends donc le cours de mon histoire en me retournant vers la consultation médicale.

La maladie de M. A... a eu un effet électrisant.

C'est lui que je recevrai en premier, à ma demande, pour faire le certificat médical de déclaration de la maladie professionnelle. C'était mon objectif : faire un certificat médical très détaillé. Je savais en effet que le patron commençait à s'inquiéter depuis que je lui avais demandé la fiche de données de sécurité du produit de sablage ; je lui avais laissé entendre qu'un lien entre le travail de M. A... et sa maladie était presque certain. Responsabilité, culpabilité ? Il s'était immédiatement défendu en me disant qu'il avait été beaucoup plus exposé lorsqu'il travaillait en maçonnerie. J'ai donc bien en tête ce que je souhaite retirer de cette consultation : une description assez précise du mode opératoire et ce que M. A... pourrait m'en dire, de son point de vue.

M. A... est âgé d'une cinquantaine d'année, il est très maigre, le visage très couperosé. Il est dans l'entreprise depuis 1996.

Il se présente tout propre, les cheveux à peine secs. Il sent le savon. On voit qu'il arrive de chez lui car, ce matin-là, il « est d'après-midi ».

D'emblée, j'aborde les résultats de la CPP. J'explique ce qu'est une maladie professionnelle et je l'interroge sur des expositions antérieures éventuelles. À son avis il y en a eu très peu, même lorsqu'il était manoeuvre chez un artisan maçon. Il était beaucoup dehors et n'a pas le souvenir d'expositions gênantes.

Il souhaite faire cette déclaration. Pour cela, je lui demande de me décrire très précisément ce qui est le plus empoussiérant dans sa cabine de sablage et sa manière de travailler.

M. A... éjecte les mots, il parle saccadé et exprime des choses très brutes. Je le laisse parler sans trop interrompre en demandant parfois une précision. J'attrape au vol des phrases qui sont parfois à peine retravaillées par une mise en ordre de la pensée et j'écris. C'est un peu en désordre, mais, en fin de compte, on y retrouve quelque chose qui décrit bien le réel dans ce que ça impacte sur lui. C'est court, mais toujours assez subtil de signification. Le ton, les mots, le rythme du discours me donnent un certain accès à sa subjectivité.

« Maintenant, je ne me casse plus la tête, je ne vais plus vite, vite », « des fois, j'ai envie de laisser tomber », « remuer la ferraille, c'est le plus pénible », « de la poussière, on en bouffe ». « la toiture est défoncée, on met des seaux », « le soir, on a la gueule noire », « je suis enfermé entre quatre murs de parpaings qui sont tout bouffés. On voit clair au travers presque. Les autres derrière, y z'en profitent aussi de la poussière », « on se demande quand est-ce que ça va s'écrouler tout ça », « avant on avait des amortisseurs en caoutchouc, mais ça durait pas longtemps », « le soir on dirait des charbonniers quand on rentre », « des fois, on faisait 14 heures d'affilée pendant une semaine ou deux ».

Je vérifie donc que la silice vient de l'abrasion des parpaings qu'il a assidûment décapés et de la réutilisation en boucle de la grenaille chargée qui tombe au sol. En effet, il m'explique

qu'il ramasse à la pelle et jette dans la sableuse, pour un nouveau cycle d'utilisation, tout ce qui retombe au sol, à savoir : grenaille et poussières de ciment. Cette opération, qui se fait deux à trois fois par jour, est très polluante puisqu'il y a remise en suspension des poussières. La recharge de la sableuse en grenaille neuve ne se fait que lorsque l'abrasif, plusieurs fois réutilisé, devient moins efficace. C'est lui qui repère le moment. Une question d'expérience. Par semaine il faut recharger avec trois ou quatre sacs de grenaille neuve. Avec tous ces éléments et le contenu de son dossier, je rédige le certificat médical(3).

Mais, pour l'instant, M. A... veut continuer son travail.

Il y a un attachement à cet environnement professionnel que je m'explique mal mais qui m'interdit d'avancer vers une proposition de retrait. Ce que j'imagine être une protection n'en est pas une pour lui. L'expression « inaptitude médicale » n'est pas utilisée.

Trois mois plus tard, un autre sableur, M. B..., vient pour sa consultation annuelle. Évidemment les entretiens médicaux périodiques ne font jamais l'objet d'une demande de la part des salariés. Ces derniers répondent donc, avant tout, aux questions du médecin mais n'apportent pas spontanément un problème à soumettre. Sauf que, les questions sur l'activité sont tellement inhabituelles (de qui que ce soit !), que lorsque le médecin se cale bien à niveau avec sa méconnaissance, les expressions descriptives arrivent assez vite. Et M. B... me connaît depuis longtemps.

La maladie de M. A..., j'en ai la certitude, va être au centre de cet entretien, même si elle ne sera jamais nommée. On va lui tourner autour, de celle-là et des autres possibles. Moi, pour essayer d'en mesurer l'impact sur les collègues de M. A... : appréhension pour sa propre santé, modification des manières de travailler..., lui pour me faire comprendre qu'il sait que j'attends un peu tout ça.

M. B... est sableur depuis l'âge de 29 ans dans l'entreprise. Il a aujourd'hui 41 ans. Effectivement, lorsque je le reçois, je suis beaucoup plus préoccupée par les effets de son exposition professionnelle qu'au cours des précédentes consultations car le réel des dégâts, auparavant hypothétique, vient d'apparaître concrètement sur la scène de cette entreprise.

Je laisse à nouveau parler du travail. M. B... s'exprime calmement mais avec un air malin qui correspond bien au « deal » implicite de cette consultation. « *Ma cabine est moins pourrie que l'autre* » (sous entendu, celle de M. A...). Il dit qu'il lui arrive de changer deux fois de masque respiratoire dans une journée. Il a été arrêté pour une lombalgie traumatique, « *C'est de plus en plus lourd, il prend ce qu'il trouve, des portails, vous voyez, des gros portails de mairies... c'est des trucs courants, un jour y va y avoir un mort là-dessous* ».

.....

3- Certificat joint en annexe 2.

4- L'observatoire SAMOTRA-CE (SANTé Mentale Observatoire TRAVAIL Région Centre) est un système de surveillance épidémiologique de la santé mentale en relation avec l'activité professionnelle dans la région Centre. Les données sont recueillies au cours de consultations médicales périodiques auprès d'un échantillon de salariés tirés au sort. Un des questionnaires porte notamment sur le descriptif des conditions organisationnelles du travail actuel.

Il se trouve que M. B... est un « SAMOTRA-CE »(4). Il répond positivement à la question sur le travail aux intempéries, ce qui me fait marquer un mouvement de surprise. « *Oui, on va chercher la ferraille dehors quand il pleut. On rentre, on dégouline de partout ! Si on demande des protections, on vous répond "Vous n'avez qu'à aller à La Poste". Y n'en a rien à foutre de nous !* ».

M. B... me dit qu'il refuse maintenant de faire les heures supplémentaires : « *Du boulot, j'en fais un peu ailleurs, ça me plaît et c'est du net !* ». Il entretient des propriétés.

Il part en me disant qu'il allait se faire payer les deux heures que cette consultation lui a coûté en temps personnel. Il est aussi venu en dehors de ses heures travaillées.

Recevoir des salariés en dehors de leur temps de travail est aussi un symptôme qui alimente cette clinique et qui entre dans la construction de la silhouette de l'entreprise.

Le troisième, M. C..., est accrocheur. Il a 49 ans et travaille dans l'entreprise depuis plus de quinze années. Il a commencé comme peintre au pistolet mais il a rapidement fait une « allergie » qui se serait manifestée par des lésions croûteuses du visage. L'allergologue parlera d'une réaction thermodépendante à la peinture pulvérisée. M. C... sera muté à l'accrochage, au décrochage des pièces et à leur dégraissage. Il ne fera plus que des manutentions manuelles. Le dégraissage s'est toujours fait à mains nues. M. C... est un homme très maigre, gros fumeur et présentant les symptômes d'un alcoolisme chronique. À 35 ans je lui trouve des signes d'artérite des membres inférieurs. Je lui signalerai tous les ans ce symptôme en lui expliquant sa signification. Malgré des courriers pour son médecin traitant, il laissera placidement passer les années sans faire la moindre démarche exploratoire. C'est un monsieur très gentil, qui ne se plaint presque jamais de son travail, sauf en 2005 où il me dira qu'il a « *des coups d'électricité au décrochage* ».

En 1996, un lumbago est signalé survenu en soulevant une pièce lourde. Il ne sera pas déclaré en accident du travail. Par la suite, il signalera régulièrement des douleurs du dos mais ces douleurs ne le gênent pas trop. Finalement, il ne verra son médecin traitant pour les problèmes vasculaires qu'en 2006.

Le jour de la consultation, c'est ce qu'il m'annonce en premier. Il est traité, a arrêté les cigarettes. Puis, comme d'habitude, j'aborde le travail. Je lui demande quel est son jugement sur le niveau de pénibilité de son activité. « *Y a pire, c'est ce qui faut se dire* » répondra-t-il. Il trouve que « *ce travail, ça change, on apprend tous les jours !* ». Et c'est tout, pour lui, ça va.

M^{me} D... a 19 ans et c'est son premier emploi. Elle est peintre au pistolet. Elle vient de rater les concours d'entrée à l'école d'infirmières et elle compte essayer à nouveau cette année. En attendant, elle a besoin d'un salaire car elle ne vit plus chez ses parents.

Côté travail, elle me dit qu'elle se protège des poudres de peinture par masque et cagoule, qu'elle fait aussi un peu d'accrochage mais qu'elle ne peine pas, « *C'est monotone*

mais pas difficile. Les pièces trop lourdes sont accrochées par les hommes. Je ne me plains pas du tout, je suis très chouchoutée, étant la seule femme en peinture ! ». Le patron lui a même aménagé des horaires. Elle ne travaille pas en équipes 2X8 comme les autres, mais à la journée, de 7 h 45 à 17 h.

La clinique médicale du travail est donc constituée d'une mosaïque de données, d'informations et de symptômes, qui, compilés, raccordés entre eux, font apparaître un tableau qui a une tonalité unique dont il faut tenir compte pour essayer d'y trouver une place où s'intégrer, tout en tenant son rôle de médecin du travail.

Il s'agit de l'autre aspect de la clinique médicale du travail : pour quelle action de transformation ? Question difficile !

Pour en montrer les difficultés, je m'appuierai sur une mise en perspective de deux entreprises présentant des caractéristique comparables et pourtant très contrastées en même temps.

UNE AUTRE VERSION D'UNE TONALITÉ OPPOSÉE

Une autre entreprise de même dimension, du même secteur professionnel, c'est-à-dire de la métallurgie, pourrait être comparée, en vis-à-vis, à la « Zola ».

Cette entreprise-là, que j'appellerai E2, est aussi toute neuve puisque sa construction date d'à peine une dizaine d'années. Elle est rutilante, nette, bien entretenue, à l'intérieur comme à l'extérieur. Elle fabrique des outils spéciaux pour l'industrie automobile et elle fait du montage de précision pour l'industrie aéronautique. Elle est constituée de deux ateliers, d'un bureau de dessin et des bureaux directoriaux.

Le patron est un ancien ouvrier – il était fraiseur – qui s'est mis à son compte lorsqu'il avait une quarantaine d'années. Il a commencé avec deux salariés, puis sa femme sera embauchée cinq ans plus tard. Elle s'occupe du secrétariat et de la comptabilité.

Je les verrai régulièrement en consultation, lui durant huit ans et elle durant deux années, puisqu'elle est arrivée plus tard. Ils se sont toujours présentés respectivement comme P-DG et comme directrice générale, mais ils étaient salariés puisque la médecine du travail s'imposait à eux.

Je cesserai de les voir en entretiens médicaux individuels l'année de la construction de la nouvelle usine. Sans doute du fait d'un changement de montage juridique.

L'une des particularités du médecin du travail est qu'il rencontre tous les salariés d'une entreprise, y compris les directeurs et directrices(5). Est-ce un inconvénient, est-ce une ressource clinique ?

La réponse est difficile à donner pour moi. En reprenant les dossiers de M. et M^{me} E2, je m'aperçois qu'il y a peu de cho-

.....
5- Je précise qu'à cette occasion, je n'aborde jamais les questions de l'entreprise dans les dimensions de responsabilités de l'employeur vis-à-vis du personnel qu'il emploie. Le consultation médicale exclut, pour moi, cette forme de rapport.

ses sur le travail, si ce n'est du pur prescrit : « *Travail sur écran, déplacement annuels de 20 000 kilomètres, sur tel secteur géographique, etc.* » En fait, rien n'est vivant, au sens de l'apparition de quelque chose du sujet. Consultation blanche, pourrait-on dire. Mais, ai-je bien permis cette ouverture ? Ce n'est pas certain car je ne suis jamais à l'aise avec un directeur du fait de l'existence d'autres liens avec mon employeur personnel, et ces liens ne me laissent pas indifférente et m'entravent dans cette mise à niveau déjà signalée. Pourquoi ne pas avoir questionné, par exemple, sur ce qui empêche de dormir un P-DG d'une petite entreprise ? Je n'y arrive pas.

Cependant, la présentation de soi des dirigeants par le titre et non par le travail apporte un renseignement clinique qui va entrer dans le tableau de l'évolution de l'entreprise E2.

M. E2 s'est progressivement équipé de nouvelles machines, a embauché et s'est doucement agrandi jusqu'à employer une vingtaine de personnes à l'heure actuelle. Du vieil atelier peu commode et devenu trop petit, il est passé à l'usine neuve dont il a fait lui-même les plans.

Il a toujours essayé de protéger au mieux les ouvriers contre les nuisances de cette activité, à savoir, bruit, solvants et huiles de coupe, même s'il a été difficile de faire installer des aspirations sur les affûteuses des outils en carbure de tungstène.

On peut dire que l'entreprise était le point central de l'attention de ce couple. Tellement central que les deux enfants entrent dans l'entreprise dès qu'ils ont terminé leurs études.

La fille est embauchée comme « assistante de direction, responsable qualité » à l'ouverture de l'usine neuve. Le fils, après avoir réussi un BTS d'outilleur, entre directement dans l'entreprise où il commencera par faire un apprentissage d'un an sur une fraiseuse avant de devenir responsable de production. La bulle familiale est constituée et le clivage devient extrêmement rigide entre production et direction.

Pourtant, E2 est la première entreprise de mon secteur qui met en place les 35 H hebdomadaires, sans diminution du salaire, en 2000. Les règles du Code du travail sont respectées scrupuleusement : consultations d'embauche et de reprises toujours demandées, et exigées dans les délais. Il m'arrive d'être indisponible et cela est très mal accepté !

Les plaintes affluent à dater de l'arrivée du fils en 1999. Les délégués du personnel me parlent de « harcèlement moral », en particulier pour M. F..., qui, en désaccord avec les ordres du fils sur le réglage de sa machine, résistera au nom du principe d'expérience qu'il revendique bruyamment. Bruyamment, mais dans une relative solitude car il aura su s'isoler de ses collègues en négociant personnellement, lors de son embauche, un salaire supérieur à ceux des ouvriers de qualification équivalente. En plus, il ne fera aucun signe de ralliement à des revendications collectives, par exemple sur les salaires, qui ont été gelés après les 35 H, évidemment.

Le cas de M. F... sera extrêmement violent, débutant par un malaise spectaculaire en plein atelier. Par la suite, il sera déclassé, son salaire sera diminué et les arrêts de travail

s'enchaîneront rythmés par les brimades qui iront jusqu'à le mettre sur une chaise au milieu de l'atelier.

J'interviendrai une fois auprès du P-DG en expliquant les risques majeurs d'un recours à une violence imprévisible que de tels traitements entraînent parfois.

Après une accalmie, le conflit reprendra de plus belle. Il y aura hospitalisation de M. F... pour des symptômes psychosomatiques, puis un psychiatre m'écrira pour me demander de mettre fin à la bataille(6). À 58 ans, M. F... sera mis en inaptitude et licencié.

L'atelier de montage micro-mécanique est isolé de l'atelier mécanique et le responsable ne fait pas partie de la famille. Ce sont les salariés qui sont en famille : deux frères et l'épouse de l'un d'eux et... la sœur du P-DG.

Le montage des pièces doit être de très grande qualité puisque le système qu'elles forment est déterminant pour la garantie de sécurité des avions. Il n'y a pas de vrai rendement exigé, mais les TMS apparaissent à répétition uniquement chez le couple et chez le chef d'atelier(7). Je ne crois donc pas à la seule causalité des gestes répétitifs.

Dans cet atelier, il m'est rapporté « la mauvaise ambiance, l'impression d'être surveillé », la peur de la fille « qui épie tout et ne dit pas bonjour... ».

On ne peut pas parler de mauvaises conditions d'un travail qui est bien ancré dans le réel puisqu'on connaît exactement les enjeux de ce qu'on fait et pourquoi on le fait. Je ne comprends donc pas d'où viennent ces tensions. Que se noue-t-il au niveau des liens familiaux ?

Le bureau des deux dessinateurs se trouve dans la sphère de la direction mais en est séparé par des cloisons closes.

Aux questions sur le travail, « *Ça se passe !* », « *J'ai d'autres priorités qui sont : attendre le week-end, attendre les vacances, attendre la retraite !* », « *Ma santé va mieux que le travail*(8) », me dit un salarié spécialisé dans le dessin d'outillage de presse. Il est très gêné par les ordres contradictoires qu'il reçoit du fils d'un côté puis du père de l'autre. Il est très gêné aussi par les restrictions mesquines que la fille du patron impose pour la fourniture des outils de bureau : gomme coupée en deux, stylos à l'unité, post-its par paquets divisés. Il achète maintenant ses stylos. Sa chaise a le dossier cassé et l'assise est constituée d'une planche recouverte de mousse. À travailler 200 jours par an assis, il commence à avoir mal au dos. Il ne veut pas que j'intervienne pour la chaise. Il explique que ce travail est fatigant car il faut imaginer sans arrêt ce qu'on va faire avant de le dessiner. Il avait l'habitude de prendre deux pauses, 15 minutes le matin, 10 minutes l'après-midi. Mais récemment, M^{me} E2 a fait une telle crise en le voyant auprès de la machine à café, en criant qu'elle ne le payait pas pour rien, qu'il se fait des arrêts discrets, au hasard, lorsqu'il en a

6- Courrier présenté en annexe 3.

7- En annexe 5, certificat de déclaration en maladie professionnelle de la dernière en date.

8- Alors qu'il est toujours suivi annuellement pour un lymphome en rémission depuis 1998.

besoin. « *Ils ne supportent pas qu'on lève le nez du travail, ils ne comprennent pas que c'est plus rentable pour eux ; mais elles, elles ne se gênent pas pour parler de leur menu du dimanche. On entend ça quand on passe à côté !* ».

Il a cherché un emploi ailleurs, mais avec une spécialité aussi particulière, il n'a pas trouvé.

Le seul salarié syndiqué a été licencié. Les délégués du personnel tentent de tenir leur mandat, mais ils sont découragés par des pressions sournoises et répétées comme des refus de dates de vacances avec un conjoint, des contrôles systématiques de tout arrêt de travail. Ils se replient. Un délégué maison est mis en place. Le paradoxe est qu'il y a une grande stabilité d'emploi, pas de démissions.

Dans cette entreprise aux conditions de travail correctes, personne ne rit, les salariés viennent au travail « parce qu'il faut bien travailler », mais sans plaisir.

UNE CLINIQUE QUI OUVRE À DES QUESTIONS

Dans l'entreprise E1, malgré la pénibilité des maintenances, je n'ai pratiquement jamais rencontré de troubles musculo-squelettiques, ni de pathologies invalidantes de la colonne vertébrale, ni de troubles anxio-dépressifs liés au travail. Certes, il y a eu des accidents du travail graves mais la trace en est sortie des mémoires. Et, certes il y a au moins une maladie qui aura un aboutissement vital sévère à long terme.

En fait, pas plus que l'attention au matériel, il n'est porté une grande attention à la façon de travailler des ouvriers. Ils s'y prennent donc comme ils veulent, avec les aides qu'ils veulent, et, entre eux, ils se donnent un coup de main. Ils disent donc qu'il y a une bonne ambiance.

J'ai compris que certains salariés retrouvaient, dans cette entreprise, « à la Zola », ne manquera-t-on pas de dire, des accommodements qui leurs convenaient bien. En revanche, d'autres fuient, tel celui qui fera la lettre dénonçant ce qu'il trouvait innommable.

Dans l'entreprise E2, tout est à l'opposé. Il y a des pathologies qui sont présentes et sensibles dans le présent ; il est prévisible d'en voir survenir d'autres. Mais l'ordre de gravité en terme de morbi-mortalité n'est pas le même.

Dans ces exemples, je voulais montrer combien la clinique médicale du travail se nourrit de toutes sortes d'information

provenant, et du cabinet médical, et de ce qui est en dehors du cabinet. C'est une construction qui prend du temps, une matière brute qu'il faut ciseler pour lui donner un aspect, une forme figurative dynamique où chacun trouve une place.

Je voulais montrer aussi qu'une entreprise et ses occupants n'est justement pas une fourmilière mais un système où rien n'est vraiment programmé, même si certaines caractéristiques restent dominantes (la crasse et l'absence d'attention à la protection pour E1, l'ordre, le silence et le repli individuel pour E2).

Il faut laisser passer beaucoup de temps pour essayer de comprendre un peu tous ces entrelacs qui sont toujours complexes, mouvants et dans la nuance.

- Qu'est-ce qui pousse un patron à une politique de rejet de toute attention aux conditions de travail, au rejet de toute gestion de la prévention et d'une façon aussi bruyante ?
- Qu'est-ce qui pousse une famille de dirigeants à se couper de ses subordonnés et à se mettre en situation d'aliénation sociale interne ?
- Qu'est-ce qui poussent certains salariés à se plaire dans l'entreprise E1, à ne pas s'y sentir trop mal et à en tomber malade, comme M. A... ?
- Qu'est-ce qui en poussent d'autres à la fuir et à alerter ?
- Qu'est-ce qui explique que les salariés de l'entreprise E2 restent si durablement dans une solitude qui les fait souffrir ?
- Quel rôle pour le médecin du travail ?

On le voit tout de suite : sûrement pas une intervention trop bruyante et surtout pas à la place des salariés eux-mêmes.

Sans aucun doute, le médecin doit tenir sa place et faire intrusion pour les risques physiques lourds, tels les toxiques professionnels ou autres mises en danger vitales immédiates ou à long terme. Donner les informations, faire la veille sanitaire et alerter s'il le faut, sont des actions obligées portant sur le cadre de l'emploi des salariés.

Pour le reste, il doit pouvoir offrir une ouverture à une compréhension, à des mouvements qui soulagent, voire qui redonnent une autonomie d'action. Travail long et difficile de démêlement d'un matériau qu'il faut aller quérir sans cesse, dans la durée.

Comme le dit Jean OURY : « Des petits romans » qu'il faut mettre en forme, sans en comprendre systématiquement les rebondissements, avec une fin provisoire, tout le temps provisoire, donc peut-être sans fin.

Fabienne BARDOT

Annexe 1

Consultation de pathologies professionnelles

Je vous adresse Monsieur A... en consultation de pathologie professionnelle pour affiner les explorations déjà commencées et pour arriver à porter un diagnostic sur ses images pulmonaires actuelles.

M. A..., âgé de 49 ans, travaille depuis avril 1996 dans une entreprise qui fait du traitement de surface des métaux. Depuis cette date, il fait du décapage et du sablage. Il travaille en équipe 2X8 pratiquement depuis son embauche. Il était auparavant dans le bâtiment : maçon, puis charpentier couvreur. Avant d'entrer chez X', l'entreprise actuelle qui l'emploie, il avait connu deux années de chômage.

En 1997, j'avais noté qu'il était exposé aux poussières de fer (puisque il sable avec de la grenaille) et à l'amiante car le plafond de la « cabine » où il décapait était constitué de plaques de fibro-ciment ; les plaques étant elles-mêmes décapées par le jet de grenaille en fonction des positions prises par l'opérateur, notamment lorsqu'il travaille penché, le jet pointé vers le haut pour faire dessous et côtés des objets à décapier.

En 1998, j'avais demandé la mise en place d'une cabine de sablage conforme aux normes de sécurité. Cette année-là une cagoule à adduction d'air lui est fournie.

En 1999, il me dit que malgré la cagoule, il respire de la poussière. « De la poussière, on en bouffe », dit-il.

En 2000, j'apprends qu'il y a une cagoule pour trois personnes. Cette année-là, il me signale, que parfois, il arrive de l'eau dans sa cagoule par les tuyaux d'arrivée d'air. J'obtiens des cagoules individuelles.

En 2004, il me dit qu'il y a aussi de l'arrivée d'huile dans la cagoule provenant du compresseur. Il s'en aperçoit parce qu'il doit dégraisser le fond de sa cagoule. Il prétend aussi que de la fumée, provenant des fours de cuisson des peintures, entre dans la cabine. « Des fois, je sors pour voir s'il n'y a pas le feu quand même ! », dit-il.

La première graphie est faite en 1997 : elle ne montre pas d'anomalies (compte rendu joint). Mais en 2004, des macro-nodules sont signalés à la graphie (compte rendu joint).

Il est alors pris en main par son médecin traitant. Un scanner est fait en 2005 qui confirme l'image. Un contrôle fait en 2006 montre peu d'évolution des images. L'hypothèse d'une origine professionnelle est évoquée.

C'est la raison pour laquelle je vous l'adresse dans le cadre d'une convention CRAM-prévention.

M. A... n'a pas son permis de conduire. Il a peu d'autonomie et vient de loin. L'employeur ne veut pas entendre parler d'une prise en charge des ses frais de déplacements.

M. A... est donc obligé de venir à cette consultation en taxi. Par ailleurs, il est pris en charge à 100% par la CNAM. Peut-on envisager de faire prendre ses frais de taxi par la Caisse ?

En vous remerciant, je vous prie de croire, Cher Confrère, à l'expression de mes salutations confraternelles.

Annexe 2

Certificat médical

Déclaration d'une silicose professionnelle chronique, tableau n° 25, section A-A2, chez un salarié âgé de 50 ans, employé comme « sableur » à l'entreprise X à Y.

Histoire de la maladie

Une radiographie standard de surveillance systématique pour exposition aux poussières de métaux, de silice et d'amiante (suspicion pour l'amiante) est demandée en décembre 1997. Le cliché pulmonaire de face est normal.

Les graphies demandées en 2001, 2002 et 2003 ne seront pas faites.

En mars 2004, je prescris à nouveau un cliché de contrôle. Il est réalisé le 17 mai 2004. Le compte rendu est le suivant : on « retrouve plusieurs macro-nodules pulmonaires de 8 à 12 mm de diamètre, trois, peut-être quatre dans le lobe supérieur, un autre sous-axillaire droit, un autre para-cardiaque gauche, qui méritent une exploration scannographique, éventuellement une bronchofibrographie ».

L'examen tomométrique thoracique est réalisé le 20 octobre 2005. Le résultat confirme la présence de « multiples nodules disséminés dans les champs pulmonaires droit et gauche... Ces nodules sont de tailles différentes. »

Faisant l'hypothèse de l'origine professionnelle de ces lésions, j'adresse M. A... à la consultation de pathologie professionnelle de Z. La demande est faite le 24 mai 2006 ; assez tardivement car M. A... n'a pas de voiture pour se déplacer et il avait, dans un premier temps, préféré un suivi local auprès du Dr Pneumo.

La CPP donne les conclusions suivantes :

« Les EFR ont montré une légère obstruction dans les bronches distales avec un VEMS à 91% et un DEP à 75%. La fibros-

copie bronchique, avec lavage broncho-alvéolaire révèle une petite excroissance muqueuse au niveau de la bronche gauche, dont la biopsie a montré un remaniement inflammatoire subchronique non spécifique. Le lavage broncho-alvéolaire a montré une hémorragie intra-alvéolaire et l'examen cytologique révèle la présence de sidérophages. L'étude des particules inhalées montre une charge particulaire élevée avec présence de silice cristalline à 30%, de fer cristallin à 20 %, des feldspaths à 18%. On note une numération faible des corps asbestosiques.

L'avis du Pr M, au vu de l'ensemble des résultats de ces examens, est tout à fait en faveur d'une silicose pulmonaire. »

Description du travail

M. A... est embauché en avril 1996 dans l'entreprise qui s'appelle alors X'. Dès le départ, il est affecté au « sablage ». Il s'agit de décaper des pièces métalliques avant leur traitement de surface par des peintures poudrées qui sont cuites par la suite.

Au début, il travaillait à la journée, sans vraiment compter ses heures puisqu'il lui est arrivé de travailler jusqu'à 14 heures par jour durant plus d'une année. Il a aussi fait les 3X8 de 2001 à 2002, puis, actuellement encore, les 2X8 (5 h-13 h-21 h).

Le décapage se fait avec de la grenaille d'acier projetée sous pression sur les pièces à nettoyer. L'opération se déroule dans des cabines non conformes aux critères de sécurité. L'aspiration se fait par le haut ; la rampe d'aspiration fait toute la longueur de la cabine et est donc installée dans son plafond. Les protections individuelles fournies sont des masques papier et une cagoule à adduction d'air. En 2001, il n'y avait qu'une cagoule pour trois opérateurs. Tout au long de ces années, M. A... m'a toujours affirmé qu'il respirait de la poussière et que les protections étaient insuffisantes.

Bien que la technique n'emploie pas le sable comme matériau abrasif, j'ai noté, dans le dossier médical et sur les feuilles de consultation remises à l'employeur, une exposition à la silice en plus des poussières métalliques. En effet les quatre murs de la cabine sont montés en parpaings. La grenaille décape autant la ferraille que la maçonnerie. Se dégage donc une poussière importante de ciment.

Puis, tout ce qui retombe au sol, grenaille et poussières de ciment, est récupéré à la pelle et jeté dans la sableuse pour un nouveau cycle d'utilisation. Cette opération, très polluante puisqu'il y a remise en suspension des poussières, se fait deux à trois fois par jour. La recharge de la sableuse en grenaille neuve ne se fait que lorsque l'abrasif, plusieurs fois réutilisé, devient moins efficace. Par semaine il faut recharger avec trois ou quatre sacs de grenaille neuve. La silice dégagée par le sablage des parpaings est donc sans cesse remise en circulation.

Actuellement les parpaings sont presque totalement détruits, pleins de géodes. M. A... en fait la description suivante : « Ils sont tout bouffés, ça tient ce que ça veut tenir ! On voit clair au travers. »

Le soir, en fin de poste, M. A... dit que ses narines sont noires à l'intérieur, « On dirait des charbonniers quand on rentre, on a la gueule noire ».

L'exposition de M. A... à la silice a été continue depuis son embauche dans l'entreprise du fait de la conception inadéquate d'une cabine de sablage, conception en totale contradiction avec toutes les normes de sécurité les plus élémentaires.

Les conditions de travail semblent bien avoir un lien direct et essentiel avec l'apparition de cette pathologie pulmonaire.

Annexe 3

Madame et Cher Confrère,

J'ai vu à trois reprises M. F... depuis le 20 avril 2005. M. F... présente un état dépressif majeur réactionnel à un vécu sensitif de son travail.

Cet état s'inscrit dans un contexte de stress aigu évoluant depuis cinq ans environ, avec troubles du sommeil majeur et chronique, ruminations mentales obsédantes et déprimées permanentes, lutte désordonnée contre l'adversité masquant plus ou moins cet état, et, pour finir, état d'épuisement physique et psychique.

Cet état mérite un dispositif thérapeutique adapté (entretiens, traitement antidépresseurs, éloignement du milieu professionnel). Ce tableau clinique ainsi que le contexte général de la situation devrait, en toute logique, entraîner la mise en inaptitude.

Je vous prie...

Annexe 4

Madame, Monsieur,

Par la présente, je tiens à porter à votre connaissance les conditions de travail dans lesquelles travaillent les ouvriers de cet établissement dont j'ai fait partie.

L'activité de cette entreprise est le sablage de pièces métalliques puis mise en peinture avec de la peinture au plomb (au pistolet) et passage dans des fours à haute température.

Aucun ouvrier n'a de masque ni de combinaison de travail, exceptés les deux peintres, personne n'a de chaussures de sécurité alors qu'ils travaillent avec des pièces métalliques qui, pour certaines, pèsent plus de 100 kg.

Aucune protection pour les oreilles (sableuse). Aucun système de ventilations ou d'aération et il est même interdit d'ouvrir les portes par forte chaleur, on étouffe là-dedans. La peinture se pose partout, sur les machines, les murs, etc. et j'en passe.

Pour dégraisser des pièces avant de les peindre, le patron nous les fait passer dans les fours à haute température, la graisse fond et brûle donnant une fumée noirâtre et âcre qui pique les yeux et le nez (toujours interdit d'ouvrir les portes).

Je vais terminer par le moins grave, c'est l'état des douches (à vérifier l'état des branchements électriques car l'eau s'écoule derrière les plaques de placo risquant de provoquer l'électrocution de celui qui y toucherait), des toilettes et du réfectoire qui, je tiens à vous préciser, ne sont jamais nettoyés.

Je sais aussi que le médecin de la visite médicale met « inapte » à chaque personne de cette entreprise se présentant.

J'espère qu'à la suite de cette lettre un contrôle des installations de cette société _ _ _ sera effectué car les ouvriers sont exposés tous les jours à cette peinture au plomb qui pourra provoquer à long terme de graves atteintes.

Veillez agréer, Monsieur, Madame, mes salutations distinguées.

Annexe 5

Certificat Médical

Déclaration d'un Syndrome du Canal Carpien gauche (maladie professionnelle n°57-C 2^{ème} alinéa), chez un homme âgé de 35 ans, travaillant comme monteur en micromécanique à l'entreprise E2.

Description de la maladie

M. G... a commencé à être gêné par des engourdissements de la main gauche, sans topographie précise, l'été dernier. Il a consulté de D^r P... le 3 novembre suivant. Ce dernier a pratiqué un EMG (joint), qui a montré « un ralentissement net de la vitesse de conduction sensitive du nerf médian gauche dans la traversée du poignet traduisant une compression ++ avec une diminution de l'amplitude du potentiel sensitif recueilli par rapport au nerf cubital, ce qui traduit une perte axonale ». Il conclue à l'existence d'un « Syndrome du Canal Carpien gauche avec retentissement électrophysiologique net, au stade chirurgical ».

Actuellement M. G... décrit des réveils nocturnes l'obligeant à bouger les doigts et à secouer la main pour faire disparaître les engourdissements.

Description du travail

M. G..., qui travaille de 7 h 45 à 17 h 15, avec une coupure de 45 minutes le midi, ne fait que du réglage de résolveurs. Pour cela, il pose la sonde constituée de trois résolveurs sur une roue centrale. L'objectif de l'opération est de rôder les dents des résolveurs avant réglage. Une sorte de manette permet de faire tourner la roue centrale et c'est en tenant cette manette de la main gauche (préhension de la main) et en la déplaçant dans le plan horizontal faisant un angle de 90° avec l'axe central de la roue, en aller-retours répétitifs (flexions-extensions répétées du poignet), que le résolveur est correctement graissé et que ses dents sont bien emboîtées. Pour un travail bien fait, il faut une quarantaine d'aller-retours. L'opération est à faire pour chacun des résolveurs, c'est-à-dire, trois fois pour une sonde. Le travail se termine par le réglage qui consiste à desserrer de la main gauche (préhension forcée de la main) chaque résolveurs pour obtenir le bon réglage des entredents.

Pour résumer, pour une sonde, il faut faire trois rodages et trois réglages. Durant une journée de travail il fait de six à douze sondes au maximum.

Les gestes professionnels, très répétitifs, semblent bien avoir un lien direct et essentiel avec l'apparition de cette pathologie musculo-squelettique de la main gauche.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES SUJETS AU TRAVAIL, APPROCHE COMPRÉHENSIVE⁽¹⁾

L'objectif de ce travail est de rendre compte, pour un collectif de travail de documentalistes de 35 personnes, d'une pratique faite de clinique médicale du travail compréhensive, avec un souci de prévention collective tourné vers la mise en visibilité du rôle de l'organisation du travail.

MÉTHODE

Nous nous sommes appuyés sur le déploiement d'une clinique médicale du sujet au travail nourrie de psychodynamique du travail, employée depuis plus de quinze ans dans un établissement de plus de 1 000 personnes.

Nous rapportons ici le résultat du suivi sur une année d'une population très spécifique d'agents administratifs exerçant la documentation dans une industrie de *process*, antérieurement suivie par un autre médecin du travail. Dans ce collectif, certains agents ont des parcours individuels et professionnels particulièrement douloureux. Ils ont aussi été très malmenés il y a cinq ans par une réforme « en force » de leur organisation.

La pratique intercompréhensive développée par le médecin du travail nourrit aussi un système quantitatif de veille médicale en santé mentale au travail utilisant quatre indicateurs qui permet les comparaisons avec d'autres petits collectifs de travail de la même entreprise suivis par le même médecin. Ma pratique médicale fait relation régulière de ce suivi collectif depuis dix ans dans les rapports annuels en employant le « travailler » des sujets et l'organisation du travail comme grille de lecture. Mise en visibilité sociale des effets du travail sur la santé et débat dans les espaces de délibération de l'entreprise sont recherchés pour interroger les nouvelles modalités d'organisation du travail.

RÉSULTATS

On rencontre dans cette section une gravissime dégradation de la situation de la santé mentale au travail, à l'ampleur peu habituelle au regard de ma pratique. Les déterminants du travail sont plus ou moins anciens, et aujourd'hui inscrits

1- Communication présentée au 29^e Congrès national de médecine et santé au travail, Lyon le 31 mai 2007

dans une spirale délétère impactant toutes les parties de cette section de documentation.

Ainsi, 45% des agents présentent des troubles de la santé mentale en rapport avec le travail (le double de la moyenne de l'effectif du médecin du travail),

- dont 12% avec des **dépansions professionnelles réactionnelles** anciennes et perdurant (avec à un moment donné traitement spécifique et arrêt de travail) ;
- 34% présentent une **souffrance au travail** dont 22% sont de nouveaux cas ;
- 13% des **états réactionnels aigus** dont 9% de nouveaux cas.

Comme nouveau médecin du travail de cette section professionnelle, je dois faire une première alerte argumentée de risque psychosocial pour ce collectif, après six mois de suivi médical. Il s'en suit un débat en Comité d'entreprise et en CHSCT. Au bout d'un an, je dois prendre la responsabilité, après deux syndromes de stress post traumatiques spectaculaires, **de faire un droit d'alerte collectif pour danger grave et imminent**. Le contexte collectif en était alors le déploiement du retournement de la violence contre soi principalement à type de somatisations, un effondrement des collectifs, et la détérioration majeure du vivre ensemble du fait du développement d'idéologies défensives.

Pour l'ensemble des agents suivis par le médecin du travail au cours des consultations médico-professionnelles, de courtes notes cliniques ou des éléments beaucoup plus développés sont tracés au dossier médical à la fin de la consultation. Dans les situations complexes, une synthèse y est rédigée à la suite des notes de travail. Les diagnostics argumentés ou les incertitudes cliniques y sont tracés.

Lors du travail clinique d'accompagnement des sujets au travail, deux questions doivent être arbitrées par le médecin du travail :

- **le travail, son organisation, les rapports sociaux qui s'y déploient, peuvent-ils expliquer tout ou partie de l'histoire de la construction ou de la fragilisation des sujets qu'on accompagne médicalement ?**
- **en cas de trouble psychopathologique ou de**

somatisation importants pour un sujet, quel est le risque ou l'intérêt d'un éloignement temporaire ou définitif du travail à visée thérapeutique.

Nous allons donc essayer de retracer pour ce collectif ce que leur travail nous permet de comprendre dans ce qui fait difficulté dans les dynamiques de mobilisation de la santé des sujets au travail.

Cet exercice « *d'écriture compréhensive* » du côté du « travailler » individuel et collectif, l'a été comme habituellement pour nous, en reprenant l'ensemble des dossiers individuels « sélectionnés » à l'aide du système de « Veille médicale en risques psychosociaux ».

Si la monographie collective présentée est ici très détaillée, depuis quatre ans nous avons l'habitude dans nos rapports annuels de rédiger des petites monographies collectives selon cette méthode, pour l'ensemble des petites structures, explicitant ainsi la « Veille quantitative pratiquée » en santé mentale au travail.

Cette règle professionnelle permet d'expliciter une veille collective dans l'espace public de l'entreprise, et si besoin, d'énoncer des « alertes en risque psychosociaux ». Dans des situations très dégradées, des alertes qui ont été entendues ont contribué à la transformation de situations de travail. Par deux fois malheureusement, elles ont précédé de quelques mois des suicides. Ce sont des agents pour lesquels le médecin du travail n'était pas outre mesure inquiet, qui en ont été victimes.

La situation rapportée ici va essayer d'illustrer le devoir d'intervenir avant le drame, car si le drame individuel est imprévisible, une dégradation collective d'une situation est accessible à la veille, au sens, et donc à l'action de prévention qui justement est le meilleur moyen de prévenir le drame individuel.

L'analyse développée ci-dessous est donc un extrait du rapport annuel de médecine du travail pour ce collectif de documentation.

ANALYSE COMPRÉHENSIVE AVEC LA GRILLE DE LECTURE DU TRAVAIL

« **C'** est à une crise du travail évidente à laquelle nous assistons. Certains agents de cette section de documentation peuvent pendant une certaine période être littéralement submergés par la charge de travail du fait du nombre notable d'absents qui assuraient la même activité (équivalente à 4,5 postes sur l'année). "On le fait quand même. Les chefs ne savent pas ce qu'on a fait pour cela". Mais ceci n'est pas tenable à court terme, d'où, devant la perte de confiance liée à cette situation, le désir de partir, de faire autre chose. Il y a un vécu insupportable de travail dans l'urgence : "On travaille dans l'urgence de l'urgence. Quand la question émerge auprès de la hiérarchie, on nous dit qu'on ne sait pas s'organiser".

Certains agents dans cette situation sont écartelés entre des injonctions contradictoires, d'assurer par exemple un travail collectif à réponse immédiate, tout en maintenant le

même niveau d'investissement pour des activités peu visibles qu'ils sont seuls à effectuer, mais dont personne ne se soucie dans leur chaîne de commandement.

Un certain nombre de tâches sont très spécialisées et effectuées par des agents seuls. S'ils sont absents, parfois pour des durées importantes en rapport avec leur état de santé, bien souvent, pratiquement rien n'a été fait quant à leur tâche spécifique, dont le monceau attend leur retour.

Certains agents présentent une souffrance éthique en rapport avec certaines modalités de non qualité dans le travail qu'ils réprouvent. Ainsi ne plus employer de papier de couleur par secteur de travail qu'on pourrait confondre avec un autre au prétexte d'économie alors qu'on est convaincu que c'est un élément important pour éviter les erreurs et les risques potentiels pour la sécurité. En découle un vécu d'absurdité de la situation et le développement d'une souffrance liée au fait que ses propres interventions n'aboutissent à rien pour faire évoluer positivement l'organisation du travail. Comment se résoudre à faire un travail que l'on juge de mauvaise qualité, quand pendant des années, toute son ardeur a été consacrée à tenir cette qualité ?

Ne pas voir la hiérarchie prendre en compte et comprendre même ce qui est au cœur de l'activité de travail pour laquelle on exerce son activité peut littéralement rendre malade. Surtout quand on estime qu'alors c'est sa propre compétence et sa conscience professionnelle qui est invalidée par ce qui serait du perfectionnisme ! Mais cela est alors tellement impensable au sens littéral, qu'il est difficile de sortir du mécanisme de retournement de la violence contre soi, surtout quand les collectifs de travail sont si fragilisés, que l'entraide a du mal à perdurer malgré les efforts désespérés de certains, qu'une fraction notable d'agents sont emprisonnés dans un passif d'injustice face auquel ils seraient seuls au monde.

Il est aussi une tradition dans cette section, d'y avoir affecté des agents, "en difficulté" du point de vue de leur parcours professionnel et social. Une minorité de ces agents peuvent d'un point de vue extérieur être jugés plus fragiles que d'autres. Le médecin du travail constate que souvent, à un moment de leur carrière ou l'organisation du travail ne les malmenait pas, ils pouvaient comme leurs collègues, apporter leur contribution professionnelle.

Le médecin du travail ne peut qu'exprimer son désaccord avec une pratique qui consiste à demander l'accord d'un groupe lors de l'arrivée d'un nouveau collègue présumé en difficulté. Cette façon de mettre en avant ce qui n'aurait pour le management que des causes exclusivement personnelles, ne peut qu'aggraver les difficultés. Cette pratique peut alors se lire comme une forme de maltraitance organisationnelle. Une très grave décompensation psychopathologique en est survenue, où un agent est monté sur un édifice de 40 mètres pour s'en jeter. Le médecin du travail et son infirmier ont réussi, en bloquant tout secours et mise en scène extérieure, à neutraliser cette situation. Malgré ce contexte dramatique, l'analyse par la clinique médicale du travail a convaincu ici le médecin du travail que le risque de privation du soutien de la communauté d'appartenance qui

perdurait un peu, ici le lien syndical, et qui semblait le principal soutènement de la santé de cet agent, était plus délétère que l'intérêt de prescrire une inaptitude temporaire au travail à but thérapeutique de sauvegarde.

Les conditions de la suppression d'un poste de contremaître, pour faire prendre en charge deux entités jumelles par un seul, ont de fait précarisé gravement celles-ci. Le bricolage par des nominations de référents dans les deux sections impactées, n'a pas contribué à la résolution de la situation malgré la bonne volonté évidente de certains. Il ne semble pas judicieux de faire croire que des agents peuvent arbitrer des questions d'organisation du travail quand ils n'en ont pas les moyens, l'autorité et le temps.

Alors certains agents peuvent perdre la compréhension que ce qui rend malade est une organisation du travail non hiérarchiquement arbitrée : "Je me fais le reproche de ne pas rendre service aux gens qui vont travailler sans les documents joints". Travailler ainsi est du côté de l'empêchement à agir et à apprendre. La vie privée à un certain stade est sérieusement envahie.

Certains agents sont alors à nouveau malmenés au travail par le surgissement d'injustices professionnelles anciennes qui réapparaissent dans ces situations de conflits professionnels. Certains doivent lutter alors contre ce qui fait violence en eux, et retournent la violence contre eux-mêmes sous forme dépressive ou somatique.

Le médecin du travail que je suis est étonné du nombre de situations de ce type accumulées dans cette section, comme si le management avait oscillé entre un passage en force plus ancien, générateur d'injustices majeures dont certaines absolument pas cicatrisées, et la situation actuelle qui apparaît parfois comme une incapacité de décisions ou d'arbitrages. C'est comme si les décisions à prendre étaient elles-mêmes suspendues à des réorganisations à venir qui n'osent être nommées.

Dans un tel contexte, des agents peuvent être tellement malmenés par leurs mécanismes psychiques défensifs à type d'"idéologies défensives" qu'ils les empêchent de pouvoir se déployer dans leur travail. Ainsi la dégradation des rapports interpersonnels qui en résultent empêche certains autres agents de pouvoir travailler.

Dans cette situation extrêmement dégradée, quelques agents gardent un sage recul, et sachant raison garder tout en comprenant les déterminants des situations, déploient des efforts très importants pour conserver du lien et du liant, support à des pratiques de coopération qui arrivent à survivre.

Comment dans la maîtrise pouvoir garder une autonomie morale, en dissociant certains projets d'entreprise très concrets qu'on ne partage pas complètement, et le fait de pouvoir au quotidien continuer à apporter sa contribution de coordination à l'équipe de travail ? La pression de l'urgence, le non remplacement d'un nombre important d'agents absents, peut donner le sentiment de ne pas être épaulé par sa hiérarchie, d'être entre le marteau et l'enclume.

Cette posture commune dans nombre de situations de travail est ici particulièrement malmenée par le fait qu'on peut soi-même être "bouc-émissairisé" par des agents en grande difficulté. Ces derniers, enfermés dans leur idéologie défensive, perdent par moment la capacité à repérer les organisations du travail qu'ils devraient contribuer à faire évoluer. Ils n'abordent alors la réalité qu'à travers la "conflictualisation" des relations professionnelles avec l'encadrement ou avec certains collègues, convaincus qu'ils sont alors, que le départ de tel ou tel réglerait l'ensemble de leurs maux.

Comment arriver dans des situations qui se présentent exclusivement comme des conflits interpersonnels, à en percevoir les déterminants du travail sous-jacents, à pouvoir organiser le travail de l'équipe, à y prendre le temps nécessaire, sans être soi-même "convoqué" au petit jeu des hostilités personnelles, et confondre alors un travail d'encadrement, avec une psychologisation des rapports de travail où l'affectif et le compassionnel deviendraient les déterminants de l'action professionnelle !

Il faut donner acte que dans certaines situations, le choc des défenses psychologiques de chacun peut littéralement empêcher d'agir professionnellement ! C'est un véritable défi alors d'essayer de préserver du sens dans son travail, de ne pas se faire emporter par les idéologies défensives de certains collègues et de ne pas sombrer soi-même dans une spirale délétère. La maîtrise intermédiaire ne peut rompre complètement le fil avec le travail réel des agents de son équipe. Ce n'est alors pas facile de pouvoir continuer à faire ce qu'on croit juste, quand on est soi-même malmené par cette souffrance éthique, et qu'on souffre de ne pas toujours être épaulé par sa hiérarchie qui elle-même se défend. L'appui du collectif professionnel de pairs qui persiste heureusement malgré ces difficultés, est alors particulièrement utile et salvateur.

Dans un tel contexte, certains agents ont vu leur situation se fragiliser sur les fissures de leur propre fragilité. D'où la réémergence de situations douloureuses personnelles mal cicatrisées, d'où l'envahissement de la vie privée et familiale par la sphère du travail, d'où des perturbations sociales et de voisinage très importantes. Le travail, leur travail dans le même poste qui antérieurement a été source d'insertion, a pu devenir alors facteur de déstabilisation, voire ouvrir à un vécu cauchemardesque. »

La détérioration de la situation de la section documentation a été telle, que le médecin du travail a dans un premier temps procédé à une alerte médicale majeure de risque psychosocial dans son rapport annuel. Six mois plus tard, après un débat approfondi en Comité d'entreprise à cette occasion, le médecin du travail a fait le constat médical de deux « Stress post-traumatiques », l'un après un entretien d'évaluation, l'autre après un entretien hiérarchique, qui ont été notifiés dans le registre d'accident du travail bénin du SST, puis déclarés en AT sur demande du médecin du travail. Ils ont tous deux été systématiquement contestés par la Direction, mais acceptés ultérieurement par la CPAM. Dans un tel contexte si délétère, le médecin du travail a dû se résoudre à inscrire sur le registre du CHSCT un droit d'alerte, qui sera

instruit par le CHSCT renforcé par l'argumentation du médecin du travail, comme un danger grave et imminent collectif. Il ouvrira à une enquête de l'inspection du travail, et une investigation par le médecin inspecteur du travail, souhaitée par le médecin du travail, des dossiers médicaux de la majorité des agents de la Documentation en ayant donné leur accord.

Les constats médicaux pour stress post-traumatiques ayant donné lieu à certificat médical initial ont donné lieu à une pression très importante à l'encontre du médecin du travail par le management du Service et du Pôle, déniaient ces constats !

L'alternative organisationnelle du côté du travail serait de permettre à nouveau le déploiement de compétences « sidérées » par la perte de confiance en soi, inhibées par le regard des autres, ou bridées par le fait qu'elles sont enfermées hiérarchiquement dans des représentations en terme d'incompétence ou d'incapacité à œuvrer collectivement ou à réaliser des tâches nouvelles.

Elle passe aussi par le renforcement de l'encadrement de proximité ancré sur le réel du travail, la prise en considération et l'instruction des obstacles quotidiens qui minent les bonnes volontés, par le remplacement de salariés absents, par un souci de désenclaver professionnellement des situations anciennes vécues comme injustes, en un mot d'arrêter la psychologisation des rapports professionnels pour instruire la situation difficile des bouleversements très concrets des activités de travail.

Les réorganisations majeures du travail à l'œuvre qui « empêchent » si fortement la capacité de travail collective et individuelle seraient en rapport avec l'arrivée d'un système documentaire complètement informatisé pouvant se dispenser de documentalistes professionnels, et avec les multiples réorganisations sur ce site de production.

QUELQUES RÉFLEXIONS PROFESSIONNELLES SPÉCIFIQUES

Dans l'histoire « bousculée » des différents sujets de ce collectif, j'aurais pu « surreprésenter » des histoires individuelles très dégradées, qui de fait sont du côté de l'empêchement de penser la question du travailler pour ces personnes, ainsi :

➤ Celle d'une femme, décrite par certains comme violente, qui après avoir enchaîné des échecs professionnels, fait une tentative de suicide spectaculaire sur les lieux de travail. La hiérarchie parle de mise en scène. Sauf qu'après huit mois d'arrêt maladie, elle n'avait toujours pas de travail le cinquième jour de sa reprise. C'est dans ce contexte qu'émerge une intention suicidaire. De même après son accident du travail en stress post-traumatique dans le décours d'une évaluation, aucun travail ne lui est affecté. Elle est en fait écartelée entre un travail syndical qui l'épanouit, et un travail à mi-temps vide de sens pour lequel elle abandonne littéralement tout espoir d'en transformer la situation professionnelle. En découle un cercle délétère dramatique.

➤ Celle d'un homme qui n'a jamais fait le deuil très ancien de sa conjointe, activiste professionnel pour lequel il ne reste que le ressort du travail. Mais il est incapable de coopérer avec des collègues dont il pense qu'ils font du mauvais travail. Il malmène alors son corps qu'il tente de brider, du fait des pulsions violentes générées par un vécu d'injustice d'un travail jamais reconnu.

J'arrête là. Je pourrais décrire dans ce petit collectif de nombreuses autres histoires singulières très douloureuses qui empêchent, si elles sont appréhendées isolément, de comprendre la question du travail collectif pour cette communauté éclatée et écartelée.

C'est le bien projet professionnel au cœur de l'exercice en médecine du travail, d'investiguer la place individuelle et collective du travail, même dans des histoires si malmenées. Ici, sa mise en œuvre a permis de laisser ouvertes :

➤ de possibles améliorations du côté du travail,
➤ et au sujets, à leur rythme, de comprendre le sens des événements.

Sans cela, entre expertise médicale décrétée et compassion isolée, jamais la place singulière du travailler pour ces sujets n'aurait pu être saisie.

Les monographies individuelles figurant dans les dossiers médicaux et non présentées ici, illustrent les spécificités de décompensations psychopathologiques individuelles sur les fissures de leur histoire singulière, selon les lignes de fragilité de leur structure psychique.

Se laisser emporter comme médecin du travail par l'investigation de fragilités si singulières risque d'empêcher de comprendre en quoi l'organisation du travail concrète,

➤ ou les malmène spécifiquement sur ces failles,
➤ ou au contraire utilise très concrètement des défenses qui s'en nourrissent.

En définitive, c'est seulement en tentant,

➤ de comprendre ce qui fait concrètement obstacle à la construction de la santé au travail de tel ou tel agent,
➤ et de donner sens à ce qui relève d'une maltraitance organisationnelle collective qu'il faut médicalement nommer,

que la situation pourra être améliorée.

En cas d'échec à améliorer la situation de travail, les moyens de visibilité collective et les traces individuelles au dossier médical pourront ouvrir des droits médico-légaux. Ce n'est pas leur finalité première, mais comme la veille ou l'alerte, les déclarations en AT ou MP, ou les attestations médicales d'atteintes à la santé en rapport avec le travail, sont aussi un devoir pour le médecin.

Ce cadre d'exercice fait de veille et d'alerte, est aussi une façon d'aider les employeurs à ne pas occulter ce que par moment ils n'arrivent pas à penser.

CONCLUSION

Une veille collective avec un suivi clinique individuel prenant l'organisation du travail comme grille de lecture, peut selon les circonstances,

- ouvrir à l'amélioration de l'organisation du travail,
- ou quand nécessaire, tenter de préserver la santé selon des modalités individuelles très différenciées sans jamais oublier le premier projet.

Même en des circonstances de pratique de sauvegarde, le projet d'ouvrir à la compréhension la place du travail ne saurait être abandonné.

Au contraire, c'est la seule façon de permettre aux sujets fragilisés,

- de recouvrer leur capacité d'agir,
- et à l'organisation du travail d'évoluer en un sens plus respectueux de la santé des femmes et des hommes.

Dominique HUEZ

L'ÉNIGME DE LA RELATION DANS LA CONSULTATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL⁽¹⁾

Ce travail se situe à la fois :

- Dans le cadre de l'association SMT, comme collectif de pairs, comme lieu de débats où nous pouvons exprimer une certaine tendance face à l'évolution de notre métier.
- Dans le cadre du séminaire de la clinique médicale du travail animé par Philippe DAVEZIES, comme apport de connaissances (BERTHOZ, LIVET), construction d'un modèle hypothétique du fonctionnement humain, modèle qui rend compte du point de vue de l'engagement actif du sujet et de ses enjeux de santé et dont nous pouvons nous servir comme référence dans nos consultations.
- Dans le cadre de notre groupe de travail, lieu d'échanges sur nos pratiques, où une certaine proximité nous permet de mettre en mots ce que nous ressentons et ce que nous expérimentons dans nos consultations. Nous avons travaillé à partir d'histoires cliniques racontées ou écrites, mais aussi à partir de consultations filmées ou simplement enregistrées et transcrites.

La relation entre le médecin du travail et le salarié dans la consultation reste une énigme :

- c'est une peu une « auberge espagnole » dans laquelle les médecins mettent tous des choses différentes ;
- il existe très peu de documents qui mettent en visibilité le travail réel de la consultation.

.....

1- Communication présentée au 29^e Congrès national de médecine et santé au travail, Lyon le 31 mai 2007

Pourtant ce qui se passe dans la relation entre la personne et le professionnel de santé est le fondement de toute clinique, dans un cadre donné. Mettre en discussion la clinique médicale du travail suppose donc que soit mise en visibilité cette relation, que soient discutées les différentes tendances qui la caractérisent et qui s'expriment à travers des histoires cliniques rapportées par les médecins du travail.

Une part majeure de ce qui se joue dans le travail n'est pas spontanément accessible à la conscience, notre propre activité de travail, comme tout travail comporte par nature une dimension énigmatique et notre démarche est difficile. Mais nous aimerions par ce texte, en tant que médecins du travail, travailleurs nous aussi, proposer nos propres hypothèses sur ce qui pose question dans cette activité médicale, mettre en visibilité ce qui fait différence entre nous, tenter de comprendre la dynamique de notre activité et participer ainsi à la construction d'un monde commun.

L'organisation de la médecine du travail a toujours été régie par des textes réglementaires. Mais le cadre dans lequel nous travaillons aujourd'hui s'est construit sur des règles de métier communes partagées, au-delà de notre groupe de travail, par un large réseau de médecins. Ces règles ont modifié notre activité et transformé la relation médecin du travail/salarié. Elles reposent sur les bases suivantes :

- Aborder la clinique en prenant en compte chaque salarié dans son histoire singulière ce qui conduit à abandonner définitivement tout critère de sélection médicale et à remettre en cause la notion d'aptitude.
- Construire le travail clinique de la consultation à

partir de l'activité de travail du salarié, examiner la nature des liens avec l'environnement du travail, les objets du travail et le collectif ce qui permet au salarié d'exprimer à la fois la perception sensible qu'il a de son activité et la représentation imagée qu'il s'en fait.

➤ Privilégier la formulation d'hypothèses sur le lien santé/travail en vue d'ouvrir des espaces d'élaboration possibles pour le salarié plutôt que de se focaliser sur une démarche diagnostique ou sur le recueil d'information en vue d'analyse épidémiologique.

➤ Poser la question de notre capacité de délibération autour de nos pratiques et de discussion sur les enjeux de notre travail.

Ce cadre que nous avons construit, permet aujourd'hui une certaine activité clinique, une clinique qui ne s'intéresse pas seulement au salarié, mais aussi à la relation qu'il entretient avec son environnement. Une activité clinique que nous voulons mettre en évidence à partir de la consultation de Monsieur X... :

M. X..., âgé de 48 ans, travaille dans une entreprise du secteur des télécommunications depuis trente ans. Il a occupé pendant vingt-huit ans un poste de technicien : il effectuait l'installation et la réparation de câbles téléphoniques. Au cours des dix dernières années, il a eu des gros soucis de santé : syndrome dépressif grave, apnées du sommeil, infarctus du myocarde.

Je ne le connais que depuis deux ans, date d'un changement de poste qu'il a souhaité. Depuis cette date, M. X... travaille dans un central téléphonique. Il effectue des tâches de tirage et de raccordement de fils de liaison entre des équipements de télécommunications conformément à des « ordres de travaux » qui donnent les coordonnées des équipements à mettre en liaison. Ce poste est considéré, dans cette entreprise, comme un poste de stricte exécution, voire de « repli » pour les salariés devenus inaptes à d'autres fonctions.

Deux mois après l'affectation dans ce nouveau poste, il ressent les premiers signes d'un Syndrome du canal carpien qui sera opéré un an plus tard et reconnu en Maladie Professionnelle (la vision de son travail que j'avais à l'époque à travers l'étude de poste était centrée sur la répétitivité des gestes de préhension : 450 opérations de dénudage de fils par jour ; 450 gestes d'enroulement d'un fil autour d'une broche).

Depuis qu'il est dans ce central, M. X... se plaint surtout de la chaleur qui atteint 34°C le matin en été, et peu de la pénibilité physique de son nouveau travail, qui nécessite pourtant des gestes répétitifs parfois en élévation des bras et des efforts permanents de montée et descente d'échelle.

Notre propos n'est pas, ici, de raconter l'histoire singulière de M. X..., mais simplement d'essayer de montrer quel est le lien entre le travail d'élaboration avec le salarié et la relation médecin salarié lors de sa dernière consultation.

M. X... a été arrêté un mois : il a fait un malaise avec des douleurs thoraciques en se rendant au travail. Le bilan pratiqué lors d'une courte hospitalisation a été négatif (diagnos-

tic d'angoisse). Il se plaint toujours d'essoufflement, de troubles du sommeil, d'une fatigue inhabituelle et de difficultés croissantes à se lever, symptômes qu'il associe à ses conditions de travail. Pendant sa période d'arrêt, j'ai rencontré des collègues qui le remplaçaient et qui m'ont fait part du fait qu'il est resté régulièrement en contact avec eux, s'inquiétant en particulier de « l'état de son central ».

Lors des consultations précédentes, il avait évoqué sa lassitude et son projet éventuel de changement de poste (vers un poste de conduite de camion nacelle, moins chaud l'été, moins poussiéreux).

Dans un premier temps, je fais le lien entre ses symptômes récents et les contraintes physiques dont il se plaignait. J'imagine qu'il va être renforcé dans l'idée d'un changement de poste. Je lui demande donc s'il fait un rapprochement entre ses récents ennuis de santé et ces contraintes physiques. Il ne le pense pas. Je lui demande alors s'il s'est passé récemment quelque chose de différent dans son travail ?

– *D'après lui, ce qui a changé récemment c'est que pour la première fois, il n'arrivait plus à terminer tous les ordres de travaux prévus dans la journée et il insiste, en particulier, sur le fait qu'il ne parvenait plus à maintenir sa façon de faire son travail.*

– *Sa façon de faire son travail, c'est-à-dire ?*

– *Il m'explique que chaque matin, il reçoit une liste d'opérations de raccordement de fils à réaliser théoriquement dans l'ordre de réception. Chaque matin, avant de commencer à installer ses fils, il consulte le plan de charge de ses collègues : des techniciens qui travaillent dans le même secteur géographique que lui au dépannage des clients et il s'attribue certains dépannages théoriquement affectés à ses collègues mais dont il sait, par expérience, qu'ils relèvent de son domaine d'activité : il préfère anticiper et effectuer lui-même ces opérations plutôt que d'attendre qu'un technicien n'intervienne au central ou ne lui demande de le faire. En effet, les personnes qui gèrent le plan de charge de ce secteur n'ont pas la même expérience que lui et ne savent pas à l'avance quelles opérations vont découler de l'analyse d'une panne et en particulier s'il y aura ou non intervention dans son central. Tout ce travail préalable n'est pas du tout prévu dans sa fiche de poste.*

– *Je me demande si cela lui permet de soulager ses collègues et je lui demande dans quel but est-ce qu'il procède ainsi ?*

– *Il précise qu'il est très important de veiller au maintien de son central dans un état correct : il profite de chaque opération de raccordement pour enlever tous les fils qui ne sont plus rattachés nulle part, pour choisir un emplacement non seulement facile à repérer lors d'une réintervention mais aussi qui tienne compte de l'extension prévisible des installations. Pour lui, si on ne fait pas ce travail d'anticipation, alors on ne retrouve plus rien, on n'arrive plus à « faire le ménage », on gaspille de l'espace.*

– *Donc, ce qui est important c'est le contrôle qu'il a sur l'état du central ?*

– *Pas seulement, car il se fixe également comme objectif*

d'assurer aux clients l'accès au service demandé dans un délai qu'il estime « juste » par rapport à l'antériorité de leur demande, tout en tenant compte des délais liés à d'autres interventions que la sienne. Il se fixe donc un ordre de priorité très différent de la liste prescrite.

Je suis un peu surprise de la façon dont il m'explique son travail, qu'il présente comme du bel ouvrage : là où je n'avais jusqu'à présent vu que des fils s'entrecroisant dans un lieu plutôt sinistre, que des opérations manuelles répétitives, je découvre un point de vue bien différent. On peut se demander si le questionnement sur son activité permet à M. X... de mettre en mots la relation qu'il a établie avec les fils qui sont en quelque sorte humanisés. À travers eux, se joue sa relation au monde, aux clients, à ses collègues de travail. Quand il explique comment il procède, on imagine que ces fils sont aussi un vecteur de circulation. Son regard va bien au-delà de ce qu'on voit au premier abord.

– Avant son arrêt, avait-t-il fait part à son responsable de ses difficultés ?

– Oui, il est très compréhensif son responsable hiérarchique : il ne l'a pas culpabilisé. Il lui a dit que ne n'était vraiment pas grave, qu'il faisait ce qu'il pouvait. Tant pis pour le retard.

– Ce qui compte pour son responsable, c'est seulement le nombre d'interventions par technicien, ce qui n'est pas sans troubler M. X...

Au regard des émotions ressenties par le salarié dans ce travail d'élucidation, je fais avec lui l'hypothèse qu'il existe un lien entre son arrêt de travail et le conflit de règles qui se joue dans son activité. Il n'effectue pas les ordres de travaux dans l'ordre où il les reçoit mais dans un ordre qui lui permette de respecter ses propres critères de justice. L'augmentation récente de la charge de travail a contrarié cette organisation et il ne peut plus tenir les délais qu'il estimait raisonnables. Les mobiles de M. X... donnent une coloration affective au travail. Ceci montre la façon dont la dynamique de sa propre activité affecte l'activité des autres et participe à la construction d'un monde commun, mais aussi comment cette activité perd sens dans l'organisation actuelle du travail qui ne reconnaît plus certains critères de qualité. Cette tension constitue un risque pour la santé. Si elle n'est pas mise en mots, élaborée, elle est ressentie dans le corps à travers les symptômes.

À la fin de cette consultation, la question de la pénibilité physique du poste qui retenait toute mon attention ne me semble plus essentielle. Il me semble préférable de maintenir M. X... à son poste de travail tout en lui proposant un suivi médical. On peut aussi penser que ce travail d'élucidation des conflits pourra lui permettre de réaliser un réajustement entre les représentations qu'il se fait de son travail et ses plans d'action, tout en conservant ses préférences et ses valeurs.

On peut schématiser le questionnement sur le travail en trois étapes, qui témoignent de trois niveaux d'activité différents :

- Premièrement, il faut nous défaire des projections, des idées préconçues, ne pas vouloir aller dans une rela-

tion d'aide ou dans une relation thérapeutique, ni dans la victimisation mais ouvrir un lieu de consultation sur les questions de travail. Être attentif aux symptômes amenés spontanément par le salarié et qui justifient de questionner l'activité de travail.

- Deuxièmement, questionner l'activité de travail ; c'est aussi, à partir du cabinet médical, prendre en compte le lieu du travail, avec toute sa matérialité. C'est savoir se laisser guider par l'activité du salarié. Dans ce niveau d'activité, ce sont alors les réponses du salarié qui guident nos propres questions, nous ne pouvons plus anticiper ni penser les questions avant de les poser. Notre attention se porte sur les signes évocateurs d'un affect, témoins de quelque chose d'impensé. Le fait de parler de son travail permet au salarié un niveau d'élaboration plus complexe où sa problématique prend une nouvelle dimension, ce qui peut permettre le passage de la non-compréhension à la compréhension de la situation ou à la remise en cause de ses représentations et de ses certitudes initiales.

- Troisièmement, vient la construction d'hypothèses. Elle est orientée vers la recherche d'un conflit de règles, d'un problème de justice et vers ce pôle adulte où l'activité de chacun rejoint l'activité d'autrui.

Dans ce questionnement sur le travail, nous pouvons faire quelques hypothèses sur la nature de la relation qui s'installe entre le médecin du travail et le salarié :

- Dans la consultation, le travail d'élaboration et d'élucidation à partir de l'activité, ne prend pas appui sur la notion de transfert, ni sur les techniques comportementales, ni sur l'interrogatoire médical classique.

- L'analyse de l'activité exige que nous fassions appel à toutes les connaissances, impressions, souvenirs liés à l'activité de travail du salarié, aux lieux de travail et aux points de vue des autres salariés pour se mettre à la place d'autrui afin de comprendre dans quelle situation il se trouve. Cette capacité, c'est l'empathie.

La relation médecin salarié qui s'établit alors permet de se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver ses émotions. Ce n'est pas une contagion des émotions, contrairement à la sympathie. C'est un mode de connaissance qui repose sur la mise en œuvre de nos propres ressources cognitives à des fins de compréhension du point de vue du salarié, mais aussi à des fins de compréhension de la communauté de travail. Le secret de l'empathie exige cette compétence à changer de point de vue tout en gardant le sentiment de soi.

Néanmoins, l'empathie n'interdit pas les émotions et quand elles sont présentes, elles occupent une place centrale dans la consultation. Les émotions sont indispensables à nos prises de décision et à l'évaluation du devenir de notre vie. Dans la consultation, l'émotion se caractérise par l'auto-perception de changements corporels. Chacun doit à chaque moment ajuster l'expression de ses émotions : à l'empathie du médecin correspond le travail d'élaboration du salarié qui est d'ajuster ses efforts d'explication à l'incompréhension ou à la compréhension qu'il guette dans le regard du médecin.

Nous proposons l'hypothèse que, dans la relation clinique, l'émotion peut être présente de différentes manières : soit en résonance entre deux histoires singulières, soit pour partager ensemble une valeur fondamentale, comme la notion de dignité humaine par exemple, mais ce qui nous semble le plus important dans le travail d'élaboration, c'est que l'émotion soit reconnue comme témoin d'une tension entre les mobiles du salarié et l'organisation de travail, témoin de sa singularité. Elle offre alors au salarié la possibilité d'ajuster ses choix à la réalité de son travail, ce qui ouvre d'autres issues possibles que la pathologie aux conflits qui le traversent.

Il s'agit maintenant d'essayer de comprendre comment cette relation s'inscrit dans la dynamique de notre propre activité dans le sens de son développement, mais aussi de ses limites :

- Ce qui caractérise la relation dans la consultation de médecine du travail, c'est qu'elle concerne moins l'intériorité singulière de la vie psychique du salarié, que le monde auquel il se rapporte selon un mode de relation que nous pouvons comprendre. Il nous semble que c'est à partir de cette sphère d'empathie focalisée sur l'activité de travail et ses divers enjeux ainsi que sur la communauté de travail que la compréhension d'un monde commun peut être conquise.

- Cette relation comme fondement d'une clinique du travail demande toujours à être travaillée, élaborée entre pairs, ce qui nécessite l'existence de lieux de délibération entre médecins et pas seulement des groupes d'évaluation des pratiques

- Cette activité clinique nous permet d'aborder le tiers temps, l'activité en milieu de travail de manière tout à fait différente, d'enrichir notre point de vue sur le travail et l'entreprise et d'être plus pertinents dans nos interventions en entreprise. Elle est indispensable et ne doit pas être écrasée dans le contexte de la réforme de la santé au travail qui valorise l'activité en milieu de travail considérée comme « prioritaire ». Les choix politiques de cette réforme nous rappellent que nous sommes, nous aussi dans un rapport salarial et que notre activité ne nous appartient pas. Néanmoins notre métier s'inscrit dans une éthique et une déontologie. L'activité clinique nous donne un point de vue spécifique à partir duquel nous pouvons contribuer à la pluridisciplinarité. La question du « travailler ensemble » et de ses enjeux de santé est suffisamment cruciale dans notre société pour que nous portions dans l'espace public nos orientations et nos motivations et c'est là le sens de notre intervention.

*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 RENOU-PARENT – Nicolas SANDRET

TRÉSORIER : Jean-Noël DUBOIS

SECRÉTAIRE : Alain RANDON

ADMISTRATEUR DU SITE WEB : Denis TEYSSEYRE

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Fabienne BARDOT, Chantal BERTIN, Benoît DELABRUSSE, Marie-Andrée CADIOT, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Claire LALLEMAND, Nicole LANCIEN, Gérard LASFARGUES, Gérard LUCAS, Brigitte PANGAUD, Rhina RAJAONA, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Martine TAVERNIER, 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.

CLINIQUE ET VEILLE MÉDICALE AU QUOTIDIEN EN MÉDECINE DU TRAVAIL

PLAIDOYER POUR UN SYSTÈME DE VEILLE OPÉRATIONNELLE, QUI NOUS PERMETTE D'INTERVENIR AUPRÈS DES COLLECTIVITÉS QUE NOUS AVONS EN CHARGE

Qu'attendre spécifiquement des médecins du travail devant la montée des effets de l'intensification du travail, des organisations du travail par le zéro défaut ou d'un management par la mise en concurrence et l'individualisation ?

Partons de la spécificité de ce mode d'exercice médical qui a pour fonction, lors des consultations médico-professionnelles et des actions de terrain, à la fois de repérer les atteintes à la santé dont le travail peut-être à l'origine, et aussi de décrypter les évolutions des organisations du travail à la lumière de ce qu'en vivent les salariés.

C'EST D'UNE PART À PARTIR D'UNE VEILLE MÉDICALE SANITAIRE INDIVIDUELLE,

que les médecins du travail pourront tirer constat. Déclarations en maladie professionnelle de tendinites, troubles articulaires, douleurs rachidiennes ou sciatiques, des atteintes méniscales, etc. Déclaration en Maladie professionnelle auprès du CRRMP s'il y a un lien direct et essentiel avec le travail, des différentes atteintes à la santé mentale dont le travail pourrait être la cause principale : dépression professionnelle réactionnelle, syndrome de stress post-traumatique, décompensation psychiatrique spécifique, violence contre soi-même pouvant aboutir à un suicide. Il est important que les médecins du travail puissent décompter aussi les certificats médicaux remis, même s'ils n'entraînent pas déclaration.

LE TRAVAIL DE VEILLE CONCERNANT LA SANTÉ AU TRAVAIL

peut être fortement facilité, si le médecin du travail dispose d'un système d'informatique médicale, permettant de croiser les données administratives des groupes de travailleurs avec les données de leurs risques spécifiques, et celles des atteintes à leur santé. La plupart des médecins du travail ne

sont dotés que de systèmes de bureautique et de gestion ; il leur faut donc disposer d'un système de veille statistique sanitaire par collectif professionnel en fonction de leur obligation personnelle de moyens.

Il me paraît important ici de *ne pas confondre l'épidémiologie scientifique* avec ses protocoles lourds et la fiabilisation longue et nécessaire des données produites, ou *les Observatoires ou Veilles coopératives sur des macro-collectifs* (semaines des MCP...), fort utiles pour les grands collectifs de travail, avec *un système statistique de veille médicale pour des micro collectifs de 10 à 50 personnes.*

L'objet d'une veille médicale en santé au travail systématique et exhaustive auprès de petits collectifs, n'est pas « la charge de la preuve », mais de permettre de comprendre et commenter qualitativement avec *les outils de la clinique médicale du travail*, les évolutions concernant une veille sur les effets délétères en santé au travail des micro-collectifs que nous suivons car c'est à ce niveau très concret, que des actions de prévention ou d'alerte peuvent être engagées.

Un tel système de « veille médicale au quotidien » peut articuler pour l'ensemble des salariés suivis en consultation systématique, des indicateurs de santé spécifiques en santé mentale au travail ou en risques psycho-sociaux par exemple. Dans ces cas, *le diagnostic du médecin du travail porte sur l'état de santé et son lien attesté avec le travail.* C'est ce que devrait nous permettre notre « spécialité » en Médecine du travail !

Une veille plus large systématique peut employer la CIM-10, qui peut être utilisée si on dispose d'un système permettant par population d'en calculer les incidences prévalences. C'est très opérationnel pour les troubles rhumatologiques, cardio-vasculaires, pulmonaires, ORL, etc. Ce sont les variations d'incidences et prévalences par collectifs, sans lien *a priori* avec le travail, qui permettent d'interroger celui-ci à la lumière des connaissances scientifiques acquises par ailleurs.

MAIS C'EST D'AUTRE PART

AUSSI UNE VEILLE SUR LE TRAVAIL LUI-MÊME

qui nourrit la contribution médicale à la prévention. Le médecin du travail tente aujourd'hui de comprendre ce qui change, et malmène éventuellement les salariés, en prenant l'organisation du travail comme grille de lecture. Ainsi, la pratique médicale passe du « *Comment va votre santé* », au « *Comment va votre travail* ». Avec les salariés, les médecins du travail tentent de comprendre les traces dans leur corps des effets de l'accélération des rythmes, de la difficulté à pouvoir bénéficier de l'entraide des collègues, de la disparition des « espaces de respiration » dans le travail... Il est donc nécessaire au médecin du travail de rendre compte des évolutions des organisations du travail en lien avec la dynamique de construction ou perte de sa santé. Selon les entreprises et contextes, les traces de ces constats seront laissées aussi bien par des interventions en CHSCT, qu'à travers des mentions dans la fiche d'entreprise ou que dans le rapport annuel. Aux contextes et circonstances une stratégie professionnelle du moment qu'elle permette de sortir du colloque médical privé !

Aujourd'hui, la problématique de l'évaluation des risques s'appuie sur le repérage des multiples facteurs de risque en devenir. La veille sur les facteurs délétères des organisations du travail en fait partie. Les moyens de la prévention appartiennent à l'employeur avec son obligation de résultat, Les employeurs savent aujourd'hui que l'évolution du droit les incite à mieux prévenir par l'intervention *a priori* sur les risque à venir, car faute d'action, les conséquences juridiques en terme de *mise en danger d'autrui* ou de *faute inexcusable de l'employeur* peuvent être très lourdes. La veille et les alertes des médecins du travail doivent les y aider.

Mais rappelons aussi que l'obligation de moyens du médecin du travail engage très concrètement sa responsabilité de capacité ou non de veille collective et individuelle sur le travail et sur la santé. Attention, les plans d'activité et rapports annuels du médecin du travail en laissent trace, ou absence (!), pour des années !

CONSTRUIRE DES « CONNAISSANCES COLLECTIVES » AU-DELÀ D'UNE VEILLE RAPIDE ET À PETITE ÉCHELLE

Les évolutions des organisations du travail sont rapides, et l'ensemble des effets potentiels n'ont pas toujours fait l'objet de démonstration scientifique solide. Les évolutions des organisations du travail sont aussi mal décrites. Il est donc nécessaire que les médecins du travail participent aussi à des actions de veille collective macroscopique ou à des études qui pourront à la fois augmenter les connaissances générales sur le travail et la santé, et étayer de façon rigoureuse des constats précis qu'il est difficile à un médecin du travail de porter seul. Ces études de santé publique en santé au travail, du fait de la rigueur du recueil d'information qu'elles entraînent, ne permettent pas une veille microscopique à l'échelle des petits groupes de salariés suivis, fonction première du médecin du travail. Ces études doivent être réalisées en coopération avec d'autres collègues, en enquêtant de faibles col-

lectifs par médecins du travail, du fait de la lourdeur de la tâche. Leur impact se fait donc à un niveau dépassant celui de leur entreprise ou secteur d'exercice Et pourtant elles sont indispensables pour y adosser des pratiques concrètes et des actions dans et au-delà des entreprises, permettant de « repenser les organisations du travail » en un sens plus compatible avec la santé des hommes et des femmes.

Dans leur pratique ordinaire de veille, comme dans leur participation à des observatoires ou des études, la question des « conflits d'intérêt » devra pouvoir être gérée, comme celle l'indépendance professionnelle des différents acteurs. De cela les médecins du travail sont aujourd'hui aussi comptables personnellement. Alors, à quelle condition professionnelle les médecins du travail peuvent participer aux connaissances en santé au travail, particulièrement sous la forme de contribution à des Observatoires, Enquêtes « une période donnée » ?

Il me semble que tout processus de Recherche-Observation scientifique en santé au travail sollicitant les médecins du travail doit pouvoir :

- fonctionner sur le volontariat ;
- gérer la question des conflits d'intérêt : aucun responsable professionnel ou scientifique qui ne dispose d'un statut d'indépendance professionnelle vérifiable ;
- avoir une représentation décisionnelle des médecins du travail désignés par des structures professionnelles dans la gouvernance de l'étude ;
- avoir un protocole de l'étude qui garantisse indépendance d'analyse, de publication des résultats ;
- prendre en compte l'organisation du contrôle social de la médecine du travail : avis des commissions de contrôle des Services, rendu des résultats aux CHSCT.

COMMENT ARTICULER LE QUOTIDIEN D'UN MÉTIER MÉDICAL DE PRÉVENTION DE PREMIÈRE LIGNE ET LA CONTRIBUTION À LA « SANTÉ PUBLIQUE EN SANTÉ AU TRAVAIL » ?

La médecine du travail rencontre une difficulté objective qu'il lui faut analyser pour ne pas handicaper ses évolutions futures :

- elle semble être en passe de sortir d'une médecine du travail d'aptitude, et de construire des règles de pratiques professionnelles fondées sur la clinique médicale du travail du sujet et des collectifs. Je n'ignore pas que les pistes de pratiques professionnelles sur ce terrain sont très ouvertes (et c'est tant mieux), et qu'elles comprennent une « clinique médicale de l'activité des agents au travail », et une « clinique médicale du sujet au travail ». Ce qui différencie (ou complète) ces approches cliniques, c'est la prise en compte ou non d'une rationalité pathique dans le rapport au travail, et une façon différentielle d'explorer le « travailler » à travers ce qu'en comprend le sujet. Mais les oppositions apparentes sont fécondes, et une clinique qui prend selon les besoins un angle ou regard d'intervention clinique (qui peut ou doit changer) n'en est que plus riche. Cela n'est que le reflet

de l'apport des sciences humaines au développement de la clinique médicale du travail.

➤ *la médecine du travail est aussi confrontée à la nécessité réelle, impérieuse et nécessaire de produire des données en santé publique en santé au travail.* Intervention du médecin du travail parfois « prétexte » dans des études, comme enquêteur autorisé (mais on pourrait se dispenser objectivement du médecin du travail), ou « enquêteur » du fait de son accès exclusif à une *information médicale inexploitée* (semaine des MCP)...

Il nous faut être conscient qu'une des alternatives au suivi systématique de groupes de salariés en médecine du travail par la clinique médicale du travail, est l'acquisition par tous moyens utiles, de données de santé publique en santé au travail pour conduire et orienter des politiques publiques de prévention, et des protocoles de suivis médicaux en santé au travail conduits par des infirmières du travail.

C'est ce modèle qui se profile. Il est antagonique avec une médecine du travail effectuée par des médecins du travail de première ligne qui par leur pratique, ouvrent une petite alternative au tout pharmacologique. S'en trouverait disparue la possibilité aujourd'hui ouverte d'intégrer « la question sociale » à travers des pratiques visant les inégalités sociales de santé (leur mise en lumière, en travail de compréhension avec les sujets, comme objet même de nos interventions en prévention).

Il est réel que les médecins du travail ont insuffisamment contribué aux connaissances en santé publique en santé au travail, et que les dossiers médicaux de médecine du travail n'ont jamais eu cette fonction (ce qui n'a rien de choquant vu que ce n'est pas leur finalité !). Il est non moins vrai qu'aujourd'hui, les questionnaires de veille (employés de

façon aléatoire par tri statistique) ne peuvent être considérés comme une contribution au développement de la clinique médicale du travail des médecins du travail (et il n'est de clinique médicale qui ne soit individuelle !). Celle-ci est qualitative, compréhensive, prenant le travail comme grille de lecture. Elle s'appuie sur les accompagnements individuels de tous les sujets, reliés avec l'accompagnement de collectifs de travail, et la connaissance des conditions de travail des dits collectifs.

La pratique clinique du médecin du travail doit donc permettre une veille microscopique (individuelle et collective), permettre aussi d'alerter très concrètement à une échelle géographique et temporelle beaucoup plus petite que les données d'Observatoires ne le permettent.

La mise en place d'Observatoires ou d'études, nécessaires, ne doit pas fragiliser l'exercice d'une médecine de première ligne.

Les médecins du travail ont donc comme responsabilité propre de veiller à pouvoir les articuler sans dommage. Mais ils ne doivent pas être dupes que les enquêtes à l'échelle macro ne peuvent se substituer à nos responsabilités auprès des petits collectifs. L'observatoire SAMOTRACE en Région Centre a montré que les épidémiologistes pouvaient entendre notre préoccupation clinique, ou en d'autres mots que ce type d'initiative pouvait être respectueuse de notre préoccupation de permettre à cette occasion que les médecins du travail renforcent aussi leurs compétences en clinique médicale du travail. Occasion qui peut aider à mieux construire notre métier vu le retard objectif. Mais on ne confond pas l'un et l'autre, ou on ne troque pas nos insuffisances pour quelque chose qui nous affranchirait de nos responsabilités propres !

Dominique HUEZ



Vente en librairie – 30 € –

Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75 013 Paris
Tél. : 01 44 08 83 80 Télécopie 01 44 08 83 99

PRATIQUES MÉDICALES DANS LE NOUVEAU CADRE DÉFINI PAR LA RÉFORME DE JUILLET 2004

SYNTHÈSE DES DÉBATS

Les débats sur le réseau SMT ont été riches, pendant ces deux années consécutives à la mise en place de la réforme des Services de Santé au travail

La réforme introduit des modifications importantes d'organisation tant par la priorité donnée au tiers temps, que par la modification du rythme de certaines consultations pour les médecins du travail. S'y ajoute l'obligation de la rédaction d'une fiche d'entreprise pour toutes les entreprises à partir du 1^{er} janvier 2006.

La réforme modifie de manière plus significative les missions des directions de service, introduit de nouveaux partenaires ; les IPRP, qui peuvent être internes aux services ou consultants externes ; crée une nouvelle instance de discussion sur l'organisation du travail dans le service, la commission médico-technique ; précise le rôle des MIRTMO, des DRTEFP et les modalités de contrôle de fonctionnement des services.

Enfin, pour la première fois, un Plan Santé Travail Environnement voit le jour, avec des priorités, des échéances, bref une politique de santé publique prenant enfin en compte la question des effets du travail et des conditions de travail sur la santé.

Changement d'organisation radical qui ne va pas sans manquer de créer des tensions entre les différents métiers concernés, tensions variables selon le fonctionnement antérieur des services, le degré d'appropriation de la réforme par les directions pour mieux contrôler l'activité des médecins du travail ; certaines prétendant planifier et centraliser l'activité de tiers temps comme elles planifiaient et centralisaient l'activité dans le cabinet médical au prétexte d'avoir à rendre des comptes à la DRTEFP, sur l'activité du service. Comme s'il n'y avait pas de lien entre l'activité dans le cabinet médical et l'activité tiers temps et comme si une comptabilité scrupuleuse des fiches d'entreprise établies suffisait à rendre compte de l'activité du médecin du travail

À noter, en parallèle, en principe sans lien (encore qu'un lien idéologique soit indiscutable) mais pas sans conséquence sur nos pratiques, la réforme de l'assurance maladie et l'introduction du dispositif « médecin traitant », qui va modifier sensiblement les pratiques des médecins généralistes tant sont pointées du doigt les prescriptions d'arrêts de travail, considérées, message subliminal des médias, comme des prescriptions abusives de jours de vacances supplémentaires, au frais de la société.

Toujours sans rapport direct mais pas sans effet direct sur nos pratiques, car une part importante de l'activité des médecins du travail est déjà consacrée au maintien et au reclassement des travailleurs, la nouvelle loi sur le handicap avec la disparition des COTOREP et le transfert de leur compétence vers les conseils généraux, *via* les maisons du handicap, avec de nouveaux réseaux fonctionnels à construire, des délais supplémentaires à anticiper.

Inévitable, dans beaucoup de services, c'est la tentative par les directions de mettre en place « la démarche de progrès » élaborée par le CISME, qui propose un cadre et une organisation. Rien de bien surprenant à ce que des directions, qui jusque là n'avaient pas de mission bien précise, si ce n'est d'équilibrer un budget fonctionnant sur la facturation d'actes médicaux aboutissant à la production de fiches d'aptitude, et de limiter autant que faire se peut les temps médicaux considérés comme improductifs (c'est-à-dire ne donnant pas lieu à facturation) : restriction du tiers temps, centralisation de la planification de visites annuelles ne permettant pas la souplesse nécessaire pour répondre aux visites urgentes et aux visites spontanées grandes consommatrices de temps, organisation dans certains départements de l'invisibilisation de la précarité en ne traitant pas les déclarations uniques d'embauche, etc.

Du jour au lendemain, il faut rendre des comptes financiers au Conseil d'administration mais il faut aussi rendre des comptes sur l'activité du service aux DRT. Et c'est donc une nouvelle comptabilité qu'il faut mettre en place : comptabiliser les demi-journées de tiers temps, comptabiliser les fiches d'entreprise rédigées et remises aux entreprises. (Pour certaines directions, la fiche d'entreprise d'une boulangerie artisanale par exemple, pourrait être rédigée rapidement sur le comptoir dès que les locaux ont été visités ; les médecins du travail ne « visitant » plus les individus mais les « locaux »).

Ajoutons à cela les relations avec les entreprises à qui on a « vendu » pendant cinquante ans une prestation « visite médicale/fiche d'aptitude » et à qui du jour au lendemain, il faut vendre une prestation « visite d'entreprise/fiche d'entreprise », sauf qu'il faut percevoir une cotisation sans pouvoir garantir la date de la prestation. Donc une vraie difficulté

commerciale, d'autant que les entreprises ne sont guère demandeuses de conseils.

« La démarche de progrès » qui fait également référence à l'élaboration de référentiels à faire valider par la HAS, (avec sous-jacent la tentative d'introduire, chez les médecins du travail, de la confusion dans la notion d'Évaluation des Pratiques Professionnelles) offre donc une formule polyvalente, certes onéreuse, mais « clefs en mains », et « prêt à penser », pour le pilotage des services de santé au travail, bien rassurante pour des directions de service.

Concernant ces nouveaux partenaires que sont les IPRP ; il faut bien sûr rappeler que rien n'est dit dans le décret sur la question de leur indépendance et ceci constitue déjà une limitation à un véritable travail coopératif avec les médecins du travail. Par ailleurs, il n'y a guère de demande en entreprise et ils sont souvent proposés, quand ils sont internes au SST pour une prestation aide à la rédaction du document unique d'évaluation des risques par les IPRP. Il semble bien qu'à ce jour l'activité des IPRP soit donc essentiellement orientée vers la gestion des risques. Il n'y a guère de demande portée par les CHSCT, pas de convention signée, pas de cadre. Dans les TPE et PME, le législateur avait sans doute oublié que la construction d'une demande d'intervention, fusse celle d'un IPRP, nécessite un travail préalable du médecin du travail. Il convient sans doute de laisser à ce nouveau métier le temps de se construire, dans un contexte très évolutif.

Nous nous sommes réjouis de la mise en place d'un Plan Santé Travail Environnement, mais il convient de rester vigilant afin que la santé au travail qui impacte si fortement la santé publique n'y soit pas totalement désintégrée.

La mise en place d'enquêtes épidémiologiques sollicite les médecins du travail et si participer à de telles enquêtes fait partie de nos missions, nous devons prendre garde à ne pas y perdre notre métier. Une enquête épidémiologique renseigne sur la santé des populations ; elle permet très rarement d'en tirer des données immédiatement utilisables à la mise en place d'une prévention primaire, secondaire ou tertiaire auprès des collectifs et des individus dont le médecin du travail à la charge. L'objectif du département Santé Travail de l'Institut National de Veille Sanitaire est parfaitement clair : « La production régulière d'indicateurs nationaux de santé au travail » (BEH du 21 novembre 2006). Donc, aucune mission de prévention n'est assignée à ces organismes de recherche (INVS, AFSSET).

Au médecin du travail d'utiliser, s'il le peut, ces grandes enquêtes, plus particulièrement SUMER, en point d'appui pour des interventions en CHSCT par exemple, dans sa mission de prévention.

La veille exercée par le médecin du travail, à partir des entretiens cliniques ne doit donc pas être confondue avec le recueil de données, recueil pourtant nécessaire à la construction de connaissances. Remplir un questionnaire, quelque soit sa qualité, ne constitue pas une pratique clinique. Un questionnaire peut parfaitement être rempli par un non médecin (il y a quelques années, le CISME avait même envi-

sagé l'installation de bornes à écran tactile par l'intermédiaire desquelles des questionnaires auraient été administrés aux salariés dans les salles d'attente).

La veille et l'accompagnement clinique ont une finalité immédiate, pour le salarié concerné, dans son entreprise et engagent la responsabilité immédiate du médecin du travail. L'accompagnement clinique, ce n'est pas seulement la détection et la quantification des expositions, c'est aussi, le récit qui permet de repérer les enjeux vitaux pour le sujet, l'activité rêvée autant que l'activité empêchée (Yves CLOT) et les pistes de transformation.

L'accompagnement clinique ordinaire nous permet bien souvent d'anticiper les difficultés des salariés et de construire avec eux la trajectoire de maintien dans l'emploi ou de reclassement : curieusement, ce qui apparaît, (rapport GOSSELIN) c'est le nombre d'inaptitude considéré comme trop élevé. Effectivement, le travail (de maintien ou de reclassement) fait ne se voit pas ; seuls les échecs du travail (le nombre d'inaptitude) sont visibles.

Nous avons encore beaucoup à faire pour élaborer des indicateurs simples de veille, en rhumatologie, en pathologie cardiovasculaire, en santé mentale, indicateurs qui nous permettraient, peut-être un retour immédiat sur le terrain, en terme de prévention. Nous devons inventer des pratiques, par exemple, face à ces HTA que nous voyons s'installer, sans raison autre que la situation de travail. Pourquoi ne pas quantifier les HTA comme nous quantifions les TMS ou les lombalgies. Faire une déclaration de MCP est nécessaire mais insuffisant, nous sommes toujours dans la réparation.

Nous sommes aussi en difficulté pour intervenir, en sauvegarde, sur certains risques organisationnels, comme l'explique dans son ouvrage, notre collègue Dorothee RAMAUD. Nous devons alerter, mais c'est ensuite aux partenaires sociaux, salariés, cadres, employeurs, de se saisir des éléments apportés par le médecin du travail. Certaines situations sont très compliquées ; c'est le cas en particulier des petites entreprises familiales.

L'activité valorisée par le législateur est le tiers temps et la rédaction de fiches d'entreprise.

La clinique médicale a toute sa place dans les fiches d'entreprise : c'est au médecin du travail de l'y faire entrer. S'il n'y a pas de clinique médicale dans les fiches d'entreprise, et s'il ne s'agit que d'une énumération des risques, il n'est nul besoin de médecin pour les rédiger. Beaucoup de risques environnementaux sont liés à l'organisation du travail : horaire de travail et risque routier, horaire de travail et risque d'erreur, etc.

Le médecin peut aussi mentionner les risques sur la fiche d'aptitude et l'expérience menée par plusieurs d'entre nous a bien montré que mentionner les risques sur la fiche d'aptitude change considérablement le sens et la conclusion d'un examen médical.

À nous de subvertir les outils imposés par le cadre réglementaire, pour les transformer en outils de prévention efficace.

Annie DEVEAUX

EN SANTÉ AU TRAVAIL, L'EXAMEN PHYSIQUE, POUR QUOI FAIRE ?

L'examen physique d'une consultation médicale ordinaire vient apporter des informations qui mènent au diagnostic. Mon expérience de la médecine d'urgence m'a appris à examiner soigneusement les malades à la recherche de ces signes. Dans ce contexte, l'examen du corps est subi par le malade, qui donne son consentement en pleine confiance dans le soignant qui s'occupe de lui. C'est la maladie qui l'oblige à cette sorte de passivité. En médecine du travail, la maladie n'est généralement pas le motif de la consultation : le salarié ne se plaint généralement de rien. Dans ce nouveau contexte, je me suis trouvée dans un certain désarroi : celui de ne pas savoir exactement quoi faire au moment de l'examen physique d'une personne qui travaille et qui, le plus souvent, se dit en bonne santé. C'est cette découverte qui m'a entraînée dans un questionnement sur les pratiques professionnelles des autres médecins du travail. La plupart d'entre eux intègrent un examen physique dans les consultations médicales de santé au travail. Se posent alors les questions suivantes : est-il indispensable d'examiner tous les salariés ? Comment faut-il les examiner en priorité ? Quel est l'intérêt de ces examens ? Pour tenter de répondre à ces questions, des médecins du travail ont accepté de s'interroger avec moi et de me donner accès à leur travail réel, aux choix qu'ils ont faits dans leur propre activité. Les réponses que j'ai obtenues permettent de mieux comprendre ce qui est en jeu dans l'examen physique en santé au travail.

TOUS LES SALARIÉS SONT-ILS EXAMINÉS PHYSIQUEMENT ?

Les médecins interrogés sont divisés : il y a ceux qui examinent les salariés à chaque visite, à quelques exceptions près, et ceux qui ne font un examen physique que lorsqu'ils l'estiment nécessaire. Parmi les éléments qui peuvent faire varier le choix des médecins, le motif des consultations en fait partie. Lors des visites périodiques ordinaires, l'examen physique a lieu, alors qu'il peut être absent lors des visites de reprise, notamment après un congé maternité, un syndrome dépressif sans lien avec le travail, ou des visites spontanées dont l'objet n'est pas une pathologie particulière, mais une demande par rapport au poste de travail, par exem-

ple. Après le traitement lourd d'une pathologie (par exemple un cancer), l'examen du médecin du travail pourrait être un examen de plus (de trop ?), subi après un certain nombre d'examens médicaux dans lesquels le corps est malmené. L'examen peut ne pas avoir lieu : le salarié en est parfois soulagé. Dans les consultations motivées par une souffrance mentale, l'examen physique est absent, ou bien, il est reporté. Cela semble être relativement respecté par tous les médecins interrogés. À l'inverse, les visites qui donnent lieu à une inaptitude comportent un examen physique complet, pour des raisons médico-légales. D'autres arguments apparaissent ensuite. En effet, le fait d'examiner un corps donne sens à la question de la santé au travail, puisque le travail passe par le corps. Le risque de ne pas examiner les salariés est ainsi de ne prendre en compte que la souffrance qui peut se dire. L'examen physique permettrait alors de mettre en évidence ces éléments qui pourraient échapper si les visites médicales se limitaient à un entretien.

Dans la majorité des cas, l'absence d'examen donne lieu à une explication parce que certains salariés pourraient ne pas comprendre. Il apparaît comme évident qu'il est important de pouvoir discuter avec le salarié du fait que le médecin décide de ne pas l'examiner. Le salarié peut alors comprendre ce choix. Dans ce moment d'une consultation, il peut alors apparaître des éléments qui n'aurait pas eu leur place autrement. Quand l'examen n'a pas lieu, certains pensent qu'il est important de le noter dans le dossier pour éviter des erreurs d'interprétation ultérieure.

QUEL EXAMEN PHYSIQUE ?

Le contenu de l'examen physique peut donc varier en importance. Il est variable d'un médecin à l'autre, d'une consultation à une autre. Il peut dépendre de ce qui a été évoqué dans un entretien préalable avec le salarié, des risques professionnels, du motif de la visite, d'éventuels symptômes évoqués lors de l'entretien, de demandes particulières des salariés, ou encore de la connaissance que le médecin a du dossier du salarié. Enfin, les contraintes de temps sont également évoquées. Il faut donc trouver un compromis entre le temps imparti, la fréquence des pathologies qui peuvent être dépistées et la facilité d'accès à certains organes.

UN EXAMEN PHYSIQUE, POUR QUOI FAIRE ?

L'examen des salariés en bonne santé apparente a un intérêt. Il en a un pour la plupart des médecins interrogés, notamment dans les cas suivants :

- pour les pathologies dont les signes cliniques précèdent les signes fonctionnels,
- pour les pathologies qui ne sont pas facilement accessibles à la vigilance des salariés,
- pour les pathologies dont les signes peuvent être banalisés.

L'examen physique permet alors de mettre en évidence des symptômes quand les salariés disent que « tout va bien ». Cela peut alors éventuellement donner l'occasion au médecin de faire un lien avec le poste occupé, d'aborder des questions de santé, de donner des conseils de prévention. Par la suite, il devient possible d'élaborer des données collectives à partir des cas individuels.

Ces réponses sont valables quand, après un examen physique, le médecin a découvert des symptômes. La question reste alors posée quand le médecin ne trouve « rien », mais il semble que cela ne remet pas en cause l'intérêt d'un examen du corps. Dans le cas où le médecin constate des traces du travail sur le corps comme des cals des genoux, cela permet d'aborder avec le salarié la question de la prévention des risques. Dans le cas où le médecin ne trouve rien d'anormal, cela a quand même un intérêt puisque cela fait un point à une date donnée. Dans certains cas, même si le médecin pourrait penser que cet examen ne sert à rien, il peut être important pour le salarié qu'il ait lieu quand même.

L'un des médecins nous met en garde : discuter de l'utilité, des utilisations possibles de l'examen physique serait poser la question de sa « rentabilité ». Poser la question dans ces termes serait perdre de vue le véritable sens de l'examen

physique. En effet, l'examen du corps par un médecin a un intérêt dans sa pratique professionnelle médicale : celui du rapport au corps. L'examen physique pourrait permettre aux personnes de penser « corps et travail », notamment dans les cas de somatisations. Il peut aussi servir à rester près du corps pour recueillir d'autres informations, et ainsi, avoir accès aux souffrances qui ne peuvent ni être dites, ni même être pensées.

EST-CE UN EXAMEN PHYSIQUE SPÉCIFIQUE AU MÉDECIN DU TRAVAIL ?

Les gestes de cet examen sont les gestes appris lors des études médicales : ils ne sont en rien spécifique aux médecins du travail. Par contre, les interprétations et les utilisations que chaque médecin fait de l'examen physique, sont spécifiques à ce métier. Les médecins du travail ont dû inventer une pratique médicale propre à leur spécialité dans l'examen du sujet normal. Ils savent établir des liens entre la santé, le langage du corps d'une part, et l'histoire individuelle et collective de travail, le poste occupé d'autre part. Pour finir, cet examen reste la spécificité du métier de médecin du travail par rapport à d'autres professionnels de santé au travail, puisque les médecins ont accès à l'examen du corps.

La considération de l'ensemble des pratiques professionnelles décrites par les médecins ayant contribué à ce travail m'a aidé à construire ma propre pratique d'aujourd'hui. L'examen physique a un intérêt, même pour des sujets en bonne santé apparente. J'ai appris que les médecins du travail savent s'en servir pour enrichir leur manière si spécifique d'aborder la santé au travail. Grâce à ces échanges sur le métier, j'ai trouvé un sens à cette partie de la consultation médicale, et j'ai goûté au plaisir de construire sa propre pratique à partir de la confrontation des pratiques professionnelles de ses pairs. J'ai maintenant de nouveaux questionnements...

Florence JEGOU

BIBLIOGRAPHIE

Quelques lectures choisies par Annie DEVEAUX

FASSIN Didier, **R**ETCHMAN Richard, *L'empire du traumatisme, Enquête sur la condition de victime* – Éditions Flammarion, mars 2007

DEJOURS Christophe (sous la direction), *Conjurer la violence. Travail, violence et santé* – Coll. Essais Payot, 2007

MAURETTE Jacqueline, *Les héros sacrifiés du World Trade Center* – Éd. Jean-Claude Gawsewitch, 2007

ROGER Jean-Luc, *Refaire son métier*, ERES, 2007

THEBAUD-MONY Annie, *Travailler peut nuire gravement à la santé* – Éditions La Découverte, 2007

L'EXAMEN DU CORPS EN MÉDECINE DU TRAVAIL INTÉRÊT POUR LA PRÉVENTION PRIMAIRE OU LE RECLASSEMENT À PROPOS DE QUELQUES CAS DE TMS

L'exercice en médecine du travail, conduit souvent, à la pratique d'examens des corps alors qu'il n'y a pas de symptôme d'appel. Le nouveau décret prévoit d'ailleurs un espacement des examens médicaux systématiques. Pourtant, souvent, lors de ces examens systématiques, pour peu que le médecin du travail pose la question, les salariés évoquent des phénomènes douloureux, qui ne les amènent pas à consulter, « c'est des douleurs », pour lesquelles ils ont le plus souvent recours à l'automédication. L'analyse des conditions d'apparition de ces douleurs, modifications du poste de travail ou changement de poste, nouveaux outils, et un examen clinique soigneux, permettent souvent d'ouvrir des pistes de compréhension. Le salarié amène sa connaissance du poste et le médecin sa connaissance de la physiologie humaine ; il s'agit d'une co-construction qui permet de comprendre l'origine des douleurs et parfois de trouver une piste d'aménagement que le salarié choisira ou non de s'approprier.

Sylvie est née en 1958. De 1974 à 1982, elle a travaillé comme polyvalente (coupe, pliage) en bonneterie. De 1982 à 1985, elle s'occupe de ses deux enfants nés en 1982 et 1985. De 1985 à décembre 2002, elle fera de la confection à domicile, (confection de serpillières, ourlage de serviettes, préparation de gammes).

En atelier de préparation d'échantillons de tissus, à partir de décembre 2002, je la vois en visite d'embauche en mars 2003 : elle signale des douleurs de l'épaule droite, des cervicalgies, des paresthésies des deux mains. Elle travaille en position assise. Il s'agit d'un travail assez répétitif.

L'examen confirme la tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Les douleurs sont apparues depuis qu'elle travaille en atelier, c'est-à-dire trois mois. L'entretien clinique sur le poste de travail et les gestes de travail met en évidence un

problème d'organisation du poste de travail, avec des échantillons de tissus disposés dans des zones imposant une rotation externe excessive de l'épaule droite ; l'analyse des gestes dans le cabinet médical, permet de repérer ce qui pourrait favoriser un meilleur confort de travail. Elle suggèrera elle-même les modifications à apporter au service maintenance et tout rentrera temporairement dans l'ordre.

Je la revois deux ans plus tard ; elle dû accepter depuis un an une mutation dans un autre atelier de production, elle n'a pas eu le choix, mais elle préfère ce travail, bien qu'elle travaille en équipe alternante. Elle travaille debout, avec des déplacements ; les membres supérieurs sont très sollicités, elle est garnisseuse, c'est-à-dire qu'elle doit mettre en place des pelotons de fils sur des cantres comportant 6 rangées de broches (de 0,4 m à 1,8 m de hauteur). Elle n'a plus de douleurs des membres supérieurs, ni de lombalgies. Il s'agit d'un travail d'équipe avec les ourdisseuses.

Je la revois neuf mois plus tard, à la demande de son médecin. Neuf mois plus tôt, elle a changé à nouveau de poste de travail, elle travaille au rentrage : poste isolé beaucoup plus technique sur une machine, l'apprentissage est long, aucune erreur n'est autorisée. Elle est souvent penchée en avant, bras tendus, pour passer des fils. Lors des réglages, elle utilise une visseuse et les vibrations se répercutent tout le long du bras. Elle a bien repéré ce qui est douloureux à ce poste pour elle, demandé un retour au poste antérieur et essuyé un refus catégorique ; pour un observateur qui ne connaît pas le fonctionnement de l'épaule, le poste antérieur semble effectivement solliciter beaucoup plus l'épaule et sa demande est interprétée comme un souhait de retourner dans un atelier où on peut « papoter avec les copines ». En fait au poste de garnissage, il y a une sollicitation, certes plus importante mais plus diversifiée et équilibrée des différents muscles de la coiffe des rotateurs

La tentative de reprise permettra d'analyser les mouvements les plus pathogènes induits par le travail de rentrage et de confirmer l'atteinte essentiellement du sus épineux fortement sollicité, l'atteinte moindre du sous-épineux et du petit rond et d'insister auprès un médecin traitant pour obtenir une IRM, car à l'évidence, il y a une rupture partielle du tendon sus-épineux qui nécessitera ultérieurement un traitement chirurgical.

Dans le cas de Sylvie, l'examen clinique soigneux de l'épaule associé à l'analyse des gestes et postures de travail, a permis de repérer les gestes et les postures les plus nocifs permettant d'être clair et crédible dans la demande de mutation.

Le certificat constatant la maladie professionnelle a bien sûr était remis. La mutation aura effectivement lieu à la reprise après traitement chirurgical de l'épaule.

Damien, né en 1956, fermier de matelas, signale en 2001, des douleurs des membres inférieurs, des douleurs lombaires, des troubles de la sensibilité du membre inférieur gauche, gênantes en position assise, ce depuis le changement de siège de travail. Un spondylololysthésis – bien toléré jusqu'à cette date – décompense.

Jean, né en 1945, également fermier de matelas, souffre pour la première fois de cruralgies gauches à la même époque que Damien et attire également l'attention sur les sièges de travail. Pourtant ces sièges ont été choisis avec soin, sont parfaitement réglables dans toutes les dimensions. Pour ces deux salariés, ces sièges ne seraient pas suffisamment stables.

En fait, pour cette activité sollicitant fortement l'ensemble des membres supérieurs, les salariés les plus chevronnés, s'appuient fortement sur l'ensemble du dossier, pour maintenir une posture moins nocive pour l'ensemble du rachis. La modification des sièges, qui ne sont plus fixés directement au sol, ne permet plus cet appui et l'appui ne se fait plus qu'en région lombaire avec pour conséquence l'apparition de cruralgies pour trois salariés sur huit.

La discussion lors de l'examen du corps, portera sur ce qui a, du point de vue du salarié, occasionné cette déstabilisation.

L'analyse séméiologique rendue à chacun de ces deux salariés leur permettra de rediscuter entre eux et avec leurs collègues de l'utilisation différenciée de ce siège, de leur position de travail, afin d'économiser les membres supérieurs et le rachis. De nouveaux sièges plus résistants seront prévus pour prendre en compte cet appui en force.

Marie, 53 ans, vient d'être arrêtée pour une tendinite du poignet gauche. Pour elle aucun doute, compte tenu de son passé douloureux (sciatique par hernie discale opérée, névralgie cervico-brachiale droite), c'est en voulant protéger

son rachis, qu'elle surcharge ses poignets, en particulier le gauche pour dégager sur sa gauche, en le portant, le palan qui lui sert à transporter les rouleaux de tissus, qu'elle utilise. Je lui demande de me mimer le geste et la posture, que j'essaie de reproduire à côté d'elle pour bien repérer et sentir ce qui pose problème. Il apparaît que ce palan ne fonctionne pas correctement mais elle n'ose pas en parler, « *car elle a déjà tellement demandé d'aménagement, qu'elle n'ose plus* ». Refaire les gestes de travail incorporés favorise la mise en mots d'incidents passés ; elle ajoute : « *C'est vrai qu'il ne va pas bien, d'ailleurs, il s'est même décroché plusieurs fois mais les mécaniciens m'ont dit que ce n'était pas possible qu'il se décroche, et je n'arrive pas à comprendre pourquoi et comment il se décroche* ». À ce moment, nous tenons une piste d'aménagement de son poste pour éviter une récurrence de sa tendinite : argumenter sur la sécurité, « le palan se décroche » pour faire modifier la chaîne afin que le palan puisse être dégagé sans avoir à être porté sur le côté gauche.

François, 47 ans, fumeur, technicien de production, décrit une douleur précordiale gauche « quand il force ». Il a l'impression que c'est musculaire, mais il est un peu inquiet, ce pourrait être de l'angine de poitrine.

Henri, 57 ans, diabétique, manœuvre, décrit également une douleur précordiale gauche irradiée à l'épaule, « quand il force ». Il s'inquiète également, de l'éventualité d'une angine de poitrine.

Pour ces deux salariés pour qui un risque coronarien est tout à fait vraisemblable, faire préciser les moments et les gestes de travail, (et dans les deux cas, il s'agit de soulever un couvercle de fût en poussant par en dessous), et examiner attentivement l'épaule gauche permet de mettre en évidence une atteinte du sous scapulaire.

Face à l'augmentation ininterrompue des troubles musculosquelettiques, l'examen des corps associé au récit sur le travail, avec très souvent esquisse des postures et des gestes professionnels dans le cabinet médical, reste un temps essentiel d'analyse de ces pathologies. L'étude du poste de travail dans le cadre du tiers temps ne permet pas de se dispenser de cette étape clinique.

En dehors des TMS, des dermatoses prurigineuses des cuisses et des avant-bras étiquetées « gale » ont pu être rapportées à des eczémas aux huiles d'usinage et être traitées par un lavage plus fréquent des vêtements de travail.

L'auscultation pulmonaire complétée ou non par des tests spirométriques permet souvent de dépister des bronchopneumopathies chroniques obstructives débutantes ou des asthmes sous-traités, de réinterroger les expositions professionnelles actuelles ou passées, les associations avec le tabagisme qui en augmente la dangerosité.

Annie DEVEAUX

CLINIQUE MÉDICALE

L'EXAMEN PHYSIQUE

EN MÉDECINE DU TRAVAIL

*Compte rendu des débats
du Congrès de l'Ass. SMT, 9 et 10 décembre 2006*

Comme tout médecin qui se respecte, cela paraît évident qu'un médecin du travail examine la personne qu'il a en face de lui. L'examen physique comme thème du Congrès de décembre s'inscrit donc dans la continuité de la clinique médicale du travail. Mais cette pratique entraîne quelques questionnements notamment :

- Que faire lors de cet examen ?
- Comment le faire ?
- Pourquoi le faire ?

Les réponses peuvent varier considérablement d'un médecin du travail à l'autre.

Ce thème a pris de l'ampleur suite au mémoire de DES d'une jeune consœur en reconversion. D'urgentiste, elle est devenue médecin du travail et très rapidement la relation au corps de l'examen clinique des salariés lui pose question.

- À quoi cet examen est-il relié ?
- Quelle est l'utilité d'examiner des gens bien portants ?

Aux urgences, dit-elle, ça coule de source ; cet examen est en lien direct avec la douleur et la conduite à tenir qui en découlera. Pourquoi ce lien ne lui a-t-il pas paru exister en médecine du travail ? N'existerait-il qu'un lien entre examen et corps malades ? Pour essayer de mieux comprendre, elle décide d'en faire son sujet de mémoire.

Elle est amenée à rencontrer des médecins du travail en activité et à les questionner. Dix médecins ont ainsi été « enquêtés ». Cela lui a permis d'entrer dans l'intimité professionnelle de ces médecins et positionner l'examen clinique, l'importance de la présence du corps dans une consultation de médecine du travail. Que ce corps on ne le touche pas systématiquement. Comme s'il existait une inconscience qui guidait le médecin du travail pour faire ou ne pas faire cet examen clinique. Cet inconscient semble prendre des informations tout au long de l'entretien avec le salarié.

Pouvons nous dire que de ne pas faire systématiquement un examen clinique relève d'une grande confiance construite avec le salarié ? Mais cet examen clinique permet d'entrer en contact d'une autre façon. Ce rapport au corps, le toucher, permettrait de mettre en débat des maux non encore expli-

més, des maux qui passent par le corps et qui ne sont pas encore pensés.

Peut on penser que, quand il n'y a rien qui est lâché par les mots, il reste les maux du corps. Corps comme vecteur des traces du travail ? Comment le travail peut-il se lire sur le corps, dans le corps ?

Jusqu'à présent, cette question de l'examen physique a été occultée. La réflexion de groupe menée ce jour a apporté des précisions que nous pouvons résumer en quelques points.

- L'important, c'est avant et après l'examen :
 - ➔ par l'explication de ce que l'on fait, de ce que l'on cherche, à quoi cela sert ;
 - ➔ par le dialogue avec le salarié, en s'informant sur son travail, son ressenti, ses inquiétudes, les difficultés rencontrées ;
 - ➔ par l'explication des conclusions de cet examen.

➤ Ensuite l'examen physique clinique s'inscrit dans la continuité de ce dialogue. On essaie de pratiquer un examen complet si possible du moins à l'embauche. On effectue un examen général, comme le font ou devraient le faire tous les médecins, en insistant sur des points particuliers : cœur s'il effectue des travaux lourds, genoux si le salarié travaille à genoux, tout en expliquant ce qu'on fait et pourquoi on le fait. Le corps est représenté comme un outil de travail. La personne veut comprendre pourquoi elle a mal ; on peut essayer de décomposer les gestes, expliquer le pourquoi de la douleur, de la nécessité de ménager le corps et certaines articulations en particulier.

➤ Des questions annexes se font jour, comme celle du déshabillage : quelle tenue demander pour l'examen ? Quelqu'un peut-il refuser de se déshabiller et de se soumettre à l'examen physique ? Avant tout, ce qu'il faut éviter, c'est le déshabillage avant le dialogue.

Mais nous raisonnons de notre point de vue de médecin du travail qui n'est pas choisi par le salarié qui n'est pas « patient ». Que savons nous finalement des attentes de ces salariés non patients ? Ne nous renvoient-ils pas à notre

métier de médecin ? Quelles inquiétudes peut soulever la consultation en médecine du travail ? « *Alors docteur, comment me trouvez vous ? Tout va bien ?* » nous l'entendons souvent. Donc c'est bien un moment où les mots retenus peuvent surgir. De nouvelles questions sont travaillées. Je dirai comme tout médecin : quel sens donner à ces deux contacts verbal/physique ? Ce métier n'a-t-il pas un rapport au corps ? N'est-ce pas un corps que tout médecin voit d'abord quand il va chercher son « patient/salarié » en salle d'attente. Puis le verbe vient !

Quelle que soit la spécialité exercée, la maladie est en toile de fond et pour nous c'est la maladie liée au travail. Cette approche du corps doit nous permettre ainsi d'établir un diagnostic. Ce contact physique peut-il permettre d'apprivoiser des personnes ? Mais quel corps examinons nous ?

- un corps machine ?
- un corps outil ?
- un corps sexué ?
- un corps habité ?

Quand un médecin examine, quel corps utilise t-il ?

- un corps neutre ?
- un corps sexué ?
- un corps outil ?

Mais le rapport au corps n'est pas que lors de l'examen clinique, il est aussi dans l'attitude physique que le salarié prend lors de l'entretien et de la réponse clinique que le médecin donne en s'approchant, en reculant, en essayant déjà de toucher la personne. Nous pouvons dire qu'il n'y a pas de « travailler » sans engagement du corps.

Ce corps est le baromètre de cet engagement :

- marques d'usure,
- marques de fatigue,
- pathologies professionnelles.

Finalement, comment procéder ? Attention à ne pas faire d'examen vide de sens, c'est sans intérêt. Dès qu'on dérape dans une pratique du seul corps, on tombe dans une démarche clinique classique. Examinons nous le corps biologique, érotique ou le corps engagé dans le travail ?

- Il y a le corps énigme : ce n'est qu'au moment du toucher que les choses peuvent apparaître et se débloquent.
- Il y a les défenses naturelles du corps où il vaut mieux ne pas mettre le doigt.
- Il y a le corps dans la vie personnelle des salariés qui désinvestissent le travail et qui se construisent autrement dans d'autres activités.
- Il y a l'engagement du corps dans le sport ; l'articulation du temps entre temps du sport et temps du travail pose question.
- Il y a l'engagement du corps des femmes dans le ménage. Il peut y avoir un rapport avec les troubles musculo-squelettiques.
- Il y a le parler des souffrances du corps des autres pour parler de soi même.

Mais parfois il n'y a pas d'accroche : le salarié ne dit rien. Il ne faut pas se contenter de faire un examen vide de sens, on cherche une symptomatologie possible. On trouve toujours un lien avec ce qui pourrait arriver par le travail. Mais attention à certaines dérives ou excès : il n'est pas certain que si la séméiologie clinique est très instruite, on aura toutes les clés du diagnostic.

EN CONCLUSION

Il n'y a pas de « travailler » sans engagement du corps. C'est à ce corps là que nous avons à faire lors des consultations. Comment alors travailler avec le salarié la question de ces symptômes ? Comment lui permettre de se les réapproprier, de leur donner un sens ? Comment faire pour qu'il se réapproprie ce corps souffrant et faire qu'il souffre moins ? Faisons nous une clinique de la maladie ? Ou une clinique de la santé ? Évitions le piège du diagnostic qui occulte souvent le lien avec le travail du salarié. Entendons la souffrance, n'essayons pas de porter à tout prix un diagnostic. Cela pourrait faire suspecter qu'on doute de sa bonne foi.

Josiane CREMON, Jean-Marie EBER
Rapporteurs

BULLETIN D'ADHÉSION

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

Tél. 06 79 72 44 30 / 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 2007
- Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation 2007

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 95 € à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

Prénom :

Courriel :

RÉALISER SON EPP AVEC E-PAIRS

Bien convaincus de l'intérêt de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) pour l'évolution et l'avenir de notre métier, l'association SMT, la Société de Médecine du travail de Poitou-Charentes, la Société de Médecine du Travail du Val de Loire et le syndicat professionnel (SNPST) ont mis en débat leurs points de vue sur l'EPP des médecins du travail ; et, après avoir élaboré une Charte, ces quatre structures ont fondé l'association E-Pairs (Évaluation par les Pairs) en septembre 2006. E-Pairs a déposé une demande d'agrément en EPP auprès de la Haute Autorité pour la Santé (HAS)(1).

E-Pairs pourrait être le premier **organisme agréé** pour l'EPP en médecine du travail, après un parcours d'obstacle particulièrement long et des délais bien supérieurs à ce qui était annoncé lors du dépôt de dossier. Le nombre important de dossiers à instruire par la HAS (pour l'ensemble du corps médical et pas seulement pour les médecins du travail) expliquerait ces délais, ce qui, somme toute rassure sur le dynamisme du corps médical.

La FMC comporte quatre catégories de formation ; la quatrième catégorie étant l'EPP. FMC et EPP sont obligatoires pour tous les médecins, qu'ils soient libéraux ou salariés. Chaque médecin du travail a le choix de son organisme d'EPP. Le financement de la prestation d'EPP est à la charge de l'entreprise ou du service de santé au travail employeur du médecin. L'EPP a lieu pendant le temps de travail (temps connexe).

L'UNITÉ FONCTIONNELLE DE BASE : LE GAPEP OU GROUPE D'ANALYSE DES PRATIQUES ENTRE PAIRS

Chaque GAPEP est composé de 5 à 12 médecins du travail qui se cooptent et choisissent de travailler ensemble sur le **réel de leurs pratiques** (et non sur des cas fictifs). Le GAPEP peut être constitué dans un même service ou entre médecins de différents services.

Le GAPEP choisit sa thématique de travail parmi les portes d'entrées proposées par E-Pairs :

- Autour d'études de cas, cliniques ou de pratiques professionnelles, amenés et exposés par chacun des participants du GAPEP en médecine du travail. Cette porte d'entrée est recommandée pour les GAPEP débutants, elle constitue un préalable indispensable aux autres portes d'entrée.
- Autour de la mise en discussion d'une recommanda-

tion déjà élaborée, l'engagement moral étant d'accepter de confronter ses pratiques concrètes aux recommandations de bonnes pratiques, et éventuellement de contribuer à l'évolution de celles-ci.

- À partir d'une thématique choisie, comme contribution à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques par l'association E-Pairs.

Pour chaque médecin du travail inscrit, le SST dont il est salarié, passe convention avec E-Pairs (convention à télécharger sur le site de E-Pairs).

LA PERSONNE RELAIS DU GAPEP ET LE BINÔME D'ACCOMPAGNEMENT

Les GAPEP désignent parmi eux une personne relais. Elle a pour mission, dans le cadre de son mandat, de formaliser la proposition d'un thème. La personne relais est en relation avec le Groupe projet qui désigne en son sein, lors de la convention entre les partenaires, un binôme chargé de suivre le travail du GAPEP et de le soumettre au Groupe projet de l'association. Le Groupe Projet signalera aux GAPEP, éventuellement engagés dans des démarches semblables, les possibilités de travaux en réseau. Les médecins du travail du Groupe Projet doivent obligatoirement être membres d'un GAPEP.

L'ORGANISATION DES TRAVAUX DU GAPEP

Ces GAPEP sont constitués autour des principes de fonctionnement suivants :

- groupes de 5 à 12 médecins du travail ;
- se réunissant au minimum 6 fois 2 h 30 dans l'année, avec engagement de chaque médecin du groupe de pairs à être présent à cinq séances au moins ;
- selon une méthodologie qui garantisse la participation de chacun à tenir les fonctions d'animateur et de rapporteur, conformément au programme proposé par l'HAS.

Les comptes rendus des travaux et la feuille d'émargement seront transmis au binôme correspondant.

Les cas cliniques, ou les exemples de pratiques professionnelles, apportés par chaque participant le seront soit de façon aléatoire, soit selon une thématique professionnelle raisonnée. Les éléments d'informations et d'actions en rapport avec l'activité de travail actuelle et passée individuelle et collective, et la santé des sujets actuelle et passée, seront systématiquement questionnés. Des références seront recherchées. La traçabilité des dossiers exposés et les autres détails de déroulement seront précisés par le Groupe projet.

.....
1- E-Pairs devrait être agréé pour octobre 2007 après les avis positifs du Conseil National de la Formation Médicale Continue et de la commission de l'HAS
La Charte d'E-pairs, est à consulter sur le site (<http://www.e-pairs.org/>).

Par séances trois phases seront généralement explorées :

- présentations de cas cliniques ou de pratiques professionnelles ;
- discussion collective concrète de ceux-ci ;
- et temps professionnel plus large permettant de resituer les cas rencontrés dans la globalité de l'activité professionnelle en médecine du travail.

Plusieurs GAPEP ont commencé à fonctionner dans plusieurs régions, avant même l'agrément de E-Pairs avec des thèmes et des portes d'entrée variables. Les membres du Groupe Projet (regroupant l'ensemble des binômes de médecins du travail) vont commencer à échanger, en groupe de pairs, sur les thèmes abordés, afin de favoriser les échanges entre GAPEP.

Dans l'avenir, des journées d'étude seront sans doute organisées.

Annie DEVEAUX

ASSOCIATION SMT

– LE BILAN 2006 –

RÉUNIONS TENUES

- Journée de Printemps le 10 mars 2006 :
 - ♦ *Nos pratiques professionnelles face aux nouvelles organisations du travail dans les entreprises et les services de santé au travail.*
 - ♦ *Aptitude sécuritaire.*
- 27^e Congrès annuel les 9 et 10 décembre 2006 (Paris) :
 - ♦ *Précarité : la banalisation. Enjeux pour la santé et la sécurité.*
 - ♦ *Clinique médicale du travail : l'examen physique en médecine du travail, sa place, ses mobiles, ses buts pour le salarié et pour le médecin. Monographies, suites.*
 - ♦ *Évaluation des pratiques professionnelles :*
 - ➔ *Le potentiel des groupes de pairs.*
 - ➔ *Déployer des pratiques de prévention collective primaire, donner sens au décret, rendre compte mais refuser des pratiques vides de sens.*

PARTICIPATIONS ET ACTIONS

- 29^e Congrès national de médecine et santé au travail de Lyon : communications et tenue d'un stand.
- Dans le Collectif Santé/Travail : contributions au débat.
- Au sein de l'association E-Pairs, dont l'Ass. SMT est membre fondateur.

PUBLICATIONS

- Le *Cahier S.M.T. N°21* a été tiré à 1 500 exemplaires, juin 2006.
- Communication : le site web a-smt.org, régulièrement consulté.

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Il a été procédé le 10 décembre 2006 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)
Trésorier : Jean-Noël DUBOIS (2B)
Administrateur du site Web : Denis TEYSSEYRE (86)
Conseil d'Administration : Pierre ABÉCASSIS (21) ; Fabienne BARDOT (49) ; Chantal BERTIN (49) ; Marie-Andrée CADIOT (59) ; Benoît DELABRUSSE (30) ; Jean-Marie EBER (67) ; Alain GROSSETÊTE (69) ; Claire LALLEMAND (37) ; Nicole LANCIEN (72) ; Gérard LASFARGUES (37) ; Gérard LUCAS (44) ; Brigitte PANGAUD (75) ; Rhina RAJAONA (28) ; Odile RIQUET (69) ; Gilles SEITZ (75) ; Martine TAVERNIER (06) ; Mireille THÉVENIN (2B)

ORIENTATIONS 2007

- Publication du *Cahier S.M.T. N°22*
- Journée de Printemps le 10 mars 2007

28^e CONGRÈS ANNUEL LES 8 ET 9 DÉCEMBRE 2007 À PARIS

- ♦ *De la fonction au métier : médecin et infirmier du travail, la prévention médicale des risques pour la santé, quelle spécificité ?*
- ♦ *Atteintes à la santé et nouvelles organisations du travail : quelles stratégies d'action ?*
- ♦ *Actualités professionnelles*
 - ➔ *Évaluation des pratiques professionnelles.*
 - ➔ *La croisée des chemins : entre extinction du métier et détournement vers la gestion de la santé, de la médecine du travail à une médecine d'entreprise.*

(Voir page 19 pour les pré-inscriptions)

Alain RANDON

LETTRE OUVERTE À M. XAVIER BERTRAND

Le Collectif Santé Travail a pris connaissance du rapport de M. GOSSELIN, intitulé « Aptitude et inaptitude au travail : diagnostic et perspective ».

À partir de constats assez justifiés sur la situation présente, M. GOSSELIN émet des propositions très en retrait par rapport à la réflexion actuelle de nombreux professionnels de santé au travail, d'organisations syndicales et d'associations s'intéressant à la santé au travail.

Le rapport GOSSELIN propose de supprimer l'aptitude là où elle est déjà vidée en grande partie de son sens, c'est-à-dire lors des visites systématiques. D'un autre côté, il la réintroduit dans ce qu'elle a de plus contestable en confiant au médecin du travail une aptitude sélective généralisée pour les postes dits de sécurité voire pour les postes à risque, détournant ainsi la mission exclusive de prévention du médecin du travail. Pour tous ces postes, M. GOSSELIN préconise des « contrôles plus poussés », ce que nous refusons, considérant que le rôle des préventeurs est de travailler, à la suppression des risques du fait du travail.

Nous sommes là dans une logique d'adaptation de l'homme au travail et non de prévention, comme la loi l'oblige. Comment ne pas voir, que l'acceptation de ce concept de postes à risque conduit, même si M. GOSSELIN écarte un peu rapidement cette hypothèse, à cautionner le non-respect par les employeurs de leur obligation en matière de santé et sécurité au travail au mépris de la réglementation et de la jurisprudence. Il y a fortement lieu de croire, d'autre part, compte tenu de l'ambiance sécuritaire actuelle, les médecins du travail se voient réduits à un rôle de « flics sociaux » ; risque d'autant plus réel qu'au mépris de la confidentialité et de la déontologie médicale, M. GOSSELIN préconise que le médecin du travail puisse consulter le dossier médical personnel du salarié, y compris contre la volonté de celui-ci ! Pour M. GOSSELIN, que le médecin du travail puisse être conduit à prononcer des inaptitudes contre l'avis du salarié, ceci prétendument dans l'intérêt de la communauté et du salarié lui-même, ne nuirait pas à la relation de confiance entre le salarié et le médecin du travail !

Comme il fallait s'y attendre, les propositions du rapport sont essentiellement formelles et coupées des réalités de terrain. Ainsi, la procédure d'alerte risque de n'être qu'un gadget compte tenu de l'absence de CHSCT dans la plupart des entreprises, de la charge de travail des inspecteurs du travail et du peu de suites concrètes données à leurs procès-verbaux. Comment ne pas voir par ailleurs que cette procédure est en contradiction avec le mode de gestion et de fonctionnement des services de santé au travail. Cette question, pourtant fondamentale des modes d'organisation, de gestion et de fonctionnement des services de santé au travail est à peine abordée. Toujours prisonnier de son juridisme, M. GOSSELIN affirme sans rire que le statut actuel des médecins du travail et des intervenants en prévention des risques professionnels, au sein des services de santé au travail tels qu'ils existent, suffit à garantir leur indépendance et leur efficacité (mieux que tout autre quel qu'il soit) !

Sur la procédure d'inaptitude et de reclassement, M. GOSSELIN méconnaît totalement les outils légaux existants et le rôle pourtant réglementaire et central du médecin du travail ainsi que celui des SAMETH. Sa proposition de donner aux médecins du travail la possibilité de déclarer les salariés « inaptes à tous les postes dans l'entreprise » et de libérer ainsi les employeurs de leur obligation de reclassement porte en elle, dans les conditions actuelles, les germes d'une dérive majeure. Il en est de même de sa proposition de « moduler l'obligation du reclassement en fonction des capacités de l'entreprise » (sic).

Nous sommes vraiment très loin de la notion de conseil au salarié pour la construction de sa santé au travail. Nous sommes vraiment loin de la prévention des risques professionnels mais bien dans une logique d'aide aux employeurs à gérer les risques et à éviter les tribunaux.

Aborder la question de la santé au travail sous l'angle de l'aptitude et confier cette problématique à un juriste était une erreur de perspective fondamentale. Ce qu'il faut, c'est donner aux services de santé au travail de véritables moyens réglementaires, techniques et humains leur permettant d'assurer leur mission de santé publique, telle qu'elle est définie par la loi : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait du travail ».

Signataires : ASSOCIATION SMT / FMF / SNPST / UNION SYNDICALE SOLIDAIRES / SUD RAIL