

LES CAHIERS

S.M.T. N°24

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

MAI 2010 20 €

ISSN 1624-6799

PRÉSERVER LA MÉDECINE DU TRAVAIL

C LINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

T RAVAILLER AU QUOTIDIEN EN MÉDECINE DU TRAVAIL

P RATIQUES MÉDICALES ET QUESTIONS SOCIALES

LES RISQUES POUR LA SANTÉ MENTALE DES ORGANISATIONS DU TRAVAIL

Q UEL AVENIR POUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL ?

Éditorial	<i>Dominique HUEZ</i>	3
Clinique médicale du travail		
Histoires cliniques au fil des consultations	<i>Bernadette BERNERON</i>	5
Médecin du travail dans les TPE, lien avec les organisations syndicales	<i>Annie LOUBET</i>	12
Troubles anxieux et poste de sécurité	<i>Annie LOUBET</i>	15
Dossier de M. P..., mauvais signes	<i>Ève SEMAT</i>	18
Clinique à l'hôpital, « Questions de limites »	<i>Camille SIBILLE</i>	21
Travailler au quotidien en médecine du travail		
Souffrance au sein du Service de santé au travail d'une entreprise publique en cours de privatisation	<i>Martine MANGIONE</i>	25
Le désarroi d'un médecin du travail face à la réforme	<i>Florence JÉGOU</i>	28
Équipe médicale en santé au travail Équipe pluridisciplinaire en santé au travail	<i>Alain CARRÉ</i>	32
Fonctionnement de la Commission médico-technique	<i>Alain CARRÉ</i>	36
Carnet d'un médecin du travail	<i>SENTINELLE</i>	38
Pratiques ordinaires de médecin du travail	<i>Benoît DE LABRUSSE</i>	40
Pratiques médicales et questions sociales		
Des Maladies Professionnelles ? Pourtant on ne leur demande pas beaucoup de travail	<i>Annie LOUBET</i>	45
À propos d'un cas de stress post-traumatique	<i>Annie LOUBET</i>	49
Agir comme médecin du travail face aux suicides professionnels	<i>Dominique HUEZ</i>	54
Les « autopsies psychiques », pour ne pas investiguer le travail	<i>Dominique HUEZ</i>	56
Arrêter la pensée des travailleurs : un projet idéologique	<i>Alain CARRÉ</i>	59
Compte rendu du Congrès de l'Association SMT, décembre 2009	<i>Jocelyne MACHEFER</i>	62
Quel avenir pour la médecine du travail ?		
Changements des institutions et des pratiques de prévention à l'épreuve du réel	<i>Nicolas SANDRET</i>	67
Le potentiel destructeur de l'évaluation individualisée des performances	<i>Nicolas SANDRET</i>	73
La mort de la médecine du travail	<i>Alain CARRÉ</i>	75
Une réforme de la médecine du travail très inquiétante	<i>ASS. SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL</i>	82
Bilan SMT 2009	<i>Alain RANDON</i>	84

É D I T O R I A L

VERS UNE MÉDECINE D'ENTREPRISE ?

La médecine du travail risque de disparaître. Elle risque de disparaître à cause :

- *des professionnels qui n'ont pas réussi à faire comprendre ses enjeux ni à déployer suffisamment leurs responsabilités qui en découlent ;*
- *de l'État qui n'assume pas ses responsabilités vis-à-vis d'une médecine du travail ancrée dans un projet de santé publique, médecine de première ligne pour les personnes et médecine de prévention primaire des dérives possibles des organisations du travail et de leurs environnements laissés à la liberté du plus fort ;*
- *des politiques qui n'ont vraiment pas compris les enjeux citoyens et sociétaux ;*
- *des partenaires sociaux qui n'ont pas su penser une réforme à la hauteur des enjeux.*

Si l'État se désengage encore plus du contrôle de l'application du droit organisant le fonctionnement des Services de Santé au Travail, la médecine du travail sera régie par un système d'accréditation organisationnelle vide de sens. La « démarche de progrès », empruntée au management « par la qualité » qui s'y développe actuellement, tente de nous faire croire que les médecins échapperaient à son caractère de simulacre, contraire au déploiement d'authentiques pratiques professionnelles. Cette perte de sens étouffe dans l'œuf les missions des médecins du travail, que l'État n'osera peut-être pas supprimer cette fois-ci ?

La réforme à venir fait l'impasse sur le fondement médical de l'exercice en médecine du travail pour mieux le circonvenir. Cette réforme ne permet pas la pérennisation d'une pratique clinique individuelle dans la consultation médicale comme adossée à toute pratique préventive, c'est alors le socle de la médecine du travail qui risque de s'effondrer. En effet, la clinique médicale du travail permet justement que la pratique du métier de médecin du travail soit effective, avec l'engagement de sa propre responsabilité. Actuellement, les médecins ont comme injonction impossible, faute de ressource médicale, à la fois de voir tous les salariés périodiquement et à la fois de prendre le temps avec les salariés en difficulté : alors comment s'en sortir ?

L'arrivée d'infirmiers du travail dans l'équipe de médecine du travail peut élargir l'offre de service médical. Mais en aucune façon la pratique d'infirmier du travail ne saurait se déployer en substitution du déficit de médecin du travail. La pratique d'investigation du lien santé-travail du médecin du travail ne saurait être confondue avec le rôle propre de soins des infirmiers même élargi à faciliter le « prendre soin de soi ».

Disons-le, ce qui dérange dans l'exercice du médecin du travail, c'est que sa mission auprès du patient est aussi un devoir professionnel d'engager sa responsabilité médico-légale en certifiant le lien entre la pathologie et des éléments du travail. Ce qui dérange aussi du point de vue de sa mission de prévention collective c'est de veiller et d'alerter médicalement. Le statut de médecin du travail le dispense de prendre en compte la contrainte économique dans l'acte de prévenir et dépister les altérations de la santé du fait du travail. Ce témoin, qui n'est peut-être pas toujours assez engagé du point de vue de ses missions, est-il, aujourd'hui, un témoin trop gênant ?

Avec des infirmiers du travail qui se déploieraient en lieu et place de médecins du travail, certains voudraient transformer le médecin du travail en « manager » d'une équipe sans spécificité, ni rôle propre, ni statut. Le médecin du travail sera alors amené à mettre en place la communication sur des risques qu'il n'aura pas instruit cliniquement. Cela finira alors de discréditer une profession ainsi privée de sa légitimité par l'effondrement d'une pratique spécialisée en clinique médicale du travail.

La présence d'ergonomes, d'hygiénistes industriels ou de psychologues de l'activité de travail, en responsabilité comme IPRP, aurait pu être une chance pour les SST. Ces professionnels, au statut enfin défini, auraient pu apporter une contribution majeure à l'identification des risques et leurs mécanismes tout en exerçant hors de l'équipe médicale. Mais la plupart du temps, la « pluridisciplinarité » est d'ores et déjà annexée au profit exclusif des employeurs à travers des associations de directeurs de SST, parce qu'ils confisquent cet exercice au profit de l'évaluation et la gestion des risques pour les entreprises. C'est un véritable détournement d'objet par des acteurs en conflit d'intérêt. La réforme annoncée semble vouloir le pérenniser !

Autres sources d'inquiétudes : le maintien du concept vide de sens de l'aptitude, la disparition du « secteur réglementaire d'exercice médical », ultime rempart contre les pressions sur l'exercice du médecin du travail, et la « contractualisation » des SST qui pourrait faire obstacle à l'exercice de la responsabilité personnelle de moyens du médecin du travail et qui légitimerait l'impossibilité d'un suivi médical périodique pour les salariés par des conventions par secteurs professionnels.

Tout cela ne serait possible qu'en maintenant une majorité patronale dans la direction des SST. C'est donc ce qui sera fait !

La médecine du travail n'est pas du tout cela ! Elle est action médicale en témoignage sur l'inacceptable pour la santé de chaque sujet au travail qui interroge le fonctionnement social et la citoyenneté. La médecine du travail est aussi action ici et maintenant concernant des situations très concrètes concernant les enjeux individuels et collectifs du « faire » et du « faire ensemble » essentiels pour construire, ou pour éviter de déconstruire sa santé au travail.

La médecine du travail est une pratique médicale qui a su se développer entre la prévention des risques professionnels connus et identifiés d'une part, et la clinique médicale du travail d'autre part, qui peut permettre au sujet à la santé précarisée du fait de son travail, de recouvrer sa capacité à prendre soin de santé. Ce projet médical est indissociable de la prise en compte de ce qui peut faire obstacle à la fois aux enjeux de santé pour le sujet engagé dans l'activité d'une part et au travail collectif d'autre part. Le travail clinique permet de développer une pratique qui vise l'amont des mécanismes délétères.

***Alors OUI**, la médecine du travail permet d'identifier des modalités managériales néfastes pour la santé. Elle permet d'identifier que l'évaluation individualisée des performances est déconnectée du faire et du faire ensemble, que la sous-traitance et tous les mécanismes de précarisation font obstacle aux actions préventives des salariés parce qu'ils sont entravés par la mise en concurrence exacerbée, qui fait elle-même disparaître les acquis du droit du travail de protection de la santé. La médecine du travail met aussi en évidence que l'absence criminelle de traçabilité des expositions des travailleurs aux agents chimiques dangereux et aux CMR par les employeurs constitue autant de pertes de chance en matière de santé.*

***OUI**, il y a légitimité et urgence pour les employeurs à interpeller le médecin du travail sur ce qui ferait entrave à la possibilité de construire ou préserver sa santé au travail, sur l'effondrement des dynamiques de coopération soutenant les collectifs de travail, au sujet de la nécessité (ou non) de mesures de sauvegarde pour la santé. Nous revendiquons cette responsabilité du point de vue de notre position de praticien indépendant !*

***OUI**, il y a nécessité de construire un consensus politique pour un cadre d'exercice indépendant pour la médecine du travail face aux catastrophes sanitaires en santé au travail qui se profilent. Ce cadre d'exercice ne serait ni annexé au système de gestion des risques, ni au système assurantiel de la sécurité sociale, encore moins aux caisses AT/MP gérées par les employeurs !*

Nous affirmons qu'il serait contraire à la Constitution de la République et aux principes européens de prévention que l'État n'assume plus son devoir de protéger la santé des salariés. Pourtant ses projets nous le font craindre, en mettant en place une médecine de gestion médicale de la main d'œuvre et d'accompagnement du management de la gestion des risques, c'est-à-dire une médecine d'entreprise.

Dominique HUEZ

Président de l'association Santé et Médecine du Travail (SMT)

HISTOIRES CLINIQUES

AU FIL DES CONSULTATIONS

Bernadette BERNERON, médecin du travail

Il s'agit de rencontres de salariés dont je ne connais ni le dossier, ni l'entreprise dans un secteur d'activité nouveau pour moi. Ces trois histoires sont celles de salariées vues durant leur arrêt de travail, dans une situation d'urgence soit à la demande du médecin traitant, soit à la demande du médecin conseil de la CPAM dans le cadre d'une rupture des indemnités journalières.

MADAME LOISIR LE SPORT C'EST MA VIE

Madame Loisir est une jeune femme de 30 ans, mère de deux enfants en bas âge ; elle travaille dans un magasin de sport depuis quatre ans au poste d'hôtesse d'accueil et vendeuse à temps partiel (28 h/semaine) annualisé avec une amplitude horaire importante (les plages horaires sont les suivantes : 9 h 30 – 12 h 30 et 14 h – 19 h). Son conjoint est salarié d'une entreprise voisine.

Le BAC en poche, elle passe deux brevets d'état, l'un en gymnastique aux agrès et l'autre en Sport pour tous, ce qui lui donne le droit d'enseigner ces disciplines en club de sport. Elle a travaillé pendant quelques années au service des sports à V... en empilant neuf contrats emploi jeune.

Elle a été une gymnaste de niveau national et s'est épanouie dans le sport, activité qu'elle pratique, ce qu'elle juge indispensable pour son équilibre. Elle donne pour compléter son temps de travail des cours de gymnastique dans une association de sport le soir 4 fois par semaine et accompagne les jeunes gymnastes en compétition le week-end.

Il n'est noté aucun problème de santé dans le dossier si ce n'est un état sub-dépressif lors de la visite d'embauche, une grossesse et un congé maternité en 2007–2008 sans problème et un arrêt de travail d'un mois en octobre 2008 pour un éveinage compliqué d'une phlébite et d'une hépatite médicamenteuse. Elle reprend rapidement son emploi car elle s'ennuie à la maison et préfère travailler.

C'est une femme hyperactive investie dans ses deux métiers qui a tendance à être peu présente à la maison ce qui semble poser problème à ses enfants notamment à l'aîné en CP. Madame Loisir est convoquée à l'école car son fils souffre de l'absence maternelle ; cela va la contraindre à diminuer

ses heures d'enseignement pour être plus présente à la maison. Elle se plaint du comportement « agressif » de sa fille de 20 mois. Elle se perçoit comme une mauvaise mère, n'ayant pas la fibre maternelle, laissant une place importante au père, justifiée à ses yeux « puisqu'elle ne sait pas les élever ». J'apprendrai ultérieurement que Madame Loisir a un vécu douloureux de son enfance car elle a été élevée par sa tante, sa propre mère, travaillant auprès des enfants l'ayant rejetée.

Je ne connais ni les salariés, ni l'établissement et suis sollicitée par la collègue dont je suis le tuteur ; elle se trouve face à une salariée en détresse profonde, qu'elle voit en visite de pré reprise du travail à la demande du médecin traitant au décours d'un arrêt de travail de cinq semaines.

Elle a face à elle depuis une demi heure une salariée prostrée, au regard hagard qui est là parce qu'on lui a dit de venir, son médecin traitant ayant fait un courrier au médecin du travail et pris le rendez-vous. Sa voix est atone, elle est en état de sidération de la pensée, sans capacité à décider, s'exprime peu ; le médecin du travail très inquiet pour la santé de la salariée veut l'orienter vers le psychiatre.

Je rencontre effectivement une personne qui semble indifférente à ce qui l'entoure. J'ai du mal au départ à retenir son attention. À mes questions réitérées sur sa situation professionnelle, ce qu'elle fait au travail, ce qui a déclenché ses problèmes de santé, elle va s'animer un peu. Elle m'explique qu'ils sont onze salariées dont trois responsables de rayon et un responsable du magasin, en poste depuis plusieurs mois, qu'il y a eu une diminution des effectifs depuis quelques années (encore quinze salariés l'année précédente) car le chiffre d'affaires n'est pas bon mais que c'est la même chose dans les autres magasins ; pourtant le rayon dont elle s'occupe (gym, fitness) marche fort.

Il y a une grande polyvalence et dans une journée, il faut tenir la caisse, faire la réserve (ranger la réserve), gérer les stocks informatiquement, servir et conseiller les clients, ranger les rayons derrière les clients, faire le *facings*, approvisionner, interroger les stocks, appeler les autres magasins ; il n'y a jamais de repos et si on est en caisse en l'absence de clients, on prépare des portants en mettant les vêtements sur cintre et on les accroche tout en surveillant la caisse.

Elle se redresse sur sa chaise lorsqu'elle parle des animations qu'elle fait dans le rayon pour la promotion des produits. C'est une tâche qu'elle aime beaucoup car elle se sent dans son élément : elle connaît les produits qu'elle vend et la pratique du sport correspondant ; de plus elle y rencontre des clientes qui sont ses élèves le soir et qui l'aident à promouvoir ses produits. Elle a demandé à faire la formation d'animatrice. Sa nouvelle responsable lui a répondu qu'elle irait dans son sens si elle était gentille, ce qui se traduit par « être toujours d'accord avec elle, ne pas pointer les dysfonctionnements, ne pas remonter les difficultés dans le travail ». J'apprends ainsi que Madame Loisir a changé de responsable de rayon depuis près d'un an.

Il est difficile de bien travailler ; l'équipe n'est jamais au complet en raison des temps partiels, du nombre de tâches à effectuer et aussi des absences pour maladie notamment ; il ne semble pas exister une grande solidarité entre salariés ; ils ont peu de moyens et peu de temps pour échanger entre eux. Il y a une individualisation du management avec des entretiens individuels mensuels formalisés semble t'il pour faire le point sur les ventes et mobiliser les salariés mais vécus comme un jugement sur le travail et sur le paraître ainsi qu'un entretien annuel d'évaluation. Une réunion est organisée par le directeur régional en milieu d'année pour donner les chiffres « qui ne sont jamais bons » dit la salariée alors qu'elle sait que son rayon fait des bénéfices.

Le planning est donné quinze jours à l'avance, peu respecté et les salariés ne pointent pas. « *On ne doit pas compter ses heures et on fait souvent du temps en plus, bien sûr non payé. On ne peut pas laisser tout en vrac à la fermeture alors il faut bien ranger.* » La durée du temps de travail est fonction du flux marchandises et du flux commercial.

« *Avant on avait un responsable qui nous aidait à la caisse, au facing ; maintenant, on est des esclaves et on fait toujours mal. En plus la responsable ne travaille ni le samedi ni le lundi ; samedi c'est le jour où il y a le plus de clients et lundi jour de rangement, changement en rayon. Le samedi, on râle car on manque de personnel et en même temps je souffre car elle n'est pas là et on fait malgré tout le chiffre. Pourtant, elle nous rabaisse devant les clients, elle nous reproche de mal faire le travail, de mal ranger les rayons (c'est vrai que c'est mal rangé mais on n'a pas le temps). On n'a pas le temps et elle me met en plus des entretiens toutes les semaines pour me faire des reproches et aussi beaucoup de mails avec "fais ci fais ça...". C'est insupportable.* » Ses propos plus véhéments, sa voix moins indifférente laissent deviner une violence qui a du mal à s'exprimer.

Je perçois que le changement de responsable de rayon est un des facteurs déstabilisants dans son travail. Pour Madame Loisir, la nouvelle chef de rayon est responsable de tous ses maux. Madame Loisir dit que depuis plusieurs mois c'est de plus en plus difficile d'aller au travail. Elle évoque des troubles du sommeil, des crises d'angoisse en lien avec le travail quand elle se réveille : sentiment de peur, sueurs, mal au ventre, envie de vomir le matin ; elle part au travail en pleurant et rentre à la maison en disant « ça ne va pas » ; son conjoint lui répond qu'elle n'a qu'à changer de travail, ce

qui est plus facile à dire qu'à faire ; en effet le couple a besoin de son salaire et en dehors du sport et de ce qui s'y rapporte, elle ne connaît rien...

Dans sa fonction d'éducateur sportif, elle doit accompagner les jeunes lors des compétitions du samedi, samedi toujours refusé depuis le changement de responsable de rayon, ce qu'elle trouve injuste car elle s'investit énormément dans son travail : elle fait toutes les démonstrations ce qui attire la clientèle et fait vendre. « *J'ai toujours été irréprochable dans mon travail... Je n'en peux plus; je m'aperçois que c'est pire depuis juin, depuis que les cours de sport sont finis. Le soir cela me faisait du bien d'aller donner les cours, là je valais quelque chose et on appréciait mon travail ; j'ai beaucoup de monde aux cours.* » Elle dit avoir été obligée de diminuer ses heures de cours pour rentrer à 21 h à la maison au lieu de 22 h 30 auparavant pour les enfants.

Devant mon interrogation, elle m'explique que c'est son mari qui s'occupe des enfants ; elle répète qu'elle n'a pas le temps en raison des horaires de travail dans le magasin et des horaires de cours. Elle me regarde : « *Je suis nulle, je ne sers à rien : ma fille de 18 mois je ne la supporte pas et mon fils me reproche de ne pas m'occuper de lui. De toute façon, il n'y a que leur père qui compte ; moi, je ne compte pas ; et puis... je ne voulais pas d'enfant. Je n'en peux plus ; je suis inutile et je donne du souci à mon mari et à tout le monde.* » Elle reste prostrée.

Depuis qu'elle est en arrêt de travail, elle ne fait rien, n'a de goût à rien, n'arrive pas à s'intéresser aux enfants et à s'en occuper et ne se raccroche plus au sport. Elle a peur. Elle ne se reconnaît pas, elle qui se sentait dynamique et dont tout le monde admirait l'énergie.

Suite à d'importants troubles du sommeil et à cette peur d'aller au travail, elle a consulté son médecin traitant qui l'a mise en arrêt de travail avec traitement anxiolytique et antidépresseur depuis un mois sans résultat; elle n'a pas réussi à prendre de rendez-vous avec le psychiatre comme le lui a conseillé son médecin. Elle ne pleure pas et reste immobile, la clé de sa voiture dans la main, pendant de longues minutes sans bouger comme rivée à sa chaise.

C'est la première fois que je me trouve face à un état de détresse tel qu'il ôte toute capacité à penser et agir chez la personne. Ne pouvant pas joindre le médecin traitant et estimant qu'il y a situation d'urgence, ma collègue et moi l'orientons donc au service des urgences en psychiatrie ; elle est hospitalisée avec son accord, en psychiatrie, service dans lequel elle restera pendant six semaines.

Je n'ai pas toutes les clés d'accès à la compréhension car je ne connais ni l'établissement ni les salariés. Il en est de même pour ma collègue. Je comprends bien qu'il y a une dégradation des conditions de travail en lien avec la baisse des effectifs, qu'il y a des dysfonctionnements organisationnels et un management incompetent mais je perçois que cela fait écho à un passé familial douloureux, enfoui pendant toutes ces années durant lesquelles Madame Loisir a organisé sa vie et sa santé mentale dans une dynamique de surinvestissement professionnel ; mais les nouvelles contraintes

de management dans un contexte de précarité économique ont cassé cette dynamique.

Madame Loisir m'appelle à sa sortie de l'hôpital ; je perçois une détresse profonde, une culpabilité face à l'arrêt de travail ainsi qu'un sentiment d'injustice et de haine cristallisé sur sa responsable dont elle souhaite le départ. J'établirai un certificat médical ainsi rédigé :

Je soussignée Docteur X..., médecin du travail déclare avoir reçu le 00 août 200X, durant son arrêt de travail et à la demande de son médecin traitant, au service de santé au travail, Madame L... salariée de l'établissement T... depuis quatre ans, en état de détresse psychique ayant conduit à une demande d'hospitalisation en urgence, à l'issue de la consultation médicale.

Cette salariée présente une altération de sa santé ayant entraîné un arrêt maladie consécutivement, selon ses dires, à des pressions exercées depuis plusieurs mois dans le cadre de son activité professionnelle. Elle rapporte un changement de management depuis plusieurs mois avec perturbation de l'organisation du travail se traduisant par :

- surcharge de travail et pression au travail en lien avec une diminution de l'effectif ;
- obligation de travailler dans l'urgence en effectif insuffisant notamment le samedi jour d'une fréquentation plus importante de la clientèle, avec la sensation de ne pas toujours bien faire son travail, d'être interrompue dans son travail pour effectuer une autre tâche ;
- polyvalence et changement de poste fréquent dans la journée en cas d'urgence ou d'absence de collègue ;
- dépassement des horaires officiellement prévus sans compensation ;
- contrôles répétés de la hiérarchie sous forme d'entretiens individuels mensuels prédéfinis, auxquels s'ajoutent des entretiens hebdomadaires à visée déstabilisante et évaluation par attribution d'une note annuelle ;
- absence de soutien au travail et d'aide dans les différentes tâches de la part de la hiérarchie ;
- propos dévalorisants devant les clients sur la qualité du travail.

Un vécu de n'avoir que des remontrances avec non prise en compte de ses compétences professionnelles et une intensification du travail entraîne une sensation de culpabilité et une dévalorisation de soi-même dangereuses pour la santé mentale, source de dépression réactionnelle.

À valoir ce que de droit.

Durant son arrêt Madame Loisir prendra contact avec un délégué syndical au niveau national et rencontrera le directeur régional et le DRH de la société. Quatre salariés seront vues en visite systématique sans qu'il soit retrouvé des signes de mal être et sans plainte sur les conditions de travail et une salariée sera vue en visite de reprise du travail ; elle évoquera la difficulté à faire face aux contraintes du travail et expliquera que son médecin traitant l'avait mise en arrêt maladie à quatre mois de grossesse pour malaises au travail car elle ne supportait plus l'ambiance de travail.

Madame Loisir reprendra son travail, difficilement, au bout de six mois d'arrêt de travail après mutation de la responsable de rayon dans un autre établissement. Elle dira : « *C'est très dur de revenir ; je ne me reconnais plus. Je marche la tête haute mais le cœur brisé.* »

Se pose la question de l'intérêt de rédiger un certificat médical : cela a pu être un moyen de donner acte à la salariée du rôle du travail dans la décompensation et lui permettre de redevenir acteur de sa santé.

Cela a permis d'interpeller la société sur la responsabilité des modalités organisationnelles dans la survenue d'atteintes à la santé.

J'ai ainsi rencontré le directeur Régional et le DRH de la société qui bien sûr ont occulté l'éventualité d'un lien avec le travail en individualisant et personnalisant la situation en rejetant la responsabilité sur des motifs personnels et familiaux. Pourtant en un an, deux salariés ont démissionné, une salariée est en arrêt maladie alors qu'une autre est en congés maladie grossesse ; le directeur de l'établissement part dans deux mois.

J'ai fait avec ma collègue la visite de l'établissement et rencontré le directeur de l'établissement et rédigé le document annexé à la fiche d'entreprise, adressé au Directeur et en copie au secrétaire national du CHSCT.

Suite à l'entretien avec le DR de votre établissement et le DRH et suite à la visite effectuée dans votre établissement le ... 200X, je vous confirme être préoccupée par la prévention des risques psychosociaux dans votre établissement.

En effet mes constats médicaux, mes entretiens cliniques et autres données concordantes (nombreuses visites d'embauche, demandes de visite des salariés, arrêts maladies...) pour un effectif de onze personnes me permettent de penser qu'il y a lieu de prendre en compte les risques en santé mentale dans votre établissement et de les répertorier dans le document unique. Parmi les facteurs relevés au cours des entretiens et lors de la visite des locaux, j'ai noté :

- une organisation et des processus de travail délétères qui se traduisent par :

- ◆ des dépassements excessifs et systématiques des horaires de travail sans récupération chez les responsables de rayon qui n'ont pas tous le même statut et chez les vendeurs ;
- ◆ un effectif réduit à onze salariés dont plusieurs vendeurs à temps partiel, pour six jours d'ouverture du magasin ce qui contraint les salariés à travailler dans l'urgence, à interrompre une tâche pour en faire une autre(vendeur qui quitte son rayon pour tenir la caisse, directeur qui occupe le poste d'accueil en l'absence de vendeur caissier disponible...) ;
- ◆ une charge de travail réelle manifestement excessive qui se traduit par l'obligation de faire en même temps de la mise en rayon, du *facing* et du conseil aux clients ou bien tenir la caisse accueil en gérant la file d'attente, l'information aux clients, l'impatience du client pour sa prise en charge différée pour un problème technique car aucun vendeur n'est disponible

- ◆ dans un contexte économique difficile, des objectifs financiers disproportionnés qui ne tiennent pas compte de la petite taille du magasin, de sa vétusté le rendant peu attractif pour la clientèle ;
 - ◆ une mise sous pression importante et mise en concurrence systématique par un classement des magasins en fonction de la progression du chiffre d'affaire ce qui constitue au niveau national un mode de management ;
- des conditions et un environnement du travail délétères qui se traduisent par :
- ◆ une température basse dans le magasin en début de journée en raison d'un arrêt du chauffage la nuit (8°C), l'absence de sas à l'entrée ce qui permet l'entrée d'air froid en hiver notamment au poste d'accueil situé en face des portes automatiques ;
 - ◆ des locaux trop petits ayant obligé à réduire les linéaires à 5,50 m pour avoir des allées de circulation correctes pour les clients, un encombrement du rayon matériel de fitness avec cartons au sol et obligation de monter le matériel de démonstration musculation sur une plateforme ;
 - ◆ un espace de présentation restreint qui met en compétition et en tension les différents secteurs en raison du manque de linéaires obligeant à faire des choix pour favoriser ou privilégier un secteur ;
 - ◆ l'absence de réserve (petit local) obligeant les jours de réception (quatre camions à vider et ranger par semaine) à rentrer les produits (pour tri, cintrage) directement dans les rayons dans des conditions difficiles (camion sous auvent, porte du magasin ouverte, déplacement des produits avec transpalette manuel sans gerbeur).
- un management national et un déficit en communication délétères qui se traduisent par :
- ◆ une individualisation de la gestion des ressources humaines et un accroissement des responsabilités : entretiens individuels mensuels de décision visant d'après la direction nationale à l'enrichissement des collaborateurs mais qui ont pour conséquence un investissement personnel complet du salarié et une implication psychique cognitive et physique plus forte ;
 - ◆ un management délétère de certains responsables de rayon dont les entretiens mensuels sont déstabilisants et peuvent se solder par des reproches, une mise en cause du savoir être et du savoir faire et une dévalorisation du salarié ;
 - ◆ des réunions rapides d'information par le directeur pour faire le point sur la progression du chiffre du magasin et donc sa place par rapport aux autres magasins ce qui augmente la pression et l'inquiétude chez les salariés sachant que leur magasin est en difficulté ;
 - ◆ un déni d'information sur la mauvaise santé économique de l'entreprise et l'incertitude sur son avenir.

- des facteurs subjectifs qui se traduisent par :
- ◆ la sensation d'être isolé dans son travail ;
 - ◆ la perception d'un manque de soutien de la hiérarchie ;
 - ◆ un vécu négatif du travail avec l'impression de ne pouvoir faire face à la situation ;
 - ◆ la notion d'injustice sociale et le déni de reconnaissance ;
 - ◆ la difficulté de concilier vie professionnelle et vie personnelle.

Ce constat fait écho au courrier du 00 00 200X adressé par les organisations syndicales de l'entreprise à monsieur Z... responsable des relations sociales qui demandent l'ouverture de négociations sur le stress au travail. Il est donc important d'avoir une approche globale des problèmes et de chercher des solutions dans l'organisation du travail plutôt que de mettre en cause les salariés.

MADAME D... COMME DISCOUNT

Je rencontre Madame D... pour la première fois, en août 2009 alors qu'elle est en arrêt de travail depuis un mois pour syndrome dépressif, en visite de pré-reprise du travail à la demande du médecin conseil de la CPAM.

Madame D... est âgée de 46 ans ; elle a trois filles qu'elle a élevées seule dont L... 20 ans qui travaille dans la même enseigne que sa mère depuis un an. Son aînée est schizophrène, ce qui nécessite beaucoup d'attention et de disponibilité. Madame D a fait un CAP de mécanique cycles, métier qu'elle n'a jamais exercé et a travaillé en intérim cela pendant de longues années, mode de travail qu'elle a beaucoup apprécié mais qu'elle a quitté pour un emploi stable à proximité du domicile pour être plus disponible pour les enfants.

On ne note rien de particulier dans le dossier de cette salariée sinon quelques lombalgies et douleurs des épaules sans médicalisation et un syndrome dépressif en 2007 suite aux soucis de santé de sa fille schizophrène. Madame D... travaille dans la société de discount A... depuis décembre 2004 sans aucun problème. Elle a occupé à son arrivée fin 2004 le poste de caissière, puis est passée employée principale depuis trois ans et remplace en cas d'absence le responsable de magasin. Le magasin fonctionne avec trois salariés à temps plein depuis plusieurs mois alors qu'il y avait avant précédemment un salarié à mi temps en effectif supplémentaire.

Elle occupe donc un emploi multi tâches :

- tâches de *rayonniste* avec mise en rayon des produits, approvisionnement des rayons et *facing*, rangement en chambre froide des produits frais (légumes et fruits) en fin de journée ;
- installation des produits en prospectus dans des panières à roulettes, deux fois par semaine, panières régulièrement déplacées et réapprovisionnées en fonction des invendus et des nouvelles arrivées, évacuation des cartons et ramassage des papiers pour garder le sol dans un bon état de propreté ;

- tâches de caissière avec gestion de la caisse, passage en caisse des produits, nettoyage de la caisse, pesée des fruits et légumes (balance intégrée dans la caisse), surveillance des clients, renseignement des clients ;
- tâches d'entretien avec nettoyage des gondoles et des rayons, nettoyage du sol du magasin en fin de journée avec la laveuse, nettoyage de la réserve et chambres froides et des vitres du magasin, rangement de la réserve, compactage des cartons en presse, conditionnement et évacuation sur palette dans camion navette ;
- tâches de rangement en réserve avec réception des palettes (16 palettes, 4 jours par semaine et 32 palettes le mercredi, réception des produits frais le lundi, contrôle des commandes [vérification sur facture], déplacement et rangement dans les racks de la réserve à l'aide du transpalette, entrée en stock.

La charge de travail est importante et, en l'absence du responsable, il reste deux personnes dans le magasin dont madame D... qui a la mission de responsable de magasin sur 36 h 75 (35 h et temps de pause) alors que le responsable a un contrat de 45 h/semaine. Pendant plusieurs mois Madame D... a remplacé son responsable sans se plaindre de la surcharge de travail. Cela lui paraissait normal.

Lors de sa visite de pré reprise du travail en août 2009 à la demande du médecin conseil, elle se plaint de ne plus être capable de travailler alors que rien ne lui faisait peur jusqu'à présent ; elle se sent stressée en permanence, ne dort plus, a mal au dos et dans la nuque, tout cela à cause du travail. « *Le mal au dos, je sais bien que ce n'est pas la colonne, c'est le ras le bol, j'en peux plus du travail. Depuis un an je me sens submergée, trop de pression, trop de tout, je n'en peux plus ; tout gérer en même temps : le téléphone, les commandes, l'arrivée du camion avec 16 ou 32 palettes, la mise en rayon, le remplacement en caisse, c'est trop pour moi.* »

Depuis près d'un an, Madame D... a été mutée dans un autre magasin de la même enseigne à 10 km de son domicile ce qui la rapproche de sa fille mais sans son accord. Elle a retrouvé une ancienne collègue promue au poste de responsable de magasin.

Il y a deux mois, la responsable de magasin qu'elle remplace au moins un jour par semaine est partie en congé pendant une semaine et elle a dû assumer la charge du magasin, cela en début de mois, période d'arrivée de camions de 32 palettes à ranger seule et à noter sur un cahier, l'autre salariée étant en caisse. À son retour, la responsable lui a reproché son manque d'organisation car il restait des produits sur palette ainsi que des documents à classer sur le bureau. C'en était trop ; elle a tenu pendant deux semaines après ces remarques qu'elle a jugées injustifiées et humiliantes et a craqué un matin suite à une remarque sur un carton pas encore rangé. Elle s'est effondrée en pleurs et a quitté le magasin pour ne plus y revenir.

Elle raconte que depuis son arrivée chez A..., elle n'a jamais eu de problème car elle avait un « chef en or » ; « *Je n'ai jamais peiné avec lui et il ne m'a jamais traitée de fainéante et ne m'a jamais reproché de manquer d'organisation.* »

Elle parle du mouvement perpétuel dans ces magasins : « *Quand on est bien en poste, on est mutée.* ». Elle a été mutée pour passer assistante de la responsable et mise à l'essai dans ce magasin : « *J'avais peur de ne pas y arriver, il y avait trop de travail, trop de tâches.* » Elle reproche à la nouvelle responsable de lever le pied et de se reposer sur elle. Elle estime qu'elle ne peut pas faire confiance à la responsable car elle fait des erreurs (factures non pointées, cartons oubliés dans la réserve : « *Vous vous rendez compte elle a même oublié les pains au chocolat. C'est une perte complète.* »)

Elle ne se sentait pas capable d'assumer la fonction d'assistante de la responsable : « *J'ai eu peur de ne pas y arriver, je déteste donner des ordres. Et puis on nous demande de toujours faire mieux : c'est le discount qui est comme ça, faire toujours plus. Si on a fait son travail, on ne peut pas s'asseoir une seconde, on n'a jamais fini.* »

Avec l'ancien responsable, la situation était différente : « *C'était comme un bouclier, il nous soutenait et il connaissait son travail ; mais on l'a sucé jusqu'au bout, il ne travaille plus, je crois qu'il est inapte. Ça me fait peur ; il y a aussi D... qui a craqué. P... lui il tient.* »

Elle me dit qu'elle a peur pour sa fille : « *J'espère qu'ils ne vont pas l'user.* » Elle se sent exécrable avec sa famille depuis plusieurs mois et tellement fatiguée qu'elle ne peut plus rien faire chez elle : « *Je ne vois pas le jour.* » Depuis qu'elle est en arrêt de travail, elle demande à sa fille de faire les courses car elle a peur de rentrer dans le magasin. Elle a honte d'être en arrêt de travail et n'ose pas sortir de peur qu'on la traite de fainéante, elle qui n'a jamais eu d'arrêt de travail précédemment.

Au magasin, quand cela n'allait pas durant les derniers mois, on lui disait que ce n'était pas le travail mais les soucis à la maison. Sa fille pourtant va mieux avec son traitement mais elle vient d'avoir un enfant, source d'inquiétude pour sa mère. « *Je l'appelle au moins deux fois par jour et j'y passe le soir. Elle est suivie par les services sociaux et j'ai peur qu'on lui prenne le bébé.* »

Pendant longtemps, elle avait du plaisir au travail et était très investie dans son travail ; pour elle, le travail était une vraie soupape : « *Avant je m'éclatais au travail et ça a basculé à une vitesse... Quand la responsable prenait son week-end, elle disait : "Ça va aller Do ? T'es sûre que tu vas y arriver ?". Je n'avais pas le choix, il fallait y arriver ; on doit avoir le respect des gens qui viennent acheter.* » Pour le respect du client et la conscience du travail bien fait, elle faisait beaucoup d'heures, non déclarées et non payées.

Madame D... est fatiguée, dépressive. Elle ne dort pas bien et se réveille toutes les deux heures, en sueur. Elle n'a aucune envie de se lever et alors qu'elle a du temps pour elle, elle manque de force et d'initiative ce qu'elle ne comprend pas. Elle a de fortes migraines, des contractures para vertébrales majeures, a perdu 4 kg en un mois et fume beaucoup. Le médecin traitant lui a prescrit Fluoxétine et Largactil^o depuis un mois.

Madame D... est calme et sait ce qu'elle veut. Elle veut quitter son travail mais elle ne veut pas démissionner. En effet, convoquée par la CPAM après quatre semaines d'arrêt de travail, elle est informée par le médecin conseil que la meilleure solution pour elle est l'inaptitude car c'est le travail qui la rend malade ; l'arrêt de travail ne peut donc pas la guérir mais elle ira beaucoup mieux lorsqu'elle quittera le magasin. Elle me demande donc un avis d'inaptitude pour échapper à une organisation qui la presse toujours plus.

Elle veut tourner la page, repartir en intérim et refuse toute aide. Je la reverrai à deux reprises mais ne la ferai pas changer d'avis. Elle accepte que j'alerte le responsable de secteur sur le lien entre une organisation du travail contraignante (surcharge de travail due à une réduction d'effectifs et une recherche de productivité) et l'atteinte à sa santé. Cela me vaudra un courrier et un appel du DRH national s'étonnant qu'on puisse mettre en cause l'organisation du travail dans la survenue d'atteintes à la santé et me précisant qu'après renseignement, cette salariée avait des problèmes familiaux, véritable cause d'atteinte à sa santé.

L'entretien que j'ai avec la responsable du premier magasin confirme la pression au travail, le manque de moyens, l'exigence des chefs de secteur : « *Moi je suis jeune, j'ai envie de réussir et on me donne ma chance ; je comprends ce qu'a vécu Madame D... car moi aussi j'ai été harcelée à l'...* (autre grande surface) *et je suis partie en inaptitude.* »

J'ai aussi regardé les dossiers médicaux des salariés des deux établissements et j'y ai retrouvé une inaptitude rédigée il y a trois mois par un confrère et un dossier de salarié en arrêt depuis plus de six mois pour lombalgies, vu à trois reprises... Il s'agit bien encore une fois d'une salariée investie dans son travail, travail constructeur de santé pendant quelques années qui fait une décompensation mentale en lien prioritairement avec une surcharge de travail par diminution d'effectif pour réduire les coûts et un management incompétent.

MADAME L... : TRAVAILLER BEAUCOUP POUR GAGNER PEU

Je vois madame L... il y a six mois, pour une seule visite à la demande de ma collègue en formation dans le service, pour conforter l'avis d'inaptitude qu'elle a prononcé. Madame L... est en arrêt de travail depuis plus de six mois et a sollicité un rendez vous suite à une mise en invalidité 2^{ème} catégorie. Madame L... travaille dans un magasin dépendant d'une chaîne de magasins de vêtements.

Il s'agit d'une jeune femme de 35 ans vivant seule, maman d'un enfant de 9 ans, heureusement très entourée par sa famille. Elle a occupé un poste de garde malade pendant onze ans auprès de personnes âgées en difficulté. Elle a quitté son emploi et sa région suite à un divorce en 2005. À son arrivée dans la région début 2006, elle est embauchée à l'ouverture du magasin pour 22 heures/semaine au poste de conseillère en clientèle comme ses collègues (conseillère en clientèle étant inscrit sur le badge bien visible porté sur le chemisier). Le recrutement est de huit salariées femmes à

l'ouverture du magasin puis cinq salariées en fonctionnement normal.

Toutes les salariées, conseillères en clientèle effectuent des tâches classiques de vendeuse en magasin : tenue de la caisse, mise en rayon, étiquetage, manutention et rangement, conseil aux clients, surveillance des clients car c'est le magasin de la région ayant le plus grand nombre de vols.

Madame L... parle avec fierté de l'ouverture du magasin il y a près de quatre ans. L'équipe de salariées très investie a beaucoup travaillé pour installer et créer le magasin. Elle a beaucoup aimé travailler durant cette période comme ses collègues malgré les heures faites et non payées (on comptait pas notre temps). Madame L... parle d'un vrai collectif de travail où chacune pouvait exprimer ses désaccords, où il y avait de l'entraide pour un bon fonctionnement du magasin.

Le travail était difficile mais plaisant même s'il n'y avait pas beaucoup de temps laissé au conseil des clientes malgré le badge au titre pompeux. Le magasin tournait bien et faisait le meilleur chiffre de la région (ce chiffre est communiqué régulièrement aux salariées).

Par contre, aucune reconnaissance financière, salaire au plus bas à 22 heures mais des ristournes sur l'achat de vêtements et des cadeaux à Noël. En deux ans depuis l'ouverture du magasin, les salariées avaient cumulé 25 minutes/jour travaillé de temps non rémunéré.

Lors de la venue du directeur régional, elle a demandé au nom de ses collègues qui n'ont rien dit et ne l'ont pas soutenue, le paiement des heures faites car cette injustice devenait insupportable au regard du chiffre d'affaires : « tout travail mérite salaire. » Une prime de 30 € leur a été attribuée ce qu'elle a vécu comme un « manque de respect et du mépris après tout ce qu'on a donné. »

Madame L... ayant gardé ses plannings d'heures travaillées et s'étant renseigné auprès des prud'hommes a revu le directeur régional pour lui demander la juste rémunération des heures travaillées ce qui a suscité la colère du responsable (notamment à l'évocation du mot prud'hommes) et le paiement des heures en lui demandant de ne pas le dire à ses collègues ce qui l'a choquée. Elle en informe malgré tout ses collègues qui ne réclament pas leur chèque. Madame L... a été choquée par le comportement de ses collègues.

Quelques mois plus tard, fin 2007, une nouvelle organisation du travail est mise en place avec la création d'un poste de directrice de magasin à temps plein. Cela a été dur. Il y avait un vrai collectif de travail avec des coopérations dans le groupe mais à l'annonce de l'arrivée d'une directrice, deux anciennes collègues sont parties.

De l'équipe solidaire, il ne reste que deux anciennes collègues (une qui reste car son mari a un emploi à temps plein et qui vient récemment de passer à 35 heures et une collègue jeune, qui vit chez ses parents) et madame L... qui a un enfant à élever.

Pour compléter l'équipe, il y a deux collègues, toujours de nouvelles recrues, expression d'un turn-over qu'elle attribue

à un travail physique et à temps partiel. Les contrats de travail sont des contrats avec avenant à répétition renouvelé à la demande en fonction des événements promotionnels, au moment des fêtes...

Elle pense avoir une part de responsabilité dans la mise en place de la nouvelle organisation, qui diminue l'autonomie du groupe et restreint les marges de manœuvre de l'équipe en n'autorisant plus ces réajustements permanents qui les rendait fières de leur travail.

Un sentiment d'injustice l'anime car dans le cadre de cette réorganisation, des formations de *marketing* ont été mises en place mais jamais proposées aux salariées car elles s'accompagnaient d'un pourcentage sur les ventes pour la vendeuse concernée. Or aujourd'hui ce pourcentage est récupéré par la directrice. Le poste de directrice lui a été proposé suite à ses réclamations mais elle n'avait pas assez confiance en elle pour le prendre.

Madame L... est victime d'un accident de trajet en janvier 2008 avec pour conséquence une voiture « écrasée », un traumatisme physique (entorse cervicale et contusion du bassin) et un traumatisme psychique décompensé ultérieurement. Elle a eu très peur car elle est restée prisonnière dans sa voiture pendant de longues minutes, la fumée envahissant l'habitacle.

Elle a repris le travail après trois mois d'arrêt de travail, le cou restant extrêmement douloureux malgré les séances de rééducation ; elle a tenu au travail pendant un mois puis a été de nouveau arrêtée pour décompensation dépressive. Elle se sent « diminuée » car elle n'arrive plus à suivre le rythme de travail.

À noter que madame L... a repris le travail en période de réorganisation. Cette réorganisation se traduit par une diminution d'autonomie, par des contrôles permanents : le système informatique oblige à rentrer chaque article sorti des cartons ce qui permet de contrôler le temps mis à vider un carton.

À son retour, la responsable lui a fait des remarques devant les collègues « *Vous êtes moins bonne* » car elle met plus de temps pour transporter les cartons lourds en raison des douleurs. « *Moi qui ai toujours été la plus rapide pour mettre les articles, j'ai des difficultés.* » Elle répète qu'« *elle se sentait diminuée* » et que ça l'enfonçait et elle n'arrivait plus à aller dans les rayons, à rencontrer les clients : « *Entendre tout le temps que je n'étais pas douée me faisait perdre confiance en moi, déjà que je n'ai jamais eu confiance en moi ; et ensuite je ne me croyais plus capable de conseiller les clients.* »

Elle précise qu'elle « *adorait* » la caisse car c'est réellement le seul moment durant lequel la vendeuse peut dire quelques mots aux clientes. « *Et là, je ne pouvais même plus le faire.* » De la caisse 1, la responsable l'a mise à la caisse 2 où cela

va moins vite. Mais elle est prise de panique, à l'approche des clientes : « *De voir arriver la clientèle, tout se brouillait dans ma tête ; j'entendais un brouhaha, je ne voyais plus les visages, j'étais en nage et on voyait que ça n'allait pas.* »

Les derniers mois avant son arrêt de travail, elle ne faisait plus que de la manutention consistant à apporter les cartons, les vider, ranger les portants, alors qu'elle souffrait énormément de la nuque et de la tête. Cela a duré des mois après sa reprise du travail pour syndrome dépressif ; cela allait de plus en plus mal. « *Je ne dormais plus tellement je souffrais, je ne supportais plus de sortir tellement j'avais peur de la foule ; aujourd'hui encore, je ne fais mes courses qu'accompagnée.* »

Madame L... est alors hospitalisée et traitée pour névrose phobique avec suivi psychiatrique régulier et traitement neuropsychiatrique lourd sans amélioration notable. En effet pour me rencontrer, elle a choisi de prendre un rendez vous à midi car le matin, elle est ralentie et a du mal à se lever ; s'occuper de son enfant mobilise toute son énergie ; sa mère lui rend visite tous les jours et l'assiste dans ses tâches ménagères.

Le cas de madame L... a dû être jugé très grave par la CPAM car suite à un arrêt de travail de plus de six mois, une pension d'invalidité 2^{ème} catégorie lui a été attribuée après une seule rencontre avec le médecin conseil de la CPAM.

Je rencontre une femme anxieuse qui a perdu ses repères et panique à l'idée de reprendre son travail. Elle demande à être libérée de son contrat de travail. Mais elle ne comprend pas la décision du médecin conseil qui l'enferme dans un statut de malade « incurable » et évoque le projet de travailler dans le domaine de l'aide à la personne, expérience professionnelle antérieure où elle a toujours eu un sentiment d'utilité.

Au fil de ces trois histoires cliniques, que je qualifierais malheureusement d'histoires ordinaires car trop fréquemment rencontrées dans mon exercice professionnel en service interentreprise, je me suis attachée à essayer de comprendre ce qui fait difficulté dans le travail et résonne et peut s'infiltrer dans les failles identitaires des salariés.

Dans ces consultations, il m'a été difficile d'investiguer le collectif et il me manque les histoires des autres salariées de ces établissements, clés pour la compréhension et l'analyse. C'est une perte de repères dans ma pratique professionnelle, de me retrouver confrontée à des personnes malmenées dans leur travail dans de très petites entreprises et petits commerces que je ne connais pas et dont je ne connais les salariés que par le biais d'une visite de reprise ou de pré reprise.

En effet ma pratique s'est déployée pendant plus de vingt ans, certes en service interentreprise mais avec la charge de plus grosses entreprises dont j'avais appris à connaître les salariés et les modes de fonctionnement des établissements.

MÉDECIN DU TRAVAIL DANS LES TPE

LIEN AVEC LES ORGANISATIONS

SYNDICALES

Annie LOUBET, médecin du travail

Marie est embauchée, depuis trois mois, en CDI à temps plein, lorsque je la rencontre pour la première visite médicale du travail de sa vie, la visite d'embauche. Elle est serveuse dans un bar hôtel restaurant, resté fermé quelques années et qui vient d'être racheté. Je n'en connais donc pas le dirigeant actuel ; j'avais eu l'occasion de m'y rendre par le passé pour étudier le moment du « coup de feu en cuisine ». Sa formation scolaire et professionnelle est un niveau de BEP secrétariat

Ses parents sont divorcés depuis longtemps. J'ai suivi son père pendant une vingtaine d'années et je suis toujours sa mère comme médecin du travail. Elle est la troisième et seule fille d'une fratrie de quatre enfants. Elle a en plus une jeune demie sœur.

Dès que la secrétaire commence à remplir les pages administratives du dossier médical, je l'entends s'inquiéter : « *Est-ce que je devrai me déshabiller ?* » et c'est la première question qu'elle pose en entrant dans le cabinet médical.

Je la rassure immédiatement ; il n'est pas question d'examiner un corps sous contrainte et comme d'habitude, l'entretien, pour le premier examen de médecine du travail, dans ma pratique tout au moins, consistera en une discussion sur les liens entre la santé et le travail en général et sur ce qu'elle peut imaginer de ce que ce travail là peut avoir comme effet (positif ou négatif) sur sa propre santé, compte tenu de ses trois mois d'expérience. L'entretien se conclura, comme d'habitude, par la remise de la traditionnelle fiche de visite, sur laquelle, à la rubrique observations médicales est portée la mention « Pas d'observation particulière » et à la rubrique risques potentiels du poste est écrit « Risque psychosocial, risque manutention (MP57, MP98) ». En lui remettant la fiche, je précise bien que je suis à sa disposition en cas de problème de santé liés au travail, ce qui conclut toujours mes examens médicaux.

Elle se présentera spontanément dans le service cinq mois plus tard, le 4 janvier. En mon absence, l'assistante prendra le temps d'un entretien suffisamment long où Marie exprimera une grande détresse. Un rendez-vous d'une durée de une heure, pour le lendemain, sera organisé, compte tenu de l'urgence de la situation.

En fait, l'hôtel restaurant a été acheté par un restaurateur retraité, pour sa fille, qui doit en assurer la direction, la gestion et bien sûr y travailler. Mais voilà, au bout de trois mois, cette jeune femme se fâche avec son père et s'en va. Marie se retrouve seule avec le cuisinier, qui ne s'occupe que de la cuisine, et Marie fait le service, le ménage, l'entretien des chambres des pensionnaires, tient le bar. Elle travaille tout le temps de 7 h à 22 h sauf le dimanche après-midi. Bien sûr son salaire officiel est sur 35 heures. Le propriétaire qui passe de temps à autre est conscient de tout ce qu'elle fait et ne pouvant officialiser toutes les heures supplémentaires, qu'elle a à peu près comptabilisées, lui propose de payer la voiture d'occasion qu'elle souhaitait acheter, soit l'équivalent de 6 000 €. La voiture et les papiers sont bien au nom de Marie. Le temps passe : un logement de fonction est proposé à Marie qui dort maintenant sur place, car il faut bien qu'il y ait que quelqu'un réponde la nuit, aux éventuels pensionnaires. En plus du logement, et du salaire officiel (le SMIC), 300 € lui seront remis de la main à la main, chaque mois.

La mère de Marie n'habite pas loin de là, avec sa petite sœur de 10 ans, et son frère. À l'étage au-dessus habite son oncle, le frère de sa mère en longue maladie (psychiatrique) âgé de 52 ans qui veille sur la grand-mère en fin de vie.

Le 30 décembre, vers 10 h du matin, la mère de Marie monte voir sa mère et son frère, car c'est elle qui prépare les repas pour tous. Elle découvre son frère à l'évidence mort, assis sur le fauteuil. Elle court avertir Marie en lui demandant de passer prévenir le médecin de famille. Le propriétaire de

l'hôtel étant présent, Marie lui dit qu'elle doit s'en aller pour aider sa mère, qui doit s'occuper des démarches nécessaires pour les funérailles de son frère, mais aussi s'occuper de sa mère. Un arrêt de travail est prescrit par le médecin à Marie et à sa mère.

Marie manifeste beaucoup d'émotions en évoquant ces faits si récents : le corps de son oncle mort resté immobile sur le fauteuil du salon, pendant de longues heures, la présence de la police, jusqu'à ce que soit reconnue la mort naturelle qui autorisera le déplacement du corps. Et il faut traverser ce salon pour accéder à la chambre où se trouve sa grand-mère en fin de vie, qui réclame son fils, mais qui a besoin de soins (il faut la faire boire, manger, la changer, car il n'y a qu'un passage infirmier matin et soir). Marie est bouleversée par cette première confrontation à la mort, qui touche des proches qui ont toujours partagé sa vie, dans des lieux où elle a toujours vécu.

Bien qu'en arrêt de travail, elle ira travailler le 31 au soir, car un réveillon est organisé et elle se doit d'assurer le service.

Elle doit aussi aider sa mère, à s'occuper de sa grand-mère, dont l'état exige une présence permanente à proximité. Un hébergement en long séjour avait été envisagé lors d'une hospitalisation récente, récuse pour des raisons financières, mais aussi de qualité des soins. La mère est ASH en EHPAD et sait très bien qu'avec une aide soignante ou un agent de service hospitalier pour dix résidents de long séjour, la qualité de la présence est moindre que ce qui est réalisé jusque là au domicile familial.

Lorsqu'elle explique à son employeur qu'elle a besoin de quelques jours pour aider sa mère, la réponse sera extrêmement violente : *« Pour enterrer ma mère, je n'ai arrêté que quelques heures, le temps de l'enterrement ; toi, il te faut huit jours pour ton oncle, il te faudra un an pour ta grand-mère, et deux ans pour ta mère. »*

Lorsque je reçois Marie, il n'y a pas encore de solution trouvée, pour le placement en fin de vie de la grand-mère et pas de place dans l'EHPAD où travaille sa mère *« Là, il n'y aurait pas de problème, car les collègues de ma mère s'en occuperaient bien, c'est une de ses collègues qui est venue auprès de ma grand-mère le temps de l'enterrement de mon oncle »*. Le reste de la famille maternelle habite à 100 km et ne semble pas mesurer la complexité de la situation ; les conditions climatiques ne favorisent pas les déplacements non plus.

Marie n'était pas très à l'aise avec l'employeur jusque là *« car il ronchonnait toujours, que ça n'allait pas, que le ménage n'était pas assez bien fait »*, mais maintenant elle a peur de le rencontrer seule. La violence des propos tenus est inacceptable pour elle, elle ne veut plus y retourner jamais, elle a peur qu'il ne lui laisse pas prendre ses affaires, elle n'ose pas porter la prolongation de son arrêt maladie, qui va jusqu'à la fin de la semaine. On a l'impression d'une relation d'emprise. Pourtant, elle aime beaucoup ce travail, la relation avec les clients et à l'évidence elle s'en tire plutôt bien et son employeur a grande confiance en elle : quand elle propose des aménagements dans l'organisation la réponse

est toujours *« tu fais comme tu veux »*. Il a commencé à lui montrer l'accès au suivi des comptes. D'autres serveuses ont été recrutées, mais aucune n'est restée.

La détresse de Marie est grande. La situation sociale globale nécessite d'intervenir rapidement, en différant, si possible le temps des décisions définitives. Avec l'accord de Marie, j'appelle son employeur, à qui je précise que je viens de la recevoir à la demande de son médecin traitant, (petit arrangement avec la vérité, car si le législateur a bien prévu l'existence de visite en médecine du travail à l'initiative du salarié, cette initiative est toujours considérée par l'employeur comme un acte d'agression) pour préciser que je lui poste un avis d'inaptitude temporaire compte tenu de l'état de santé de Marie. Il ne s'étonnera pas et ne posera aucune question.

Je propose à Marie de prendre contact avec un militant syndical retraité, conseiller prud'homal toujours actif, que je contacte devant elle, en proposant que le rendez vous ait lieu au cabinet médical (habituellement, je me contente de donner les numéros de téléphone de ce militant, qui assure par ailleurs, en mairie une permanence pour son union départementale). Effectivement, il y a un problème majeur de droit du travail. Si Marie maintient sa demande, deux portes de sortie sans perdre ses droits : la rupture conventionnelle ou l'inaptitude médicale de sauvegarde si l'employeur refuse la rupture conventionnelle. Je demande à Marie d'apporter son contrat de travail et ses fiches de paye.

Deux jours plus tard, Marie est bien à l'heure ; elle s'était fait accompagner par son frère, pour récupérer ces documents dans son appartement de fonction. Une place a été trouvée en service de médecine à quelques kilomètres pour l'aïeule en fin de vie, dont le transport (descente de l'escalier sur chaise) a choqué Marie, qui passe beaucoup de temps auprès d'elle (de fait, elle décèdera deux jours plus tard).

Marie explique sa situation et la discussion à trois amène à envisager en priorité la sortie par la rupture conventionnelle dont les négociations sont confiées au militant syndical, qui prend sur le champ rendez-vous avec l'employeur, étiquette syndicale en bannière. Il constate que si Marie a reçu un chèque tous les mois, elle n'a pas reçu de fiche de paye depuis trois mois et les fiches de paye comportent des anomalies qui lui donnent des marges de négociation. Ce militant syndical sait par ailleurs, qu'un serveur d'un autre bar a été contacté pour un essai. Après le départ de Marie, ce militant m'expliquera, fréquenter parfois ce café avec ses collègues de classe (d'âge) dont le maire de la ville.

Il m'appellera quelques jours plus tard pour me donner ses impressions : l'employeur est d'accord pour une rupture conventionnelle, il a téléphoné devant lui à son comptable pour faire préparer les documents. Il lui a néanmoins fait remarquer *« Qu'est ce donc ce pays, où tout le monde s'occupe de mes affaires ? »*, *« Depuis qu'elle a sa voiture, elle ne veut plus travailler. »* L'absence de Marie qui se prolonge fait jaser les clients. Le maire interroge le patron. Les clients sont plutôt admiratifs de la maturité dont fait preuve Marie au travail, malgré son jeune âge. Elle leur a offert le champagne pour ses fêter ses 20 ans, deux mois plus tôt.

Je n'aurai pas de nouvelles de Marie, si ce n'est dix jours plus tard par le militant qui me dit qu'elle ne l'a pas rappelé pour finaliser la rupture conventionnelle. Le hasard fera que j'aurai sa mère en visite médicale deux semaines plus tard. Soutenue, assurée et rassurée dans ses droits, la phase aigue de détresse liée aux deux décès à huit jours d'intervalle passée, Marie a pu retourner seule discuter avec son patron et demander que soit respecté son contrat de travail, en terme d'horaire. L'employeur plutôt content qu'elle revienne, car c'est l'absence de Marie qui lui a fait mesurer tout ce qui n'est plus fait et qu'il devait assumer à sa place, n'aurait fait aucune difficulté. D'après sa mère, c'est le soutien dont elle a bénéficié qui lui a permis de faire cette démarche ; elle n'aurait désormais plus peur de son employeur. Sa mère évoque également le soutien dont elle a bénéficié de la part de ses collègues. À ce jour, je n'ai pas de nouvelles de Marie, et n'en attends pas.

Marie avait bien précisé qu'elle aimait beaucoup son travail, qu'elle s'y sentait bien, à condition d'avoir un peu de temps pour elle. Elle avait accepté de beaucoup travailler à condition d'être rémunérée correctement et l'achat de la voiture, le logement et 300 € de la main à la main lui ont convenu tant que ses valeurs morales n'ont pas été violemment attaquées par les mots prononcés par l'employeur, concernant le temps dont elle avait besoin pour s'occuper des siens,

vivants et morts, car pour lui seul l'argent comptait. A-t-elle mesuré alors combien elle avait renoncé à ses propres valeurs, en refusant de témoigner pour d'autres serveuses, qui avaient travaillé avec elle et refusé de continuer sans paiement de toutes leurs heures ?

Quelle pratique pour le médecin du travail sollicité, dans une situation où le problème est d'abord un problème de droit du travail ? Au fil du temps, il m'est apparu évident que le médecin du travail doit, bien sûr donner les coordonnées de l'inspection du travail, mais aussi des militants syndicaux locaux expérimentés, plus facilement accessibles, car le droit du travail qui n'est pas une fin en soi pour le médecin, peut être un outil essentiel de reconquête de la santé. Il m'apparaît plus judicieux de permettre à chacun de faire son métier, par la synergie des effets. Le médecin est spécialiste de la pathologie et nul ne peut contester sa légitimité à s'exprimer sur les questions de santé liées au travail. Il peut rappeler le droit, mais il ne doit pas mettre le droit en avant. Permettre aux salariés de rencontrer des militants syndicaux expérimentés en leur remettant les coordonnées de ces derniers, leur donne des outils pour mieux défendre leur santé. Favoriser la conquête de l'autonomie et faciliter le soutien social par les organisations syndicales, c'est aussi une pratique de médecin du travail, tout comme adresser au médecin traitant.

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 : Dominique HUEZ

Comité de rédaction : Alain CARRÉ, Josiane CRÉMON, Annie DEVEAUX, Dominique HUEZ, Jocelyne MACHEFER, Alain RANDON, Nicolas SANDRET

Ont participé à ce numéro : Bernadette BERNERON, Alain CARRÉ, Benoît DE LABRUSSE, Dominique HUEZ, Florence JÉGOU, Annie LOUBET, Jocelyne MACHEFER, Martine MANGIONE, Alain RANDON, Odile RIQUET, Nicolas SANDRET, Ève SEMAT, Camille SIBILLE

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie ROTOGRAFIE — 93 100 Montreuil

TROUBLES ANXIEUX ET POSTE DE SÉCURITÉ

Annie LOUBET, médecin du travail

Rémi a 36 ans lorsque je le rencontre pour la première fois en visite d'embauche en octobre 2006. Il vit maritalement, n'a pas d'enfants. Il a terminé sa scolarité vingt ans plus tôt avec un niveau de CAP tourneur sur métaux. Son entrée dans la vie active s'est fait sous le sceau de la précarité : deux contrats successifs d'une année dans deux mairies dans le cadre de TUC (travaux d'utilité collective), deux ans comme carreleur, cinq ans comme magasinier dans le secteur textile, (licenciement économique), trois ans comme bûcheron, deux ans et demi comme travailleur indépendant, conducteur de taxi.

Il vient d'être recruté comme conducteur de transport en commun, après avoir effectué le stage de formation de trois mois puis obtenu son permis de transports en commun ainsi que la FIMO. Il s'agit, comme d'habitude, d'un contrat de professionnalisation de un an. Il s'agit de transports scolaires et d'un travail à temps partiel.

Ce type de formation très encadrée comporte une grosse part d'enseignement théorique : sur 140 heures de formation, il y aura au maximum, 12 heures de conduite sur route. L'entreprise doit terminer la formation.

Rémi ne signale pas d'antécédent particulier en dehors d'une fracture de jambe en 1987 (tibia, péroné, condyle fémoral), ne signale pas spontanément de traitement et je ne suis pas sûre de lui avoir demandé s'il avait un traitement particulier ou si j'ai posé la question et qu'il ait répondu par la négative. À l'issue de cette visite d'embauche, comme pour chaque salarié, je précise à Rémi que je reste disponible en cas de problèmes de santé lié au travail et qu'il peut prendre contact quand il le souhaite.

Le premier appel aura lieu le 16 avril 2007 suivant. Rémi a reçu un coup de poing, d'un collègue chauffeur car il ne démarrait pas assez vite, le soir, pour quitter le parking à proximité du lycée. Il a également été insulté par le même collègue, délégué du personnel par ailleurs d'un autre site (ils sont salariés du même groupe de transport, mais n'appartiennent pas au même site). Rémi a informé son respon-

sable de site, fait une déclaration d'accident du travail et consulté à l'hôpital. Il y a eu une enquête du CHSCT. Cette altercation est survenue le vendredi précédent les vacances de printemps.

Rémi me signale alors qu'il est suivi par un psychiatre, qu'il est assez agressif actuellement en raison de soucis personnels et que cette agression l'a rendu fou.

Six jours plus tard, mon service reçoit un fax transmis par la direction d'un autre service de médecine du travail voisin, fax émanant des Services de Maintien dans l'Emploi, adressé à la direction du service, fax ainsi libellé « *Je me permets d'attirer votre attention sur le cas de M. Rémi X... reçu sur notre antenne de..., Rémi déclare avoir débuté en mars 2007, à l'entreprise Autocars X..., en conduite transports scolaires. Lors de l'entretien, Rémi X... a déclaré ne pas avoir signalé à vos services qu'il était suivi :*

- *sur le plan psychologique par M^{me} X...*
- *sur le plan neurologique par le Dr X...*

Enfin, Rémi énonce souffrir de « troubles du comportement avec crises d'angoisse et violence », suivre un traitement lourd pour pallier à ses crises d'angoisses, sa dépression et ses troubles obsessionnels. Il précise que ces traitements le calment mais n'empêchent pas les crises si les conditions de déclenchement sont réunies. Nous ne voulons en aucun cas nous substituer à un avis médical mais étant donné l'activité exercée, il nous paraît indispensable de vous communiquer ces informations. Le risque de « mise en danger de la vie d'autrui » nous oblige à sortir de notre devoir de réserve. Nous vous remercions de bien vouloir prendre en compte cette situation et de tenir informée M^{me} B... des suites données. »

À quelques jours d'intervalle, je recevrai également un appel téléphonique du médecin de la MDPH pour m'informer de cette situation.

Je reverrai Rémi en fin d'année scolaire 2006-2007, à sa demande pour faire le point. Il me demande alors de prendre

contact avec son psychiatre. À la suite d'un malaise anxieux, survenu en dehors de son activité, Rémi avait bénéficié d'un bilan neurologique dont un scanner. Il bénéficiait depuis d'un traitement comportant Deroxat° 20, 1 cp/jr et Xanax° 0,5 matin, midi et soir. Il aime bien ce travail. Néanmoins le psychiatre est un peu inquiet pour Rémi qui a en fait présenté une attaque de panique.

Le malaise anxieux était survenu hors travail, mais dans un contexte de soucis professionnels. Un médiateur devait passer sur les différents services scolaires. Rémi aime bien son travail mais appréhende d'avoir une attaque de panique surtout en cas de changement de planning, attaque de panique qui l'empêchera de démarrer. Il est à l'aise sur certaines lignes mais appréhende les nouveaux trajets, car il a peur de ne pas y arriver. À la rentrée, il souhaite reprendre cette activité. Il est convenu que je verrai avec son responsable de site à ce qu'il ne lui soit pas attribué de nouveau circuit à l'improviste.

Fin août 2007, je revois Rémi pour faire le point avant la rentrée. Son responsable lui attribuera des circuits réguliers. Ce qui le stresse, dit-il, c'est le contrôle exercé par l'entreprise : au début, il avait reçu trois lettres recommandées pour des éraflures (très fréquentes, chez les nouveaux conducteurs, dont le temps de formation a été trop court). Il n'appréhende pas de rencontrer ses collègues. En fait les troubles anxieux surviennent en cas de changement imprévu de service ne lui permettant pas de se renseigner auprès de ses collègues sur les caractéristiques des circuits. Sur la fiche de visite, ces points seront précisés, comme demande d'aménagement de poste : « Éviter les modifications de trajets scolaires (sans apprentissage préalable), essayer de prévoir un planning stabilisé avec quelques jours d'avance (délai pour se renseigner auprès des collègues sur les particularités du parcours. »

Rémi est revu en novembre 2007. Il va bien car il a trouvé un emploi complémentaire à proximité de son domicile ; il s'agit d'un contrat d'aide à l'emploi de 20 heures hebdomadaires. Il fait des travaux d'entretien de pelouses, de débroussaillage. La rentrée s'est passée sans problème. Suite à l'agression de son collègue, l'organisation des départs de bus scolaires a été repensée à la satisfaction de tous, pour une meilleure sécurité. Les autres chauffeurs me confirmeront que le départ était dangereux depuis longtemps et que cet incident a permis de poser le problème et de le traiter. Rémi va bien avec cette double activité ; il dort mieux, n'a plus d'attaque de panique.

Jusqu'à fin octobre 2008, je n'aurai pas de nouvelle de Rémi : en rentrant à son domicile, la veille des vacances de Toussaint, il a eu un accident de circulation, avec son véhicule personnel (il aurait dérapé sur une plaque de gazoil). Il souffre de quelques contusions, mais me dit que l'entreprise ne lui aurait pas remis le triptyque d'AT lui permettant de consulter. Renseignement pris auprès de l'entreprise : le triptyque aurait été remis mais Rémi n'a pas consulté. Je prends néanmoins contact avec son médecin traitant, par téléphone, pour attirer son attention sur l'état de Rémi, après avoir

recommandé à ce dernier de consulter. Rémi reprendra normalement son service après les congés scolaires.

Nouvel appel téléphonique à la mi-novembre : Rémi ne peut plus laisser son car stationné pendant la journée à proximité de son domicile, les cars doivent être regroupés sur un site protégé (en effet sur cinq cars du groupe, deux ont été sabotés pendant la journée – le sien n'a pas été concerné). Il se sent mal dans sa peau, car à nouveau, il n'a pas d'autre travail que ces 3 heures 30 quotidiennes, pour lesquelles il doit faire 90 km en voiture (l'activité complémentaire n'avait duré qu'une année). En plus du Xanax° et du Deroxat°, il prend 20 gouttes de Rivotril°. Il me fait part des nouveaux incidents : alors qu'il repartait pour garer son car vide à l'endroit imposé, son car a été *caillassé* et la vitre arrière a volé en éclats. Il a alerté la police et a correctement balisé l'arrière du car avec des banderoles de couleur pour interdire l'accès des enfants à l'arrière du car, le nombre de places restantes étant suffisantes pour qu'ils soient tous assis, lors du trajet retour.

Nouvel appel téléphonique le 22 décembre 2008. Rémi me fait part de ses derniers soucis. Le jeudi précédent les congés de Noël, en raison des chutes de neige, lors du trajet scolaire du soir vers 17 h 45, Rémi a eu un problème sur la route. Près de J..., à la sortie d'un virage, il s'est trouvé face à un arbre qui coupait la route, cassé en deux ; le car étant immobilisé entre les deux morceaux de l'arbre (sans dégât autre que des rayures, d'après lui). Il a pu s'arrêter sans problème pour les élèves transportés, a alerté l'entreprise et les secours (grâce au téléphone portable d'un élève), a balisé le secteur. Avant l'arrivée de la gendarmerie, il avait sollicité l'intervention d'un voisin, qui, avec un tracteur avait pu dégager la chaussée. Le lendemain, il me dit avoir été agressé verbalement par le responsable entretien de l'entreprise, pendant qu'il lavait son car, ce dernier, insistant pour que le rapport d'accident (interne à l'entreprise) soit fait rapidement, lui reprochait également d'avoir alerté la gendarmerie. Rémi me dit que ce n'est pas la première fois qu'il est malmené par ce collègue (lors des accrochages de son début d'activité, cette situation s'était déjà produite). « *J'appréhende de le croiser, j'essaye de l'éviter, il me cherche, il essaye de m'enfoncer, "T'aura des problèmes".* » Rémi a évoqué cette situation avec le responsable de planning, mais là, seul chez lui, il est mal, et comme chaque fois qu'il est mal, il avale des comprimés de Deroxat°, « *J'en suis à huit* » sans pouvoir se contrôler. Tout allait bien, mais depuis vendredi, depuis qu'il est en vacances forcées, ça ne va plus, il ne dort pas.

Je reverrai Rémi début février 2009 lors des examens systématiques. Certains jours il se sent mal avec peur d'exploser, mais c'est toujours en période d'inactivité. Il aime bien conduire. Il espère à nouveau avoir un contrat d'accès à l'emploi avec 20 heures hebdomadaire dans une commune, qui compléterait ses heures de travail. Il me dit avoir vu son psychiatre début janvier qui recommanderait le travail en ESAT (entreprise de travail protégé) ! Je suis un peu surprise.

À la mi-mars 2009, je prends contact avec le psychiatre. En fait, c'est la compagne de Rémi, « femme autoritaire, qui lui dit ce qu'il faut dire en consultation, qui pousse vers l'ESAT, en menaçant de le quitter » Actuellement, Rémi, n'a pas d'autre emploi et ses ressources sont effectivement moindres que s'il travaillait en ESAT. Le psychiatre est d'accord avec moi, pour convenir qu'au pire, un atelier protégé conviendrait mais que l'activité actuelle, peu lucrative, certains jours difficiles, a plutôt un effet positif sur la santé de Rémi en terme d'estime de soi. Les attaques de panique surviennent hors travail et face à des difficultés inhabituelles Rémi a toujours pu faire correctement face.

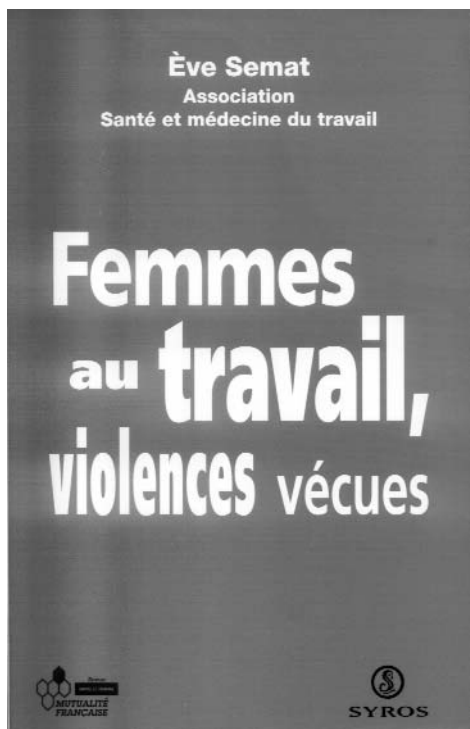
Je serai à nouveau sollicité par Rémi, qui m'adressera en copie, la lettre qu'il a adressé à la DRH, pour se plaindre de ce que le car garé devant le sien, chaque matin parte avec du retard, (le service est assuré depuis quelque temps par les mécaniciens remplaçant le chauffeur habituel absent), ce qui le met en difficulté, car sur son circuit, il y a des parents qui accompagnent les enfants et attendent le passage du car, pour se rendre à leur travail. Il n'ose pas demander aux mécaniciens de partir à l'heure (en principe ce car devrait partir avant le sien) et il n'ose pas non plus prendre l'initiative de déplacer lui-même le car, pour partir à l'heure.

Comment intervenir pour le médecin du travail ? Impossible d'intervenir auprès des mécaniciens, impossible d'intervenir auprès du responsable de planning (qui est un peu en difficulté en terme d'autorité professionnelle face au responsable de l'atelier mécanique). Finalement sans en parler à Rémi, je prendrai l'initiative d'interpeller le chauffeur le plus ancien,

formateur des nouveaux embauchés, que je connais de longue date, qui est présent tous les matins, et dont l'autorité professionnelle est reconnue par tous et je lui demanderai de veiller à ce que Rémi puisse partir à l'heure.

En janvier 2010, Rémi sera hospitalisé trois semaines après un arrêt de travail d'une semaine pour malaise anxieux persistant ; dès l'arrêt de travail, il me téléphonera pour m'informer de ses problèmes de santé, un véritable état dépressif associé à de violentes migraines. Je le verrai pendant les congés de février avant sa reprise de travail. Il va mieux ; au travail, il est désormais bien intégré.

Rémi est affecté à un poste dit de sécurité et il présente une pathologie nécessitant un traitement psychotrope au long cours : ce qui pose bien sûr la question de l'aptitude et des effets des traitements sur la vigilance. Les entretiens cliniques successifs, confirment que les attaques de panique ne surviennent jamais au travail ; au contraire, c'est le désœuvrement qui provoque les attaques de panique (c'est le cas des troubles anxieux en général, les patients organisant leur activité et leur vie pour éviter les situations déclenchant les crises). Les troubles anxieux dont souffre Rémi lui imposent d'anticiper plus que les autres et il ne prend donc jamais le risque d'être retardé, ce qui limite les tensions avec les familles : être à l'heure constitue une excellente prévention des risques psychosociaux. Le type de conduite : travail de jour exclusif, trajets courts, arrêts fréquents, n'exposent pas au risque de monotonie et d'altération de la vigilance ; il convient néanmoins de respecter les temps d'adaptation au traitement, lorsqu'il y a changement de traitement. Les mêmes troubles anxieux font que face à une situation dangereuse ; il ne prend pas de risque et c'est sa pathologie anxieuse qui permettra que soit définitivement réglée une situation dangereuse à la sortie du lycée, à la grande satisfaction de tous les autres conducteurs. Face à une situation exceptionnelle (l'arbre sur la chaussée) il a fait face avec sang froid. Il éprouve le besoin de me téléphoner régulièrement, dès qu'il y a le moindre incident. Rémi connaît ses limites, il sait parfaitement qu'il ne pourra jamais faire des grands voyages comme conducteur, mais il ne me semble pas prendre de risque pour lui et les passagers de son auto-car en lui permettant de continuer ce métier.



*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*

DOSSIER DE M. P... MAUVAIS SIGNES

Ève SEMAT

J' ai rencontré M. P..., à l'occasion d'une visite médicale de reprise après six à sept mois d'arrêt de travail. Il apparaît effacé, replié sur lui-même et peu prolixe. Il a eu un CAP thermique (chauffage), un BEP électromécanicien et un BP génie climatique. Voici les éléments du dossier médical : il est électromécanicien de 84 à 88 ; en 1990, il est électricien en bâtiment ; en 1994, il est chauffagiste ; en 1996, il est électricien, climatisation, chauffage, ramonage des chaudières ; en 97/98, il est formateur en génie climatique ; en septembre 1998, il entre à l'association comme agent d'entretien. Il occupe toujours ce poste aujourd'hui.

Il présente des lombalgies signalées régulièrement depuis 1999 et occasionnant une aptitude « avec aide si charges lourdes » en 2001, 2003. La situation se complique en 2004, lors du réaménagement des locaux de l'association. En effet, les locaux comportent des chambres destinées aux résidents. Après réfection, le réaménagement va demander des déplacements d'armoires, y compris d'un étage à l'autre, par les escaliers. M. P... a une aptitude restrictive et ne peut, dans un travail à deux, assurer ce déménagement.

Cette année-là, en 2004, la fiche d'aptitude est plus explicite : « *Apte avec restriction et aménagement de poste : port de charges à éviter. Se mettre à plusieurs si nécessaire. Port de protections auditives conseillé* ». En réaction, l'employeur écrit au médecin du travail avec deux requêtes :

- « Quelle nature des restrictions mentionnées et des aménagements ? »
- « Compte tenu des restrictions, vous semble-t-il nécessaire de lui conseiller une demande de reconnaissance de la qualité de "travailleur handicapé" près de la COTOREP »

Le médecin est précis et rassurant. Les charges sont limitées à 25 kg et la reconnaissance travailleur handicapé non justifiée. Les fiches d'aptitude de 2006 et 2007 précisent à nouveau l'aptitude « avec aménagement de poste et les charges limités à 25 kg ».

En 2007, il a présenté une entorse du genou hors travail.

LA NOTION DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE ÉMERGE À LA CONSULTATION DE MARS 2009

À l'occasion d'un changement de secteur, je suis amenée à prendre en charge le personnel de l'association et je rencontre M. P... en mars 2009.

REPRISE DE TRAVAIL

Lors de la visite médicale de mars 2009, qui est une visite médicale de après six ou sept mois d'arrêt maladie, il est toujours agent d'entretien des bâtiments : plomberie, câblage et paramétrage des téléphones internes, réseaux en informatique, chauffage, électricité, bâtiments en général. Nous évoquons ses expositions passées à l'amiante, sans protections, en perçant des dallages vinyle-amiante, en démontant et cassant des conduits amiante ciment, en utilisant des plaques isolantes amiante. Son responsable est le responsable logistique.

LES MOTIFS DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

D'emblée, en l'interrogeant sur les motifs de l'arrêt de travail, le diagnostic d'épisode de diarrhées prolongées avec déshydratation, hospitalisation en raison de bradycardie associée (pouls à 37), troubles d'équilibre secondaires, attire mon attention.

L'homme m'était apparu recroquevillé, regardant ses chaussures, parlant difficilement. Cette fois, ma recherche du diagnostic étiologique de cette diarrhée le « referme comme une huître ». Non, il n'avait pas de fièvre. Non pas d'origine infectieuse ni virale ni toxique retrouvée.

Il croise mon regard, le visage tragique, soupire et fond en larmes. D'emblée, il regrette d'avoir « craqué » et ne peut s'exprimer davantage. D'emblée, j'envisage des crises de panique et lui propose ce diagnostic en explication des diarrhées, déshydratation et bradycardie. Il est atterré à l'idée de devoir parler travail et dès cet instant, je pose le stylo. J'écris

sur des feuilles volantes, en le lui expliquant, tout ce qui va suivre durant la première partie de la consultation.

Nous conviendrons ensuite ensemble de ce qu'il est possible d'écrire sur le dossier. Ceci se résume à : « peur, syndrome post-traumatique en lien avec le travail et somatisations graves secondaires ».

FONCTIONNEMENT DU CENTRE

Le Centre est une association Loi 1901. Le patrimoine appartient à l'association. La gestion associe la DDASS, la CRAM. Le service entretien comporte, sur le terrain, deux salariés s'occupant de tous les bâtiments du centre, allant du service administratif aux salles de cours et ateliers ainsi qu'aux chambres des résidents, des locaux annexes en ville. Le responsable logistique est le supérieur hiérarchique direct.

HISTORIQUE DES DERNIERS TRAVAUX

➤ 2001 : Commission sécurité

« Le centre n'avait eu aucune mise aux normes ni travaux d'entretien sérieux depuis 25 ans lorsque, en 2001, une commission de sécurité a failli faire fermer l'établissement (commission avec pompiers, personnel de la mairie...) »

« Au Centre, la hiérarchie demandait depuis longtemps des finances pour cette mise aux normes. » Le conseil d'administration s'en serait séparé plutôt que de faire les travaux...

➤ 2002-2003 : les travaux

Une nouvelle direction arrive et les finances sont débloquées pour cette mise aux normes. Des subventions importantes sont accordées. Dans ce contexte, le responsable logistique organise les travaux. Le personnel d'entretien n'effectue pas les travaux qui sont considérables, allant jusqu'à raser des bâtiments, construire une cuisine, réfectoire et salle de pause neufs.

M. P..., dans ce contexte, suit les travaux des entreprises extérieures, se sentant mal soutenu par la hiérarchie. Il doit par ailleurs accéder aux demandes de petits travaux d'entretien émanant de son responsable, des enseignants et des résidents. Son responsable ne hiérarchise pas les priorités parmi le florilège des demandes. Il va même jusqu'à mettre en cause la réalité du travail.

C'est que ce contexte que M. P... aurait eu une altercation violente (menace verbale) avec son collègue, dans les sous-sols de l'établissement. À l'origine, une question éthique, défendue par M. P... et lui attirant les foudres de son collègue plus arrangeant avec les entreprises intervenantes. Le tout devant témoins.

C'est dans ce contexte aussi que M. P... aurait découvert des incompétences de certaines entreprises intervenantes et mis en évidence des litiges qui auraient été ultérieurement « sabrés à 50% par le responsable logistique ».

À cette période, toujours en 2004, l'ambiance est tendue avec son responsable en qui il ne fait absolument pas confiance. À cette période aussi, M. P... est délégué du personnel et vit mal les conflits. Il a l'impression que ce rôle de

DP est mal accepté et que l'on cherche à le faire partir. C'est ainsi que sera interprétée la lettre de l'employeur au médecin du travail en 2004 (demande de présentation à la COTOREP). M. P... est en surcharge de travail. Malgré cela, il doit rédiger tout ce qu'il fait sous forme de bons de travaux. Il le prend comme une brimade du responsable logistique, son supérieur. D'autant que son collègue ne connaît pas cette contrainte.

DE 2004 À SEPTEMBRE 2008 : LA PEUR

M. P... a vécu dans la peur du responsable logistique. Il met en doute l'honnêteté du responsable. Il dit avoir de sérieux arguments pour ça. Ce qui fragilise M. P... à cette période, c'est de penser que le responsable saurait que M. P... détient des informations précises qui le mettent en cause. L'altercation et les menaces dans le sous-sol, émanant de son collègue, indiquent à M. P... que le collègue est tout aussi informé que lui mais que ce collègue soutient son responsable et participe à sa démarche jugée frauduleuse par M. P...

Les relations avec le responsable sont d'autant plus difficiles que celui-ci interrogera de façon très insistante M. P..., en présence de trois témoins dont le collègue qui, la main sur la porte, semblait, selon l'interprétation de M. P..., vouloir l'empêcher de partir, à l'occasion d'un vol de 100 € dans la chambre d'un résident. Plus tard, le coupable se fera connaître sans que les dégâts psychologiques engendrés par cette accusation mensongère puissent être gommés, en l'absence d'excuses.

LA CLINIQUE DE 2004 À 2008

Je reprend le stylo et rédige les notes cliniques qui vont suivre, à nouveau, dans le dossier. Il m'apprend qu'il a souvent ressenti, depuis 2004 et jusqu'à l'hospitalisation de sept 2008 :

- palpitations,
- oppression, sensation de strangulation,
- poids à l'estomac,
- vécu de tension, myalgies, arthralgies,
- céphalées,
- sifflements dans les oreilles,
- peur de tomber.

Ce cortège a abouti à des idées suicidaires et à l'hospitalisation de septembre 2008 en raison des diarrhées, déshydratation, bradycardie. Il a eu un suivi psychologique par le Dr R... Lors de la visite médicale de reprise de mars 2009, il est toujours suivi par le Dr R... et prend de l'Effexor^o 25. Au plan physique, l'examen est satisfaisant. Au plan psychique, l'évocation de ce passé, difficile car il a peur de trop en dire, conduit aux larmes. Il n'a plus de syndrome d'évitement : son responsable a donné sa démission et M. P... tente la reprise du travail avec :

- peur résiduelle,
- doute par rapport à ses capacités à tenir qu'il dépasse, l'espoir étant dû au départ du responsable.

Il redoute un peu le travail avec son collègue. À l'issue de cette longue consultation, M. P... sait qu'il peut reprendre rendez-vous quand il veut.

CONSULTATION DE JANVIER 2010 : L'ÉPUISEMENT

En janvier 2010, il revient après un accident de travail ayant occasionné 1 mois d'arrêt de travail. Les circonstances de l'accident de travail, décrites par M. P... mettent en évidence :

Un exercice incendie pendant un contrôle de l'installation des alarmes incendie. Ce contrôle s'effectue car, en 2004, les travaux de l'entreprise A... n'étaient pas conformes et il l'avait signalé. Son responsable ne l'avait pas écouté. M. P... dit avoir usé de beaucoup d'énergie depuis pour convaincre son directeur de la nécessité des travaux :

- vérification des installations par un organisme agréé ;
- travaux de mise aux normes par une entreprise hautement spécialisée ;
- vérification finale par test des alarmes incendie.

Lors du test des alarmes, M. P... courait dans un couloir où une porte à deux battants était à moitié ouverte. Il avait la tête ailleurs. Il a pensé que le second battant allait « s'écarter » sur son passage. Mais il était bloqué. Son collègue, venant en face, n'a rien dit. Ayant heurté violemment le battant bloqué, il a présenté une entorse acromio-claviculaire droite et un étirement du trapèze droit et du sterno-cléido-mastoïdien droit.

LA CLINIQUE EN JANVIER 2010

Il n'est plus suivi par le Dr R... Il est sous Tétrazepam, Nexen°. Il prend aussi du Cymbalta° pour ses douleurs étiquetées « fibromyalgie ». Il fait de la musique : batterie, clavier. Il bricole beaucoup à la maison ; du bricolage de haut niveau, précise-t-il, en électronique. Il va au cinéma. Il présente toujours des crises de larmes et a perdu le désir de se lever et d'aller au travail. Il a toujours les mains moites, palpitations, tremblement, poids à l'estomac, oppression, impression d'étouffement, arthralgie, sifflement des oreilles, tanguage, œsophagite, gastralgies.

Je le sens physiquement et cognitivement épuisé.

« Faut courir partout, sans priorité. Dans le couloir, on vous interpelle (prof, résidant, administratif). Tout est urgent. On ne peut rien planifier. Ça tombe à la volée. »

La fatigue tient en partie à la surcharge de travail et aux difficultés, dans sa relation au directeur, à inculquer autant de rigueur qu'il juge nécessaire quant à la sécurité des installations. Il pense que les dirigeants n'ont pas la compétence pour juger de la cohérence de ses avis en électricité, alarmes... il rappelle ses diplômes, précise qu'il a même enseigné. Il reprecise ses travaux minutieux et complexes à son domicile.

La fatigue tient en partie aux doutes par rapport aux intentions de la hiérarchie à son égard. La nouvelle responsable logistique, qualité, sécurité qui a remplacé son responsable

en 2009, partie au bout de trois mois, lui aurait confié que le directeur avait des intentions visant à lui faire quitter l'entreprise. Il est donc sûr de ce qui se passe et vérifie en permanence qu'il ne fait pas d'erreur professionnelle qui lui serait fatale. La fatigue tient à l'observation attentive à la recherche de signes, signaux et la tentative d'interprétation de ces signaux qui le laissent perplexes.

« Je note tout ce que je fais. Ça aide mon collègue, c'est comme un cahier de transmissions. J'ai demandé qu'il ait son bureau mais il faut toujours qu'il s'installe à mon bureau. Il laisse des trucs à traîner. J'ai trouvé un arceau de fer son mon bureau et au milieu, au travers, un stylo ouvert. Comment je dois interpréter ça ? Qu'est ce que ça veut dire ? » D'autres exemples de questionnement complexe interviendront pendant cet entretien.

Il a l'impression de se poser trop de questions : « On me dit que je suis paranoïaque. » J'avais noté sa peur de dire et sa prudence à livrer sa parole en 2009. Mais le questionnement sur de soi-disant signes à interpréter dans sa relation aux autres n'était pas présente. C'est un phénomène nouveau pour lui aussi et qui l'épuise. Rien ne transparait dans ce domaine depuis 1984. Il a conscience d'aller trop loin et de s'épuiser. Je lui explique qu'il existe aussi des cas de paranoïa induite. Et que c'est peut-être le cas. Qu'il nous faudrait une consultation de pathologie professionnelle pour un avis spécialisé. Il est d'accord.

LA CONSULTATION EN PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE LUI EST PROPOSÉE AVEC PLUSIEURS OBJECTIFS

- Avons-nous affaire à une paranoïa induite ?
- Dans ce contexte, continuer à travailler au Centre risque-t'il de chroniciser la pathologie ?
- N'a-t-il pas besoin de soins maintenant, y compris en raison de l'anxiété majeure et de l'épuisement ?
- Quel accompagnement lui proposer ?

Lettre pour la consultation :

M. P... a présenté un état syndrome anxiodépressif avec idées suicidaires secondaire à des événements de la sphère professionnelle vécus comme traumatisants avec terreur associée. Il persiste un syndrome anxieux et désormais un épuisement qui semblent en partie liés à une surinterprétation de signes dans ses relations aux autres. S'agit-il de paranoïa comme certains le lui disent et celle-ci peut-elle avoir été induite par ces événements ? Quel accompagnement proposer à M. P... ?

Le psychiatre conseille une prise en charge dans la durée et un arrêt de travail tout aussi long. Les idées sub-délinquantes sont de l'ordre de la paranoïa induite à rattacher aux événements de la sphère professionnelle. Il aura du mal à retourner travailler dans ce centre. Toutefois, si M. P... doit être déclaré inapte, il lui sera proposé de rencontrer l'employeur auparavant pour une ultime mise au point. Avec la présence de l'inspecteur du travail ? Ce projet reste à construire et ne se fera pas sans l'accord de M. P...

CLINIQUE À L'HÔPITAL

« QUESTIONS DE LIMITES »

Camille SIBILLE, médecin du travail

La dégradation des conditions de travail à l'hôpital a des allures de lieu commun. L'intensification du travail à l'hôpital se traduit par une compression du temps et la mise en place d'outils d'organisation et d'évaluation censés améliorer la performance, mais elle touche aussi à ce qui fait sens dans le travail des soignants. Le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires »; HPST soulève des débats intenses sur « la casse du service public », ou à l'inverse, sur « la dérive des coûts », en occultant au passage la question principale : la qualité des soins. L'hôpital, compte tenu des impasses dans lesquelles il se trouve, peut-il prendre réellement la mesure de la dimension globale du soin ?

Au-delà de cette vision médiatique du travail dans les établissements de santé, en tant que médecin du travail dans un hôpital public, je découvre au fil de mon travail, au cours de mes consultations, un autre paysage, immense, riche de mille détails qui m'oblige à revenir au plus près, au plus microscopique, au moins visible à l'œil pressé, de ce que les hommes et les femmes jouent d'eux-mêmes pour travailler et habiter ce lieu sans franchir leurs limites.

PREMIÈRE OBSERVATION CLINIQUE NOËLLE B...

En juillet 2009, je reçois Noëlle B... en consultation, pour la première fois, dans le cadre d'une visite de pré reprise du travail, à sa demande. Elle est arrêtée maladie depuis le 20 mai pour un infarctus du myocarde. Elle voudrait reprendre son travail fin août. Mais elle semble encore très perturbée, à la fois très inquiète à l'idée d'un retour au travail mais encore plus inquiète à l'idée que cette reprise ne puisse pas se faire. En effet la reprise du travail pour une journée minimum est réglementaire pour pouvoir prendre ensuite ses congés annuels.

Noëlle a 51 ans, elle est affectée au bureau des entrées sur un poste administratif à temps partiel 80%, pour le suivi des dossiers et la facturation concernant les lits de l'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Elle s'occupe aussi de la facturation des hospitalisations en psychiatrie et du contentieux en psychiatrie avec une collègue Arlette.

Pour le médecin du travail, il s'agit de comprendre dans quel contexte professionnel cette décompensation cardiovasculaire est apparue. L'année 2009 a été très difficile pour Noëlle. Début mars, elle a eu un accident de ski, une entorse grave du genou gauche avec rupture ligamentaire, interven-

tion chirurgicale, rééducation et donc six semaines d'arrêt maladie. Elle n'avait jamais été arrêtée aussi longtemps en maladie depuis ses congés maternité, il y a plus de vingt ans. Cet arrêt de travail l'a beaucoup contrarié : en effet Noëlle m'explique qu'elle est la seule à savoir traiter les dossiers et facturer pour le secteur de l'EHPAD. Pendant son absence, sa collègue Arlette ne peut que dépanner pour le quotidien. Seule, sa chef de service Antoinette connaissait très bien la gestion de ce secteur. Mais, fin février, elle est partie dans un autre établissement. Noëlle a fait connaissance avec le nouveau chef de service Éric. Mais celui-ci vient d'un hôpital qui ne gérait pas de lits de long séjour et il informe Noëlle de son manque de compétence dans le domaine de l'EHPAD.

Noëlle reprend fin avril et se retrouve avec une pile de dossiers à traiter, elle doit rattraper le retard, elle en pleure, en cachette, seule Arlette se rend compte de sa situation. Du 1^{er} au 8 mai, la DRH oblige Noëlle à prendre le reliquat de ses congés qu'elle n'avait pas pu prendre du fait de l'arrêt maladie. Ces congés accentuent le retard. C'est dans ce contexte de désorganisation que le directeur financier et son nouveau chef de service Éric lui annoncent que le mode de facturation de l'EHPAD va changer et qu'elle est convoquée le 19 mai pour une réunion.

La veille elle dort très mal. Pendant la réunion, elle apprend que le directeur financier veut exiger pour l'EHPAD le paiement à l'avance. Elle seule comprend les conséquences techniques d'une telle décision, personne ne l'écoute, Antoinette n'est plus là pour la protéger, elle se sent complètement seule, elle ressort, dit-elle, effondrée.

Après le travail, elle se rend chez le kiné, pour se remettre de cette réunion, elle fait des efforts, elle se dépense physiquement. Sur le tapis de marche elle présente des douleurs thoraciques en ceinture qui cèdent au repos, elle rentre chez elle. La nuit les douleurs reprennent de plus belle, elles s'accompagnent de nausées. Elle regarde sur Internet, et avec les symptômes qu'elle présente, elle est persuadée qu'elle a un problème de vésicule biliaire. Elle demande à son mari de la conduire à l'hôpital où elle travaille.

Aux urgences, les infirmières s'affairent autour d'elle, l'interne arrache le résultat de l'électrocardiogramme et court le montrer aux urgentistes, elle connaît bien les urgences, elle croit que toute cette agitation concerne un box voisin, quand elle comprend qu'on va l'emmener en urgence dans un service spécialisé, elle questionne l'infirmière, mais enfin que

se passe-t-il ? Le médecin lui explique qu'elle est en train de faire un infarctus.

À ce moment du récit, quand elle évoque l'annonce du diagnostic, une émotion toujours présente la submerge et la fait pleurer. Noëlle raconte comment elle s'est senti anéantie par un profond sentiment de honte : « *Un infarctus chez une femme de 50 ans, on n'a jamais vu ça, quelle honte d'avoir fumé* ». Mais ce qu'elle ressent, c'est aussi de la stupéfaction, sur le moment elle n'arrive pas à y croire, et encore aujourd'hui elle n'en revient pas, elle qui faisait tout pour rester en forme, sportive, footing, gym, une femme dynamique.

Jamais auparavant, elle n'avait pensé qu'un tel évènement pouvait lui arriver. Et pourtant les problèmes vasculaires, elle connaît bien, son père a subi un pontage coronarien, sa sœur a présenté un accident ischémique transitoire à 48 ans, une autre est hypertendue. Mais elle, elle n'avait jamais pensé qu'elle pourrait être malade, fragile, vulnérable elle aussi.

Noëlle a donc été prise en charge en cardiologie : pose d'un stent, mise en route d'un traitement cardiovasculaire, prise en charge par une diététicienne. Noëlle a beaucoup de mal à accepter cette atteinte à sa santé, elle ressent un profond sentiment de vieillissement. Elle ne dort plus, elle a des crises d'angoisse, son médecin lui prescrit un traitement antidépresseur. Elle est prise en charge par un service de rééducation cardiaque, pour une réadaptation à l'effort. Elle trouve dans ce service, au contact d'autres patients ayant présenté eux aussi des infarctus, auprès des médecins et des soignants, jour après jour, un grand réconfort moral, un soutien psychologique, une communauté.

Spontanément, dans cette consultation, Noëlle ne fait de pas de lien entre sa situation de travail et sa décompensation cardiaque. Elle a intériorisé que ses antécédents familiaux (bien que les bilans de coagulation par exemple ne mettent en évidence aucun facteur génétique), son tabagisme (Noëlle fume huit à dix cigarettes par jour depuis l'âge de 15 ans) et son taux de cholestérol un peu élevé étaient les facteurs premiers de cet infarctus.

Dans cette première consultation, Noëlle exprime son attachement à son poste de travail. Pendant dix ans, avant l'arrivée d'Antoinette, elle a pourtant été complètement seule. Quand l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) s'est mise en place, « *J'ai pris les décisions toute seule* » dit-elle. Elle exprime avec plaisir la grande autonomie qu'elle a sur ce poste, les initiatives qu'elle prend auprès des familles. Elle explique tout ce qu'elle fait au-delà du travail prescrit pour développer son activité. Elle anticipe sur les difficultés financières des familles, conseille sur les possibilités d'aide, met en relation avec les assistantes sociales, note dans le dossier tout ce dont elle aura besoin ensuite, le premier contact avec la famille est essentiel, il faut penser à tout. Elle est très exigeante sur la tenue du dossier dès l'entrée dans l'hôpital. Elle est fière de cette activité : dans le secteur de l'EHPAD, tout le monde reconnaît sa compétence, elle bénéficie de la reconnaissance de son chef mais aussi de la recon-

naissance des correspondants Conseil Général ou CPAM, avec qui elle travaille sur les dossiers. Noëlle exprime son engagement dans ce travail, elle veut continuer à occuper ce poste, mais elle exprime aussi son isolement au sein de son service, sa grande inquiétude à remettre les dossiers à jour.

Noëlle revient en consultation le 27 août, le jour de sa reprise. Elle a présenté une nouvelle crise douloureuse, il y a dix jours pendant les derniers jours de sa rééducation cardiaque, elle a été hospitalisée en urgence dans un service de soins intensifs, mais la coronarographie pratiquée a confirmé que le stent était bien en place et elle est sortie le lendemain. L'existence de cette nouvelle crise douloureuse, quelques jours avant la reprise, et l'inquiétude de Noëlle imposent un suivi médical.

Je revois Noëlle le 15 octobre en visite de surveillance. La reprise, fin septembre après ses congés, a été difficile, affronter le regard des collègues, retrouver la pile des dossiers : « *Des choses faites sans se faire, faites à la va-vite, des dossiers pas suivis, des factures à reprendre. Je ne faisais que pleurer, j'avais le sentiment de ne plus pouvoir y arriver* ».

La deuxième semaine elle s'est retrouvée le mardi soir d'astreinte au guichet. Autrefois seuls les agents des guichets faisaient les astreintes, les agents spécialisés sur un secteur ne participaient pas au tour. Puis pour des problèmes d'horaire, d'équité, tout le monde participe aux astreintes qui reviennent donc une fois toutes les douze semaines. Mais pour les agents qui ne font plus de guichet quotidiennement, cette astreinte est devenue problématique car ils n'ont pas toujours les informations nécessaires pour répondre à la demande. Ce soir-là Noëlle accueille au bureau des entrées la femme d'un patient qui présente une pathologie cardiaque identique à la sienne. Elle échange avec cette femme pendant qu'elle réalise le dossier d'admission, mais elle fait une erreur sur l'installation de la ligne de téléphone, l'erreur porte sur 10 € facturé en trop pour le patient.

Le lendemain elle se fait agresser par une jeune collègue du guichet qui lui reproche son erreur devant la femme du patient venue signaler le problème. Noëlle n'a pas supporté cette critique, l'émotion était trop forte, elle s'est mise à pleurer, quelle humiliation, se faire réprimander à 50 ans par une jeune collègue, pour une erreur de 10 €, quand on a la responsabilité de facturer tous les mois pour plus de 300 000 € de longs séjours à des familles.

Mais personne ne peut comprendre, personne ne connaît le travail de Noëlle. Un grand sentiment de solitude, et à ce moment-là du récit l'évocation d'un temps où la solidarité existait au bureau des entrées. Pour bien faire son travail, Noëlle a développé son activité sans la mettre en visibilité. Elle tient une partie de son travail, tout ce qui relève du social, dans une certaine clandestinité. Cette indépendance, cette autonomie lui plaisent, mais l'ont isolé du collectif des agents du bureau des entrées. La communauté à laquelle elle fait référence n'est pas issue de son propre service, ce sont les agents administratifs du Conseil Général, de la CPAM, les assistantes sociales. Elle dit : « *Je suis seule sur l'hôpital*

à faire ce travail-là », une place particulière, une place protégée, qu'elle défend, avec une certaine ambiguïté, reconnaissant avec inquiétude : « *Je suis vache, mais je ne veux pas qu'on me le prenne ce travail, je ne veux pas qu'on me le pique* ».

Noëlle raconte alors le temps où elle était au guichet des entrées, un travail répétitif, son désir de vouloir faire autre chose, sa volonté et sa proposition de travail avec deux autres collègues pour apprendre et pouvoir les remplacer si besoin. En ce temps là le travail était complètement différent, beaucoup moins compliqué, ce qui lui avait plu et qui lui plait toujours, c'est d'instruire chaque dossier de A à Z.

Ce qui compte pour Noëlle, c'est cette exigence de qualité, de justesse et d'efficacité du dossier. Pour elle, ce qui pose problème dans le paiement à l'avance, ce ne sont pas les difficultés financières que pourraient connaître les familles, mais les problèmes techniques de tenue des dossiers.

En novembre, je suis allée voir Noëlle sur son poste de travail. Elle m'a montré comment constituer et traiter un dossier, l'attention qu'elle porte à tous ces détails qui rendent compte d'une histoire singulière, d'une famille, d'une prise en charge.

Sur l'hôpital, plus personne ne parle du paiement à l'avance, mais ça reste d'actualité. Tous les agents qui gèrent le long séjour comme elle dans d'autres établissements lui ont fait part de décisions équivalentes quant à l'évolution de la facturation.

Noëlle s'est renseignée, dans la plupart des établissements, la facturation des longs séjours est traitée par deux agents, elle en a parlé avec eux, ils se soutiennent et peuvent mieux s'exprimer face au changement d'organisation du travail. Noëlle n'est pas prête encore à proposer un travail en binôme, mais elle y pense. Elle se plaint de douleurs des deux poignets, le matin au réveil, douleurs évocatrices d'une TMS, un syndrome du canal carpien bilatéral.

Les émotions sont des signaux d'alarme individuels pour une révision de nos attentes, de nos préférences. L'émotion n'est pas seulement ce qui est senti, c'est aussi ce qui fait sentir. L'émotion crée de nouvelles disponibilités à être affecté. Elle témoigne de l'articulation d'une histoire singulière qui se construit et s'invente dans la relation à une histoire globale : « Ce que je vis est particulier mais compréhensible et partageable avec autrui ».

Il me semble que c'est en faisant le récit de ce mois de mai dans la consultation de santé au travail que Noëlle peut découvrir un autre point de vue sur le travail, et peut-être réviser son émotion, sortir de ce sentiment de honte. Il me semble que c'est en me disant qu'elle est « vache » que Noëlle entrevoit que d'autres voies alternatives sont possibles dans l'organisation de son travail. Noëlle est en relation avec la région, le département, la ville, mais elle bute sur la question du dossier, une simple pochette cartonnée que les autres collègues ne remplissent pas de la même façon, pas aussi bien. Comment imaginer faire une facturation correcte si on la fait à l'avance, sans prendre en compte les change-

ments de service du patient et donc les changements de facturation, sans connaître les aides accordées, sans savoir la participation financière de la famille, etc. Comment expliquer le goût du travail bien fait ? Du fait du départ de sa chef, du fait de ses exigences de qualité, Noëlle est isolée, elle a porté seule le poids du travail, au-delà de ses limites. Si la santé au travail est une construction collective, alors dans cette histoire, elle est en échec. Si les TMS témoignent de la difficulté à mettre en place des coopérations, (Noëlle avait présenté en 2005 une tendinite du coude), peut-on imaginer que l'apparition récente du syndrome du canal carpien témoigne ici des difficultés d'une nouvelle tentative de coopération ?

DEUXIÈME OBSERVATION CLINIQUE

DAVID C...

En juin 2009, David C... vient en consultation au service de santé au travail, à sa demande. Il est praticien hospitalier, chirurgien orthopédiste, il travaille à mi-temps, une semaine sur deux. Je l'ai déjà rencontré en visite médicale suite à un AES, il y a quelques mois. Il veut me faire part de ses difficultés, il est épuisé, il voudrait changer de métier, faire de l'informatique médicale par exemple. Mais il ne sait pas comment faire, il a des difficultés à penser son avenir professionnel.

David a 43 ans, il se présente comme étant en parfaite santé. Le seul symptôme qu'il signale spontanément, ce sont des troubles du sommeil anciens. David a demandé à travailler à mi-temps en 2006, à la naissance de son deuxième enfant dans le cadre d'un congé parental, puis il a demandé à maintenir ce temps partiel. Il dit que le fait de travailler à mi-temps a changé sa vie, il est beaucoup moins stressé, moins anxieux. Ce temps partiel lui a permis d'élever ses enfants mais surtout de mettre des limites à un travail devenu insupportable, à une anxiété qui envahissait même sa vie privée.

Pendant toutes ses études, David a toujours voulu être chirurgien, il n'aurait pas pu être psychiatre, ou même rhumatologue. Il adore son métier, il aime la traumatologie, il a besoin d'efficacité, de simplicité. Pour parler de son plaisir à travailler, il raconte une scène, il mime un patient : un artisan, un accident du travail, une fracture compliquée, que David a du réopérer plusieurs fois, cet artisan a souffert, il a du arrêter son activité très longtemps, un jour il reconnaît David dans un café, il tape à la vitre, il se met debout sur une seule jambe, la jambe opérée, pour montrer que tout va bien, le pouce levé et un grand sourire, c'est tout simple, mais quel plaisir pour David.

Pourtant les relations avec les patients sont souvent difficiles, les patients ont changé, David a des mots durs pour exprimer cette dégradation des relations chirurgien patients. Quand il est en société, avec des amis, il ne dit pas qu'il est chirurgien, il pense que ça change le regard de l'autre sur lui David assure jusqu'à vingt interventions chirurgicales par semaine, deux consultations de trente à quarante patients chacune. Pendant les consultations, David doit faire face à une hypersollicitation cognitive et à une très forte contrainte

de temps, mais il ne reconnaît pas l'importance de la contrainte de temps dans l'apparition de son anxiété

Depuis 2006, le demi poste de chirurgien laissé vacant n'a pas été pourvu, ce qui désorganise les consultations et les plannings de rendez-vous. Pour répondre à la demande des patients et aux consignes de la direction qui souhaite augmenter l'activité chirurgicale, les secrétaires sont obligées de surcharger certaines plages, alors qu'elles ont beaucoup de difficultés à suivre le rythme du chirurgien.

Ces problèmes de planification que ce soit pour le bloc chirurgical ou pour les consultations sont l'objet de conflits permanents entre chirurgiens, conflits dont les secrétaires et les infirmières de consultations, épuisées, sont les témoins. David n'attend aucun soutien de ses collègues chirurgiens. L'ensemble de la communauté médicale de l'établissement reconnaît les compétences chirurgicales de David ainsi que celle des autres chirurgiens, par contre elle a abandonné depuis longtemps l'idée d'améliorer les relations de travail entre les chirurgiens.

David fait un lien direct entre son anxiété et les risques de son métier, sans vraiment comprendre le lien santé-travail, il semble dans une impasse, et je lui propose de revenir en consultation, quand il le souhaitera.

David revient en consultation fin août, deux mois plus tard. Pendant cette période de congés annuels, il assure seul depuis trois semaines toutes les astreintes, c'est-à-dire qu'il peut être appelé chez lui, à tout instant du jour ou de la nuit. Il est très critique sur cette organisation, lui qui a demandé à travailler à mi-temps. Il revient, avec toujours la même demande, changer de métier. Il dort très mal, il se plaint de palpitations, de difficultés à penser. Il est de plus en plus anxieux et pour des choses de moins en moins importantes.

Les risques liés à l'intervention chirurgicale deviennent insupportables, il donne l'exemple d'un accident de travail, section du tendon extenseur du pouce, intervention parfaite, suture, traitement, puis apparition d'une algodystrophie post-traumatique, le patient a déposé une plainte, il a été débouté, mais pour David, c'est un état de stress permanent. Quand je lui demande si cette responsabilité liée à l'acte chirurgical pourrait mettre sa vie en danger, il dit que oui, que c'est une question qui le préoccupe et l'envahit. Pour faire disparaître cette anxiété au travail, il est très concentré sur sa tâche, il maintient un rythme très rapide, un état de répression psychique qui ne lui laisse pas le temps de penser, et il s'accommode du rythme très soutenu des consultations. Mais dès qu'il rentre chez lui, l'anxiété revient, il est irritable, il se met souvent en colère, il se dispute avec ses proches pour un rien, il présente une susceptibilité exacerbée.

Quand je lui demande à quand remonte l'apparition de cette anxiété, si un évènement a marqué sa vie professionnelle, il hésite avant de parler, puis il me fait le récit d'une intervention chirurgicale qu'il a effectuée dans son poste précédent, alors qu'il était chef de clinique dans un centre hospitalo-universitaire. Une erreur dans le geste chirurgical a entraîné une section de l'artère, une hémorragie, il s'est senti alors envahi par quelque chose qu'il n'avait jamais ressenti aupara-

vant en opérant, il s'est senti dépassé par l'évènement, il a tout de suite fait appel au grand patron qui était dans le bloc voisin, qui, très rapidement, l'a rassuré et a pris les choses en main. L'intervention s'est terminée sans problèmes, pas de discussion, pas de critiques, de simples remerciements exprimés au patron.

Depuis cet évènement, David n'a jamais pu refaire ce type précis d'intervention. Il ne va jamais dans cette zone précise du genou sans une réelle appréhension. Quand David parle, une gravité se lit dans son regard, pas de pleurs, pas d'effondrement, mais une émotion certaine. À la fin de son récit, quand il dit : « *Cette angoisse me bride, je n'ai plus mon élan vital. Depuis cette intervention là, j'ai l'impression de ne plus essayer de faire mieux, moi qui voulais toujours progresser* », ce que je lis dans son regard, c'est l'étonnement, la stupeur de s'entendre dire ça, terrifié à l'idée d'être à nu, surexposé ou effrayé de reconnaître, face à témoin, et à travers ses mots, sa propre souffrance, de découvrir l'ampleur du retentissement de cet évènement sur sa vie, mais aussi d'entrevoir d'autres voies inconnues, d'autres issues possibles.

David exprime le fait que c'est la première fois qu'il peut parler de cet évènement. Il regrette ce temps de travail avec les patrons et le sentiment de confiance dans lequel il travaillait alors. Son service de chirurgie est mis à mal par les orientations de l'ARH, par des problèmes de recrutement, d'organisation, de planification, qui génèrent des conflits. David n'a donné aucune explication sur son choix de travail à mi-temps et ses collègues pensent qu'il travaille ailleurs, dans le privé.

Je lui propose de prendre en compte ces crises d'angoisse et ce syndrome d'évitement comme des symptômes possibles d'un syndrome subjectif post traumatique et donc de demander un avis spécialisé avant toute décision de changement de travail. À sa demande, je lui transmets un courrier qui reprend les termes de nos consultations, courrier à l'attention d'un médecin psychiatre. David n'est pas revenu en consultation de santé au travail, je ne sais pas s'il a consulté, mais j'ai appris qu'il avait demandé à augmenter son temps de travail pour un poste à 80%.

À partir de cette observation, je dirais que l'émotion est un trouble, une perturbation, un état affectif, elle se caractérise par l'auto perception de changements corporels et c'est l'attention que le médecin porte au détail, au regard, au son de la voix qui lui permet de reconnaître l'émotion. L'émotion est une façon singulière –mais non individuelle – de se mettre en relation avec le collectif, avec le monde, avec les autres.

L'émotion est une évaluation morale, une pensée incarnée, et parce qu'elle est incarnée, parce qu'elle est intériorisée, elle présente une force et un automatisme auxquels la pensée ne peut pas prétendre. En reprenant le fil du travail, le sujet peut se référer au monde pour donner un sens à son émotion. L'expérience de l'émotion vécue dans la consultation peut aider le sujet à sortir de ses évidences, elle opère un changement de rythme, elle lui permet de ralentir, d'hési-

ter, d'accepter de ne plus savoir ce qu'il croyait savoir. Sans émotion, il n'y a pas de plan de vie possible, pas d'évaluation du devenir de sa vie

Les hommes et les femmes qui travaillent nous aident à construire un problème, pas seulement à révéler des situations ou à donner des informations. Ils acceptent une posture qui suppose un partage, une redistribution de l'expertise. Ce qui nous permet de les questionner là, où par leur point de vue singulier sur leur activité, ils sont les plus compétents. Ils saisissent cette proposition comme une occasion de mettre la pensée au travail. Notre travail s'inscrit dans une approche immergée dans le monde pratique, dans une connaissance qui entremêle des affects, du souci et du sensible, dans une recherche attentive des conditions concrètes et matérielles et de l'implication des corps dans les processus de savoir.

Si la santé au travail est une construction collective, elle l'est aussi, pour nous, médecins du travail, qui partageons sans doute des mémoires émotionnelles qui nous guident dans nos actions, mais aussi d'autres émotions que nous rencontrons chaque jour et qui nous permettent de réviser nos croyances et de travailler à d'autres possibles pour la santé au travail. L'émotion de chaque salarié dans son rapport au travail est pertinente pour la construction de la santé au travail et pour le monde social. L'épisode émotionnel laisse entrevoir la réalité, l'écart entre ce qui était perçu et la réalité, à la lisière, à la limite. Nous ne disposons pas d'autres moyens que les émotions des hommes et des femmes qui travaillent pour connaître les limites du travail vivant et cela devrait nous guider dans le débat sur l'avenir de la santé au travail.

SOUFFRANCE AU SEIN DU SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL D'UNE ENTREPRISE PUBLIQUE EN COURS DE PRIVATISATION

Martine MANGIONE, infirmière de santé au travail

Depuis quelques années les conditions de travail au sein du SST se sont dégradées de façon parallèle à la dégradation des conditions de travail des salariés. Pourtant cette année là le second poste d'infirmière a été repourvu et celui de l'assistante médicale renouvelé.

En tant qu'infirmière la plus ancienne du service elle avait assuré la formation de l'assistante et celle de l'infirmière quant à la spécificité de l'exercice en médecine du travail, qu'elles ignoraient toutes deux. Elle était heureuse que l'équipe soit à nouveau au complet et l'ambiance était détendue et très chaleureuse.

À l'arrivée du nouveau directeur cette équipe a deux mois et les conditions de travail empirent très vite, ceci ayant pour conséquence la nécessité d'une plus grande disponibilité du personnel soignant au regard de la souffrance grandissante du personnel. Mais les comportements intrusifs des hiérarchies et des personnels Prévention Sécurité en direction du SST et de la salle de soins en particulier obligent les infir-

mères à une plus grande vigilance quant à la nécessité de protéger encore davantage ce lieu d'écoute et le secret médical. Ceci est nouveau et passablement inquiétant car il leur semble qu'une ligne rouge est franchie par l'employeur. Cela remet en cause le respect de ce lieu unique dans l'entreprise où la souffrance peut se dire sans avoir à craindre, dans une ambiance de travail devenue délétère.

Elle situe là le début de sa souffrance. Elle était double. La première était inhérente à sa fonction d'infirmière témoin de la souffrance grandissante du personnel. Cette souffrance exprimée de façon souvent intense à l'époque était relative à la dégradation des conditions de travail, aux contrôles incessants que subissait chacun, à l'individualisation qui en résultait et à la perte du plaisir lié au travail bien fait dans une organisation du travail dégradée. La seconde était liée à l'atteinte de ses propres conditions de travail du fait des pressions exercées sur le SST pour le dissuader de jouer son rôle voire d'entraver son fonctionnement.

Il fallait donc rester ouverte et disponible aux salariés pour faire son travail sans que la sérénité nécessaire à l'expression de la souffrance ne s'envole et adopter en même temps des stratégies de défense en direction de tout ce qui pouvait venir perturber cette sérénité. Mais ces stratégies de défense ont eu une répercussion sur l'ambiance de travail car au bout d'un an le départ de la deuxième infirmière qu'elles aimaient beaucoup les a énormément touchées.

L'infirmière se retrouvait à nouveau seule « sans paire » avec qui échanger et parler de cette souffrance si spécifique dont j'ai parlé. Ceci était d'autant plus difficile qu'elle se sentait responsable de l'enseignement donné à l'assistante dans un contexte où les attaques touchaient toutes les activités du SST. Cette dernière au bout de quelques mois se rendit compte que sa tension était importante et que le choc était rude ! Son parcours en clientèle lui permettait de savoir pour l'avoir vécu ce qu'était la souffrance du personnel mais elle n'avait pas connaissance de la difficulté à exercer dans un SST dans un tel contexte. Elle avait donc du mal à admettre qu'elles se trouvaient dans un lieu à « haut risque » du fait de leur fonction. Elle adoptait donc une posture défensive de déni pour se protéger, moins de la souffrance des salariés car elle n'en était pas dépositaire de par sa fonction mais parce qu'elle devait tout apprendre très vite, que son travail et en particulier l'anonymisation des factures du service avant transmission au RH faisait l'objet d'un contrôle rigoureux de la part d'une juriste sans que le retour de « ses éventuelles erreurs » ne lui soit connue, ce qui la rendait inquiète à juste titre. Cela avait pour incidence qu'elle demandait sans cesse un contrôle de son travail et que cela retardait l'exécution de celui de l'infirmière.

Celle-ci craignant l'erreur commise par elle-même ou sa collègue, accentua son contrôle sur les tâches, lui donnant l'impression par là qu'elle n'avait pas confiance et qu'elle remettait en cause son travail. L'ambiance de travail s'en ressentit et elles en éprouvèrent de la souffrance et se replièrent sur elles-mêmes accentuant ainsi leur sentiment de solitude. Plus tard elles purent remettre en perspective leur vécu avec ce qu'elles avaient subi. Elles ont su trouver les mots pour exprimer leur souffrance et ont retrouvé leur confiance mutuelle.

C'est aussi à cette époque, où les attaques contre les salariés se sont faites plus intenses, que l'infirmière constata que les représentants du personnel et particulièrement ceux de son syndicat avaient du mal à défendre les droits des salariés.

Ceci est à l'origine de sa plus grande souffrance éthique en rapport avec son engagement syndical. Ses tentatives de dialogue et d'argumentation sur la nécessité plus que jamais de le faire, ses propositions réitérées de s'impliquer dans ce qu'elle proposait, tout fut ignoré voire fit l'objet de raillerie. « Nous aussi on aimerait faire la révolution » lui fut-il répondu lorsqu'elle proposa une pétition lors d'un conseil de discipline en vue du licenciement d'un salarié handicapé. Des tracts qu'elle avait écrits furent jugés trop « agressifs ». Elle proposa de s'impliquer dans ces écrits mais aucun écho ne fut donné à sa proposition, passant ainsi sous silence des faits révoltants qui auraient peut-être permis au personnel de

sortir de cette individualisation dans laquelle l'employeur le maintenait.

Mais ce fut lorsque un salarié commença une grève de la faim pour protester contre le licenciement d'un collègue de travail pour un motif qu'il jugeait injuste puisque travaillant en binôme avec lui, il avait pu juger sur pièce de la qualité de son travail que les choses empirèrent car le rôle d'infirmière appelée par son syndicat et dans leur local, l'obligea à tenir un rôle protecteur face à la pression intense des permanents syndicaux de deux syndicats affolés qui tentaient de dissuader violemment la personne au premier jour de grève de poursuivre son action. Elle jugea qu'il fallait mettre un terme à la confrontation, au regard de la position défensive et de repli du salarié gréviste pour laisser se décanter les choses et emmener le salarié dans une autre pièce pour discuter calmement et évaluer son état psychologique.

Dans les jours qui suivirent et lors de ses pauses déjeuner elle reprit sa casquette de militante cherchant à trouver une issue collective à cet acte individuel en démontrant que seule une mobilisation du personnel pouvait arrêter cet acte. Elle ne fut pas entendue. Plus grave cette prise de position lui valut d'être désignée comme responsable de la poursuite de la grève de la faim du salarié par les permanents de son propre syndicat, c'est ce que la direction lui fit savoir.

Ce jour là et les jours qui suivirent c'est le soutien du médecin du travail qui lui évita de sombrer dans la dépression face à ce constat. « Être seule parmi les siens est la pire des solitudes pour qui n'est pas un héros »(1).

.....

1 - Extrait de : *Le travail entre banalisation du mal et émancipation*, Chr. DEJOURS

« Depuis SARTRE et LACAN, après HEGEL, et on retrouve cette idée chez H. ARENDT dans ce passage cité tout à l'heure sur la désolation, on admet que l'identité, nous la tenons rarement de nous-mêmes exclusivement, et que nous avons besoin de la confirmation du regard d'autrui.

Et l'on connaît en psychanalyse les pièges possibles de l'identification, lorsqu'elle vire à l'aliénation dans le regard de l'autre. Dans cette perspective, bien sûr, on comprend que la solitude contre tous et la désolation soit hautement périlleuses. Et c'est, à mon avis pour cette raison, que l'autonomie de la pensée et l'autonomie morale subjective sont si rares. Il faut alors distinguer de la psychodynamique de l'identité qui domine le fonctionnement psychique de la plupart des gens ordinaires, de l'ipséité, C'est-à-dire de ce qui procède d'un rapport rigoureusement intra subjectif entre soi et soi, dans la solitude précisément. Le héros, c'est celui qui se tient seul dans la vie, parce que fondamentalement il demeure continuellement dans la certitude de l'expérience subjective de la vie en soi, qui n'est autre que l'amour de soi. Même si la métapsychologie du héros et de l'autonomie morale subjective peut apporter des éléments de connaissance intéressants, les héros authentiques sont rares et ce que je veux surtout discuter, c'est le cas des gens ordinaires.

Quand on n'est pas un héros, on ne peut pas continuer de penser longtemps dans la solitude absolue parmi les siens. Il reste alors à l'homme seul, un dernier recours qu'il va quand même chercher à l'extérieur : ce sont les textes et tout ce qui a été déposé par les penseurs, les philosophes et les artistes dans les livres et dans les œuvres que nous offre encore la culture (car il n'y a pas de censure ni d'autodafé en régime néo-libéral). Alors je peux continuer mon chemin, persister dans le travail de la pensée, si toutefois je parviens à une familiarité avec les œuvres, qui soit suffisamment

Peu après elle apprit qu'une journée syndicale CGT au niveau national allait se tenir sur le thème Santé et Travail par des camarades du CHSCT qui avaient été détachés et elle informa le permanent présent ce jour là qu'elle irait sur ses congés mais il ne lui proposa pas de la détacher pour se rendre à cette journée.

Au fil des mois les attaques dont étaient victimes les salariés s'intensifièrent et elle sentit que la connaissance des « dossiers aigus » qu'en avait le SST avait pour conséquence de faire fuir les permanents syndicaux : c'était comme si ils étaient devenus les témoins gênants de la difficulté à mobiliser le collectif face à des attaques dirigées contre les personnes. Elle comprit que les permanents syndicaux avaient mis en place un système défensif de type auto justificatif : « les salariés ne se mobilisent plus, on ne peut pas faire tout seuls » et « les salariés ne veulent faire aucun sacrifice, ils veulent tout et rien payer » et encore « nous étions obligés de signer même si les salariés n'étaient pas d'accord ».

Ces propos témoignent d'une grande souffrance et du sentiment qu'il faut renoncer. Elle était persuadée que le renoncement n'était pas une solution et qu'il était nécessaire bien plutôt de réorganiser des rencontres et des débats sur le travail, on y aborderait les souffrances mais aussi on analyserait les conséquences des nouvelles formes de management qui poussent au renoncement à lutter. Il lui semble que la priorité serait à l'heure actuelle de recréer des lieux de convivialité qui existaient dans l'entreprise et qui ont été asséchés.

Les pressions se sont faites de plus en plus précises sur elle : la direction chercha à l'isoler en faisant pression sur des collègues qui mangeait avec elle ou entretenait de bons rapports avec elle *via* leur hiérarchie : « Votre assistante est toujours en compagnie de l'infirmière de la médecine du travail et cela pourrait nuire à l'image de marque de votre service. ».

Son travail fut remis en cause par lettre recommandée de son responsable administratif concernant d'éventuelles fautes qu'elle aurait commises en convoquant aux visites périodiques les salariés en dérogeant à la consigne donnée par la direction ce qui n'était pas le cas. Une copie d'un courrier du médecin du travail avec lequel elle travaillait à la Direction alertant sur le risque de maltraitance à son encontre fut remise à son représentant syndical. Cette lettre ne provoqua aucun commentaire ni intervention de la part de mon syndicat. Le silence suivit ce courrier. Elle décida pour sa part de ne pas garder le silence et de diffuser l'information en refusant aux contremaîtres qui le lui demandaient de déroger à la règle pour rendre efficace la venue des salariés aux visites en lui demandant de les faire destinataires des prévisions de visites. Mais ce faisant elle eut l'impression de ne pas être « professionnelle » puisqu'elle savait que respecter la consigne ne lui permettait pas de faire un travail efficace et de qualité.

C'est ainsi que le repli sur soi généré par la chasse « aux responsabilités personnelles » et la vision étriquée de la notion « d'erreur humaine » semble multiplier les postures défensives et enfermer progressivement de plus en plus de salariés dans des replis défensifs qui bloquent progressivement les possibilités de coopération.

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

.....
consistante pour me donner les moyens de vaincre la solitude. **Nous retrouvons ici le travail.** Car la pensée subjective ne peut continuer son cours sans se soumettre à l'épreuve d'un travail au sens le plus trivialement concret du terme: non plus seulement un "Arbeit" au sens qu'a ce mot dans la métapsychologie freudienne, mais une "poïésis" ; à savoir : **l'activité intellectuelle même, avec toutes ses contraintes pratiques, ses exigences en temps de lecture, d'étude, d'analyse, d'écriture, de synthèse, de mémorisation, de réflexion...**

C'est-à-dire avec tout ce qui résiste à la maîtrise et passe par la confrontation à la difficulté de la tâche, à l'échec, au découragement et ne s'obtient que grâce à l'obstination et à l'endurance. »



LE DÉSARROI D'UN MÉDECIN DU TRAVAIL FACE À LA RÉFORME

Florence Jégou, médecin du travail

Une réforme qui devrait changer les règles de métier est annoncée depuis deux ans. Alors que les impasses des contraintes de travail actuelles m'empêchent de faire tout ce que je devrais faire, et finalement de remplir entièrement mes missions, l'attente de cette réforme qui n'en finit pas d'être promise me gêne dans le lancement de projets. Enfin, l'annonce des grandes lignes de cette réforme est inquiétante tant sur ce que devront devenir les médecins du travail que sur la manière de considérer désormais la prévention des risques professionnels. Cette réforme peut constituer une perte de sens pour des médecins comme moi : je crois encore que les médecins du travail ont une place légitime en entreprise, en utilisant la clinique médicale du travail et le travail de terrain, comme des activités se nourrissant l'une et l'autre, afin d'aider les entreprises à améliorer les conditions de travail. J'ai construit des pratiques professionnelles qui permettent de trouver la posture de conseiller en entreprise, je crois que ce métier est un métier varié, utile, mais je me trouve dans une période difficile entre l'ancien qui nécessite une réforme et le nouveau qui risque de ne pas me convenir. Lors d'une discussion, certains de mes collègues m'ont dit : « *La réforme nous inquiète, si cela ne nous convient plus, nous changerons de métier* ». Je me dis parfois que je pourrais aussi me réorienter mais je n'ai pas encore décidé de lâcher le champ de la santé au travail. Je me trouve donc dans un certain désarroi, je vais le décrire, dans l'espoir que cela permettra des discussions entre nous.

CE QUE JE VOIS DE CE QUE LES AUTRES FONT N'EST PAS CE QUE JE FAIS

(Ne jamais savoir si on fait bien son travail ou pas : une forme d'aliénation sociale)

À travers les traces des consultations dans les dossiers, quand je lis les dossiers des salariés, surtout les plus anciens, je vois que je ne fais pas la même chose que mes collègues, ceux qui m'ont précédée. Je ne retrouve pas souvent de traces du travail, quand le poste est indiqué (ce qui n'est pas toujours le cas), je ne retrouve pas toujours de *curriculum laboris*, et les événements de santé ayant justifié une visite de reprise ne sont pas mentionnés dans les « antécédents » de manière à tout voir en un seul coup d'œil. Les salariés que je rencontre alors pour la première fois sont donc surpris que je les questionne sur leur histoire de travail : « *Si j'avais su, je serai venu avec mon CV* », comme si j'avais des questions

RH. Alors, je prends le temps d'expliquer, le salarié comprend finalement que ce *curriculum laboris* peut nous servir à améliorer le suivi post-exposition, par exemple pour l'amiante. Les traces laissées par les consultations dans les dossiers concernent la tension, l'auscultation cardio-pulmonaire, le poids, les seins, le suivi gynéco, le tabac, l'aptitude. Les vaccins sont généralement notés scrupuleusement, je n'en vois pas toujours l'intérêt (sauf par exemple bâtiment et milieu de soins), mais j'accepte de participer au suivi en fin de consultation. Dans la plupart de mes dossiers, je note l'essentiel de la consultation: le contenu du poste, l'état de santé global, et parfois l'examen clinique quand je trouve quelque chose d'anormal et je conclus en notant parfois ce que j'ai pu dire d'important au salarié pour la prochaine fois : information RQTH (reconnaissance travailleur handicapé), appel médecin traitant (avec si nécessaire le contenu en résumé), prescription scanner, par exemple. Je ne suis pas certaine que mes dossiers soient impeccables, mais je suis souvent étonnée de voir que les traces qui me semblent importantes à laisser ne sont pas dans les dossiers et qu'à l'inverse, il figure dans ces dossiers des informations dont je ne me sers pas. Alors, je me demande si je fais bien le métier que je fais.

À travers les examens complémentaires : certains salariés ont des audiogrammes tous les ans, chauffeurs d'engins de 50 ans, dont la courbe est toujours la même, altérée de manière superposable depuis plusieurs années ; doit-on continuer ? Doit-on continuer de les réaliser sur le parking de l'entreprise entre deux poids-lourds, en camion, avec du bruit autour ? Faire passer des Visiotest[®] à tous les salariés de tous les métiers, surtout en vision de près alors qu'ils savent bien que leur vue baisse à cause du journal, des chèques à remplir, des courses en magasins... doit-on continuer ? Doit-on continuer de faire les EFR en ambulatoire alors que les salariés viennent souvent de fumer leur clope et qu'ils ne s'engagent pas vraiment dans cet examen parce qu'ils veulent « en finir » avec quelque chose qu'ils estiment ridicule ? Doit-on continuer la vision des couleurs ? Personnellement, je ne fais quasiment plus d'examen en ambulatoire. J'adresse les salariés au laboratoire ou chez des spécialistes quand c'est nécessaire, je leur donne des ordonnances de scanner sans prendre le rendez-vous pour eux (et ils le font). Sans savoir si j'ai raison. C'est un choix dans ma pratique pour utiliser le temps autrement, et ne pas obligatoirement se fier à des examens de dépistages qui sont peut-être

parfois faussement rassurants. Alors, je me demande si je fais bien le métier que je fais.

À travers les fiches d'aptitudes, je vois ce que les autres ont écrit. Je suis parfois confortée dans l'idée que je fais comme l'un des médecins qui m'a précédé, ou au contraire, je suis effarée de voir « *Apte à l'amiante* » (2003), ou qu'un autre médecin du travail m'ordonne par téléphone, menace à l'appui, d'écrire qu'un salarié est « *Apte à l'exposition benzène* » (*sic*). J'essaie d'utiliser la fiche d'aptitude comme un outil au service de la prévention, mais je n'écris pas « *Apte avec EPI* ». Dans ce cas, je considère comme un postulat pour la rédaction de la fiche, que l'employeur prévoit les EPI (Équipements de Protection Individuelle) pour mettre un salarié à un poste, soumis à un risque spécifique. Je n'écris pas « *Apte travail en hauteur avec échafaudages aux normes et harnais de sécurité, et chapeau pour soleil, crème solaire, boissons : 3 litres par jour* ». Non, je ne veux pas écrire tout ça, et je trouve finalement que « *Apte avec EPI* », c'est faire le travail à moitié. Mais justement : et si c'est moi qui avais tort ? Et je peux encore en écrire autant au sujet de la rédaction des fiches d'entreprises. Alors, je me demande si je fais bien le métier que je fais.

À travers le travail que je vois qui concerne l'aide à l'évaluation du risque chimique, je vois certains de mes collègues éplucher des fiches de sécurité par centaines et faire eux-mêmes les fiches de prévention, je les vois tout mentionner dans la fiche d'entreprise avec un tableau minutieusement documenté. Je ne fais pas tout ce travail parce que je me dis que c'est plutôt de la « gestion des risques » et pas de l'aide. Je regarde les FDS des entreprises qui me les donnent, et je les conseille sur ces fiches, mais je ne fais jamais le travail de « Document Unique » à leur place. J'ai souvent pensé que si je faisais ce travail à leur place, les employeurs ne pourraient plus investir la prévention dans leur propre entreprise : la comprendre, la choisir, la mettre en œuvre et la mettre à jour. D'autres médecins préfèrent être les référents en matière de prévention des risques professionnels, et ils font même toutes les recherches pour la prescription des EPI. Je ne fais pas tout ça. Mais alors je me demande si je fais bien le métier que je fais.

À travers le récit par les employeurs et par les salariés, je reçois ce qu'ils ont compris de notre métier. Certains ont l'idée qu'on est là pour contrôler, d'autres pour sélectionner la « main d'œuvre ». Certains salariés racontent aussi des examens cliniques traumatisants. Les mêmes d'ailleurs doivent raconter à cause de moi à quel point c'est pénible d'avoir un médecin qui pose autant de questions et qui génère autant de souffrance alors qu'avant personne ne souffrait. Les mêmes encore doivent dire de moi que je ne les ai même pas pesés, alors qu'ils ont attendu un certain temps dans la salle d'attente. Les mêmes qui pensent que tout cela ne sert à rien, sauf quand on leur dit que tout va bientôt disparaître. Les mêmes qui vont encore commencer par nous dire que la médecine du travail ne fait pas son travail. D'accord, on n'est pas là pour satisfaire les salariés et encore moins les employeurs. Mais quand ils me racontent tous avec moquerie ce qu'ils ont vu avant, j'ai du mal à ne pas me

désolidariser complètement et garder une position déontologique. En effet, j'ai le choix entre minimiser le ridicule de ce qui est raconté (« *Ce que vous avez compris n'est peut-être pas exactement ce que le médecin a fait* »), ce qui me met dans le clan de ceux qui trouvent que c'est normal, et dire le contraire, ce qui me met en position délicate. J'ai du mal à croire que tous ces gens racontent n'importe quoi, et j'ai dans l'idée que certains de mes collègues couvrent le métier de ridicule. Quand je pense à ça, je prends en compte le fait que ce métier a une histoire et qu'il a été enseigné et pratiqué d'une manière différente de ce qu'on sait faire aujourd'hui. Mais finalement, il y a des jours où je me demande jusqu'à quel point, je ne suis pas, moi aussi, complètement à côté de la plaque. Est-ce que je ne devrais pas, moi aussi, faire figurer le code du travail dans tous mes écrits, écrire des alertes au lieu d'essayer de croire encore que des choses peuvent avancer sans (est-ce de la diplomatie ou de la lâcheté/compromission ?) ? Est-ce que je ne devrais pas, moi aussi, mettre inapte plus rapidement des salariés qui ont un problème de santé pour ne pas creuser le trou de la sécu ou ne pas les mettre inapte parce que ça coûte cher à un employeur au bord de la faillite ? Alors, je me demande si je fais bien le métier que je fais.

À travers le récit par les médecins eux-mêmes, à travers les questions qu'ils se posent entre eux, ou qu'ils ne se posent pas, je me demande encore si je fais bien le métier que je fais. Cette situation est la plus difficile parce que je suis directement dans la situation de discuter de pratiques professionnelles. Dans ce métier, l'isolement est important, et la plupart des médecins s'en arrangent bien puisque c'est la meilleure façon de ne pas savoir qu'on ne fait pas ce que les autres pensent devoir être fait. Pourtant, la construction collective des pratiques est la meilleure façon de savoir si on fait bien le métier qu'on fait, à condition d'accepter d'en discuter, c'est-à-dire dévoiler ce qu'on fait au risque que les autres en pensent que ce n'est pas comme ça qu'il faut faire. Et quand je vais à la réunion des médecins de mon service, je ne suis généralement pas très à l'aise : ceux qui prennent la parole ne font pas comme je fais, et ceux qui se taisent se protègent bien de ce qui pourrait être pensé de ce qu'ils font... ceux dont je fais partie. Et finalement, je sors de la réunion sans savoir si je fais bien le métier que je fais.

**CE QUE JE VOUDRAIS FAIRE PARMIS
CE QUE JE DEVRAIS N'EST PAS CE QUE JE FAIS
(Ce que je ne parviens pas à faire)**

Pour le tiers-temps : je parviens à préserver un tiers de mon temps sans les consultations. Mais ce n'est pas exactement un tiers temps consacré au terrain à 100%. Si je mets plus de temps à consacrer au terrain, c'est aux dépens des consultations, des réunions ou du courrier. Pourtant, il faut bien que j'aie du temps dans mon bureau pour rédiger les fiches d'entreprises, les courriers, lire les FDS, appeler les correspondants internes ou externes, les médecins traitants, les médecins conseils, programmer des visites d'entreprises, une étude de poste, le rapport annuel, le dossier RQTH (reconnaissance en qualité de travailleur handicapé). Les médecins du travail ont besoin de temps dans leurs bureaux,

pour faire leur travail. Ils ont besoin de participer à des réunions, pour coordonner des projets, par exemple. Ils ont donc besoin de temps « connexe » mais ce temps ne peut pas être intégré entre les consultations et le « tiers temps ». Le tiers temps est largement insuffisant pour aider le nombre d'entreprises qui sont affectées à chaque médecin. Une visite d'entreprise peut générer des recherches, de la rédaction, et certaines fois, même, des négociations téléphoniques. Je dois donc mettre des priorités, effectuer les consultations qui ont des délais obligatoires, aller dans les entreprises, faire du travail de bureau et continuer de garder un pied dans quelques travaux d'intérêt collectif. Je finis par m'habituer à ne pas faire mon travail comme je devrais le faire, et je sais que ce n'est pas bon. La culpabilité de ne pas faire tout ce que je devrais se transforme rapidement en honte, et je n'ai pas envie (et pas le temps) d'en parler avec mes collègues, dont je sais qu'ils ont les mêmes problèmes. Mais alors comment faire pour faire bien ce métier ?

Je voudrais aussi participer à la conduite de projets transversaux avec d'autres médecins pour éviter de refaire ce qu'ils ont déjà fait, de manière à assurer une cohérence dans les conseils en entreprise. Je voudrais réussir à écrire toutes mes fiches d'entreprises pour qu'elles soient pertinentes et utiles. Je voudrais organiser des réunions d'informations pour les salariés sur des sujets de santé au travail, notamment en CHSCT. Je voudrais trouver le temps de travailler sur les conduites à tenir en urgence en coopération avec le SAMU départemental, en tenant compte des actualités sur le sujet. Je voudrais rédiger toutes mes MCP (déclarations de maladie à caractère professionnel), je voudrais visiter un certain nombre de chantiers de mes entreprises du bâtiment, qui donnent plus de difficultés du côté de la sécurité et de la précarité de la prévention des risques et notamment ceux de retrait d'amiante, ou de travail en hauteur. Les lieux de travail variables génèrent encore plus de travail : les études de postes sont caduques beaucoup plus rapidement que dans l'industrie par exemple. Je voudrais me tenir à la page plus souvent, je voudrais avoir le temps de penser les situations de travail pour aider les entreprises à prendre du recul, je voudrais... je voudrais... Aujourd'hui, nos missions sont très larges, nos effectifs importants, le travail réel quasi impossible. Et je m'habitue à ne pas faire ce que je devrais, et je sais que ce n'est pas bon. Alors comment faire pour faire bien ce métier ?

CE QUE JE DOIS FAIRE ET QUE J'ESSAIE DE FAIRE NE DONNE PAS CE QUE JE VOUDRAIS
(Les difficultés d'être un conseiller,
les difficultés structurelles de notre métier)

Quand je mets à l'abri un salarié avec une inaptitude temporaire parce que sa santé devient une priorité, et que le patron grogne parce que cela le démunie de sa main d'œuvre : il grogne et appelle mon directeur ou me menace de le faire. Tous les médecins du travail doivent faire face à des menaces, même parfois des insultes, des conversations violentes, et c'est généralement banalisé par eux, alors même qu'ils font leur travail.

Quand je donne des conseils de sécurité et que l'employeur a le droit de ne pas en tenir compte parce que les écrits des médecins du travail s'entassent comme la documentation de tous les organismes qui leur envoient des « papiers ». D'ailleurs, certains en confiance finissent par me l'avouer « *Vous savez, les papiers, on en reçoit tellement, on ne les lit plus* ». Et quand ils me disent ça, c'est qu'ils sont en confiance ! Et c'est comme ça qu'on voit encore des taquets d'échelle sur les chantiers, qu'on a encore des salariés exposés à des solvants, ou au bruit, que de nombreux salariés ont encore des conditions de travail épouvantables qu'ils doivent accepter parce qu'ils devraient être « contents d'avoir UN travail ». Cette situation n'est pas tenable, les médecins donnent des conseils qui peuvent ne pas être respectés, alors qu'on saurait leur reprocher d'être « inefficaces ». Les médecins du travail ont déjà du mal à aller sur le terrain, mais même quand ils y vont, leurs écrits peuvent rester sans effet. Pire, quand ils produisent des effets réels, cela se réduit parfois à ce que l'employeur demande au directeur de changer de médecin, ce qui est le cas dans un certain nombre de services.

Les médecins du travail dont je fais partie ne demandent pas une indépendance totale pour échapper au contrôle de leurs activités (au contraire, parlons-en !), mais plutôt une indépendance au sein de la gouvernance des services pour que les conflits en entreprises que peuvent déclencher nos désaccords sur les moyens à mettre en œuvre pour la santé des salariés ne soient pas à l'origine de violences (sans parler de mises en examen) dont sont aujourd'hui l'objet les médecins du travail...

**CE QUE JE SUIS AMENÉE À FAIRE,
EST-CE QUE JE NE VEUX PAS/PLUS FAIRE ?**

Je ne veux plus des études comme EVREST qui mettent les gens en indicateurs alors que la santé au travail vaut bien plus que cela et qu'il faut arrêter de vouloir comparer les santé au travail individuelles de manière globale entre les entreprises, ou encore vouloir comparer des populations de métiers, ou vouloir même les comparer à elles-mêmes dans le temps. Le questionnaire tel qu'il est fait aujourd'hui ne peut remplacer mes consultations, il les empêche, même. Je ne veux plus non plus de l'aptitude qui conclut (pollue) mes consultations. Je ne veux plus de la surveillance médicale des expositions parce que cela signifie que les salariés SONT exposés, alors que notre travail est de faire en sorte qu'ils en soient préservés. Je ne veux plus de la surveillance médicale des alcooliques en milieu de travail, pour faire la « police » quand ils échappent à tout autre système de soin et que cela perturbe le milieu de travail, je ne veux plus aller assister à un CHSCT où il n'est traité ni de questions de santé, ni même parfois de questions de travail. Je ne veux plus des études comme SUMER qui ne parlent pas de santé. Non seulement je ne parviens pas à faire les consultations que je voudrais faire au milieu de toutes les missions que je ne remplis pas, mais SUMER m'a demandé des heures de travail avec les salariés... pour ne jamais parler de santé. Je suis enthousiaste à l'idée de participer à de grands projets, l'épidémiologie a démontré l'émergence de maladies profes-

sionnelles. SUMER ne demande aucune compétence médicale, alors même que je n'arrive pas à faire ce que je devrais.

Je ne veux plus avoir à démontrer ma bonne volonté, expliquer les consultations, le but des visites d'entreprises, les missions du médecin du travail. Ayant vaincu une part des résistances, je peux enfin tenter de faire mon travail. Obtenir des relations de qualité avec ses interlocuteurs est générateur d'une certaine efficacité dans l'amélioration des conditions de travail et pour la santé des salariés en général. Ce travail que je fais pour gagner la confiance dans les entreprises est normal : la confiance se mérite. Mais je ne veux plus avoir à me défendre de l'activité d'autres médecins ou des dysfonctionnements structurels qui m'empêchent d'exercer mon métier tel que je le pratique aujourd'hui comme un certain nombre d'autres médecins du travail, au service de la prévention des risques professionnels.

CE QUE LA RÉFORME PRÉVOIT N'EST PAS CE QUE J'ESPÈRE

Mettre en place le métier d'infirmière du travail n'est pas anodin, je crains que les médecins ne soient éloignés des salariés et de la réalité de terrain, alors qu'aujourd'hui, mes connaissances du milieu de travail sont aussi issues des consultations. Je crains de ne voir que les salariés qui vont mal, pour lesquels il faudra toujours courir derrière le risque au lieu de l'anticiper. Il faudra courir derrière des urgences d'aménagement de poste, ou de sécurité. Je crains d'être transformée en pompier pour éteindre le feu. Je crains que les médecins traitants soient chargés de l'aptitude à l'embauche. Non seulement, je ne suis pas sûre qu'ils pourraient y faire face (pour l'intérim, et les fast-food, bon courage), mais en plus, je m'inquiète qu'ils ne connaissent pas les postes aussi bien que nous, et qu'ils ne se doutent pas des enjeux éthiques de cette pratique.

Je crains que, n'ayant ni les visites d'entreprises données aux IPRP et aux « assistants techniques », ni les consulta-

tions données aux infirmières, je ne sois finalement présente que dans les couloirs entre mon bureau, celui des DRH et les salles de réunion. Et ce métier là ne m'intéressera plus. Etre chef de projet n'est pas ce que j'attends, et encore moins ce que je souhaite pour la santé au travail.

Je crains que les directeurs des services de santé au travail directement placés sous la responsabilité des employeurs eux-mêmes soient en difficulté pour décider des plans de santé en milieu de travail. Je crains alors de devoir suivre de grands projets transversaux qui arrangeraient bien les employeurs, sans pouvoir agir sur ce dont ils ne veulent pas entendre parler.

CONCLUSION

Mon désarroi vient de la conjonction de deux constats : aujourd'hui, les missions sont impossibles, le métier a besoin d'une réforme, et pour demain, le croquis de la réforme annoncée est insatisfaisant. Je ne fais ni ce que je vois de ce que les autres font, ni ce que je voudrais faire parmi ce que je devrais, ce que j'essaie de faire ne donne pas ce que je voudrais, je vois ce que je ne veux plus faire et que je suis amenée à faire quand même, et ce que la réforme prévoit qui n'est pas ce que j'espère. Quand je vois aujourd'hui la gravité des atteintes à la santé du fait du travail, et les besoins des salariés en terme de compétences médicales pour les aider à améliorer les conditions de travail, j'ai encore envie de faire ce métier pour la prévention des risques professionnels. Quand je pense à ce qui m'en empêche, je suis perplexe. La réforme à venir qui tarde à venir me laisse dans l'attente, dans cette attente perplexe, où chacun de nous doit continuer à faire ce qu'il peut en essayant de ne pas penser à ce qu'il n'arrive pas à faire et ce qu'il risque de devenir bientôt. Le départ en retraite prochain d'un grand nombre de nos collègues de travail aggrave notre situation, et certains partiront peut-être par dépit quand la réforme sera écrite.

Quel avenir pour ceux qui restent ?

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 72).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

ÉQUIPE MÉDICALE EN SANTÉ AU TRAVAIL

ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

EN SANTÉ AU TRAVAIL

FAIRE ÉVOLUER CONCEPTS ET RÈGLEMENTATION

Alain CARRÉ, médecin du travail

L'ÉQUIPE MÉDICALE EN SANTÉ AU TRAVAIL

LE MÉDECIN DU TRAVAIL, SON INDÉPENDANCE, LE CONTRÔLE DE SON ACTIVITÉ, LES LIMITES DE SA RESPONSABILITÉ

L'indépendance du médecin

L'indépendance, la compétence, le respect des personnes et de leurs droits, le secret médical sont quatre caractéristiques essentielles de l'exercice médical, qui conditionnent la confiance des sujets envers le médecin qui les prend en charge. Ils constituent, par conséquent, les piliers de la déontologie médicale et structurent les obligations des médecins.

Comme tout statut d'indépendance celui-ci comporte des conditions d'accès (ici le diplôme et la profession) et des conditions de contrôle (par la profession et la loi).

L'indépendance du médecin salarié

Elle fait l'objet d'une obligation particulière dans le Code de déontologie traduit dans le Code de la santé publique(1). Sa

.....

1 - Article R.4127-95 : *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.*

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

Article R.4127-97 : *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.*

nature est définie dans un rapport du CNOM(2). Ce rapport précise ce qui constitue l'indépendance médicale d'un médecin salarié. Il faut la distinguer de l'indépendance technique trop restrictive(3). Il revendique pour eux ce qui constitue la base de l'indépendance des praticiens libéraux : « 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. »

L'indépendance du médecin du travail

Le cadre d'exercice est celui d'un exercice salarié d'une spécialité médicale exclusive ou d'une compétence en spécialité. Depuis 2004, l'indépendance des médecins du travail est une obligation d'ordre public social, dans la mesure où la loi la garantit(4). Elle s'impose, par conséquent, à tous les acteurs y compris les employeurs. Le contrat type du CNOM pour les médecins du travail des services autonomes en précise certains aspects(5).

.....

2 - Rapport adopté à la session d'octobre 1999 du CNOM

3 - « Dans les différents textes législatifs ou réglementaires, qui organisent la médecine de contrôle ou la médecine du travail et de prévention ou dans les statuts et contrats des médecins salariés, le terme d'indépendance technique est fréquemment utilisé. Les employeurs y tiennent car cela permet d'enfermer les médecins dans la zone limitée de leur décision médicale par rapport à un individu.

Nous conserverons donc le terme d'indépendance médicale en le rapprochant de celui d'exercice médical. Nous analyserons ce que recouvre cette notion et quelles sont ses conséquences pour le médecin salarié. »

4 - Article R. 4623-15 : *Le médecin du travail agit dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des salariés dont il assure la surveillance médicale. Son indépendance est garantie dans l'ensemble des missions définies aux articles L.46223 et L.46224.*

5 - Article 3 - Indépendance professionnelle : *Le D... exercera l'ensemble de ses missions en toute indépendance, dans le respect des dispositions mentionnées à l'article 1er et n'est soumis à un lien de*

Le contrôle de l'exercice du médecin du travail

Tout exercice dans un cadre indépendant implique son contrôle. Pour le médecin du travail, ce contrôle s'exerce *a posteriori*. Il est exercé d'une part par la tutelle administrative sur ses décisions concernant les personnes(6) et d'autre part, par le contrôle social, sous une forme anonyme sur les activités cliniques déployées. Il porte également sur son activité en milieu de travail et éventuellement les activités connexes(7). Sa situation de salarié protégé participe de ce contrôle sur la conformité de son activité aux caractéristiques réglementaires. Elle implique l'intervention de l'inspection du travail dans les procédures d'embauche de licenciement et de changement de secteur. Car le contrôle, qui astreint à la rigueur, participe de l'indépendance du médecin du travail.

La responsabilité du médecin du travail

Parce qu'elle se déroule en toute indépendance, il s'agit d'une responsabilité personnelle de prévention des altérations de la santé au travail, de moyens. Le médecin du travail doit déployer les activités nécessaires à ses missions qui s'exercent en direction des personnes et de la communauté de travail, dans le cadre des dispositions du Code de la santé publique et du Code du travail.

Elles sont structurées par des obligations de prévention qui comportent : le repérage des dangers et des risques, la veille sur leurs effets et les liens entre les effets et les risques et les propositions concernant les personnes ainsi que les alertes. La question de l'alerte et de la traçabilité des risques est aujourd'hui d'actualité.

.....

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 D' ... s'engage, en ce qui le concerne, à pouvoir justifier de sa réalisation. Le D' 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.

6 - Article L.4624-1 : Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail

7 - Article D.4624-42 : Le médecin du travail établit un rapport annuel d'activité dans la forme prévue par un arrêté du ministre chargé du travail.

Article D.4624-43 : Le rapport annuel d'activité est présenté par le médecin du travail, selon le cas :

1° Au comité d'entreprise ;

2° Au conseil d'administration paritaire ;

INFIRMIER(E)S EN ENTREPRISES OU INFIRMIER(E)S EN SANTÉ AU TRAVAIL : ACTES PROFESSIONNELS ET INDÉPENDANCE LES SECRÉTAIRES MÉDICAUX

Les règles professionnelles des infirmiers

Le Code de la santé publique décrit très précisément les actes professionnels des infirmiers et infirmières(8). L'article R.4311-1 du CDSP précise notamment : « *l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* ».

Il sépare les actes en actes sous subordination technique directe ou formalisée des médecins, et des actes relevant d'un rôle propre(9) qui visent notamment « *à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* ».

Même en cas d'urgence, l'initiative lui revient en l'absence de protocole médical. L'article R.4311-14 du CDSP précise : « *En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.* »

En matière de prévention l'article R.4311-15 lui confère un pouvoir d'initiative : « *Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :*

1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé.

2° Encadrement des stagiaires en formation.

.....

3° À la commission de contrôle du service de santé au travail interentreprises ;

4° Au comité interentreprises ou, éventuellement, à la commission paritaire consultative de secteur.

Cette présentation intervient au plus tard à la fin du quatrième mois qui suit l'année pour laquelle le rapport a été établi.

Article D.4624-44 : *L'employeur ou le président du service de santé au travail transmet, dans le délai d'un mois à compter de sa présentation devant l'organe compétent, un exemplaire du rapport annuel d'activité du médecin à l'inspecteur du travail ou au directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Cette transmission est accompagnée des éventuelles observations formulées par l'organe de contrôle. Il adresse les mêmes documents au médecin inspecteur du travail.*

8 - Code de la santé publique, articles R.4311-1 à R.4311-15

9 - Article R.4311-5 : Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage(...)

3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires.

4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité (...).

7° Participation à des actions de santé publique.

8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire. Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes. »

L'indépendance des infirmiers et infirmières

Cette obligation est précisée par l'article R.4312-9 du CDSP : « L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance. »

Infirmier d'entreprise et infirmier en santé au travail

Le Code du travail se garde de toute précision dans ce domaine. Au départ, chargés d'assurer une compétence en matière de premiers secours et de petits soins en entreprise, notamment du fait de leur « mission d'assistance » du médecin du travail, les infirmiers d'entreprise se sont positionnés professionnellement dans le champ de la santé au travail. Ils ont accomplis des efforts de formation et malgré l'absence de cadre réglementaire spécifique ont acquis des compétences en santé au travail.

Les secrétaires médicaux

Si les secrétaires médicaux participent bien à l'équipe médicale de santé au travail, aussi essentielles soient elles, leurs activités sont des activités qui se déroulent dans le cadre d'une subordination technique des médecins du travail et sous leur responsabilité technique exclusive notamment en matière de respect du secret médical.

Les devoirs du médecin vis-à-vis des personnes qui lui apportent son concours et des professionnels de santé

Ils concernent la compétence, le secret médical et le respect de l'indépendance. Le médecin doit veiller à la compétence(10) des personnes qui lui apportent leur concours. Il

10 - Article R4127-71 : Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge.

Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux, qu'il utilise, et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées.

Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.

doit s'assurer qu'elles sont bien instruites de leurs devoirs en matière de secret médical(11).

Enfin il doit respecter l'indépendance des professionnels de santé dont par conséquent celles des infirmiers en santé au travail(12).

L'ÉQUIPE DE SANTÉ AU TRAVAIL ET SON FONCTIONNEMENT

Des principes et constats ci-dessus il découle que :

➤ Le médecin assume la responsabilité des activités de l'équipe médicale en santé au travail, pour ce qui concerne son secteur d'activité (au sens de l'article R.4623-11 du Code du travail).

➤ Il définit les missions de l'équipe médicale de santé au travail, du fait de sa compétence et de son indépendance et des contrôles qu'elles impliquent. Toutefois il lui faut distinguer ce qui relève, dans les missions des membres de l'équipe, d'actions en supervision technique encadrées par la réglementation et du rôle propre, dans un cadre défini par leurs règles professionnelles, impliquant une initiative spécifique du professionnel de santé.

➤ Il doit s'efforcer d'améliorer les compétences des membres de l'équipe.

➤ Le rôle est celui d'un animateur, qui suscite ou fédère les coopérations, en fonction des compétences des membres de l'équipe et dans le respect de leur indépendance, dans le cadre des actions en santé au travail, tant en matière de consultations médicales que d'action en milieu de travail.

Ce fonctionnement pourrait être formalisé comme suit :

➤ « La réglementation définit les conditions d'exercice des fonctions d'infirmier en santé au travail ainsi que les actes professionnels qu'elles impliquent, notamment en matière de rôle propre, tant en ce qui concerne les actes infirmiers individuels que les actions en milieu de travail.

➤ Ces fonctions s'exercent dans le cadre de l'équipe médicale de santé au travail qui regroupe les médecins du travail, les infirmiers en santé au travail, les secrétaires médicaux.

➤ Les activités de l'équipe médicale en santé au travail se déploient sous la responsabilité du médecin du travail pour ce qui concerne son secteur au sens de l'article R.4623-11 du Code du travail.

➤ Le médecin du travail anime l'équipe médicale et coordonne les coopérations de ses membres en fonction de leur compétence et dans le respect de leur

11 - Article R.4127-72 : Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle.

12 - Article R.4127-68 : Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient.

indépendance tant en matière d'actes individuels que d'action en milieu de travail. »

L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE EN SANTÉ AU TRAVAIL

LES MISSIONS D'INTERVENANT EN PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Ce terme ne désigne pas une profession mais une « mise à disposition de compétences »(13). Il concerne à la fois des institutions ou organismes publics ou privés et des personnes. Le cadre de l'intervention est à la fois celui de la santé au travail (préservation), mais aussi celui de la sécurité et de l'amélioration des conditions de travail(14).

Cette fonction émerge donc, à la fois, au domaine de l'équipe médicale de santé au travail et à celui des experts prévention des employeurs. C'est, non pas le médecin du travail, mais le SST qui prend l'initiative de l'intervention(15). Ce sont les SST qui définissent les modalités de la « collaboration » entre IPRP et médecin du travail.

L'INDÉPENDANCE DES IPRP

Le statut d'indépendance des IPRP est insuffisant. Il repose sur une déclaration personnelle. Il n'est appuyé sur aucun contrôle effectif de la représentation du personnel (simple avis du CHSCT sur la convention d'intervention, consultation du CE avant embauche ou licenciement d'un IPRP interne à l'entreprise). L'habilitation est purement formelle et ne vérifie pas réellement les conditions de l'indépendance.

REPOSITIONNER LES IPRP EN SANTÉ AU TRAVAIL

Certains IPRP ne sont pas forcément positionnés dans le champ de la santé au travail (ergonomes, toxicologues...). Leur intervention doit être spécifiquement positionnée du

13 - Article L.4622-4 : *Afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et d'organisation nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, les services de santé au travail font appel, en liaison avec les entreprises concernées :*

1° *Soit aux compétences des Caisses régionales d'assurance maladie, de l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics ou des associations régionales du réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail ;*

2° *Soit à des personnes ou à des organismes dont les compétences dans ces domaines sont reconnues par les Caisses régionales d'assurance maladie, par l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics ou par les associations régionales du réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.*

Cet appel aux compétences est réalisé dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés. Ces conditions sont déterminées par décret en Conseil d'État.

14 - Article R.4623-27 : *L'intervenant en prévention des risques professionnels participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail.*

15 - Article R.4623-26

point de vue de la saisine et des objectifs. Leur conférer un statut d'indépendance dans ce cadre est urgent.

Les dispositions suivantes découlent de l'analyse :

- « Les IPRP en santé au travail interviennent exclusivement en prévention des risques professionnels du point de vue de la santé des travailleurs.
- Ils sont habilités sur des critères de compétence technique définis réglementairement et correspondant à des diplômes ou des équivalences. Leur titre fait mention de leur qualité professionnelle (toxicologue industriel, ergonomiste, psychologue de l'activité de travail, ingénieur physiologiste, technicien métrologiste...). Les IPRP disposant d'un diplôme de médecin ne peuvent exercer, dans ce cadre, d'actes médicaux relevant du Code de la santé publique.
- Les interventions des IPRP ne peuvent porter sur la santé individuelle des travailleurs.
- L'appel à leurs compétences s'effectue sur demande du médecin du travail ou du CHSCT (ou des DP en cas d'absence de CHSCT). En cas de désaccord la décision motivée est prise par l'inspecteur du travail.
- Leur spécificité implique qu'ils appartiennent au SST, ils ne peuvent être embauchés ou licenciés qu'avec l'accord du Contrôle social. En cas de désaccord la décision est prise par l'inspecteur du travail.
- Ils assurent d'une part, une activité de conseil et d'aide ponctuelle dans un cadre non formalisé et participent, d'autre part, à des interventions pluridisciplinaires.
- L'intervention pluridisciplinaire en santé au travail est une activité de coopération entre professionnels indépendants. Les modalités en sont précisées réglementairement.
- L'équipe médicale et le ou les IPRP, dans le cadre d'un protocole transmis au CHSCT (ou aux DP) et à l'inspection du travail définissent, du point de vue des compétences, les modalités de la coordination des coopérations qui respecte l'indépendance des différents intervenants.
- L'intervention fait l'objet d'un rapport commun remis au CHSCT (ou au DP) et à l'employeur concerné.
- Dès lors que ces conclusions comportent des recommandations sur les postes les conditions ou l'organisation du travail, l'employeur doit indiquer ce qu'il mettra en œuvre et les raisons de l'absence éventuelle de mise en œuvre. »

FONCTIONNEMENT

DE LA COMMISSION MÉDICO TECHNIQUE

LA REPRÉSENTATION DES MÉDECINS

Alain CARRÉ, médecin du travail

Le décret du 4 juillet 2004 (article D.4622-74 du Code du travail) institue la mise en place d'une Commission médico-technique (CMT) dans les SST employant trois médecins ou plus qui « a pour mission de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres... ».

L'article D.4622-75 précise que cette CMT est composée « (...) Des médecins du travail du service ou, s'il y a lieu, de leurs délégués ». L'expression « s'il y a lieu » et l'absence de renvoi à l'article R.4623-19 paraissent donner une certaine souplesse en matière de délégation. Ainsi cela n'impose pas qu'il y ait forcément nécessité de faire intervenir une délégation dès lors que le nombre de médecins du travail dans le SST dépasse huit(1).

En effet jusqu'à un nombre raisonnable de médecins, à déterminer, pour des raisons de responsabilité et d'indépendance, il est souhaitable que chaque médecin puisse s'exprimer et participer aux débats personnellement et « il n'y a pas lieu » qu'ils soient représentés par des délégués.

Toutefois, dès lors que le nombre de médecin est au moins égal à huit dans un SST, quelle qu'en soit la forme, il est obligatoire de procéder à une élection d'un ou plusieurs délégués ou suppléant, à proportion d'un pour huit. Ce sont ces délégués qui auront la responsabilité de la représentation de leurs pairs dans un certain nombre de circonstances.

Les deux organismes où il est explicitement prévu qu'ils se déploient sont la CMT et les organismes de contrôle social : CE, Commission de contrôle, notamment(2). Cette délégation

1 - Article R.4623-19 : *Dans les services de santé au travail d'entreprise, les délégués des médecins du travail sont élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit médecins. Dans les services interentreprises, ils sont élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant par secteur médical. La durée du mandat des délégués est de trois ans. L'employeur ou le président du service de santé au travail organise l'élection.*

tion professionnelle n'est pas prévue dans les CHSCT puisque la responsabilité personnelle du médecin s'y déploie exclusivement et qu'en référence à la circulaire DRT du 7 avril 2005 sur les SST, la présence du médecin du travail dans les CHSCT relève de « l'activité en milieu de travail ». Par conséquent, cela concerne son exercice professionnel qui est, par définition, un exercice personnel. La présence de médecins « référents », qui dans les CHSCT interviendraient au nom d'autres médecins du travail, est donc parfaitement illégale au regard du Code du travail et du Code de la santé publique. La question du temps nécessaire à cette activité, c'est-à-dire des moyens de l'assurer, est une question qui intéresse au premier chef le responsable du SST puisqu'il lui

.....

2 - Article R.4623-18 : *Lorsque l'ordre du jour comporte des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail ou des questions qui concernent les missions des médecins telles que définies à l'article L.4622-3, le médecin du travail ou, en cas de pluralité de médecins, le ou les délégués des médecins assistant, avec voix consultative, aux réunions : 1° Du Comité d'entreprise ; 2° Du Comité interétablissements ; 3° De la Commission de contrôle ; 4° De la Commission consultative paritaire de secteur.*

3 - Article R.4623-20 : *Lorsque le licenciement d'un médecin du travail est envisagé, le comité d'entreprise, le comité interentreprises ou la commission de contrôle du service interentreprises ou le conseil d'administration, selon le cas, se prononce après audition de l'intéressé.*

L'entretien préalable prévu à l'article L.1232 2 précède la consultation de ces instances.

4 - Article D.4624-43 : *Le rapport annuel d'activité est présenté par le médecin du travail, selon le cas :*

1° Au Comité d'entreprise ;

2° Au Conseil d'administration paritaire ;

3° À la Commission de contrôle du service de santé au travail interentreprises ;

4° Au Comité interentreprises ou, éventuellement, à la commission paritaire consultative de secteur.

Cette présentation intervient au plus tard à la fin du quatrième mois qui suit l'année pour laquelle le rapport a été établi.

revient de mettre à disposition les moyens nécessaires à la totalité de l'activité du médecin du travail.

Même dans les organismes de contrôle social, dès lors que sa responsabilité personnelle est engagée le médecin du travail devrait être présent personnellement (licenciement, changement de secteur). Cela est déjà le cas pour le licenciement(3) et la présentation du rapport annuel d'activité(4).

Les modalités d'élection reposent sur la règle de parité de pouvoir entre les médecins sans qu'intervienne le poids de leur temps d'activité. L'élection relève par conséquent d'un vote direct, à un seul échelon. Le cadre électoral doit être défini (corps électoral, dépôt des candidatures, règlement électoral, condition de recueil des votes, dépouillement).

Cette délégation n'est pas une délégation syndicale ou une délégation du personnel. Son unique finalité est professionnelle. Chaque délégué en répond personnellement devant chacun de ses pairs. Elle est sans équivalent, notamment, elle n'est pas chargée de la coordination des activités des médecins pour l'employeur. La confusion avec des médecins coordonnateurs désignés par l'employeur ne doit pas être possible(5). Toutefois, avec le consentement de leurs pairs, une délégation professionnelle peut organiser les coopérations entre médecins du travail (groupes de travail, réunions professionnelles...).

Toute délégation par des médecins à certains de leurs pairs doit reposer sur les règles liées à la déontologie médicale(6) et à la réglementation(7) : exercice personnel, indépendance non négociable, attitude des médecins entre eux, règlement des conflits entre médecins. En référence à ces principes, la prise de position d'un médecin du travail délégué devrait, dans l'absolu, respecter la règle d'unanimité.

En pratique, pourraient prévaloir les règles suivantes :

- Sauf urgence, un délégué interroge tous ses confrères et consœurs pour toute réponse, décision, synthèse, etc. et instruit le débat.
- Il s'efforce de tenir compte des avis divergents ou il les exprime comme tels.
- Il rend compte, le plus précisément possible, des débats et décisions auxquels il a participé dans ce cadre.
- Pour décision prise en urgence (ce qui est rare puisqu'on peut en général toujours différer sa réponse), il rend compte et fait part à ses interlocuteurs auxquels il a répondu, explicitement des désaccords avec certains de ses collègues.
- S'il se trouve confronté à une ou des positions minoritaires et très divergentes, il nomme le désaccord et indique les arbitrages possibles à ses confrères ou consœurs.

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 31^e Congrès annuel se tiendra à Paris, les 4 et 5 décembre 2010 (PSA, Enclos Rey, 57 rue Violet 75015)

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 84 et 72

.....
5 - On se reportera à la décision du Conseil d'État du 14 décembre 1998, FNME-CGT Vs EDF-GDF

6 - Art. 69 : L'exercice de la médecine est personnel, chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.

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

Art. 56 : Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.

.....
Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du Conseil départemental de l'ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.

7 - Article R.4623-16 : Le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions. Elles sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge.

CARNET D'UN MÉDECIN DU TRAVAIL

Le blog d'un médecin du travail - <http://medecindutravail.canalblog.com>

SENTINELLE, médecin du travail

Sur internet, de nombreux blogs médicaux racontent l'activité réelle des médecins ou bien le vécu de cette activité : certains généralistes, un cardiologue, un urgentiste, tout comme d'autres professionnels ont décidé d'écrire sur leur travail. Rendre publique son activité peut remplir plusieurs fonctions, on peut écrire pour soi, mais on écrit aussi pour être lu. De ce fait, ces sites sont un lieu d'échanges avec des internautes curieux ou inquiets, visiteurs occasionnels ou fidèles, une vitrine.

Lors de mes débuts comme médecin du travail, il existait un blog « carnet d'un inspecteur du travail », qui faisait partager les journées de travail d'un inspecteur du travail. Parmi les entreprises à visiter, le spectacle désastreux d'entreprises vétustes était même parfois étayé de photos. Des dialogues violents avec les employeurs, des salariés maltraités, des demi-journées à la « permanence » pour entendre le pire. Et cela m'a donné envie d'écrire, moi aussi, au fil de mes découvertes.

L'idée d'écrire pour mettre en lumière que ce métier n'est pas celui que la plupart des gens imaginent : du genre – le boulot pépère, des journées en camion à voir des gens en bonne santé qui n'ont besoin de rien, entre deux repas à s'esclaffer avec des patrons, et après on va au golf pour se détendre un peu. Ce métier de médecin du travail est mal connu et souvent décrié. C'est un métier que j'ai appris à connaître et à pratiquer avec des médecins passionnés et passionnants, grâce au soutien de qui, pour moi, rien ne serait possible.

J'ai donc décidé, à la manière de l'inspecteur du travail (dont le blog a été censuré), de mettre sur internet mes histoires de tous les jours, sans m'obliger à publier à un rythme convenu pour augmenter l'audience à tout prix. Le premier objectif est d'aider des internautes à comprendre un peu mieux notre métier, tel que je le pratique, moi. J'ai choisi un pseudonyme pour écrire : *Sentinelle*, en rapport avec ce qui fait partie de notre métier – être des sentinelles.

Un autre objectif est d'aider le lecteur à comprendre qu'à sa place à lui, il est aussi un acteur, et que le médecin qu'il a en

face de lui peut, parfois, l'aider. J'ai des courriers d'internautes auxquels je réponds toujours et je laisse les commentaires qui créent un débat même si je ne suis pas forcément d'accord. Je modère un peu, mais cette tribune vit et cela me donne envie de continuer.

J'écris donc depuis 2005, et j'ai reçu en janvier dernier un courrier d'une dame très inquiète, Marie-Christine, qui me consulte en ligne pour savoir comment faire avec sa situation. Je suis touchée de voir qu'elle décrit une situation que j'entends souvent dans mes consultations et dont je n'ai encore jamais parlé. Et pourtant quel imbroglio ! J'ai repris sa situation pour essayer de décrire le travail que je fais dans les cas de maintien dans l'emploi, ce travail que d'autres font aussi, d'ailleurs, et qui ne rentre pas dans « les cases » du « rapport annuel ». C'est pour cette raison que j'ai voulu mettre en évidence ce travail complexe et long. Je le transcris ici pour donner un exemple de ce qu'il m'intéresse d'écrire.

LE MESSAGE DE MARIE-CHRISTINE

TITRE : ARRÊT

Madame,

Je suis en arrêt d'accident de travail, depuis le 9 février 2009, j'ai subi une opération du plateau tibial, on m'a mis une tige et boulons. Jeudi, j'ai été chez le médecin conseil de la sécu, celui ci malgré ma souffrance et une autre opération que je dois subir (enlèvement de la tige) m'oblige à reprendre le travail en temps partiel. Celle ci m'a fait savoir que je ne pouvais pas m'arrêter aussi longtemps, et qu'elle n'en avait rien à faire de mes douleurs pendant la consultation, elle m'a simplement mesuré mon tour de cuisses, les genoux les chevilles les pieds, c'est tout... pour elle je suis apte au travail. Je suis outrée, car je ne puis malgré ma volonté, m'agenouiller, m'accroupir, je ne monte que trois voir quatre marches, sinon je me fais aider, je marche doucement et boite, tout ça pour vous dire que je suis aide à domicile. Je me vois mal interpellé mes personnes aidées, pour qu'à

leur tour en faire de même pour moi ! Mon arrêt va jusqu'au 28 février, le 22 du même mois le chirurgien va décider de la date à laquelle je vais être réopérée.

Madame, je viens donc vous demander de qui de ces quatre médecins est en droit de me dire de reprendre ce travail, jusqu'à maintenant seul le chirurgien m'a fait les arrêts. Est-ce le médecin de la sécurité sociale, le médecin de famille, le médecin du travail, le chirurgien ?

Dans l'attente, bien cordialement.

Marie-Christine

L'ARTICLE DU BLOG BIDOUILLAGES DE TOUS LES JOURS

Chère Marie-Christine,

Merci de votre message qui me donne l'occasion de dévoiler une partie de notre travail en sous-marin. Je vous répondrais personnellement dans un mail très prochainement, mais je vais donc développer une partie de notre métier, du quotidien qui n'est ni de la visite en entreprise, ni des consultations. Je passe un temps non mesurable à régler des situations comme la vôtre. Avec dynamisme et délicatesse, on peut arriver à retrouver des situations vivables. Tout ce travail que nous faisons chaque jour pour parvenir à allier les contraintes du travail, celle des médecins conseils, celles des employeurs et celle de votre propre corps, relève de l'exploit et n'existe dans aucun compte-rendu. Pendant ce temps-là, on ne fait pas de fiche d'entreprise, ni de visites périodiques, ni de courrier, ni d'analyse des risques. On fait du « maintien dans l'emploi ». Tous les jours ou presque, les médecins du travail comme moi ont ce type de difficultés à résoudre, et c'est justement parce que nous sommes des médecins entre le travail et les employeurs d'une part, et les salariés, les médecins traitants, la santé, et les médecins conseils d'autre part, que nous sommes au cœur de ce dispositif. Ce travail minutieux, qui demande de la patience, de l'écoute, de la ténacité aussi, et qui passe souvent inaperçu, nous donne aussi parfois le plaisir de petites réussites.

Dans un cas comme le vôtre, il faut comprendre la logique des médecins conseils. Ils sont les conseillers de la caisse, ils ont des objectifs économiques pour réduire les arrêts de travail qui représentent un coût important pour la sécurité sociale. Pour eux, il ne s'agit pas de savoir si votre travail est possible avec votre état de santé, mais si vous ne pourriez pas reprendre pour coûter moins cher. Alors, comme votre genou a une taille normale, sur des critères parfaitement objectifs, votre état de santé à leurs yeux, ne justifie plus l'arrêt : la douleur est trop subjective, et si on laissait toutes les personnes qui ont mal quelque part en arrêt, ça ferait du monde. Non, on est sensé ravalier sa douleur, pas de chichis et hop au travail. La douleur, elle, n'est pas dans les critères de la maladie pour la sécu.

Dans le cas de votre genou, Marie-Christine, je vous conseille de filer vite fait chez votre médecin du travail en visite de pré-reprise. C'est une visite qui permet de lui expo-

ser la situation difficile dans laquelle vous êtes. Y aller le plus rapidement possible, cela permet de profiter des deux mois d'arrêt qu'il vous reste pour galoper pour trouver une solution. Et là, je vais vous expliquer ce que je fais tous les jours, quand je reçois quelqu'un comme vous.

D'abord, je fais le point avec le salarié sur sa santé, ce qui s'est passé, les médecins qu'il a consulté, l'évolution de sa maladie, le kiné, les douleurs, la vie quotidienne avec la maladie (cela me permet d'évaluer la gêne, par exemple si la personne ne peut même pas se laver toute seule). On fait le point sur le poste précédent, les espoirs de changement, les angoisses que représente la reprise, etc. Je laisse le salarié me raconter ce dont j'ai besoin pour l'aider, il me faut généralement au moins 40 minutes pour une pré-reprise !

Ensuite, je lui dis que je vais contacter les médecins qui se sont occupés de lui et j'essaie de le faire avec son accord devant lui pour qu'on puisse discuter en gagnant du temps : on fait une sorte de conversation à trois, ce qui augmente les chances de bien comprendre la situation et d'être en contact. Ensuite, nous convenons de nous revoir avec d'autres renseignements. Le salarié contacte son employeur pour parler reprise avec une gêne physique momentanée, pour savoir s'il accepterait un temps partiel.

Mon travail de fourmi commence, il faut coordonner la reprise dans des conditions correctes avec ce que je sais de la situation : contacter l'employeur pour lui parler de la reprise du salarié, lui demander ce qu'il va pouvoir organiser pour rendre les choses possibles, le temps que le salarié reprenne ses capacités. Ce n'est pas la partie la plus facile, il ya les employeurs qui peuvent organiser leur entreprise avec un peu de souplesse et d'autres non : un maçon qui n'a qu'un seul salarié aura plus de mal qu'une grosse boîte qui peut prévoir qu'un salarié soit momentanément moins productif. Il y a les employeurs esclavagistes qui veulent du salarié rentable, il ya des employeurs formidables qui font le travail eux-mêmes pour que le salarié ne soit pas trop surchargé à son retour. Il y a les employeurs qui grognent quand on les appelle mais qui arrivent très bien à se débrouiller après. Il y a les employeurs qui hurlent qu'ils veulent des salariés à 100%, il ya ceux qui sont d'accord pour un « demi-salarié » plutôt que rien du tout.

Cet appel, c'est un appel POKER. Des fois, je vais réussir à avoir des pistes dès le premier appel, des fois il me faudra de la ruse, de la patience, laisser les choses reposer parce qu'au-dessus de tout, les employeurs détestent prendre une décision par téléphone en URGENCE. Donc, je laisse la porte ouverte et je termine par un « je vous tiens au courant », pour garder contact.

Ensuite, j'appelle les médecins traitants pour savoir ce qu'ils en pensent, eux, de cette reprise, et je leur donne ce que je sais du travail pour qu'ils sachent que ça va être délicat. J'essaie de savoir s'ils ont fait des démarches (travailleur handicapé, invalidité...), j'essaie de savoir s'il reste des traitements en cours, une évolution possible de la maladie. Ils sont au cœur du traitement et du suivi, je n'y étais pas et surtout j'arrive à un moment M d'une histoire de santé, il

faut que je comprenne bien où on en est. Je leur laisse mes coordonnées (mais c'est rare que ce soit eux qui me rappellent...).

Enfin, j'appelle le médecin conseil, pour savoir comment il a pris sa décision. Savoir s'il avait bien toutes les cartes en mains, parce qu'à ce stade, moi, j'en ai un paquet de cartes ! Et je lui explique que la situation va être difficile : côté travail, l'employeur n'est pas chaud, pas prêt, ou encore le travail est tellement difficile avec la maladie que cela risque d'être un peu trop tôt... Et j'essaie de le convaincre qu'un mois d'arrêt de plus peut améliorer l'état de santé et faire avancer la situation du côté travail. J'essaie de négocier quelques semaines de plus pour continuer mon travail de stratégie pour que « ça marche ». Que les médecins conseils ne prennent pas ombrages du fait que je les appelle en dernier, il m'arrive de les appeler en premier, j'essaie de montrer le travail de coordination que je fais autour d'une reprise.

À ce stade, je prépare parfois le plan B en contactant le service qui nous aide pour les Travailleur Handicapé et qui dépend du PDITH et de la MDPH. Ils connaissent parfaitement les lois qui aident les personnes handicapées, et cela permet de consolider notre travail commun à tous (médecin, employeur, MDPH) de « Maintien dans l'Emploi ».

Non seulement, je passe près d'une heure de consultation la première fois avec la personne, mais tout le travail qui suit peut également prendre des heures. J'aime ce travail invisible, comme un jeu de stratégie, où je déploie mes savoir-faire au service des salariés malades.

Pour conclure, je rends hommage (pour une fois) aux employeurs modèles qui ont su accueillir après une maladie leurs salariés moins en forme qu'avant : ils savent que tomber malade est injuste et que reprendre son travail c'est reprendre une place, c'est construire sa santé, c'est contribuer à l'œuvre commune, c'est retrouver des possibles.

medecindutravail@free.fr - @sante_travail (twitter)

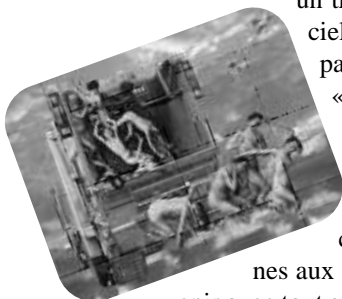
PRATIQUES ORDINAIRES DE MÉDECIN DU TRAVAIL

Benoît DE LABRUSSE, médecin du travail

RAMASSER LES POUBELLES C'EST CASSE LES PIEDS

Quand Monsieur MOHAMED, vient en consultation, je remarque de suite sa démarche si particulière, précautionneuse, de celui qui a des douleurs à l'appui des pieds. C'est un travailleur immigré, qui accuse, officiellement, ses 53 ans bien qu'il en paraisse au moins dix de plus. Il est « ripeur » c'est-à-dire qu'il doit courir derrière le camion pour ramasser les poubelles.

Oui, mais voilà et n'arrive plus à courir, car il a des épines calcanéennes aux deux talons. Il a eu la bonne idée de venir avec tout son dossier médical et ma secrétaire a déjà fait un tri et tiré les photocopies de ses radios. J'y trouve aussi une description de calcification des insertions des tendons achilléens. Apparemment les infiltrations du rhumatologue n'ont pas apporté amélioration durable et son arrêt de travail se prolonge.



Dans son dossier il y a aussi une lettre du médecin traitant qui pose deux questions (insolubles bien sur) :

- devenir professionnel et hypothèse de reclassement ;
- origine professionnelle et déclaration de Maladie Professionnelle ?

Que répondre à la première question ? Que peut-on faire de quelqu'un qui parle à peine à français ? qui n'a aucune qualification professionnelle. Ce n'est pas en ramassant les poubelles pendant trente ans qu'il a pu acquérir une qualification professionnelle autre.

À la deuxième question (déclaration de MP), ma première réaction est en mon fort intérieur de hausser les épaules. Encore un médecin généraliste qui ne connaît pas les rudiments de la législation du travail... mais...

- Mais il a pris soin de m'écrire.
- Mais sa lettre est lisible.
- Mais je dois lui faire une réponse pertinente.

Donc je dois vérifier mes sources. Donc je sors ma bible *Les maladies professionnelles : guide d'accès aux tableaux du*

régime général de la Sécurité sociale INRS ED 835. Et à la page de la MP57 (tendinite) bien sûr je ne trouve rien concernant l'épine calcanéenne mais j'y découvre : « Tendinite achilléenne avec travaux comportant de manière habituelle des efforts pratiqués en station prolongée sur la pointe des pieds ». Donc je reprends mon interrogatoire sur ses conditions de travail : travaille-t-il « sur la pointe des pieds ? »

Pas quand il marche. Un peu quand il vide les poubelles dans la benne mais le plus souvent il utilise les bras de relevage des containers. Par contre il me parle du marche pied et des cahots du camion. À force de le questionner, je réalise que dans son travail il y a des phases de déplacement du camion sans ramassage.

Il se place alors sur un marche pied étroit (30x30 cm environ), à l'arrière du camion et se tient à une barre verticale. Pour éviter les chocs et « à-coups » il se tient alors sur la pointe des pieds pour amortir les chocs. Et ceci depuis le début de sa vie professionnelle. Nous sommes bien donc dans le cadre du tableau MP57.

En conclusion :

- on n'interroge jamais assez les salariés sur leurs conditions de travail,
- il y a quand même des médecins traitants qui s'intéressent à la relation santé travail et qui plus est, sont capable de m'en remonter.

Leçon de modestie !

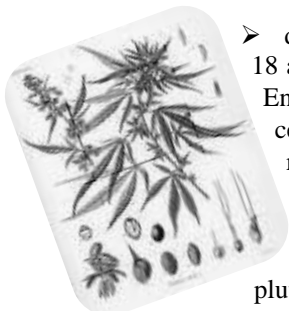
DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ : DANGERS

C'est un jeune très avenant : parole facile, à l'aise. Une banale visite d'embauche pour un travail de mécanicien chez un employeur que j'apprécie : il n'a pas peur de donner leur chance aux ex-taulards.

Dans son *curriculum-laboris* un temps de travail dans une entreprise d'insertion. J'ai compris qu'il y était moniteur. Pas d'antécédents médicaux notables. Et je consulte son dossier médical informatisé : une visite d'il y a trois ans avec diagnostic (CIMT10) « Épilepsie & Prise de stupéfiants ». J'y trouve aussi des notes accessibles à tous médecins, décrivant :

- deux seuls épisodes convulsifs à l'âge de 18 ans suite à prise d'alcool et de drogue X. En reprenant l'interrogatoire il apparaît que ces deux épisodes ont été isolés, que l'EEG réalisé ensuite fut négatif et que les spécialistes n'ont pas prolongé la thérapeutique anti-comitiale. Le diagnostic d'épilepsie semble donc erroné, il faudrait plutôt parler d'épisodes convulsifs isolés provoqués par des substances convulsivantes.

PS : après consultation ultérieure du dossier papier, aucun document médical, justifiant ce diagnostic.



- Dans les notes, la prise de stupéfiants est largement commentée avec des hypothèses sur de nombreuses restrictions d'aptitude au travail en hauteur, à l'utilisation de machines, à la conduite, etc.

Depuis trois ans il semble assagi. La prise de stupéfiants est compensée par un substitut légal. Il se réinsère socialement par des épisodes d'intérim et maintenant un emploi stable en CDI.

Nous parlons de ces notes informatiques. Son accord n'a pas été sollicité pour les inscrire (il y a une case à cocher pour cela). Il n'a pas donné son autorisation pour la transmission de son dossier informatique. Il risque donc de supporter toute sa vie de salarié, dans notre bassin d'emploi, les deux étiquettes « drogué » et « épileptique ». L'une est probablement fautive : « épilepsie » et risque de lui fermer de nombreuses portes L'autre : « drogué » risque de lui coller à la peau et de maintenir un regard suspicieux. Certes seuls des médecins du service sont *a priori* susceptibles de lire ces informations et de « faire la part des choses », mais connaissons nous l'avenir ? Comment et par qui sera pratiquée la médecine du travail dans cinq à dix ans quand nous serons presque tous partis en retraite. Et puis nous n'avons toujours pas de certitude sur les modalités de verrouillage de l'accès à l'informatique. Les exemples des services de santé au travail de Toulon et Pau devraient nous rendre prudents.

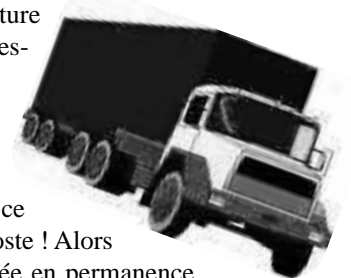
J'arriverai à supprimer les notes non protégées mais les diagnostics, notamment celui erroné d'épilepsie n'est pas supprimable. Il va les porter toute sa vie professionnelle.

LE COÛT DU DÉGRAISSAGE

Ce matin j'ai vu en consultation le délégué syndical de l'entreprise de transport. Je l'ai trouvé assez désabusé. Il y a de quoi. Nous avons abordé le cas de M^{me} Sylvie, qui vient d'être licenciée après quelques semaines de harcèlement stratégique.

M^{me} Sylvie était venue me voir pendant son arrêt de travail. Elle avait vraiment besoin de se déconnecter de son entreprise. Il y a plusieurs mois qu'elle sait que son poste va être supprimé suite à la fusion de deux agences. Les cadres lui ont carrément demandé de démissionner ou d'accepter une « rupture négociée ». Il n'en est pas question !

C'est sa dignité personnelle qui est en jeu. Elle fait correctement son travail et le travail ce n'est pas ce qui manque à son poste ! Alors elle a commencé à être surveillée en permanence. Chaque jour elle doit rendre des comptes, on épluche tous ses listings. On lui a clairement annoncé qu'on allait la faire craquer, qu'on allait lui trouver une faute professionnelle. Quelques jours plus tard, j'apprendrai, par un chauffeur démoralisé, qu'effectivement M^{me} Sylvie a été licenciée pour faute professionnelle.



Mais alors Monsieur délégué syndical, vous savez bien que cette faute professionnelle n'est qu'un prétexte, et qu'aux prud'hommes cela ne tiendra pas la route, que l'entreprise sera déboutée. Oui bien sur, c'est évident, mais croyez vous que cela les arrêtera ? Cela va leur coûter entre six et douze mois de salaire. Ils le savent et ça ne les arrête pas. Sachez que le P-DG, en réunion, s'est vanté de faire systématiquement des provisions financières pour payer de telles indemnités.

Qu'est ce que c'est pour eux ces quelques mois de salaire à déboursier ! Bien moins que ce coûte un plan social !

ALCOOL (?) 1

Il y a un ou deux mois la charmante assistante DRH a évoqué le cas de M. LAHARGNE qui est soupçonné d'abuser de bon vin aux repas de midi. Ses responsables ont constaté un état « anormal » à la reprise du travail à 14 h. Je n'ai aucun souvenir de ce M. LAHARGNE. D'accord, vous me l'envoyez en visite médicale.



Il était convoqué aujourd'hui, j'avais noté dans son dossier médical, de lui faire les Gamma-GT (pour voir les éventuelles conséquences de l'alcool sur le foie). L'examen est fait en premier et je le vois avec les résultats. Ils sont négatifs.

Je lui expose la raison de cette consultation à la demande de son employeur et lui explique que par ailleurs, je n'ai aucun motif de restreindre son aptitude à son poste de travail. Il est furieux. C'est une cabale de collègues de travail qui font courir la rumeur qu'il serait ivre au travail. Ses responsables sont incompetents. Il s'estime diffamé. J'ai tendance à le croire n'ayant aucun élément médical me laissant supposer un abus de consommation d'alcool. Nous en restons là. Au suivant.

Une heure plus tard l'assistante DRH, insiste pour me parler au téléphone. Elle aussi est furieuse. M. LAHARGNE. sort de son bureau, il l'a menacé des foudres de la justice, de lui intenter un procès pour harcèlement et diffamation. Elle me reproche de lui avoir révélé la raison de cette consultation. Elle s'attendait à ce que je puisse lui donner un avis sans lui dévoiler que c'était à la demande de l'entreprise.

Je lui expose que c'était là mission impossible et j'estime devoir jouer « franc jeu » avec les salariés. Il me semble qu'elle aura pu faire de même et prendre ses responsabilités : lui exposer les raisons de cette convocation. Sinon elle avait aussi la possibilité d'effectuer un alcooltest en l'incluant dans le règlement intérieur de l'entreprise. Bref, nous nous quittons plutôt froidement et je m'interroge.

Y avait il d'autres possibilités d'action ? Ai-je agi dans l'intérêt de la santé du salarié ? Fallait-il être plus « hypocrite » ?

ALCOOL 2

Il n'y a pas de point d'interrogation dans le titre contrairement à la précédente anecdote. Cela commence par un post-it de ma secrétaire qui me demande de rappeler M. CHEFDEPRODUCTION de l'entreprise SAUCE. À la fin des consultations, quand je peux enfin prendre mon temps je le joins. « Docteur il y a eu un accident avec M. CARISTE samedi soir. À sa prise de poste vers 21 h., il a fait tomber une palette depuis le rack (stockage en grande hauteur) et il était manifestement ivre. Je ne veux pas le licencier mais je crains un accident, s'il y avait eu un collègue en dessous c'était la catastrophe. Que peut-on faire docteur ? »

J'apprends alors que son contremaître l'a raccompagné à son domicile. La démarche de M. CHEFDEPRODUCTION ne me surprend pas. Il m'arrive au moins une fois par an que l'on me prévienne de l'état d'ébriété d'un salarié. J'aborde le problème avec prudence car il y a rarement de preuves et parfois des intentions cachées. Souvent on voudrait me faire jouer le rôle du gendarme.

Mais là, je sais que la situation est différente : cela fait vingt ans que je connais M. CHEFDEPRODUCTION. Je l'ai suivi dans ses différents postes et ai pu apprécier son humanité avec ses subordonnés. Je n'ai donc pas de réticences à partager les rôles : à lui la nécessaire sanction de mise à pied sans conséquences pour l'emploi, et à moi l'abord médical de l'addiction.

Quelques jours après M. CARISTE viens spontanément me voir sur recommandation de M. CHEFDEPRODUCTION : il a d'emblée reconnu son abus d'alcool, et accepté la sanction justifiée selon lui. Il demande un soutien pour lutter contre son addiction. Dans son dossier il y avait déjà eu un épisode de surconsommation que nous avons abordé ensemble et nous avons mis en route un suivi d'un ou deux ans. Avec succès.

Après une longue consultation, il repartira vers son destin personnel et professionnel (sans restrictions). Je suis confiant dans sa capacité à résoudre ses problèmes.

ALCOOL 3

C'est une succursale d'une grande entreprise nationale spécialisée dans les services aux collectivités locale. Elle compte moins d'une centaine de salariés et suite au départ en retraite d'un directeur que je qualifierai de « pépère », est arrivé un jeune cadre, dans les 35 ans environ. Il a décidé de décliner au niveau local, la politique du groupe, de « prévention des addictions dans le milieu de travail ». La mission est confiée à un cabinet conseil spécialisé, qui m'adresse une luxueuse plaquette sur papier glacé déclinant un discours bien rodé sur les méfaits de l'alcool et autres drogues, pour la santé des salariés. Il est aussi question de la responsabilité de l'employeur envers la santé des salariés sur le lieu de travail, de la nécessaire vigilance pour travailler en sécurité, etc. Un discours très consensuel, très politiquement correct. Qui pourrait le contester ?

Tout le monde y souscrit, y compris les salariés et même le délégué syndical. Stratégie pour être dans la place ? Même pas semble t'il. Il me fait part de ses convictions, du bénéfice pour la santé des salariés. Pas de point de vu critique exprimé.

Bien ! Que dire ? Rien. Rien à ce stade.

Quelques semaines plus tard les premières contradictions apparaîtront dans des comptes-rendus de CHSCT, des réticences d'autres délégués régionaux, à la modification du règlement intérieur de l'entreprise qui prévoit désormais des contrôles par alcooltest, alcoolémie, et même des sanctions en cas de récidive.



Bien entendu, le médecin du travail que je suis, est sollicité pour faire partie du « Comité de pilotage » de la politique de prévention mise en place. Quoi de plus naturel que la présence d'un médecin pour une problématique à composante médicale !

Je reçois ainsi des sollicitations pressantes du gérant du cabinet conseil en addiction qui se recommande chaudement d'une proche collègue avec qui il avait collaboré pendant plusieurs années. Prudemment je l'interrogerai. Elle me confirme tout le bien qu'elle pense de ce gérant, qui était lui-même ancien alcoolique, et avec qui elle avait suivi une formation en addictologie. Il avait ensuite fondé sa société de conseil aux entreprises. « Un homme très courageux ».

– « *Qu'elle expérience as-tu de ses interventions ? Sais-tu comment il travaille ? Quelle est son éthique ? Etc.* »
– « *Euh non. En fait je ne l'ai jamais vu travailler, je n'ai pas vraiment d'expérience de ses interventions, et je n'ai pas non plus d'avis de collègues ayant une expérience de ses services.* »

Bien. Prudence ! Tergiversations : « *Mon planning ne me permet pas d'être présent au comité de pilotage, mais c'est avec grand intérêt que j'aimerais être tenu au courant de vos actions dans l'entreprise* »

Faisons le point des addictions dans l'entreprise : comme partout il y a deux ou trois « consommateurs excessifs » mais qui ne posent pas de problèmes particuliers. Leur travail est correctement effectué. Pas spécialement d'accidents de travail. Pas de problèmes de sécurité non plus. À ma connaissance pas de consommation de drogues quelconques. Mais ce n'est pas le genre de choses dont on parle facilement au médecin du travail !

C'est à la même époque qu'est survenu le cas de M. ROBERT. Cela ne fait qu'un ou deux ans qu'il est dans l'entreprise, suite à une politique volontariste d'embauche d'une population fragile : chômeurs de longue durée, fins de droit, RMI, migrants enfin régularisés, etc. Ils sont affectés à des tâches peu qualifiées, mais c'est le sort habituel de type de travailleurs. La plupart s'en accommodent ou alors ils sont déjà partis pour d'autres horizons.

Bien sûr que M. ROBERT boit trop, nous en avons déjà parlé, mais sa femme l'a quitté. Cela fait plusieurs années qu'il a perdu son ancien boulot et qu'il galère. Il n'a plus personne dans la vie, alors en sortant du travail, sa seule compagnie il la trouve au comptoir du bar où il a ses habitudes. Dans l'entreprise, je commence à avoir des échos par son contremaître, sur ses absences répétées. Bien entendu il ne se rend pas à la consultation anti-alcool où je l'avais adressé.

Son état se dégrade et il n'est plus capable de tenir son poste. C'est alors que les choses sont prises en main par la direction : tout est organisé, le remède c'est la cure de désintoxication. Grâce à son réseau personnel dans sa ville à 300 km, le conseiller en addictologie lui a trouvé une place dans un centre. Il ne me reste plus qu'à recevoir le salarié, qui est en arrêt de travail, et à le convaincre de suivre ce parcours tout tracé. Même le délégué syndical me téléphone pour abonder dans ce sens. N'est ce pas son rôle d'aider ses collègues !

Je reste dubitatif et attentiste. Effectivement quelques jours plus tard, M. ROBERT, suite aux interventions multiples à domicile, vient me voir. Il est enfin conscient de son état et qu'il ne peut s'en sortir seul. Mais il exprime à demi-mot la gêne occasionnée par la pression de son entourage professionnel, et ne se voit pas se faire hospitaliser à 300 km de chez lui. Je prends mon téléphone et lui obtiens un rendez vous dans les 48 h, dans le centre d'addictologie de notre ville, avec qui j'ai l'habitude de travailler. Il manifeste son soulagement.

Je contrôlerai qu'il est bien allé au rendez-vous et deux ou trois fois, suivrai l'évolution de sa prise en charge. Cela fait six mois maintenant. J'ai eu des nouvelles par son contremaître. Il a effectivement fait une cure de désintoxication et il est toujours suivi par le centre d'addictologie.

Pas de nouvelles franches du côté du conseiller en addictologie, ni du côté de la direction.

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)
- N°22 Maltraitements organisationnelles, quelles pratiques cliniques ? (novembre 2007)
- N°23 Quelle évolution pour la médecine du travail ? (juin 2009)

NOUVEAU !

L'accès à chaque article de quasiment tous les *Cahiers SMT*,
est en ligne.

Accessible sur le site internet de l'association

<http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

DES MALADIES PROFESSIONNELLES ? POURTANT, ON NE LEUR DEMANDE PAS BEAUCOUP DE TRAVAIL !

Annie LOUBET, médecin du travail

L'épidémie commence effectivement en 2005. Un petit atelier de bobinage d'un groupe textile et un groupe de femmes, toutes bobineuses, en équipe alternante 2x7. Cet atelier jouxte le stockage « fils écrus » d'un groupe textile intégré dont il fait partie, et un stockage de tissus en attente d'expédition du même groupe.

Le bobinage du fil est une opération qui n'apporte pas en soi de plus value au produit fini mais qui reste indispensable pour permettre les opérations ultérieures que sont la teinture, l'ourdissage et surtout le tissage. Le fil de qualité et de gros-seur variable, acheté écriu est bobiné une première fois dès qu'il est livré par la filature, pour être monté sur un cône de teinture. Il sera à nouveau bobiné : pour passer d'un cône teinture à un cône tissage et surtout pour mettre le fil à une tension régulière, qui limitera les casses en ourdissage et tissage (casses d'autant plus fréquentes que le métier à tisser sera réglé à une vitesse élevée).

Le bobinage est un travail répétitif : chaque bobineuse alimente manuellement les broches de deux bobinoirs en cône à bobiner (cent broches environ) ; le nouage est automatique et les bobines sont évacuées automatiquement, quand tout marche bien, par un tapis roulant à la partie supérieure de la machine. Dans l'atelier, depuis 1993, il y a quatre bobinoirs récents où a lieu l'opération de bobinage décrite ci-dessus et un bobinoir plus ancien, où le travail est plus pénible puisque toutes les opérations d'évacuation sont manuelles. Ce bobinoir plus ancien est réservé à des opérations particulières de « remontage des fonds de cône ». Les « fonds » de bobine d'un même lot (couleur et qualité de fils), c'est-à-dire les restes de fils après tissage (moins de 300 grammes) sont remontés pour obtenir des bobines complètes de 1,5 kg à 3 kg qui pourront être utilisés en tissage à nouveau. Une rotation sur les différents bobinoirs est organisée entre toutes les femmes de l'équipe.

L'atelier est propre, correctement aspiré, les bobinoirs assez récents (1994) sont bien adaptés à une production industrielle de masse. Le mécanicien qui s'occupait de l'entretien des bobinoirs vient de partir en retraite. Son successeur, âgé de 26 ans, est titulaire d'un CAP de mécanique agricole, doit tenir deux postes (baisse d'activité du secteur textile) : mécanicien pour le bobinage et magasinier dans le stock tissu.

LES BOBINEUSES

Sylvie, née en 1967, travaille dans cet atelier depuis 1988. Sa mère y travaillait déjà. Jusqu'en 2003, aucun problème de santé n'est signalé, en dehors d'une intervention en 1989 sur une ténosynovite du poignet gauche (elle est gauchère) qui me sera signalée un an plus tard et de lombalgies (le rachis est sollicité sans arrêt, même s'il s'agit de bobine de faible poids unitaire) ; elle travaille alors essentiellement sur les fonds de cône, poste considéré comme le plus dur.

En 1994, Sylvie signala l'amélioration nette des conditions de travail, avec beaucoup moins de manutentions, par le remplacement de quatre bobinoirs sur cinq. En 1997 et 1998, la pénibilité est signalée comme variable selon l'activité de l'ensemble du groupe. En cas de forte demande, on est en production industrielle, l'outil récent est parfaitement adapté, avec limitation des manutentions manuelles ; en cas de moindre demande, on remonte des cônes et il s'agit alors d'un travail artisanal sur des métiers automatiques, le travail devient alors beaucoup plus pénible.

En 2005, Sylvie signale une épaule gauche douloureuse lors des examens annuels et elle fait la relation entre sa douleur et la panne prolongée des « magasins » des bobinoirs. Il s'agit du mécanisme d'éjection automatique des bobines rebobinées. Cette panne multiplie par trois les manutentions qui se font alors dans de mauvaises conditions avec les membres supérieurs tendus vers le haut pour enlever la bobine et la déposer sur le tapis roulant à 1,9 m de haut.

En 2006, rien ne s'est arrangé, « *Il n'y a pas de mécanicien, les noueurs et les souffleurs sont en panne. L'épaule gauche est encore plus douloureuse. On bobine du fil de 2.40 et une bobine est faite en 20 mn alors quand on a 40 broches, c'est toutes les 30 s qu'il faut enlever la bobine, la mettre sur le tapis, prendre un cône vide, le positionner et mettre le cône à rebobiner, nouer le fil du cône et démarrer la broche.* »

En 2007 : « *Pas de mécanicien cette semaine, et les magasins sont en panne* », c'est-à-dire beaucoup plus de manutention. « *Le mécanicien est maintenant sur trois postes (chauffeur, mécanicien, magasinier), les problèmes mécaniques ne sont plus traités. L'atelier est à l'abandon. Il n'y a plus rien sur le tableau d'affichage. Il n'y a plus de hiérarchie présente en journée. On n'a pas les primes de polyvalence*

comme dans l'atelier principal. On change souvent de qualité de fils, on fait des échantillons et des fonds de cône (on fait les fonds pour un client qui n'appartient pas au groupe). Il faut tout enlever à la main car on pèse des quantités déterminées : on peut programmer le bobinoir, pour indiquer c'est du découpage, mais en dessous de 300 m la mémoire ne fonctionne pas. C'est un autre travail. »

Cliniquement il existe une tendinopathie de la coiffe à gauche et fort logiquement, un certificat médical initial lui est remis constatant une tendinopathie de l'épaule gauche.

Mai 2008 : Sylvie est en arrêt de travail. Elle vient de faire sa déclaration de MP. Elle restera en arrêt une semaine. Elle parle de ses collègues qui souffrent beaucoup en silence, et du travail toujours en fil à fil : « On travaille avec de 40 à 100 broches selon la grosseur du fil. Il faut prendre la bobine dans le bac, la positionner, la faire descendre par une pédale au pied, prendre le cône vide en haut, le positionner, mettre en marche. Quand la bobine est finie, on l'a prend à la main et de l'autre main, on la fait passer en haut. Quand le fil est du 1/68, il faut une heure trente par bobine et on travaille avec 30 broches ; hier j'ai fait 220 cônes en 2/40 et 90 cônes en 2/68. Un cône plein en 2/40 pèse 1 kg, 1 cône plein en 1/68 pèse 1,2 kg, ce qui pour la journée d'hier, sachant qu'une bobine est reprise trois fois, en fil à fil représente presque 1 tonne en 7 h. » L'enquêtrice de la CPAM comprendra bien la difficulté du poste lors de l'enquête même si l'employeur présent lors de l'enquête insistera sur les automatismes existants.

Avril 2009 : Sylvie vient d'être arrêtée pour intervention sur varices. Elle a changé de poste au départ du magasinier, elle met en cartons les bobines. Les gestes de travail ont changé, elle ne souffre plus de l'épaule mais d'une épicondylite !

En avril 2009, sur la fiche de visite de toutes les bobineuses : à la rubrique aménagement de poste demandé, sera portée la mention : Cf. la mise à jour de la fiche d'entreprise d'octobre 2008 sur la prévention des TMS des membres supérieurs.

Cristine, née en 1956, travaille dans cet atelier depuis 1986, après avoir travaillé onze ans en confection de chemises, d'abord comme dactylo puis échantillonneuse puis repasseuse. Son mari travaille dans un autre atelier du même groupe industriel. Elle signale quelques lombalgies en 1989, des paresthésies nocturnes de la main droite sans syndrome du canal carpien franc. Elle présente des sinusites à répétition (lien avec la poussière textile ?). En 1997, elle signale que le travail au fond de cônes est plus pénible, mais comme il y a une rotation, c'est équitable. En 1998 et 1999, elle travaille comme emballeuse et trouve ce travail beaucoup moins pénible que le bobinage en 1998 et beaucoup plus pénible en 1999 ! en fait la pénibilité au bobinage dépend de la machine sur laquelle on travaille.

Visite spontanée en 2000, elle est fatiguée ; le calcul des manutentions permet d'évaluer la charge quotidienne à quatre tonnes. Elle sera arrêtée, en 2000 pendant six semaines pour état dépressif sévère et à nouveau en août 2001 pour

intervention sur cloison nasale et sinusite maxillaire gauche. En 2002 elle signale, une activité faible mais des douleurs des épaules « car on fait beaucoup de fond de cônes ». Ces douleurs seront signalées chaque année et reliées en 2005 systématiquement à la mauvaise qualité de l'entretien des bobinoirs lors des périodes de faible charge. En 2006, comme ses collègues, Christine signale l'entretien insuffisant des machines (« Deux souffleurs sur six fonctionnent ! ») « Toutes les machines sont pénibles, aucune ne fonctionne de manière satisfaisante » ; le médecin du travail constate une tendinopathie bilatérale de épaules.

En octobre 2007, les douleurs ont augmenté. Christine fait le lien entre ses douleurs et le travail en fil à fil y compris sur les bobinoirs récents, qui, dans cette situation ne sont plus utilisés de manière optimale, bien au contraire. Le travail est moins pénible sur les anciens bobinoirs en terme de manutention ; un certificat médical initial est remis pour tendinopathie des deux épaules.

En avril 2009, une nouvelle activité est apparue, on découpe les cônes pour le tissage. Cette activité dite de découpage était couramment pratiquée il y a plus de vingt ans dans les ateliers de tissage pour préparer les collections, avec des bobinoirs adaptés sur lesquels la bobineuse calculait le poids du cône à obtenir en fonction de la qualité du fil et de la longueur de fil à obtenir sur chaque cône. Dans une activité industrielle, où on tissait des grandes longueurs, cette activité de préparation avait pu être supprimée, car consommatrice de main d'œuvre et de temps. Dans une période où l'activité est réduite et où l'on produit de petites quantités, avec des fils de plus en plus fins (donc des cônes comportant un métrage plus important), il n'est plus acceptable d'avoir un stock intermédiaire immobilisé et susceptible d'être perdu car stocké trop longtemps. On revient donc à une production artisanale sur des machines prévues pour une production industrielle.

Patricia, est née en 1963. Titulaire d'un BEP de sténo elle a travaillé onze ans comme visiteuse dans un atelier du même groupe, puis aide familiale de son conjoint pendant six ans en élevant son fils. Elle est dans cet atelier depuis 2000. Jusqu'en septembre 2004, elle ne signale aucun problème ne souffre pas des membres supérieurs, même « si depuis six mois, les magasins ne remontent pas seuls ». Les locaux ont été réimplantés pendant l'été 2004. Elle signale que la maintenance n'est plus faite régulièrement sauf s'il y a une commande urgente ; « On ne voit pas le mécano, on fait à la main ce qui est normalement automatisé : ouvrir le magasin, enlever la bobine à la main pour la déposer en hauteur ». Elle dit n'avoir pas souffert, « mais quand tout marche bien, il y a une bien moindre fatigue et une bien meilleure production ».

En août 2006, Patricia signale le changement de mécanicien d'entretien suite à un départ en retraite « il n'y a pas eu de maintenance depuis trois mois, il faut tout faire à la main. La moitié des bobines ne tournent pas. Les souffleurs sont en panne, on respire beaucoup de poussières. On a plus mal aux épaules. On ne voit jamais Mme X... (cadre responsable

de l'atelier). *Faire tout à la main, ça énerve, on ne se sent pas considérée* ».

Octobre 2007 : « *Au travail, c'est la débandade depuis le début de l'année. Il y a peu de travail mais comme il faut tout faire à la main, c'est beaucoup plus pénible ! Les machines sont hautes et toutes les 30 s, il faut évacuer les bobines. Le soir, on est très fatigué, on ne peut plus rien faire à la maison, ça énerve. Sur les 100 broches, 50 ne tournent pas et les magasins sont en panne.* » Cliniquement, elle ne présente pas de TMS, mais une TA qui s'élève à 16/10 avec une tachycardie à 92.

Juin 2009 : Elle travaille sur un autre site depuis mi-mars 2009, comme visiteuse, en raison de la baisse d'activité en bobinage. Le travail de visite est très différent, plutôt moins pénible : elle le connaissait déjà. La tension artérielle reste élevée.

Meryne, née en 1952, de nationalité turque, en France depuis 1979 travaille à mi-temps dans cet atelier depuis 2002 après avoir travaillé en confection à domicile de 1982 à 1994 puis en atelier de confection à mi-temps depuis 1994, (elle travaille depuis toujours pour la même entreprise – son mari travaille de nuit sur un autre site). Elle souffre de longue date de lombalgie et de l'épaule droite. La barrière de la langue ne favorise guère la communication directe mais celle-ci peut se faire avec intervention du conjoint si besoin. En septembre 2003 et 2004, elle signale que ce travail est beaucoup plus pénible que son travail précédent. En octobre 2006, elle me déclare souffrir en continu de douleurs des épaules, pour laquelle, elle a eu une infiltration et de la kinésithérapie. Un courrier est adressé au médecin pour solliciter des arrêts périodiques pour récupérer. La diversité et la multiplicité des pathologies m'incitent plutôt à envisager une invalidité qu'une prise en charge en MP.

En octobre 2007, elle souffre de plus en plus de l'épaule droite (en plus de lombalgies et de douleurs des genoux et du rachis), un contact téléphonique a lieu avec son conjoint pour expliquer les modalités de déclaration de MP. Il est prévu qu'ils reprennent contact si besoin.

Avril 2009 : de plus en plus de difficultés à la marche avec arthrose des genoux, elle est suivie pour diabète, hypercholestérolémie et bien sûr l'épaule est de plus en plus douloureuse. Le certificat médical initial pour tendinopathie de l'épaule droite est remis et la déclaration de MP est faite par l'intéressée. Un arrêt de travail est prescrit avec des soins.

Annie née en 1955 a travaillé en confection pendant plus de vingt-quatre ans avant d'entrer dans l'atelier de bobinage en août 2001. Elle apprécie ce travail par rapport à la confection, car « *on n'est pas à la production et on a personne derrière nous* » ; mais sa première année a été difficile, car elle s'est systématiquement trouvée « affectée à l'indigo » (remontage de cônes de bleu indigo dans un atelier contigu d'où on ressortait toute bleue), avant une intervention de la direction pour rétablir une organisation plus juste. En septembre 2004 et en octobre 2005, elle signale qu'en période

de baisse de travail, on fait plus de fonds de cône et que ses douleurs des épaules et les paresthésies nocturnes des mains dépendent de l'état d'entretien des bobinoirs.

Le 31 août 2006, elle signale également le changement de mécanicien. « *Ça a été super pendant trois mois, mais on ne l'a eu que trois mois et depuis tout est en panne, les magasins ne marchent pas, il faut tout faire à la main le travail est beaucoup plus physique. On ne voit plus personne depuis juin-juillet, on n'est pas considérée. Depuis deux mois, ce n'est pas réparé, il faut faire avec nos bras.* »

Octobre 2007 : « *Le travail est épuisant, tout est en manuel, mes épaules, surtout la gauche qui lève et tire, sont de plus en plus douloureuses, on échantillonne. Les magasins sont en panne, non réparés. Il n'y a pas beaucoup de travail. On travaille en fil à fil sur les nouveaux métiers. On produit peu mais on a plus de manutention.* » Un certificat médical initial est remis à l'intéressée pour deux épaules douloureuses. En 2009 elle sera mutée dans un autre atelier, plus proche de son domicile.

Sadia, née en 1959, de nationalité tunisienne, travaille dans cet atelier depuis 1984. Son mari, plus âgé, travaille dans un autre atelier du groupe. Logé par l'entreprise, il assure également le gardiennage du site où se trouve le bobinage. Elle souffrira de gonalgies et de lombalgies en 1993. En 1994, elle signale que « *l'installation de bobinoirs électroniques avec l'un de 30 broches et un autre de 100 améliore les conditions de travail et la productivité, par diminution des manutentions manuelles* ». En 1995, elle signale que « *tout va bien, le matériel est bien entretenu, elle n'a plus mal aux poignets* ». En novembre 1997, « *le travail a changé, on remonte des cônes, c'est plus pénible* ». Pendant plusieurs années, elle ne signalera aucun phénomène douloureux sauf « *quand il y a peu de travail et qu'on remonte des cônes* ». À partir de 2002, l'atelier tourne avec deux puis trois bobineuses par équipe, avec rotation sur les bobinoirs ; il y a six bobinoirs avec 50 broches chacun.

Le 30 septembre 2004, elle signale que les magasins électroniques sont souvent en panne et qu'en fin de journée, on a mal aux bras et aux épaules

Octobre 2005 : lors de l'examen systématique une épicondylite droite et des douleurs du poignet droit sont apparues, « *parce que les magasins sont souvent en panne* » ; un certificat médical constatant l'épicondylite est remis.

Fin août 2006 : l'épicondylite droite est devenue plus ou moins chronique ; « *Les magasins, les souffleurs sont en panne ainsi que les noueurs. Le travail est très pénible, le mécanicien est occupé à un autre poste* ». Des paresthésies nocturnes et une hypoesthésie de la main droite sont apparues associées à une HTA : une lettre est adressée au médecin traitant, pour HTA, avec demande de bilan de syndrome du canal carpien.

Octobre 2007, l'HTA est maintenant traitée. Il y a une discrète atténuation des symptômes de canal carpien et d'épicondylite mais apparition de douleurs des épaules. « *Sur l'ancienne machine, il faut enlever les cônes à la main*

quand le magasin est en panne (six mois sans mécanicien) et ça fait mal aux poignets. Sur la nouvelle machine, les bras sont toujours en l'air pour enlever les bobines quand le magasin est en panne. On a dit au chef, quand le magasin est en panne, on n'enlève pas les bobines du tapis roulant, c'est lui qui le fait. En ce moment, on fait beaucoup d'échantillons pour un client et il faut tout enlever à la main. » Une lettre est adressée au médecin traitant.

En avril 2009 ; l'épicondylite est bilatérale, quasiment chronique, les épaules sont douloureuses par intermittence. Une lettre est remise pour le médecin traitant ainsi qu'un certificat médical initial pour épicondylite bilatérale.

Février 2010 ; visite spontanée. Sadia souffre de plus en plus des épaules, des coudes et des mains. « Depuis trois à quatre semaines, tout est à nouveau en panne, le mécano de l'autre usine, n'est venu que la semaine dernière. On avait insisté. Depuis trois à quatre semaines, on passe une commande de fil écru de 3 à 4 kg, voire 5 kg et on travaille sur 70 broches. Une bobine est faite en une demi heure soit une bobine à sortir toutes les 30 s. Toutes les bobines étant manipulées deux fois, on arrive à près de huit tonnes de maintenance. » Un certificat médical initial avec six MP constatées lui est remis ainsi qu'une lettre pour son médecin. Si cette semaine, le matériel ne marche pas, elle va s'arrêter.

Michel, le jeune mécanicien commence à travailler en janvier 2006, à la fois comme mécanicien et comme magasinier. Il est très intéressé par la mécanique, mais souvent pris au magasin tissu, il dit ne pas pouvoir entretenir correctement le matériel, qu'il faut souffler et nettoyer régulièrement. Je ne le reverrai qu'en avril 2009. Lors de cet entretien, j'évoquerai avec lui la possibilité de solliciter le fabricant des machines pour faire adapter un système automatique rendant l'échantillonnage ou découpage plus facile, puisque cette technique existait il y a plus de vingt ans. On doit pouvoir l'adapter à nouveau pour prendre en compte les nouvelles évolutions.

Les relations avec le cadre responsable de cet atelier sont rares, mais plutôt cordiales. Fin août 2006 j'avais bien expliqué à chaque salariée que si les douleurs continuaient, elles pouvaient être prises en charge en maladie professionnelle. Je savais qu'en cas de difficultés, toutes ces femmes interpellaient volontiers le cadre responsable de l'atelier et je pensais différer un peu l'envoi de tous des certificats médicaux initiaux aux intéressées, d'autant que plusieurs d'entre elles étaient logées par l'entreprise et que leur conjoint y travaillait. J'étais donc presque sûre qu'elles ne les utiliseraient pas.

Ce sera donc un appel téléphonique fin août 2006 pour informer le cadre responsable de l'atelier qu'elle risque d'avoir des déclarations de maladie professionnelle, en raison du manque l'entretien des bobinoirs. Sa réponse est immédiate : « Il n'y a pas beaucoup de travail ; on ne leur demande pas de travailler beaucoup. » L'absence d'entretien en période de baisse d'activité vise donc à occuper le personnel en permanence, à assurer la production nécessaire. Il n'y a pas de chômage technique, pas de licenciement. Occuper le méca-

nicien à un autre poste permet de l'occuper en permanence et surtout de l'empêcher d'intervenir pour l'entretien des bobinoirs, quand l'activité est faible. Sa réponse m'incita alors à envoyer bien vite les certificats médicaux initiaux, qui seraient peut-être utilisés, si l'absence d'entretien persistait, et n'étant pas informée, je n'aurai pas la possibilité de téléphoner pour réclamer l'entretien de bobinoirs.

En 2007, il y aura un nouvel appel téléphonique à l'employeur. En 2008, ce sera une mise à jour de la fiche d'entreprise pour rappeler la nécessité de mettre cette question en CHSCT (où je ne suis plus invitée depuis plusieurs années !).

En 2009, sur chaque fiche de visite sera portée la même demande d'aménagement de poste faisant référence à la mise à jour de la fiche d'entreprise de 2008, et à la prévention du risque TMS par l'entretien des bobinoirs

Le 8 février 2010, suite à la consultation spontanée de Sadia, présentée comme une consultation à la demande du médecin traitant : un nouvel appel téléphonique sera passé au cadre responsable de l'atelier. Ce cadre évoque l'accident de circulation du mécanicien absent depuis quatre mois, l'absence d'un autre mécanicien du site principal ce qui explique l'entretien très intermittent.

« J'avais trouvé une solution avec le constructeur et j'étais très fière de moi : on avait retrouvé un programmeur retraité que le constructeur a missionné pour traiter le problème de l'échantillonnage. Les modifications étaient finies depuis septembre et l'entretien pouvait être repris en interne. On avait prévu de former Michel en alternance pour un niveau de Bac Pro. Il venait de commencer quand il a eu cet accident. Il faut qu'il puisse travailler ce savoir faire. »

Pour certaines des salariées de cet atelier, l'apparition d'une HTA a été simultanée de l'apparition de TMS. Elle a concerné deux salariées ; peut-on faire l'hypothèse que l'impossibilité de faire évoluer une situation de travail contraignante et insatisfaisante est une cause possible d'HTA, donc de somatisation. Ces bobineuses savent que leur fatigue pourrait être atténuée, si le mécanicien était présent pour intervenir.

Même si un appel téléphonique du médecin du travail a entraîné *ipso facto* l'intervention du mécanicien, remettre à chaque salariée, un certificat médical initial a « autorisé » trois d'entre elles à l'utiliser et donc à reprendre la discussion avec l'employeur sur les conditions de travail. L'employeur, a reclassé deux des bobineuses dans un autre atelier et a ensuite fait évoluer l'outil de travail reprenant à son compte la suggestion faite par le médecin du travail au mécanicien. L'employeur sait qu'il prend le risque d'avoir des déclarations de maladie professionnelle et cette situation est très inconfortable : il n'est pas insensible à leurs difficultés, mais il n'a pas de travail à leur donner. Il est donc très important que par leurs déclarations de maladie professionnelle, les salariés puissent continuer à interpeller l'employeur, pour préserver leur propre santé.

Remettre un certificat médical initial constatant une maladie professionnelle à un salarié constitue donc bien un acte de prévention. Délivrer un tel certificat est conforme au Code de Santé Publique et au Code de Sécurité Sociale.

L'analyse des causes de TMS est tout à fait réalisable dans le cabinet médical, dans le cadre d'un entretien clinique centré sur le travail, et il n'y avait, dans le cas présent, nul besoin d'étude ergonomique. L'action du médecin du travail est conduite presque totalement lors de l'entretien médical. À l'issue des examens systématiques restait à comprendre la position de l'employeur et un contact téléphonique a suffi. Il

n'y avait pas ni négligence, ni indifférence, mais ne pas entretenir le matériel au quotidien (pour une production optimale) permettait de masquer partiellement le manque de travail. Dès que deux salariées ont pu être affectées à d'autres postes sur un autre site, deux des bobinoirs ont été modifiés pour les adapter à la nouvelle activité de découpage, après sans doute analyse des coups de production, comme il est dans les fonctions d'un cadre de le faire. Je ne sais pas et n'ai pas à savoir si des discussions ont eu lieu entre les salariées au moment de décider de faire leur déclaration de maladie professionnelle.

À PROPOS D'UN CAS DE SYNDROME DE STRESS POST TRAUMATIQUE

Annie LOUBET, médecin du travail

Elise, âgée de 43 ans, aide ménagère, est connue du médecin du travail depuis septembre 2003. Mariée, mère d'un enfant de dix ans, son conjoint est retraité. Elle est l'aînée de trois frères et deux sœurs. Sa formation est un peu inhabituelle dans ce métier : Bac, DEUG de langue, CAP cuisine, formation aide-ménagères.

Elise est vue pour la première fois lors de son embauche comme conductrice d'autocars de transports scolaires en septembre 2003 ; il s'agit d'un travail à temps partiel. Titulaire d'un permis transports en commun, elle conduit un master de dix-sept places. Il n'y a pas de billetterie, mais un contrôle de carte. Des enfants scolarisés en maternelle prennent ce bus et elle doit veiller à ce qu'ils soient attachés. Elle vient de s'installer dans la région. Peu d'échange lors de cette première consultation : des troubles du sommeil sont signalés en lien avec l'état dépressif du conjoint, encore en activité alors (infirmier en psychiatrie).

Revue en visite annuelle en novembre 2004 : la situation de travail est identique, toujours à temps partiel. Elle souhaiterait travailler plus et a même fait une demande pour un travail en milieu urbain à temps plein (mais à 75 km de son domicile). Dans l'année, elle signale avoir eu de nombreux arrêts de travail pour rhumes ou gastro entérites (proximité des enfants) et avoir souffert de douleurs du rachis et de tendinites.

Elise est vue en visite d'embauche en octobre 2006 pour un poste d'aide ménagère, en CDI à temps partiel, depuis un an pour 10 h /semaine, en parallèle avec la conduite en trans-

ports scolaires pour 3 à 4 h/j. Elise apprécie cette nouvelle activité pour l'intérêt trouvé dans les contacts humains. Elle avoue moins aimer conduire depuis deux ans, se plaint du manque de considération dans l'entreprise de transport : elle n'a pas été autorisée à conserver le véhicule chez elle entre ses services du matin et du soir, alors qu'il n'est pas utilisé entre-temps, ce qui augmente ses frais de déplacement et immobilise le véhicule familial pendant ses services ; tout ça pour un temps partiel. En 2005, elle a souffert de sciatique par hernie discale.

Elle est revue en mars 2007, en visite reprise maladie, avec toujours ses deux emplois :

- 20 heures/semaine : aide-ménagère pour trois personnes âgées et des remplacements de collègues ; *Beaucoup de personnes âgées sont en bonne santé mentale, elle trouve ce travail intéressant. J'avais alors attiré son attention sur les risques de surinvestissement.*
- 6 h 30 – 8 h 20 et 16 h 40 – 18 h : transports scolaires.

Depuis un an, elle souffrait des épaules et ne dormait plus, elle est arrêtée depuis trois semaines. L'amplitude des journées de travail est importante. Le véhicule qui sert maintenant à plusieurs services et donc à plusieurs chauffeurs a un siège difficile à régler, bien que récent et en bon état. Elise insiste à nouveau sur l'absence de considération de la hiérarchie : « *Ils n'ont pas confiance en nous ; on a une heure par jour pour l'entretien, il faut marquer l'heure de début et fin du travail ainsi que le travail réellement fait. Les temps par-*

tiels sont moins bien traités que les temps plein ». Elise signale avoir sollicité cet arrêt de travail, car son sommeil étant très perturbé par les douleurs, elle avait peur de manquer de vigilance. Elle est un peu soulagée par la kinésithérapie et va reprendre le travail.

Lors de l'examen systématique d'octobre 2007, des changements : Elise a démissionné de son poste de conductrice, a pu augmenter son temps de travail chez les aides ménagères (26 heures/semaine avec heures complémentaires). En fait, elle travaille à temps plein et souffre périodiquement de sciatgie. Elise ne signale pas de difficultés particulières en dehors d'une personne âgée dont elle a du mal à gérer les sautes d'humeur ; elle souhaiterait rencontrer la collègue qui intervient chez la même personne et regrette que les réunions de l'équipe soit souvent le soir. Depuis qu'elle a arrêté la conduite des cars, elle a moins de douleurs des épaules, parfois quelques douleurs de tout le membre supérieur gauche et des paresthésies des mains. Elle prend systématiquement 1cp d'Effergal^o le soir, pour s'endormir rapidement sans douleur. Elle souffre également d'une hernie hiatale avec œsophagite et a eu une gastroscopie. À l'examen, je note des contractures musculaires paravertébrales diffuses et une tendinopathie de la coiffe à gauche.

Elise sera reçue en urgence le lundi 12 janvier 2009, adressée par l'employeur. Le vendredi précédent, elle a été placée en garde à vue douze heures, mise en cellule ; son domicile a été perquisitionné. Un vol de bijoux avait eu lieu sept mois plus tôt chez une personne âgée chez qui elle intervenait. Lors des faits, son employeur lui avait demandé si elle avait été sollicitée par la gendarmerie. À sa réponse négative, elle lui avait demandé de ne plus s'occuper de cette personne âgée. Depuis, rien ne s'était passé et Elise avait complètement oublié ce dossier. Elle est accusée car « *quelqu'un lui aurait vu porter une bague de cette personne âgée* ». À sa sortie de garde à vue à 17 h 30, son employeur lui a demandé de se rendre chez son médecin traitant.

Elise raconte sa garde à vue, la terrible pression psychologique pour la faire avouer, les insinuations, « il y a eu des problèmes avec d'autres personnes âgées, on le sait ». Elise reconnaît avoir demandé à changer parfois, car elle se sentait peu à l'aise avec les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer. Elle me dit être très agressive avec son conjoint, reconnaît des idées suicidaires mais a bien dormi avec un quart de comprimé de Lysanxia^o. Elle dit se sentir extrêmement fatiguée dès qu'elle commence à réfléchir : « *Comment faire ce métier ? j'ai toujours le porte-monnaie des personnes âgées pour les courses, quand je change les draps, j'ouvre les armoires, il ne faudrait pas.* »

La situation implique pour le médecin du travail d'intervenir en urgence et en présence de la salarié :

- Appeler l'employeur pour demander qu'une déclaration d'AT soit faite ; l'employeur est d'accord et demandeur car ce risque est une réalité du métier. L'employeur organise le soir une réunion en urgence de toute l'équipe. Le médecin du travail encourage Elise à être présente à cette réunion bien qu'elle soit en arrêt de travail.

- Prendre contact avec un juriste (FNATH) ; il est impossible de porter plainte pour diffamation calomnieuse ou diffamation avant la fin de l'instruction. Ce type d'affaires est souvent classé sans suite par le parquet. Elise peut prendre un avocat et bénéficier de l'aide juridictionnelle si ses revenus sont compris entre 800 et 1 200 €.

- Contacter le médecin traitant qui l'a vue à sa sortie de sa garde à vue et est d'accord pour établir un certificat médical initial d'accident de travail avec le diagnostic de syndrome subjectif post traumatique

- Expliquer à Elise qu'il n'est pas possible de répondre à sa demande pressante d'avoir un rendez-vous le jour même avec un psychiatre (hors HDT, il n'est pas possible d'obtenir un rendez-vous en urgence)

Établissement d'un autre certificat médical initial pour compléter la déclaration d'accident de travail qui sera rédigé dans les deux jours et ainsi libellé :

Je soussignée, docteur X... médecin du travail, certifie avoir reçu, en urgence le lundi matin 12 janvier 2009 à la demande de son employeur, M^{me} Elise, aide ménagère, n^o SS, domiciliée _____. Je connais Elise pour la suivre en médecine du travail depuis septembre 2003. Elise m'a dit avoir subi le vendredi précédent, c'est-à-dire, le 9 janvier 2009, une garde à vue d'une journée avec mise en cellule, dans le cadre d'une enquête sur la disparition de bijoux en mai 2008, dans une maison où elle intervenait comme aide ménagère. Elle a été relâchée à 17 h présumée innocente après que son domicile ait été perquisitionné et que ses bijoux aient été saisis.

Elise m'a déclaré avoir subi une pression psychologique importante, été menacée d'une prolongation de garde à vue jusqu'à 48 heures, s'être entendu dire qu'il y avait des problèmes dans d'autres maisons.

Avec cette garde à vue et cette suspicion, l'atteinte à l'identité professionnelle a été brutale et majeure avec détresse importante, agressivité à l'égard du conjoint, idées noires, difficultés à réfléchir avec sentiment d'asthénie intense, sentiment d'angoisse, des troubles de mémoire, une élocution hachée.

Il s'agit donc d'un syndrome subjectif post traumatique aigu en lien direct avec la situation de travail qui répond à la définition de l'accident du travail.

Certificat médical remis à l'intéressée pour faire valoir ce que de droit.

Elise appellera le lendemain pour donner de ses nouvelles : « *Il y a des hauts et des bas, la réunion s'est bien passé.* ». Elle s'est sentie soutenue par ses collègues, la hiérarchie et la présidente de l'association, qui portera plainte à l'issue de la procédure. Elle a rendez-vous avec un psychologue en fin de semaine. Elle pense que son médecin traitant croit qu'être en arrêt de travail suffise à la soulager. Elle déclare avoir des absences, s'éparpiller dans son travail, avoir des difficultés à organiser ses idées, avoir des problèmes de mémoire ; elle va essayer de se fixer aux heures d'école pour faire son travail domestique. Elle a dû mal à rester seule : « *Je n'ai pas volé ces bijoux, j'ai peur que les gendarmes reviennent* ».

Le médecin du travail reprend de ses nouvelles deux jours plus tard : état stationnaire, avec des crises d'angoisse, quand le conjoint doit s'absenter.

Elise passe quatre jours plus tard dans le service, elle a vu un psychologue et a rendez vous au CMP avec un psychiatre. Le médecin du travail recommande de continuer à passer régulièrement à l'association pour rencontrer les collègues. Elle a pris conseil auprès d'un membre de sa famille contrôleur du travail car « *Je sais aujourd'hui que je ne pourrai plus rentrer dans une maison* ». Elle déclare avoir des liens très forts avec beaucoup de personnes âgées, pour lesquelles elle s'inquiète. « *Jusqu'à maintenant je me valorisais dans ce travail, je remontais le moral des gens. Aujourd'hui, tout ce que j'ai fait n'a servi çà rien, çà m'a juste amenée à être en garde à vue, quelque part j'aime ce métier, quelque part je le déteste. Chez cette personne chez qui je suis accusée, je faisais bien mon travail.* »

Elise rappelle dix jours plus tard : « *Ça va à part quelques troubles de mémoire, pas de nouvelles de la CPAM et pas d'indemnités journalières* ». Elle ne dort plus comme avant, se lève fatiguée, a des réveils précoces et des difficultés à se rendormir. Elle me dit alors que son conjoint lui a dit de ne pas parler au médecin du travail de ses antécédents de dépression majeure après le décès de sa grand-mère. « *Je suis l'aînée de sept enfants avec un frère plus jeune de seize mois. On se faisait taper dessus par mon père et sa femme (divorce alors qu'elle avait 5 ans et demi). Mon frère est décédé à 22 ans d'un coma éthylique. Quand on me tapait, je ne savais pas pourquoi on me tapait. C'était en général sa faute. Cette garde à vue m'a ramené à tout ça. Je ne suis pas une victime. Je me suis mariée, j'élève mon fils avec des valeurs. J'ai l'impression d'être retombée d'un seul coup en dépression.* »

Elle est passée au bureau et voit une collègue qui habite le même village qu'elle. Elle ne peut envisager de reprendre le travail actuellement. Sa collègue qui a repris la maison où elle a été accusée de vol demande à la personne âgée de la suivre dans chaque pièce où elle intervient.

Nouvel appel téléphonique quelques jours plus tard : Elise a dû voir son médecin pour des céphalées rebelles mais a mal supporté le traitement, s'est trouvée confuse et a arrêté le traitement. Elle signale un retard de règles (qui aurait dû survenir le jour de la garde à vue). Nous sommes trois semaines après la garde à vue : « *Dans la journée, çà va mieux, j'ai pu faire du classement.* » Elle a rendez-vous dans une semaine avec le psychiatre. Elle n'est pas dépressive, du point de vue du médecin du travail et va faire la kinésithérapie prescrite il y a trois mois qu'elle n'avait pas fait faire.

Nouvel appel téléphonique, la semaine suivante, pour parler du chantage des gendarmes et de la menace de l'enfermer 48 heures dans une cellule. Elle veut quitter ce métier tout en culpabilisant d'avoir abandonné des personnes âgées. Elle ne veut plus prendre le risque d'être exposée à cette situation mais veut continuer à travailler pour être indépendante de son mari.

Elise rappelle avoir rencontré le psychiatre qui a prescrit du Rivotril^o. L'humeur reste fluctuante, mais elle dort beaucoup mieux et surtout se rendort. Elle ne fait plus de cauchemars mais des rêves. Elle signale la persistance de troubles de mémoire, culpabilise d'être agressive à la maison (« *J'ai vécu toute mon enfance dans un climat de violence* »). Elle a pu se rendre chez une personne âgée pour se faire payer (intervention comme mandataire), chez une autre pour lui faire sa liste de courses. « *Je veux bien rendre service, mais je ne veux pas de problèmes.* » Le médecin du travail lui recommande d'écrire sur son métier si elle s'en sent la force, suite au courrier reçu quelques jours auparavant. Sa sœur lui conseille de faire un bilan de compétences.

Chaque semaine, un nouvel appel téléphonique. « *D'autres soucis, ma sœur est hospitalisée pour maladie bipolaire. Ça bouffe du temps, de l'argent, de l'énergie, hier, j'étais à deux doigts de sauter par la fenêtre. J'ai ma mère qui m'a bien aidé financièrement qui va m'aider encore (le délai de l'enquête AT de la CPAM retarde le paiement des indemnités journalières). Mon problème, c'est mon fils qui a entendu ma conversation avec ma mère et a fait un cauchemar dont il a parlé ce matin. Au boulot, les collègues pensent que je devrais reprendre ; je ne m'en sens pas capable parce que "reprendre, c'est rentrer chez les gens". Je suis allée voir une personne âgée dont je m'occupais car elle devait être re-hospitalisée : je suis partie comme une voleuse car ma collègue arrivait après. Pourtant, je ne peux pas la laisser tomber, mais je ne veux pas que çà me retombe dessus.* »

En mars, il n'y aura que deux appels téléphoniques, dont un, pour informer du refus administratif de la CPAM, de reconnaître l'accident du travail. Le médecin du travail encourage Elise à contester en décrivant cette journée de garde à vue et ses effets persistants, car Elise a une vraie capacité à s'exprimer par écrit (courrier reçu le 12 février).

Le médecin du travail préparera un courrier pour le psychiatre pour lui demander d'écrire pour défendre le dossier accident de travail.

Vous suivez actuellement Elise, aide-ménagère, à laquelle j'ai conseillé de faire une déclaration d'accident de travail, au titre de syndrome subjectif post traumatique (copie du CMI que j'ai rédigé alors). La décision de la CPAM demandera un certain temps, puisqu'il y a eu d'abord un rejet administratif.

Je pense qu'il serait intéressant que vous lui établissiez également un certificat médical si vous estimez que ses problèmes de santé actuels ont un lien direct et essentiel avec sa garde à vue, liée elle à son métier.

La réponse du psychiatre :

Je réponds à votre courrier au sujet de votre patiente Elise. J'ai demandé à ma secrétaire de vous adresser en photocopie l'observation clinique et je vais également écrire au médecin conseil pour demander la possibilité de reprise à temps partiel thérapeutique.

En vous remerciant de votre humanité et de l'intention que vous portez à Elise.

L'observation du psychiatre :

Consultation du 10 février 2009

Cette dame nous est adressée par son médecin traitant. Il s'agit d'une dame qui est profondément affectée par une mise en garde à vue pour un vol qu'elle n'a pas commis, un vol de bijoux alors qu'elle est aide à domicile chez les personnes âgées. S'est enclenchée une véritable mécanique de « broiement » de la personne allant dans un contexte de suspicion général actuel qui pèse sur l'ensemble des acteurs d'aide à domicile, infirmières... sur la maltraitance.

Il y a eu plusieurs perquisitions chez elle et elle note : « dans ce métier, on ne vole pas...c'est le BABA du métier qui veut ceci ». Elle a été entendue par la gendarmerie sur les assertions d'une personne qui « m'a vu avec des bijoux ». Elle me dira un peu plus loin « Je vais porter plainte un de ces jours. J'ai été choquée », le médecin traitant l'a mis en arrêt-maladie pour une semaine, le médecin du travail l'a déclarée en accident du travail mais ceci n'est pas encore reconnu comme maladie professionnelle.

« Ça m'a renvoyé à plein de choses de mon passé, avec une remise en question de beaucoup de choses. C'est un gros problème, je ne dors plus beaucoup. J'essaie de faire des exercices de respiration mais cela ne marche pas beaucoup. »

Il est à noter dans ses antécédents qu'elle a subi une gastroscopie en août 2007. Il y a des moments d'angoisse le matin et généralement un quart de Lexomil^o est efficace. Le vol serait survenu le 21-23 mai et revient une question sans arrêt « Pourquoi ça me tombe dessus ».

Ordonnance de Rivotril^o et Micropakine^o pour un mois

Consultation du 10 mars 2009

Bon sommeil. À écrit au procureur du tribunal de grande instance pour avoir des précisions sur sa situation.

Traitement pour deux mois : Rivotril^o, X gtt le soir/ Micropakine 250, 1 cp le soir/Lexomil^o, 1/2x2.

Ira voir le médecin traitant pour prolongation d'arrêt de travail.

Consultation du 5 mai 2009

Nous revoyons ce jour Elise avec son mari en consultation, celle-ci est de nouveau très mal et surtout très en colère à la suite du refus de la CPAM. La première partie de l'entretien se passera à essayer de convaincre M. et Mme... qu'il n'y a pas de solution dans la procédure face aux administrations en général ; notre expérience nous a montré de façon répétitive que celles-ci ne pouvaient mener qu'à des escalades voire à des contextes quasiment paranoïaques. La procédure et la théâtralisation judiciaire qui en résultent n'ont jamais représenté une thérapie efficace pour les personnes leur permettant de se sortir des épreuves qu'ils traversent.

La deuxième partie de la consultation portera donc sur l'estime de soi qui a été gravement endommagée et abîmée par la calomnie et Elise qui ne manque pas de culture fait remarquer que tout est pratiquement dit dans le grand air de la

calomnie de l'opéra Le Barbier de Séville de ROSSINI, ce qui est exact. Ici toute la problématique de la rumeur en général et de la dénonciation calomnieuse ou de la délation en particulier qui est posé.

Dans un troisième temps, on remonte alors à une situation qui semble particulièrement dramatique pour Elise et qui consiste dans le fait d'être fâchée avec son père qui est professeur d'université. Le père manifestait souvent des accès de violence, d'autres moments des abattements dépressifs et lise se comportait comme une fille tout à fait loyale, soucieuse d'aider son père à sortir de l'enfer de la dépression. Il est fort probable que le père ait présenté des accès d'oscillation de l'humeur et au plan inconscient une « maladie d'idéalité ». Il s'avère que l'image paternelle est à double face : d'une part une figure archaïque maltraitante surtout psychologiquement et d'autre part une image d'un père en détresse émouvante et qu'il convient d'aider. Deuxième versant à laquelle Elise se sent particulièrement loyale, nous travaillons donc sur la possibilité de pouvoir reprocher en mots plus par une lettre qu'elle n'enverra pas, cette maltraitance au père et que celle-ci soit posée par des mots. Voire dans un second temps, lui pardonner, surtout lui pardonner d'être inscrit dans une condition humaine donc imparfaite et faillible. Monsieur est très aidant dans la consultation et joue un rôle très positif de soutien. La colère d'Elise parvient à s'exprimer et l'entretien se déroule de façon tout à fait satisfaisante. Je vais écrire au médecin-conseil de la CPAM en demandant s'il est possible d'envisager une mesure de reprise à temps partiel thérapeutique. Il semble important actuellement qu'Elise puisse retravailler partiellement ne serait-ce que pour avoir une amélioration effective de l'estime d'elle-même et commencer à dépasser le drame dans lequel elle s'est trouvée plongée.

Le 19 mai, appel téléphonique d'Elise. Le dossier judiciaire a été classé sans suite le 26 février 2009 pour motif « infraction insuffisamment caractérisée » (information donnée à l'intéressée par sa hiérarchie et le maire de sa commune). Elle peut maintenant envisager de reprendre le travail début juin à temps partiel encouragée par le psychiatre.

Nous sommes maintenant début juin, cinq mois après la garde à vue. Elise a pris rendez-vous pour faire le point. Elle apprécie beaucoup d'avoir été reconnue en accident de travail (décision du 25 mai) et remet au médecin du travail la copie du courrier manuscrit, écrit serré de douze pages, qu'elle avait rédigé pour la CPAM pour décrire ce qui lui était arrivé. Elle est toujours sous Rivotril^o et Micropakine^o. Elle se sent beaucoup plus agressive que par le passé. Elle envisage de reprendre le travail « bien qu'ayant pris ce métier en horreur ». Elle évoque la question de l'humanité, de la justice et du mensonge.

Le médecin du travail lui explique que la reconnaissance en accident du travail peut lui permettre de faire assez rapidement un bilan de compétences et lui propose, en vue de ce bilan de compétence, d'évoquer son dossier avec sa correspondante des services de maintien dans l'emploi à qui elle donnera ses coordonnées (et réciproquement). Elise évoque également la rencontre avec le psychiatre et semble trouver

drôle l'idée de la lettre à écrire à son père, à écrire puis à déchirer.

Fin juin, Elise a repris à temps partiel depuis une semaine et fait le point par téléphone. Les deux jours précédents la reprise de travail ont été marqués par des troubles anxieux : des diarrhées importantes et des pleurs. Elle a repris chez de nouvelles personnes âgées (demande d'aménagement formulée par le médecin du travail et acceptée par l'employeur). Elle dort mal et se sent « vidée » après chaque intervention.

Elle dit essayer de ne pas trop s'investir, garde une activité bénévole dans un magasin de vêtements. Elle a assisté à l'assemblée générale de son association, a senti ses collègues plus réceptives depuis qu'elle avait repris à mi-temps. Elle souhaite néanmoins changer de métier. Le médecin du travail explique que le temps partiel peut se prolonger, ce qui laisse le temps de récupérer et de préparer une reconversion. L'asthénie du matin persiste et Elise éprouve la nécessité de siestes quotidiennes.

Elise tiendra un mois à mi temps. Elle a des soucis financiers. Tout n'est pas régularisé avec la CPAM. Le projet de bilan de compétence avance, mais les délais sont longs. Le médecin du travail réexplique qu'il ne faut surtout pas démissionner, qu'il faut attendre d'être mieux pour prendre des décisions définitives. « *Je me suis mise à détester ce travail ; cette épreuve, c'est pire qu'un deuil.* »

Lettre du médecin du travail pour nouvelle prescription d'arrêt de travail :

En l'absence de son médecin traitant habituel, le Dr X..., actuellement en congés, vous allez recevoir Elise, aide ménagère, qui présente un stress post traumatique reconnu comme accident de travail, remontant à des événements violents en janvier dernier. Elle est suivie parallèlement, pour cette raison par le Dr Psychiatre. Une tentative de reprise de travail à temps partiel thérapeutique d'une durée de un mois s'avère trop précoce ; elle est très angoissée tous les matins, les gastralgies ont augmenté, elle rentre épuisée d'une demie journée de travail, malgré le traitement. Elle a à nouveau une aménorrhée.

Elle dit vouloir démissionner, ce qui n'est pas du tout souhaitable car cela retarderait tout ce qui est mis en place (bilan de compétence) pour lui permettre de rebondir dans un autre emploi.

Par ailleurs l'impact sur l'humeur est important et dégrade les relations familiales « Je ne supporte plus rien, je suis toujours d'une humeur exécrationnelle ».

Il est indispensable que lui soit prescrit, à nouveau, un arrêt de travail à temps plein, en accident de travail.

Contact téléphonique avec l'employeur, pour informer et remercier de ce qui est tenté pour permettre le rétablissement d'Elise. Il n'y a pas de difficulté particulière du côté de l'employeur, bien que la période des congés d'été soit une période difficile dans l'organisation du travail. Le médecin du travail informe l'employeur de la durée parfois importante des arrêts dans ce type de situation.

Un an plus tard, Elise n'a pas repris le travail ; le bilan de compétences lui donne envie d'apprendre le métier de bibliothécaire, mais elle est lucide sur les difficultés d'emploi dans ce secteur. « *Ça fait du bien, ça ouvre des perspectives, c'est l'espoir d'autre chose.* » Il s'avère qu'elle aime toujours le travail de relation auprès des personnes âgées et qu'elle a du mal à renoncer à ce travail, même si elle a mal vécu la tentative de reprise. Elle a entrepris une psychothérapie « *qu'elle aurait dû faire depuis longtemps depuis douze à quinze ans* ».

C'est dans les suites de la garde à vue que le médecin du travail aura accès aux éléments de l'histoire personnelle d'Elise, qui expliquent sans doute partiellement l'intensité de la réaction d'Elise face à ces accusations ; elle fait d'ailleurs très bien elle-même le lien entre ce qu'elle vit et ce qu'elle a vécu dans son enfance. Mais à l'inverse du psychiatre, le médecin du travail s'appuie sur le travail, sur la réalité concrète du moment pour mettre en place des mesures de protection : aider et soutenir la déclaration en accident du travail, accompagner en restant disponible pour des entretiens téléphoniques itératifs, aider aux démarches de reclassement éventuel.



Vente en librairie – Prix : 17,50 € –
Éditions PRIVÉ – 2008 – 185 pages

AGIR COMME MÉDECIN DU TRAVAIL

FACE AUX SUICIDES PROFESSIONNELS

Dominique HUEZ, médecin du travail

En 2006, selon une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, ministère des affaires sociales) plus de 10 400 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Les suicides sont aux trois quarts masculins. Le taux de suicide, s'il a baissé de 20% en 25 ans, a pourtant diminué trois fois moins vite que le taux des morts violentes. En outre depuis 2000, il a augmenté pour les 45-54 ans, notamment pour les hommes. Pour les 25-34 ans, les suicides constituent la première cause de mortalité pour les hommes, la deuxième pour les femmes. Le taux de suicide augmente avec l'âge plus fortement pour les hommes que pour les femmes. Au sein de l'Europe de l'Ouest, la France présente les taux de décès par suicide les plus élevés après la Finlande.

LE RÔLE DU TRAVAIL FORTEMENT SOUS ÉVALUÉ

Habituellement, on envisage un lien entre suicide et travail lorsque l'acte survient sur les lieux de travail et que l'auteur y laisse également une explication. Sur cette base, le nombre de cas, en France, s'élèverait à 500 suicides par an. Ce n'est pourtant que le sommet visible de l'iceberg d'un phénomène social majeur et sans visibilité. On sait également que la surmortalité par suicide pour la catégorie des ouvriers par rapport à celles des cadres supérieurs et professions libérales est passée d'un rapport de 2,3 (de 1979 à 1985) à 2,8 (de 1987 à 1993) aux dépens des ouvriers et employés.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie a finalisé en 2009 un état des lieux des suicides pour lesquels elle a reçu une demande de reconnaissance comme accidents du travail, de janvier 2008 à juin 2009. Selon cette étude la CNAM a reçu 72 demandes, dont 39 ont été rejetées, 5 sont en cours d'examen et 28 ont donné lieu à une reconnaissance. Dans 85% des demandes reçues par la CNAM, les victimes étaient des hommes, essentiellement âgés de 40 à 57 ans et, dans plus d'un cas sur deux, le suicide est intervenu sur le lieu de travail.

Les transformations récentes du travail n'ont pas entraîné une dégradation générale de la santé au travail mais elles ont accru les inégalités et les risques. Les suicides en rapport avec le travail font écho à cette transformation de fond du travail. Il est fort probable que, pour un minimum de 25% des suicides des adultes en âge de travailler aujourd'hui en France, le travail soit effectivement l'élément explicatif

direct et essentiel. Cela reste à démontrer. Il nous faut donc, comme médecin du travail, investiguer le lien entre le travail, où nous passons les trois quarts de notre vie éveillée en situation professionnelle, et le suicide.

DÉFINIR DES RÈGLES PROFESSIONNELLES FACE AU SUICIDE POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Schématiquement, 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 » ; l'économie du désir ne concerne pas le médecin du travail professionnellement ; l'économie du « Travailler », du Faire ensemble s'exprime généralement dans le travail, mais aussi dans toutes les activités dans la Cité où chacun peut être reconnu pour sa « contribution ». L'effondrement de la dynamique de mobilisation psychique au travail, un « travailler » effondré, peut libérer la pulsion de mort. Si l'un de ces deux soutènements s'effondre, désir ou travailler, la vie peut basculer.

C'est cette Centralité là du travail que le médecin du travail doit penser avec les sujets dans les consultations, pour appréhender le risque de suicide professionnel. Les sujets qui mettent fin à leurs jours sont généralement ceux qui sont les plus mobilisés dans leur travail. Ils ont perdu la capacité de se désengager professionnellement pour prendre soin de leur santé. Or ces personnes ne laissent généralement rien paraître de la possibilité qu'ils auraient d'être envahis par la pulsion de mort. Le travail peut devenir pour elles activisme, pour faire face aux demandes sans fin des entreprises, pour fuir la peur, parfois la honte de devoir « travailler de cette façon ». Ils ne peuvent plus compter sur les collègues 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 hors de ce monde. Ce qui aggrave alors le risque suicidaire au sein d'une collectivité de travail est justement la fragilisation du collectif, du travailler ensemble, le repli sur des micro-coopérations. 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. La multiplication des suicides résulte de l'expérience éprouvée individuellement du silence d'autrui. Le suicide en rapport avec le travail est principalement une pathologie de la solitude. Il n'y a plus d'adossement possible au collectif de travail.

L'absence de réaction collective après un suicide peut avoir des conséquences désastreuses. Le silence aggrave le sentiment d'impuissance, de résignation, voire de désespoir. Il est particulièrement grave si le suicide est un acte d'accusation indiquant que le travail est en cause dans l'issue fatale. Du point de vue psychopathologique, l'absence d'élucidation est une erreur pratique et déontologique. 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. Le rôle du médecin du travail est d'instruire 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 pour 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. Il a aussi intérêt à ouvrir son cabinet aux collègues de travail de la victime qui voudraient trouver sens à ce qui est apparemment impensable.

Face à un suicide dans une 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 trace 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, dans ce cas, il aurait agi plus tôt par tout acte de « préservation de la santé individuelle » qu'il aurait jugé approprié. La veille médicale peut apporter un éclairage singulier sur le contexte collectif de ce suicide, comme une éventuelle « alerte médicale de risque psychosocial ». La reconstitution compréhensive de la trajectoire professionnelle, individuelle et collective, confrontée aux éléments de la vie familiale et affective permet alors de mieux comprendre.
- D'autre part, dans les dossiers médicaux des autres membres de cette 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 que 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 dans des lieux appropriés comme les CHSCT ou CE, lors des rapports annuels ou dans les fiches d'entreprise.

LE MÉDICO-LÉGAL POUR DÉSINGULARISER ET DONNER ACTE DU RÔLE DU TRAVAIL

Pour les suicides sur les lieux de travail, la déclaration en accident du travail est de droit. Pour les autres situations, le plus aisé juridiquement est la déclaration en AT d'un événement initial, même apparemment peu grave vu de l'extérieur, 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 irrespectueuse 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'événement initial du côté du travail et de rendre compte de l'atteinte progressive ultérieure de 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 les ayants droits pourront déclarer en maladie professionnelle 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 ». Le médecin du travail pourra utilement rédiger un certificat médical de maladie professionnelle et le rapport d'analyse du lien santé-travail que lui demandera le CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) si les ayants droits font une telle déclaration de maladie professionnelle. Toutes les traces médicales attestant de ce lien à partir d'une investigation clinique, aussi bien par le médecin du travail que par le généraliste ou spécialiste 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.

LES ACTIONS DE PRÉVENTION

Elles passent par le fait de rouvrir la capacité des travailleurs à penser le travail à partir de l'expérience qu'ils en ont dans ses formes actuelles. Cela passe aussi par ce qui peut recomposer le vivre ensemble, donc par la parole, la mise en délibération collective des difficultés de contribution des sujets au travail. Cela nécessite de rendre les salariés acteurs de la transformation, de remettre le travail réel au centre de la discussion, d'intégrer l'encadrement intermédiaire aux débats, de faire repartir la délibération spontanée

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ DEJOURS Chr. *Conjurer la violence : travail, violence et santé*, sous la direction de, Paris, Payot, 2007
- ♦ DEJOURS Chr., BÈGUE F., *Suicide et travail que faire ?*, Paris, PUF; 2009
- ♦ HUEZ D, *Une situation de décompensation psychopathologique collective aigüe dans un service de servitudes nucléaires de 75 personnes*, in Actes du Colloque International de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail tome I, CNAM, Laboratoire de Psychologie du travail éditeur, 4^e trimestre 1997, p 77-86
- ♦ HUEZ D., *Souffrir au travail, comprendre pour agir*, Paris, Privé, 2008

LES « AUTOPSIES PSYCHIQUES »

POUR NE PAS INVESTIGUER LE TRAVAIL

Dominique HUEZ, médecin du travail

UNE MÉTHODE DE RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS

Initialement dans le monde anglo-saxon, l'autopsie psychique ou psychologique est une méthode de recherche. Son objectif est de comprendre tant les circonstances que l'état d'esprit de la victime au moment de son acte. Ce type de méthode comprend une reconstruction du style de vie, des comportements et des événements vécus par l'individu. Ainsi, l'autopsie psychologique est une analyse rétrospective. Elle comprend des dimensions spéculatives et probabilistes. Le but recherché par l'autopsie psychologique est de récolter le maximum d'informations relatives aux circonstances du décès et de mettre à jour les raisons du suicide pour finalement contribuer à révéler des facteurs de risque.

Les principaux objectifs primaires de l'autopsie psychologique sont d'identifier et expliquer les raisons du suicide, évaluer les facteurs de risque suicidaire que présentait la personne décédée, comprendre pourquoi une personne a choisi de se suicider, accumuler des données pour mieux comprendre le comportement suicidaire, dans une démarche de prévention, d'évaluer l'implication d'un tiers dans le processus suicidaire, de disposer d'un outil de recherche pour aider à la compréhension et à la prévention du suicide, de disposer d'un outil thérapeutique permettant d'aider les survivants d'un suicide.

Dans certains pays, l'autopsie psychologique peut aussi se révéler une aide pour les compagnies d'assurance et leurs avocats dans le cadre de litiges concernant des contrats d'assurance-vie.

Manifestement, il existe des conflits d'intérêt entre les aspects de recherche et les considérations éthiques. L'agrément d'un comité d'éthique concernant le protocole de recherche est indispensable, tout comme la supervision de chercheurs qui mènent les entretiens, et ceci pour garantir le respect des recommandations éthiques. Trois domaines doivent être tout particulièrement pris en considération : garantir le respect de la personne suicidée, garantir le respect comme la santé de la personne interrogée. À propos de respect de la personne suicidée, il est important de ne pas révéler aux proches des éléments que le sujet souhaitait garder privés.

LES AUTOPSIES PSYCHIQUES POUR PRIVER DE DROITS MÉDICO-LÉGAUX ?

Ce débat est survenu médiatiquement parce que dans le rapport Légeron-Nasse, il a été proposé qu'elles soient systématiquement introduites pour instruire la causalité médico-légale. Tollé massif dans le monde syndical et médical ; retrait de la proposition par le ministère.

D'autre part, des officines de consultant expert pour les entreprises ont commencé à les introduire dans les investigations qu'ils mettaient en place après une série de suicides. Enfin on disposait d'une méthode objective !

Enfin des cabinets experts naviguant entre l'audit au profit des entreprises et l'expertise des CHSCT ont commencé à les adjoindre à leurs propres enquêtes socio-quantitatives. L'introduction de psychiatre ès qualité ou de psychologue clinicien allait donner du crédit à des opérations de recueil numérique de données.

Cette méthode présentée comme objective allait pouvoir se déployer en surfant sur la culpabilité des acteurs ; enfin on saurait de « façon objective » les raisons de ce drame incompréhensible.

Et puis le dérapage attendu est arrivé, une autopsie psychologique s'est retrouvée citée par l'entreprise RENAULT pour expliquer, dans l'instruction d'une faute inexcusable à l'encontre d'un de ses salariés, que oui, il y avait peut-être de nombreux déterminants professionnels dans le mal-être de ce centre de recherche, mais que dans le cas d'espèce, le profil de personnalité du sujet, son histoire, son parcours étaient les éléments explicatifs du passage à l'acte. Et cela était certifié par le rapport d'autopsie psychique signé ès qualité par un psychiatre, présenté comme tel sur le rapport remis par son « Employeur cabinet d'expert » au Procureur, sans qu'il soit rapporté que le psychiatre s'y soit opposé, ait imposé la présence de l'Ordre des médecins pour une éventuelle saisie d'un dossier médical individuel dans lequel la personne était très concrètement identifiable. Ce n'est pas la famille qui a remis le dossier médical au Procureur. Aucune saisie judiciaire n'a été diligentée par un juge d'instruction.

Ici, les partenaires sociaux en CHSCT aimeraient bien connaître le contenu d'une telle autopsie psychique intro-

duite, à l'insu de leur plein gré, dans une enquête audit offerte par l'entreprise au CHSCT. Objection à leur communiquer puisqu'il n'était pas prévu de publicité individuelle sur les autopsies psychiques ; déontologie oblige ! Qu'à cela ne tienne, les « dossiers médicaux individuels », car c'est bien de cela qu'il est question dans la rédaction d'un rapport d'autopsie psychique, sont lus en CHSCT, sans l'accord des ayants droits ! Les cas sont aisément identifiables par les personnes présentes.

LA CONFRONTATION AUX SUICIDES PROFESSIONNELS FAIT PERDRE LES REPÈRES DÉONTOLOGIQUES AUX MÉDECINS !

Ainsi, dans les cellules d'écoute, des médecins du travail doivent mettre en commun avec des RH et Assistants sociaux des éléments individuels relevant du secret médical. Ainsi, des entreprises déploient après des drames humains, des médecins se présentant comme tels, et sans statut d'aucune sorte, n'intervenant pas comme consultant du médecin du travail, mettent en œuvre des entretiens médicaux individuels à visée de prévention et thérapeutique, et servant de support à la rédaction de rapport d'audit pour l'entreprise.

Et maintenant on découvre que des psychiatres se présentant comme tels et investiguant des drames individuels, seraient eux-mêmes dispensés du respect du secret médical !

Constatons qu'il y a un lien entre

- la prétention des entreprises à prescrire l'intervention médicale face aux risques psychosociaux des organisations du travail aux dépens des responsabilités « personnelles et professionnelles » des médecins du travail ;
- et l'abstention des mêmes entreprises à réinterroger leurs propres organisations du travail délétères. La gestion « pseudo médicale » des risques par les entreprises leur permet de ne pas procéder à l'évaluation des risques qu'elles génèrent.

Ainsi en promouvant toute méthode qui leur garantirait que le travail ne serait pas investigué dans l'instruction des suicides professionnels, ce qui est le cas des autopsies psychiques, les entreprises disposent d'une méthode qui va encore plus stigmatiser les personnes, et faire l'impasse sur les logiques socio-organisationnelles à l'œuvre à l'origine des conflits sur le travail.

Les autopsies psychiques ne sont pas une aide pour investiguer le « travailler » et le travailler ensemble. Leur méthode ne permet pas de voir les manques, les creux, dans les coopérations, les collectifs de travail, les logiques et dynamiques sociales. Une méthode d'enquête qui ne prévoit pas dans sa méthodologie d'investiguer le travail collectif, au mieux ne sert rien ! Dans un tel cas ne pourront être découverts que des fragilités et problèmes relationnels individuels à jamais incompréhensibles, des fragilités du « travailler » sans possibilité d'en comprendre les ressorts. Jusqu'à preuve du contraire, c'est le cas des autopsies psychiques ! La perte de repères déontologiques invalide leurs médecins promoteurs. Leur déploiement par des cabinets d'audit au cœur de

nombreux conflits d'intérêts les rend suspectes en dehors de leur emploi comme outil de recherche. Leur philosophie de base de rechercher des facteurs de risque individuels sans avoir la capacité de prendre en compte la question du travail et des logiques sociales qui y sont à l'œuvre ne leur permet pas de s'inscrire dans un projet de prévention collective des organisations du travail délétères. L'introduction d'une pratique médicale qui prétend ne pas relever pour son exercice du code de la santé publique, tout en lui permettant d'avoir accès à des informations médicales en « toute discrétion », pour des investigations au profit d'un commanditaire en conflit d'intérêt majeur, la discrédite.

Les autopsies psychiques n'ont rien à faire dans une pratique d'expertise de CHSCT qui vise elle, à la prévention collective. Quant aux médecins du travail qui y contribuent, ils ne peuvent oublier que leur responsabilité de détenteur du secret médical individuel n'est pas dédouanée au prétexte de la qualité de médecin « d'un autopsieur psychique » fut-elle déguisée sous le terme de « postvention ».

UNE SOLITUDE CONSTRUITE SOCIALEMENT PAR UN MANAGEMENT DE LA DÉSESPÉRANCE

La surcharge de travail quand elle casse les stratégies des coopérations antérieures, isole les salariés et les empêche de contribuer à transformer l'organisation de leur travail. Ils perdent leurs savoir-faire de prudence professionnelle, donc 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. Les nouveaux modes de management prescrivent les résultats du travail et évaluent les performances individuelles sans rapport avec le travail. Ils génèrent l'effondrement des coopérations, des collectifs de travail, du vivre ensemble. Ils construisent l'isolement et ouvrent aux pathologies de la solitude. L'évaluation individuelle des performances culpabilise à l'extrême et atteint profondément l'estime de soi. Isolé, on se sent comptable et coupable de cela. Devoir mal travailler, devoir faire ce que l'on réprouve, la non prise en compte des difficultés pour la réalisation du travail par un management privilégiant la gestion financière aux dépens du travail, appliquant des « normes » vides de sens, génère la souffrance éthique, la « dé-sol-ation », engendre la honte et la haine de soi.

INVESTIGUER LE LIEN SANTÉ-TRAVAIL

Un travail clinique est souvent essentiel pour comprendre les difficultés du « travailler », du faire ensemble. Son objet est d'investiguer, de comprendre le travail et ses enjeux subjectifs. Il prend en compte l'inscription dans le collectif, facilite le récit pour « comprendre avec ». Son projet est d'explorer le « travailler », le faire, le faire ensemble. La peur, la honte font souffrir. Le travail d'élaboration rend intelligible les conduites. Le médecin du travail doit permettre de sortir des dynamiques culpabilisantes et victimisantes, tout en donnant acte d'un passé maltraitant ou désespérant. Il est important de désingulariser pour nourrir le débat col-

lectif et la controverse sur le travail. Cela permet de passer de l'individuel au collectif, de lutter pour préserver son pouvoir d'agir.

Le médecin du travail agit dans l'intérêt exclusif de la santé du sujet. Il permet le soin d'urgence, mais aussi l'ouverture à la compréhension du sujet du sens des événements. Cette posture de clinicien de première ligne, de veilleur et de témoin provoque légitimement de sa part une défiance pour des démarches de gestion de l'ordre public ou managériales qui procèdent d'autres paradigmes. Le métier de médecin du travail est de différencier l'urgence du point de vue de la santé au travail, de l'urgence gestionnaire des risques. Il est d'ouvrir à de nouveaux espaces de transformation d'une organisation du travail plus respectueuse de la santé des hommes et des femmes. L'action du médecin du travail en prévention primaire des risques psychosociaux des organisations du travail est de préserver ou reconstruire un « espace de délibération » au travail pour reconstituer les bases relationnelles du vivre ensemble, d'y reformer les bases de la coopération pour y construire de nouvelles règles professionnelles.

C'est donc en « veillant médicalement » au quotidien auprès des collectifs de travail que les médecins du travail seront en mesure de prévenir les décompensations suicidaires, en repérant ce qui aggrave fortement telle situation collective de l'organisation de travail. L'effondrement de la santé de sujets « sentinelles », l'augmentation des symptomatologies de mal-être, troubles psychopathologiques ou somatisations nous incitera à agir. Le rétrécissement des coopérations, la perte du sentiment de communauté d'appartenance, les stratégies défensives psychiques pour ne plus penser un travail sans espoir, peuvent nous faire percevoir l'imminence d'un risque délétère majeur pour une collectivité. Vient alors le temps d'une « alerte médicale » pour risque psychosocial issu d'une organisation du travail gravement délétère. Un « danger grave et imminent » peut-être médicalement nécessaire à énoncer en responsabilité.

DÉFINIR DES RÈGLES PROFESSIONNELLES FACE AU SUICIDE POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Les sujets qui mettent fin à leurs jours sont généralement ceux qui sont les plus mobilisés dans leur travail. Ils ont perdu la capacité de se désengager professionnellement pour prendre soin de leur santé. Or ces personnes ne laissent généralement rien paraître de la possibilité qu'ils auraient d'être envahis par la pulsion de mort. Elles font face aux demandes sans fin des entreprises. Pour faire face à la peur, parfois la honte de devoir « travailler de cette façon », ils ne peuvent plus compter sur la confrontation avec les collègues pour construire de nouvelles règles professionnelles. 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 hors de ce monde. Ce qui aggrave alors le risque suicidaire au sein d'une collectivité de travail est justement la fragilisation du collectif, du travailler ensemble, le

repli sur des micro-coopérations. La multiplication des suicides résulte de l'expérience éprouvée individuellement du silence d'autrui. Le suicide en rapport avec le travail est principalement une pathologie de la solitude. Il n'y a plus d'adossement possible au collectif de travail.

L'absence de réaction collective après un suicide peut avoir des conséquences désastreuses. Le silence aggrave le sentiment d'impuissance, de résignation, voire de désespoir. Il est particulièrement grave si le suicide est un acte d'accusation indiquant que le travail est en cause dans l'issue fatale. Du point de vue psychopathologique, l'absence d'élucidation est une erreur pratique et déontologique. Le rôle du médecin du travail est d'instruire d'éventuelles causes organisationnelles.

LES ACTIONS DE PRÉVENTION

Allez chercher des facteurs de risques repérables dans la vie des salariés dans le cadre d'une expertise ayant pour but de chercher les facteurs de risques repérables au sein des organisations du travail pose un problème déontologique majeur. !

Il faudrait au contraire investiguer l'impact du travail sur la sphère privée et non l'inverse, où étudier pourquoi le travail ne permet plus de faire face aux difficultés de la vie, de construire son identité ou de surmonter ses angoisses ; autrement dit si des facteurs personnels peuvent conduire des salariés à se suicider, comment et pourquoi le travail ne leur permet-il pas de les en empêcher ? Si ce n'est justement parce qu'il y contribue. Car la question de fond est que lorsqu'une expertise se déroule juste après un où une série de drames, il convient à la fois de dresser un constat de la situation du point de vue du travail et des organisations et aussi de comprendre les processus liés à ce travail et à ces organisations qui ont conduit à ces drames. Il s'agit de comprendre en reconstituant l'histoire de cette souffrance qui s'est jouée dans l'entreprise, le mode d'organisation du travail qui favorise ou non le collectif de travail, influe sur son histoire, celle du métier, de l'acte de travail face aux contraintes... Comprendre, dans le travail, ce qui a pu conduire au drame du suicide, et pour cette clinique du travail nul besoin de secret médical. (ASD-Pro novembre 2009).

Les actions de prévention passent par le fait de rouvrir la capacité des travailleurs à penser le travail à partir de l'expérience qu'ils en ont dans ses formes actuelles. Cela passe aussi par ce qui peut recomposer le vivre ensemble, donc par la parole, la mise en délibération collective des difficultés de contribution des sujets au travail. Cela nécessite de rendre les salariés acteurs de la transformation, de remettre le travail réel au centre de la discussion, d'intégrer l'encadrement intermédiaire aux débats, de faire repartir la délibération spontanée.

BIBLIOGRAPHIE

- ♦ <http://asdpro.fr/>

ARRÊTER LA PENSÉE DES TRAVAILLEURS

UN PROJET IDÉOLOGIQUE

Alain CARRÉ, médecin du travail

LES ORIGINES DU LIBÉRALISME ÉCONOMIQUE

La mise en pratique du libéralisme économique apparaît d'abord en Angleterre puis dans le reste de l'Europe dans la première moitié du 19^{ème} siècle. Il dérive directement du libéralisme politique, mouvement né aux 17^{ème} et 18^{ème} siècles, et favorable au développement des libertés politiques et de conscience.

Le libéralisme politique rejette l'emprise de l'Église sur le Politique ce qui rend possible l'organisation et l'évolution de la société, à partir de l'Homme et sans autre fin que lui même. Cette émancipation en rupture avec une morale reposant sur des valeurs transcendantes permet de fonder les rapports sociaux sur la liberté individuelle.

Ce libéralisme préconise la nécessité de développer des contre-pouvoirs face à l'entité artificielle et dangereuse de l'État et de limiter sa toute puissance grâce à de nouvelles règles de droit, contre l'arbitraire, les excès de l'autorité et le despotisme.

Le libéralisme économique, bien qu'il en reprenne le premier terme, diffère du libéralisme politique, d'autant plus qu'il s'est développé en réaction aux élans révolutionnaires et à leurs excès. Il existe une différence fondamentale entre libéralisme politique et libéralisme économique : le libéralisme politique se veut une liberté de penser au profit de tous, alors que le libéralisme économique est une liberté d'agir au profit de certains. Le libéralisme politique s'affranchit de règles réductrices. Il va du singulier à l'universel. Le libéralisme économique s'affranchit de règles communautaires. Il va de l'universel au singulier.

Si des philosophes théoriseront le libéralisme économique tels Jeremy BENTHAM (libéralisme économique sans limite)

ou Stuart MILL (inspirateur du libéralisme économique social démocrate), le premier à poser les fondements du libéralisme économique fut Adam SMITH (*La richesse des nations*).

Alors que le libéralisme politique reposait sur trois principes : refus de la tutelle de l'Église, rejet de l'emprise des préjugés moraux sur le Politique, limitation des pouvoirs de l'État, le libéralisme économique préconise que l'Économie doit aussi gagner son autonomie, non seulement par rapport à la religion et à la morale mais aussi par rapport au Politique.

L'activité de production et d'échange de biens et de services n'a pas à répondre à d'autres considérations, à d'autres normes, que celles qu'elle se donne à elle même, dans son propre cadre, dans sa propre logique qui est celle du marché.

Le marché y est pris comme valeur naturelle, fondatrice, régulatrice, créatrice, à partir de laquelle doit s'échafauder le système social et politique. C'est en faisant appel aux intérêts individuels que se constituent le meilleur agencement social possible et le dispositif le plus apte à prendre en charge l'organisation et l'évolution de la Société.

À la fin du 20^{ème} siècle, le libéralisme économique remporte la victoire sur les idéologies économiques concurrentes, non seulement sur celles inspirées du marxisme, mais aussi sur les autres doctrines économiques capitalistes, notamment celles qui acceptaient l'intervention du politique.

Tendant à remplir tout l'espace disponible, non seulement il s'affranchit de tout contrôle public mais le libéralisme économique investit l'État et l'espace politique et social : l'économie est mondialisée, fondée sur la titrisation boursière qui devient l'étalon et déclinée dans les entreprises, sous forme d'une organisation du travail – le management libéral.

Une idéologie a pour fonction de modéliser le réel du monde, insaisissable de façon immanente, pour permettre aux êtres humains d'agir collectivement sur ce réel, en lui donnant une certaine réalité. C'est une construction sociale partielle et partielle, d'un certain « point de vue ».

Nous émergeons tous, sans exception, soit consciemment, soit inconsciemment à une, ou le plus souvent, plusieurs idéologies par exemple, religieuses, philosophiques, sociales, économiques...

Il s'agit d'un mode naturel, pour l'être humain, d'envisager la manière de « faire société ».

Mais, comme tout modèle, les « utilisateurs » conséquents d'une idéologie doivent toujours savoir qu'ils utilisent un outil de modélisation. Ils doivent être conscients que la vision du monde que permet son usage, n'est qu'une construction artificielle dont la confrontation au réel du monde doit être permanente, pour y être en adéquation. Nier le réel du monde conduit aux dérives que décrivent les philosophes du totalitarisme. On explique ces dérives par les trois caractéristiques cardinales d'une idéologie : sa prétention à tout expliquer, son affranchissement du réel, sa méthode inductive à partir d'une seule prémisse.

Ceci explique qu'une fois la prémisse énoncée, le point de départ défini, les expériences ne peuvent plus venir contrarier la pensée idéologique unique, pas plus que celle-ci ne peut tirer d'enseignement du réel. La réalité de l'idéologie s'est affranchie du réel.

Or le libéralisme économique vise à interpréter tout réel, y compris social, dans le but de le transformer, à l'aide d'un mécanisme « naturel » le marché. Ce mécanisme qui s'impose à l'Être Humain doit organiser le monde entier, et ceci jusqu'à la « fin de l'Histoire ». Quelle que soit la réalité sociale qu'il engendre ce système se veut inéluctable.

Le libéralisme économique a donc les caractéristiques d'une idéologie qui dérape. Et depuis quelque mois la faillite du capitalisme financier nous le démontre cruellement.

UNE MACHINE À ARRÊTER LA PENSÉE

À partir de 1990, dans l'économie mondialisée, les entreprises françaises sont frappées par des mutations majeures dont les effets se font sentir progressivement. Apparaissent l'externalisation du système productif et sa substitution par les entreprises de services, la financiarisation exclusive de la gestion de l'entreprise et la mise en place d'une organisation du travail liée à l'idéologie de la mondialisation, dont les techniques sont de nature politique et qu'on nomme « management ».

L'acharnement à détruire les entreprises gérées par l'État, et la Fonction publique, parfois au détriment des ressources qu'elles lui apportaient, outre le gisement de profit privé que génère cette destruction, révèle la nature idéologique du système. Si elles sont condamnées c'est qu'elles sont un contre exemple gênant d'entreprises souvent rentables du secteur public hors marché. Le principe de l'intérêt général s'oppose

au déploiement des intérêts privés. La notion de monopole de service public s'oppose à la libre concurrence du marché. La notion d'usager empêche le déploiement du service commercial au client. Le statut du personnel ne permet pas la mise en concurrence des salariés. Les compétences professionnelles des agents empêchent les stratégies de sous-traitance au moins disant. Elles constituent un obstacle au développement des techniques managériales.

En effet, il ne s'agit plus tant d'organiser le travail de la main d'œuvre que de prendre le pouvoir sur l'esprit de chaque travailleur afin d'en faire un rouage docile et productif, qui assume, sur sa santé, les contradictions du système.

Il faut sidérer puis arrêter la pensée critique. Alors, le « chacun pour soi » doit remplacer le « tous ensemble ». Cet arrêt de la pensée est au cœur du système puisqu'il constitue son moteur même et conditionne sa capacité de manipulation. La persistance d'une pensée critique empêche « l'enfumage » des salariés : elle met en doute la pertinence de considérer le marché comme objectif du travail, rappelle obstinément la réalité des situations, permet de fédérer des collectifs de salariés autour de valeurs professionnelles, s'oppose à leur instrumentalisation.

Or, pour isoler les salariés il faut les « dé-soler », c'est-à-dire, ôter toute possibilité d'espace temporel ou social d'échange entre eux. Ainsi le management libéral construit-il un décor, une toile peinte, par exemple celle de l'initiative et de l'accomplissement de soi. Il « raconte des histoires » dans tous les sens de l'expression. Il invente une réalité plus vraie que la réalité où les supposées évidences tiennent lieu de doctrine.

La question du travail et du « travailler » s'efface devant celles des comportements, de la motivation et de la concurrence. La souffrance qu'il engendre devient du stress qu'il faut apprendre à gérer pour qu'il devienne « bon ». La réalité du travail ne guide bientôt plus l'organisation.

Ceux qui résistent, les militants syndicaux par exemple, sont à écarter car ils apportent un déni insupportable au monopole de la réalité que prétend porter le libéralisme.

L'occupation de tout l'espace social permet de renforcer cet arrêt de la pensée critique dans le travail. Aucun redémarrage ne peut se produire hors de l'entreprise. Dans l'espace public, la question sociale est devenue comportementale. Le fait divers remplace les déterminismes sur lesquels on pourrait agir. Seuls demeurent les « signes » et disparaissent les « choses signifiées ».

Car, ces méthodes ont essaimé dans l'espace politique et social. Mélange d'idéologies défensives et d'idées reçues, ce qu'Alain BADIOU nomme le « Régime des opinions », se substitue à la rationalité des situations réelles. Pour lui, ce mode de pensée a gagné la société. Quand une société ne supporte plus la réalité et la dissimule derrière des opinions, des professions de foi factices et des « simulacres de vérité », dans laquelle l'*hubris* tient lieu de politique, c'est qu'elle est en voie de disparition. Or, la négation dans l'entreprise de la réalité du travail, la cécité sur l'activité de tra-

vail, la réduction du travailleur à un objet à valeur économique exclusive, qui se dissimulent derrière la « communication », sont la source même de la crise sociale.

La communication, celle de l'entreprise ou des femmes et hommes politiques, et ses tactiques sont en lien avec les travaux du théoricien Edward BERNAYS (1891-1995), auteur d'un ouvrage intitulé *Propaganda*. Comment manipuler l'opinion en démocratie, paru aux États-Unis en 1928. Le vocabulaire y occupe une grande importance : « *Utilise mes mots et bientôt tu penseras comme moi* ».

Comme cela était prévisible, les atteintes à la santé, notamment psychique, en lien avec la perte de la justesse et celle de la justice, sont vécues dans l'isolement, la culpabilité, le doute sur soi même, la souffrance éthique, et ont une très grande incidence parmi les travailleurs.

Mais ce qui est particulier c'est que, du fait de l'arrêt de la pensée, les liens de cette souffrance à l'organisation qui les génère ne sont souvent pas perçus. De même la crise mondiale, est mise au compte d'une perversion du système, voire de quelques uns de ses acteurs, « de pratiques perverses » alors qu'il est consubstantiel à la doctrine économique libérale.

Les syndicalistes eux-mêmes manquent de pistes de compréhension pour traiter les problèmes en amont, que génère le management libéral.

Savamment construits par le management libéral, l'arrêt de la pensée et la cécité sur les causes et les effets qu'ils génèrent, sont les puissants moteurs de l'aliénation sociale, de l'aliénation culturelle, notamment sectaire, et d'une partie de l'aliénation mentale.

Déchirer le rideau du management libéral, mettre en lumière ses méthodes, les critiquer, c'est :

- donner les moyens aux salariés d'accéder à la compréhension de ce qu'ils vivent, non pas du côté de leur individualité mais bien du côté du travail, afin de leur permettre de sortir de la culpabilité qu'ils ressentent et de reconstruire un sens de leur relation au travail, en particulier en lien avec les autres salariés
- créer les conditions d'un débat dans l'espace public de l'entreprise sur ces questions dans un but de prévention de ces risques. Il s'agit ainsi de permettre aux salariés de réinvestir collectivement l'organisation du travail.

Pour chaque salarié redémarrer sa pensée critique, c'est restaurer son pouvoir d'agir et recouvrer ainsi la capacité d'être au travail comme sujet et non d'avoir un emploi et de perdre sa vie à la gagner.



SANTÉ & TRAVAIL

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

Maquette plus aérée, sommaire mieux hiérarchisé, 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 : Cancers Professionnels, Mobilisation générale (65) ; Malaise à l'hôpital (66) ; Restructuration, les conditions de travail trinquent aussi (67) ; Aménagement des lieux de travail : à la reconquête de l'espace (68)

Pour vous abonner, renvoyer ce coupon à :

SANTÉ & TRAVAIL, Abonnements
12 rue du Cap-Vert – 21 800 Quétigny Tél. : 03 80 48 95 42
ou en ligne sur www.sante-et-travail.net

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

COMPTE RENDU DU CONGRÈS DE L'ASS. SMT – 13 ET 14 DÉCEMBRE 2009 –

Jocelyne MACHEFER, médecin du travail

Malgré des conditions de travail de plus en plus rocambolesques, en grande partie liées à la lenteur d'élaboration du nouveau décret sur les services de santé au travail, en l'absence d'accord entre les partenaires sociaux, les médecins du travail présents regardent défiler les ministres en tentant de garder le cap.

DU CÔTÉ DE LA JUSTICE : QUELQUES JUGEMENTS RÉCENTS POSITIFS

La justice rappelle quelques employeurs à la réalité, avec des jugements assez innovants :

- **MOTOROLA** : l'employeur avait mis en place l'évaluation individualisée contre l'avis d'un membre du CHSCT. L'évaluation individualisée ne peut être mise en place, pour des raisons d'obligation de sécurité et de résultats de l'employeur, si un membre du CHSCT donne un avis défavorable en séance en évoquant un risque pour la santé des salariés. L'employeur doit donc prendre note et tenir compte de l'avis émis par le CHSCT sur l'organisation du travail. Ce qui contraint la liberté d'entreprendre du dirigeant.
- **Amiante et faute inexcusable de l'employeur** : dans une entreprise, des pathologies professionnelles apparaissent, en lien avec une exposition antérieure à l'amiante ; la faute inexcusable de l'employeur est réfutée par la Cour d'appel. La Chambre sociale de la Cour de cassation reconnaîtra pourtant la faute inexcusable et l'employeur car lors de l'exposition des salariés aujourd'hui atteints, le danger était connu, de même que les moyens techniques pour y remédier. L'obligation de sécurité de résultats intervient dans ce jugement *a posteriori*.
- **SNECMA** : l'obligation de sécurité et de résultats s'impose à l'employeur qui décide de réorganiser son

entreprise. L'avis négatif du CHSCT et du CE, après qu'ils aient fait appel à expert, n'avait pas freiné la décision et le choix de réorganisation de l'employeur. Le tribunal d'instance, constatant que le projet n'était pas conforme au code du travail, avait ordonné la suspension de la réorganisation et prôné le dialogue social. La cour d'appel a confirmé le jugement du tribunal d'instance et ordonné l'annulation et suspension de la réorganisation. L'employeur s'est pourvu en cassation, pour atteinte à la liberté d'entreprendre. Non seulement l'atteinte au pouvoir d'entreprendre n'a pas été retenue mais la Cour de cassation a appliqué l'article L.230-2 du Code du travail à la gestion collective d'entreprise et a ainsi fait passer l'obligation de sécurité de résultats de l'individuel au collectif !

LA COMMISSION EUROPÉENNE : UN RAPPORT DÉFAVORABLE À LA PRÉVENTION

Un rapport tente de diminuer les charges administratives des entreprises :

- Après étude des directives européennes sur l'évaluation des risques, il propose de supprimer l'évaluation écrite des risques professionnels dans les petites entreprises.
- L'inspection du travail voit diminuer ses effectifs quand le pouvoir d'intervention des inspecteurs est remis

en cause avec le projet de les réduire au rôle de simples conseillers des entreprises.

- La formation et l'information devraient être restreintes car trop coûteuses aux entreprises.

LA RÉVISION GÉNÉRALE DES POLITIQUES PUBLIQUES (RGPP)

Elle démantèle les structures de l'état, avec des financements non plus aux missions mais aux objectifs. La logique d'organisation gestionnaire évacue le réel.

- L'exemple : la grippe H1N1. Malgré un dossier de prescriptions vaccinales finement ciselé, le réel a bel et bien résisté à l'organisation prescrite des vaccinations qui s'en est trouvée inadaptée.
- La restructuration de la direction régionale du travail noie le travail avec le commerce. L'inspection du travail passe par l'évaluation quantitative imposée, enlevant la cohérence de l'action sur la durée, par rapport aux entreprises.
- Les CRAM deviennent les COG : 46 objectifs prescrits doivent être atteints. « *On fait un bâton pour chacun des objectifs atteint mais on ne travaille plus. 36 comités de pilotage, 36 conventions qui s'y rattachent, 36 SST concernés. Le contrôle social a disparu ainsi que le travail et les professionnels ne sont plus sollicités pour penser ce qui peut être fait.* »
- Les projets de services de santé au travail : certains évoquent le projet proposé par le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) succédant au conseil supérieur de prévention des risques professionnels (CSPRP). Ne présente-t-il pas la fâcheuse tendance aux faux concepts entraînant l'adhésion ?
- Au plan juridique, jusqu'à ce jour, on avait encore la notion de mission des médecins du travail auxquelles se raccrocher... cette notion de mission va-t-elle disparaître ou être attribuée aux services de santé au travail et leurs dirigeants et non plus aux médecins du travail ? L'impression est que l'État se décharge sur les experts. On arrive à un état subordonné aux experts. Dans ce contexte, les risques psychosociaux ouvrent la fenêtre, avec des avancées du droit, en ce qui concerne la gestion de la santé par les employeurs. Pour l'État, on a l'impression qu'il faut en finir avec le chômage, la maladie, les services de santé au travail, en siphonnant le système. Actuellement, qui définit les orientations de chaque service de santé au travail ? Les professionnels sont éjectés de toutes les instances, comme les médecins dans les hôpitaux, comme à la CRAM ou à l'inspection du travail. Dans les services de santé au travail, les IPRP, sans statut, se retrouvent parfois salariés des GIE, sans contrôle social. Les prestations des IPRP sont vendues dans certains services, sans discussion des stratégies, sans élaboration de la pensée, pas même avec les IPRP.
- Le projet ministériel évacue la CMT et fait gérer les contradictions par les professionnels l'instrumentalisation se fait du côté de la gestion des risques.

LA NOTION D'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE

Elle reviendra souvent en débat au cours de ce Congrès tant elle apparaît fondamentale à l'exercice éthique et en responsabilité du métier de médecin du travail : un sous-chapitre n'apparaît pas dans ce compte rendu car développé par D. HUEZ dans cette même revue. Il s'agit de l'autopsie psychique.

L'INDÉPENDANCE FACE AU MÉDECIN RÉFÉRENT

S'il exerce en tant que tel parce que ses compétences sont reconnues par l'entreprise ou le SST qui l'emploie, s'agit-il d'une mission de direction ? Et si tel est le cas, agit-il en tant que médecin du travail ou pas ? Il peut agir au nom du service de santé au travail, sans que sa parole n'engage la direction. Exemple : lors d'un suicide sur les lieux de travail d'un établissement, le médecin référent des risques psychosociaux doit intervenir à la demande de la direction de l'entreprise qui l'emploie. Va-t-il communiquer ou pas avec son collègue, médecin du travail de l'établissement concerné ?

Quelques points de repère :

- Ce médecin référent a-t-il un ou deux contrats ? S'il a deux contrats (de médecin du travail et de médecin référent) dans l'entreprise ou en SST, le médecin référent qui intervient n'est plus un pair. Il est alors intéressant de repérer les avantages financiers, la notion de chef de projet.
 - S'il n'a qu'un contrat de médecin du travail, on peut considérer que la lettre de mission de l'employeur au médecin référent ne peut faire abstraction des règles éthiques qui guident l'action de chacun des médecins de terrain exerçant sur place et personnellement leur métier.
 - S'il n'a qu'un contrat de médecin du travail, le débat est possible : le référent a-t-il du temps pour sa mission ? Quel est son statut ? L'approche collective et la mutualisation sont-elles possibles avec pour objectif la construction d'une action de prévention collective avec les médecins du travail locaux ?
 - La délégation peut venir d'une décision acceptée par les médecins du travail eux-mêmes. Elle est alors explicite. L'élection, suivie d'un mandat, fait agir le référent en responsabilité professionnelle respectant l'avis des collègues.
 - La démarche du référent ne doit pas être expertise. Faut-il alors parler de qualification ? Jusqu'où va l'indépendance technique du médecin du travail ? Même si l'on a besoin de temps pour partager entre pairs et besoin de coopérations, force est de constater l'absence de cadre juridique du médecin dit référent. Et le médecin du travail de terrain restera toujours responsable, y compris dans la coopération, sur sa zone de responsabilité professionnelle.
- Il s'agit d'une indépendance vivante : elle s'exerce notamment quand il faut répondre de ce que l'on a fait, ou pas fait, devant la justice. Et cela indépendamment des circonstances et des compétences ou non du référent. La sectorisation des compétences pose problème en l'absence de relation de confiance.

➤ Dans l'exemple du suicide sur les lieux de travail, un médecin référent missionné par la direction sur les risques psychosociaux propose un suivi et un accompagnement par des entretiens individuels des salariés. Autant les entretiens individuels et collectifs avec groupes de volontaires peuvent donner lieu à une analyse collective du côté du travail, autant le suivi et l'accompagnement individuel sont du côté de la thérapeutique. Or, sur un plan réglementaire, l'exercice de la médecine du travail est exclusivement préventif. Comment argumenter le refus de coopération du médecin du travail local avec le référent ? Ne s'agit-il pas d'exercice illégal de la médecine du travail ? Ne faut-il pas en informer l'inspection du travail par courrier ? Les salariés ne doivent-ils pas en être informés ? L'affichage de la lettre à l'inspection du travail en salle d'attente ne s'impose-t-elle pas ?

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE FACE AUX CHOIX DES POLITIQUES DE PRÉVENTION

➤ **Épidémiologie** : L'indépendance se pose lorsque les médecins du travail envisagent une étude commune en santé publique avec un bon protocole, l'accord de la CMT, l'information de la Commission de contrôle. Quelles sont les marges de manoeuvre ? Les médecins inspecteurs du travail sont assez souvent sollicités sur cette question. Lorsque la direction demande des comptes, il s'avère que la protection de la déontologie est faible par rapport au travail collectif.

À l'inverse, il est licite de participer à l'émergence de connaissances. Mais quel prorata attribuer à chaque activité ? Il doit également être possible de choisir de participer ou pas aux enquêtes épidémiologiques. Dans certaines régions comme en Rhône-Alpes, la légitimité vient de la mise en place du statut de société savante qui permet de confier des études aux médecins du travail. Antérieurement, la responsabilité de moyens des services de santé au travail permettait la répartition des rôles : la CMT disposait d'outils pour l'organisation d'une politique de prévention du service. Désormais, l'orientation de la politique de prévention peut être le fait du directeur sans que les médecins se saisissent de cette question pour la faire émerger en CMT.

➤ **De la veille à l'alerte psychosociale collective** : La veille que représente la consultation en médecine du travail permet l'expression du vécu des conditions de travail des salariés et le repérage, par le médecin du travail, des effets sous forme de souffrances décompensées ou pas. L'accumulation des données au plan collectif donne la mesure du risque réel de ces conditions de travail et des conséquences cliniques collectives effectives.

Cette forme de veille qui utilise l'écoute compréhensive, individuelle par définition, permet d'établir le lien entre les risques relatés et les effets cliniques constatés au plan collectif. Elle se complète de l'inscription des traces, dans le dossier médical individuel, du diagnostic clinique et du récit du vécu des contraintes professionnelles. Ces traces doivent permettre l'analyse et l'alerte psy-

chosociale collective par le médecin du travail. Le but est la recherche de mesures de prévention collectives.

Les médecins du travail, se doivent de revendiquer ces actions de veille, dans un objectif double d'alerte et de trace dans le dossier médical.

L'outil d'alerte est bien entendu la fiche d'entreprise, outil à disposition du médecin du travail, présentée au CHSCT : elle part de la clinique sous forme de données quantifiées, qu'il s'agisse des inaptitudes en une seule visite, en raison de danger grave et immédiat, les déclarations de maladies à caractère professionnel, les AT que sont les réactions aiguës à un facteur de stress, les syndromes post-traumatiques, voire les maladies professionnelles telles que les syndromes anxieux ou dépressifs réactionnels.

La fiche d'entreprise peut être éditée et complétée au fil du temps, si besoin en lien avec l'inspection du travail. Elle est présentée aux membres du CHSCT que rien n'empêche d'aller mener une action prud'homale. Certains médecins du travail donnent l'adresse et numéro de téléphone de l'inspection du travail, des prud'hommes, aux salariés qui semblent décidés à mener une action collective. La prudence est la règle et le médecin ne poussera jamais personne à agir car cela ne fait pas partie de sa mission. Mais ne sous-estime-t-on pas les futures actions juridiques portées par ceux qui n'ont plus rien à perdre et qui permettent une régulation sociale, en somme !

Toutefois, dans le discours projet « DARCOS », malgré que le Code du travail prévoit l'obligation de sécurité de résultats, donc l'obligation faite aux employeurs de mener des actions, tout s'inverse : ce sont les services de santé au travail qui mettent en place les actions de prévention.

Les règles du passage de relais : l'alerte psychosociale collective doit obéir à des règles, elle associe les partenaires sociaux. Le médecin du travail est le tiers témoin.

DE LA GESTION DES RISQUES

Le ministre DARCOS mesure-t-il l'écart entre la mise en évidence des risques et des effets sur la santé par le médecin du travail et l'évaluation des risques par l'employeur ? L'indépendance actuelle du médecin du travail ne sera-t-elle pas balayée par l'intervention des directions de SST qui se substitueraient d'une façon ou d'une autre aux médecins du travail dans la rédaction de la fiche d'entreprise ? Avec en prime une approche sur le mode de la gestion des risques sous l'emprise de l'économique ?

L'aide des SST aux entreprises, leur mise au service de l'économique prend déjà le pas avec la mise en avant, dans le discours « DARCOS » du rôle utilitaire comme le maintien dans l'emploi, la traçabilité des risques. Il faut insister sur le fait que l'évaluation des risques professionnels n'est pas du domaine de la santé au travail : des structures doivent les aider qui tiendront compte de la contrainte économique. Celle-ci est hors champ des SST qui soutiennent la préven-

tion et non la gestion du risque sous l'emprise de l'économique. La veille décompte la souffrance, l'alerte ouvre à la mise en évidence de facteurs de risque et à la prévention.

LA COOPÉRATION AU SEIN DU SERVICE

Avec les IPRP : l'action collective et l'intervention des IPRP vont nécessiter une coordination et une restitution. Certaines coordinations passeront par le médecin référent, non responsable. Quelle définition du champ d'action ? Correspondant à quelles responsabilités, quelles obligations du médecin du travail sur son secteur d'activité ? La responsabilité des SST ne sera-t-elle pas transférée sur les médecins du travail pilotant l'équipe de prévention sur la base des données collectives ? Le directeur met en œuvre les objectifs sur lesquels le médecin doit s'aligner sous le contrôle et l'autorité du directeur du SST.

Les services n'ont pas que des IPRP (ex : formateurs « gestes et postures », PRAP). Le médecin n'est pas obligé de participer. De même, l'IPRP aurait besoin d'un statut clair. Il n'est pas subordonné au médecin. Il peut y avoir désaccord. Là encore, le médecin n'est pas obligé de cautionner ce qui ce qui le mène dans le mur par rapport à sa responsabilité individuelle. Rien ne doit être fait sur son secteur sans que le médecin en soit informé.

L'infirmière au sein de l'équipe médicale : l'infirmière fait partie de l'équipe médicalisée et le médecin lui donne accès aux dossiers qu'elle gère en l'absence du médecin. Elle a un rôle propre avec un cadre d'intervention individuel et collectif. Un médecin qui agit en responsabilité a besoin de règles pour exercer. La pratique spécialisée du médecin du travail doit pouvoir s'exercer et défendre l'approche par la clinique médicale individuelle et collective du travail, en s'appuyant sur quelques points de droit. L'équipe médicale qui ne peut être subordonnée, va cohabiter avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Mais le médecin doit revendiquer d'être jugé sur le métier et revendiquer son action en responsabilité. La construction de sa professionnalité doit se bétonner autour de la mission du médecin du travail.

Des règles pour l'action collective : quel rôle propre du médecin, de l'infirmière, des IPRP ? Chaque métier a son rôle propre. Quelles discussions entre les métiers ? Pour quelles règles de métier ? La responsabilité de moyens des SST n'est pas limitée à l'entretien individuel mais les pratiques collectives des médecins ne sont pas repérées comme en responsabilité.

FACE AUX RISQUES PSYCHOSOCIAUX BÂTIR LES RÈGLES DU MÉTIER

À partir des notes du dossier médical qui comporte les « récits » des salariés et les diagnostics cliniques qui s'y rapportent, le médecin du travail intervient sur les cas individuels, par la rédaction de la fiche d'aptitude, du certificat médical. Mais à partir de ces cas cliniques individuels, il rassemble ses notes pour une synthèse collective via la direction, le CHSCT.

EXEMPLES

➤ Première expérience dans une entreprise de service public

Le dossier médical comporte des prises de notes sur les éléments de la situation professionnelle. En quoi l'organisation du travail a-t-elle changé ? Quelle répercussion dans le service, et à ce poste de travail en particulier ? Le vécu du salarié est mémorisé au travers de phrases subjectives transcrites *in extenso* dans le dossier, entre guillemets.

L'ensemble de ces notes donne à comprendre et leur mise en forme réveille la pensée du médecin du travail par rapport à la situation collective, ouvrant des pistes, des hypothèses, qui vont nourrir les échanges futurs.

Dans l'entreprise, la réflexion et la rédaction de la synthèse vont se concentrer sur un service. La monographie s'élabore à partir de petits collectifs de 30 personnes. Elle raconte l'histoire collective d'individualités en guerre les unes contre les autres. On y inclut le somatique. L'objectif est de demander l'ouverture du débat. Maintenant si danger grave et immédiat.

Avec le temps, les monographies sur les collectifs peuvent ouvrir le débat sur le travail. Elles peuvent présenter des situations plus ou moins dégradées et, de ce fait, les interlocuteurs vont varier en fonction d'une atteinte ou non à la santé, et selon le degré de cette atteinte.

➤ Seconde expérience, en Centre hospitalier

Quand un problème surgit dans un service, le médecin du travail reçoit le personnel à la demande des personnes. Les responsables sont informés. Un exposé est fait au CHSCT de la représentation collective du problème. Contrairement au premier exemple, la peur et l'individualisation n'existent pas. Les collectifs sont présents (collectif infirmier). Un des signes de gravité est l'atteinte effective des coopérations mais avec la possibilité persistante de venir ensemble en parler à la consultation.

Dans cet exemple, le médecin n'aborde pas en CHSCT ni avec la direction les problèmes d'insuffisance des marges de manœuvre. Il débat plus aisément en CHSCT de problèmes d'horaires.

MÉTHODOLOGIE D'INTERVENTION

➤ De par son métier, le médecin du travail construit la représentation de la difficulté de travailler. Puis viendront les bagarres sociales, la médiation par le CHSCT. Il faut encourager le développement de la compréhension de ce qui fait difficulté au travail. La délibération se fera sans le médecin du travail. Le CHSCT négocie la force de travail. La lutte, le compromis ne sont pas ouverts au médecin du travail.

Les thématiques « altération de la santé du fait du travail » nommées, le médecin du travail laisse délibérer. La souffrance est la mise en évidence d'un problème de santé lié à l'organisation du travail. Si possible, on valorisera l'alerte « molle » en amont de l'alerte dure. Sans

se substituer au débat social, en aidant à sa possibilité. Toute la difficulté consiste à savoir jusqu'où on peut remonter vers la phase de veille pour alerter avant les dégâts, les souffrances, « l'enclume au-dessus de la tête » qui empêche la discussion.

➤ **La graduation de l'intervention** : le mouvement tendanciel va de la veille au danger grave et immédiat.

La veille : on parle d'alerte molle, contenue dans le rapport annuel.

L'alerte plus encadrée : elle est lancée deux fois par an, solennelle.

L'alerte pour danger grave et immédiat : elle peut être amenée, elle aussi, de façon graduée.

- ◆ Alerte à l'employeur sous forme d'un courrier avec simple information du CHSCT.
- ◆ Alerte du CHSCT envoyée à l'employeur
- ◆ Alerte du CHSCT avec demande de réunion dans les 48 heures pour un débat sur les conditions de travail. Les salariés devront débattre sur ce qui est écrit et donner leur avis.

Le médecin du travail anime le débat. Secrétaire du CHSCT et responsable sont des témoins silencieux. Remarques : le médecin du travail anime le débat qui sera repris en CHSCT. On parle exclusivement du travail. Les termes tiers-acteur et passeur sont bien les termes qui conviennent au rôle du médecin du travail puisque secondairement, les groupes de travail se démultiplient dans le service. Le médecin du travail est alors témoin muet. Il ne cautionne pas la réorganisation.

➤ **Le diagnostic d'atteinte à la coordination du collectif** : La consultation individuelle est le lieu, le temps d'investigation du collectif. Le salarié doit pouvoir parler du « paysage » de la vie professionnelle partagée au poste de travail. Y compris son attachement à l'entreprise, les traditions familiales et/ou professionnelles. Il doit pouvoir parler de la représentation qu'il se fait du contenu du travail, en référant aux valeurs partagées de l'histoire collective du travail. Le respect du travail peut dépasser l'entreprise, la région...

Au moment où je termine ce compte rendu, nous perdons la balise DARCOS ! Eric WOERTH n'a pas l'air de baliser pour autant ! Quant à nous... on a de quoi baliser, pourtant !

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

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENT : Dominique HUEZ

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Alain CARRÉ – Josiane CRÉMON – Annie DEVEAUX – Jocelyne MACHEFER – Nicolas SANDRET

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER : Alain RANDON

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Denis TEYSSEYRE

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Marie-Andrée CADIOT, Benoît DE LABRUSSE, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Michel GUILLAMOT, Florence JÉGOU, Claire LALLEMAND, Gérard LUCAS, Martine MANGIONE, Brigitte PANGAUD, Michèle PRÉVOST, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Martine TAVERNIER, Claire THOMASSIN, Jean-Louis ZYLBERBERG

CHANGEMENTS DES INSTITUTIONS ET DES PRATIQUES DE PRÉVENTION À L'ÉPREUVE DU RÉEL

Nicolas SANDRET, médecin du travail

Depuis plusieurs années, nous assistons à un bouleversement complet du système de prévention. Celui-ci s'appuyait sur trois « institutions » :

- l'inspection du travail,
- les institutions de prévention de la sécurité sociale,
- enfin, le système de médecine du travail.

Globalement, ces trois corps constitués ayant à se pencher sur les risques professionnels de l'entreprise sont trois corps de spécialistes avec trois systèmes de pensée différents – contrôle de l'application de la réglementation, logique assurantielle et logique de protection médicale – qui ne coopéraient finalement que très peu, sauf parfois sur le terrain. La question des risques professionnels était une affaire de spécialistes qui se traitaient en vase clos de même que l'entreprise en tant que lieu de production était un lieu clos sur lui-même ou quand était posée la question des risques professionnels, une prime d'insalubrité faisait souvent office de prévention.

LE TRAVAIL EN MARGE DE LA SANTÉ

Cette convergence de spécialistes du travail dans un monde fermé, d'où le juge et la société civile étaient exclus, a abouti finalement à ce que le « travail » – le temps du travail – ne soit plus pris comme un temps de vie mais bien comme un temps à part sur lequel peu de regards se penchaient, sur lequel il y avait peu d'interrogations sauf lors de grèves ou de conflits sociaux mais alors ce n'était pas le travail lui-même ou les conditions de son exécution qui étaient interrogés mais plutôt les termes des revendications.

Le travail est tellement à l'écart que, dans leurs réflexions, les spécialistes de la santé publique ne l'intègrent pas comme un déterminant de santé, comme si les huit heures passées en moyenne à produire ne pouvaient avoir d'effet – positif ou négatif – sur la santé globale des travailleurs !

La sous déclaration des maladies professionnelles, et en particulier des cancers d'origine professionnelle, a sans doute été un facteur important de mise en invisibilité de la nocivité de certaines conditions de travail et par ce fait de l'insuffisante implication des partenaires sociaux dans la prévention. À cet égard, l'exemple de la prévention des cancers professionnels est particulièrement éclairant. Dans les années quatre-vingt dix, il était coutume d'entendre dire qu'il ne fallait pas aborder la question de l'utilisation des produits cancérigènes dans l'entreprise car cela allait inquiéter les salariés et que, de toute façon, le problème était marginal, il suffisait de se pencher sur les statistiques des maladies professionnelles pour en être convaincu.

Le système qui s'était mis en place progressivement a sans doute été la marque d'une avancée sociale à une époque donnée mais cela a abouti à une occultation du risque professionnel. C'est cet ensemble que nous voyons entrer en crise aujourd'hui avec des tentatives de réponses aux nouveaux questionnements, face à la nouvelle organisation économique et sociale du début du 21^{ème} siècle. Ce changement ne touche pas que le monde du travail mais bien l'ensemble de la société, et en particulier les rapports du citoyen à sa santé, le scandale du sang contaminé, les actions d'associations de malades, etc., en sont des illustrations.

Dans le cadre des risques professionnels, le scandale de l'amiante a été le détonateur en interrogeant la place et la logique de toutes les institutions concernées par la problématique de la santé au travail, l'État au premier plan. Il a remis en cause les principes de base du système et a interrogé la responsabilité de chacun.

Quelques dates essentielles :

- Tout d'abord, l'arrêt de la Cour de cassation du 28 février 2002 concernant l'amiante. Il a fait passer l'obligation de moyens, c'est-à-dire l'application de nor-

mes réglementaires définies par l'État, qui pesait sur l'employeur à *une obligation de sécurité de résultats en fonction de l'état des connaissances*. Cet arrêt qui a secondairement été conforté par un autre arrêt concernant les accidents du travail marque une profonde rupture ou plutôt devrait marquer une profonde rupture avec les logiques antérieures qui prévalaient depuis le compromis social de 1898.

En effet, *le renforcement de la place du juge* dans l'interprétation des règles applicables à l'égard des accidents du travail et des maladies professionnelles responsabilise de façon accrue l'employeur. Il ne suffit plus de donner une prime d'insalubrité et/ou d'avoir appliqué strictement la norme pour être protégé des poursuites judiciaires actuellement dans le cadre de procédures civiles, qui deviendront peut-être pénales demain.

➤ Non seulement la logique assurantielle ne supplée pas à toutes les carences de l'employeur mais plus encore : ce dernier ne doit plus se contenter d'appliquer strictement la norme réglementaire, il lui faut de plus s'informer et prendre en compte les avancées de la connaissance pour mettre en place les moyens permettant d'atteindre la prévention la plus efficace possible dans son entreprise. Par exemple, il ne suffira plus de se contenter de respecter une valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP), si l'état de la technique permet d'obtenir un niveau d'exposition moins important. Une jurisprudence de la Cour de cassation du 9 juillet 2009 a rejeté le pourvoi d'un employeur ayant contesté que la cour d'appel ait reconnu comme faute inexcusable une maladie professionnelle faisant suite à une exposition à de l'amiante, alors que les mesurages effectués à l'époque étaient inférieurs aux valeurs limites de l'époque. La Cour s'est appuyée sur le fait que l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel le salarié était exposé et qu'il n'avait pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

DE L'ÉVALUATION DES RISQUES

Cette obligation de résultats est aussi liée à l'obligation de l'évaluation des risques dans les entreprises induites par la directive cadre du 12 juin 1989 et transposée en droit français en 1991. Mais elle n'est réellement opérante que depuis l'obligation d'établir le document unique d'évaluation des risques (DUE) qui date du décret de 2001.

Dans le cadre de cette évaluation, l'employeur est sensé repérer l'ensemble des risques inhérents à son entreprise et concevoir les mesures de prévention qu'il va mettre en place pour y faire face. Ce DUE devrait être une réflexion globale sur l'état de l'entreprise du point de vue de la santé. Dans ce sens, il est bien la marque de cette évolution de la responsabilité de l'employeur vis-à-vis des risques qu'il génère et de la protection de la santé de ses salariés.

Cette obligation légale, renforcée par l'ombre du juge, est un exercice difficile que bien peu d'employeurs arrivent à transformer en exercice ayant du sens et permettant un réel engagement en terme de prévention.

L'arrêté du 17 décembre 2008, qui donne le droit aux salariés d'accéder directement à l'évaluation des risques de leur entreprise, pourrait entraîner pour ceux-ci une plus grande attention par la meilleure connaissance des risques auxquels ils sont exposés.

Mais cette évaluation des risques est aujourd'hui rendue encore plus difficile par l'introduction des nouvelles organisations du travail qui cassent l'unicité de l'entreprise. Désormais sur le lieu de l'entreprise se trouvent pêle-mêle les salariés des entreprises sous traitantes, les intérimaires, les salariés en contrat à durée déterminée. Comment faire une évaluation des risques à la hauteur des enjeux de protection de la santé des travailleurs quand certains risques sont sous traités, quand dans le système de production un atelier peut être mis en concurrence avec une équipe de sous traitant ou à contrario, comment une entreprise sous traitante peut elle évaluer les risques pour ses salariés alors qu'elle ne connaît pas l'entièreté du fonctionnement de l'entreprise utilisatrice mais qu'elle n'en a qu'une vision parcellaire. Ce n'est pas l'obligation de mettre en place des plans de prévention lors de coactivité qui va permettre de combler cette méconnaissance. Ne parlons pas de l'évaluation des risques pour les salariés des entreprises intérimaires.

De plus, théoriquement cette évaluation des risques doit être présenté et discuté avec les mesures de prévention envisagées avec le CHSCT mais là aussi, la multiplicité d'intervenants dans le même lieu de production qui aboutit de fait à un éclatement des collectifs du travail rend illusoire le contrôle des salariés sur cette évaluation des risques.

LE RENFORCEMENT DU RÔLE DES PARTENAIRES SOCIAUX

Parallèlement, une modification des rapports entre l'État et les partenaires sociaux en ce qui concerne la production de règle paraît s'amorcer, conséquence – sans doute – du traité d'Amsterdam (1997) où il est mis en avant que « l'intervention normative publique s'articule avec la promotion de consultations entre organisations patronales et syndicales. Ces consultations peuvent déboucher sur des conventions collectives » (L. VOGEL). Ce processus a commencé en France avec le mouvement dit de refondation sociale qui, pour la santé au travail, a abouti à l'accord de septembre 2000 sur la santé-sécurité au travail mais aussi avec les conférences sur les conditions de travail d'octobre/novembre 2007, avec les négociations sur la pénibilité, avec la transcription de l'accord européen sur le stress du 2 juillet 2008 étendu par l'arrêté du 23 avril 2009 et bientôt celui sur la violence au travail. Ce principe est consacré par les articles L.1 à L.3 du Code du travail qui prévoient que, sauf urgence, tout projet de réforme dans le domaine du travail doit d'abord être proposé à la négociation des partenaires sociaux.

Cet accord européen est sans doute basé sur la réalité des pays où la représentativité syndicale est forte. L'application en ces termes en France au regard de la faiblesse des structures syndicales de cet accord est sans doute un leurre. Les

négociations sur la pénibilité et celles sur la réforme de la médecine du travail en sont une belle illustration. Il est clair que la négociation se fait dans un rapport de force très inégal et en particulier sur les moyens dont disposent les uns et les autres pour intervenir sur les dossiers. Laisser le libre jeu à la seule négociation serait aujourd'hui donner tout pouvoir au représentant des employeurs.

Il semblerait cependant que l'État ne veuille malgré tout pas se limiter à seulement prendre acte des résultats de la négociation sociale, le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) qui succède au conseil supérieur de la prévention des risques professionnels en est l'illustration. Le COCT est conçu comme une instance de concertation qui a vocation à établir un diagnostic partagé portant sur les questions de santé au travail.

Cette instance, qui intègre en son sein les partenaires sociaux mais aussi des représentants des victimes (FNATH), des représentants des administrations et des différentes institutions de prévention, est appelée à émettre des recommandations et des avis permettant d'établir des orientations stratégiques en matière de santé au travail. Le COCT est relayé au niveau régional par les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP). L'encadrement du paritarisme social est donc fermement et diplomatiquement affirmé par ces deux instances, COCT et CRPRP.

Mais en réalité, en particulier au regard des échos qui ont transpiré des négociations autour de la réforme de la médecine du travail, il semble bien que ces instances n'ont pas réussi à développer une analyse critique sur ce qui leur était proposé, ce qui aurait peut être permis une modification du projet de loi en faveur d'une meilleure protection de la santé des salariés. En particulier pour ne prendre que cet exemple sur le fait de retirer la gestion des services de santé au travail des mains des employeurs et ceci malgré les différents scandales qui ont émergés l'année dernière, malgré la conclusion de différents rapports (dont le rapport COPPÉ !) et malgré la connaissance de l'absence de contrôle social du fait de la faiblesse des commissions de contrôle.

RÉFORME DE L'ÉTAT ET INTÉGRATION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS LA SPHÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET ENVIRONNEMENTALE

Mis en cause dans l'affaire de l'amiante par le Conseil d'État en 2004 pour ne pas avoir pris les mesures qui auraient permis de prévenir cette catastrophe – en mettant en place les mesures de contrôle nécessaire et en édictant des normes suffisamment contraignantes – l'État va modifier son approche du risque professionnel à différents niveaux. Le premier niveau correspond à la sortie de la santé au travail de l'enclavement dans lequel elle se situait, par l'interpellation dont elle est l'objet de la part de la « santé publique » et de « l'environnement ».

LES PLANS

D'un côté la santé publique « découvre » que le travail est un déterminant de santé et aborde pour la première fois la question des cancers professionnels dans le plan cancer puis dans la loi de santé publique du 9 août 2004. Celle-ci questionne le travail en fixant des objectifs de réduction du nombre de salariés exposés au bruit et aux contraintes articulaires, sans se poser d'ailleurs la question de « qui sera mobilisé et avec quels moyens ? » pour obtenir cette réduction. Cette interrogation de la santé publique sur le travail se différencie au moins sur deux aspects de l'approche classique en santé au travail.

Le premier concerne le mode d'approche utilisé. En effet, la santé publique ne s'intéresse qu'à des individus ou à des groupes d'individus reliés par une composante commune. L'épidémiologie est la voie scientifique par laquelle passe la connaissance et correspond finalement assez bien à l'individualisation que l'on retrouve aujourd'hui dans les entreprises, dans les parcours professionnels. L'enjeu aujourd'hui de la traçabilité des expositions repris dans le rapport Lejeune est bien le repérage du parcours de chaque salarié pour arriver à reconstituer ses expositions professionnelles. Il est très éloigné du principe d'action de prévention qui existe/existait antérieurement dans les entreprises où la prévention se pense/se pensait en terme global par rapport à un site, un atelier, etc. C'est la prise en compte de cette globalité qui était le maître mot de la prévention. Ces deux approches ne sont pas antagonistes mais devraient être complémentaires. En l'occurrence, par exemple, parallèlement à l'expérimentation sur la traçabilité des expositions, pourrait être relancé l'obligation pour les entreprises de signaler à leur CPAM l'ensemble des produits ou processus qu'elles utilisent susceptibles de provoquer des maladies professionnelles. Cela permettrait d'une part de faciliter la reconnaissance des maladies professionnelles, et d'autre part, en association avec les CRAM, d'aider les entreprises à mettre en œuvre les mesures de prévention les plus efficaces possibles.

Le deuxième aspect est lié à l'écart entre la philosophie d'action de la santé au travail, qui est basé sur la négociation avec les partenaires sociaux alors que la philosophie d'action de la santé publique n'est théoriquement basée que sur des critères de santé, même si les pratiques de lobbying (voir par exemple les aléas des propositions pour ou contre la publicité pour l'alcool) montrent qu'elle n'échappe pas aux batailles politiques. Cette différence de conception suscite un certain nombre d'étonnement réciproque.

D'un autre côté, le ministère de l'environnement interroge le travail dans le Plan national santé environnement PNSE1. Cette approche environnementale sur le travail était en amorce depuis quelques années mais un principe semblait les séparer violemment et rendre difficilement compatible les coopérations entre le champ santé travail et l'approche environnementale. En effet, il était admis que les travailleurs pouvaient être exposés de façon plus importante à certains toxiques, en particulier les CMR, que les citoyens ordinaires. Il reposait sur l'idée que le travailleur est dans la force de l'âge, en bonne santé et ne travaille que 8 heures par jour

alors que le citoyen lambda peut être lui très jeune ou très vieux, malade ou bien portant, et son exposition peut s'étaler sur 24 heures. Ce principe reposait aussi sans doute sur l'idée très prégnante que certains risques sont tellement constitutifs du métier qu'ils en deviennent un objet de fierté. Mais ce principe est malgré tout la marque d'une certaine discrimination entre la santé de la population et celle des travailleurs qu'il est difficile de justifier, en particulier pour les expositions aux CMR. On ne peut donc que se réjouir de ce rapprochement entre santé au travail et environnement. La loi du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement porte d'ailleurs des dispositions intéressant la santé au travail et le PNSE2 intègre aussi des objectifs qui concernent le travail.

Intégrant cette culture de plan et d'évaluation des résultats, le ministère chargé du travail a produit le plan santé travail qui reprend en partie les objectifs fixés par la loi de santé publique et ceux du plan santé environnement mais aussi s'engage à développer l'effectivité du droit, la connaissance sur les expositions professionnelles, etc.

Ce plan santé travail sera le fer de lance de l'action du ministère du travail, en particulier pour les actions prioritaires mais aussi pour le renforcement de l'action de l'inspection du travail (avec le plan de développement et de modernisation de l'inspection du travail).

Le deuxième niveau, qui correspond à cette mise en place de plans d'action, est l'accélération dans le champ santé travail du passage de la culture de moyen à la culture de résultat. Cette évolution est d'ailleurs en cohérence avec l'évolution des principes de la finance publique avec la mise en place de la LOLF qui correspond plus à une attribution de moyens en fonction de normes mais à une attribution financière devant correspondre théoriquement à l'obtention des résultats. Cela signifie la mise en place de tableaux de bord, d'indicateurs de résultats, de reporting, etc. Ce qui entraîne de profondes modifications du mode de gestion, mais aussi du travail, et du sens de celui-ci pour les agents de la fonction publique. Si nous prenons l'exemple des inspecteurs du travail chargés du contrôle de l'application de la réglementation, mais aussi de conseils des entreprises, des salariés et de leurs représentants, comment mesurer leur efficacité, les résultats obtenus, alors que ceux-ci ne sont pas la conséquence d'un travail ponctuel mais plus de la mise en place de stratégies complexes développées en fonction du contexte, comme l'a bien montré N. DODDIER.

LES AGENCES

Autre réaction suite à sa mise en cause, l'État se dote d'une capacité d'expertise indépendante en créant différentes agences qui lui permettent de prendre des décisions politiques en s'appuyant sur des expertises les plus objectives possibles, avec la volonté de séparer évaluation et gestion des risques. C'est la remise en cause de l'imbrication, qui a longtemps prévalu, entre expertise scientifique et négociation sociale à la recherche d'un compromis socialement acceptable d'un niveau du risque.

Pour renforcer sa capacité d'expertise, le ministère chargé du travail va s'appuyer d'un côté sur l'institut de veille sanitaire qui dépend du ministère de la santé, en créant le département santé-travail qui va développer l'approche épidémiologique et la veille sanitaire des populations au travail.

D'un autre côté, a été créée l'AFFSET dont le rôle est d'expertiser, en association avec d'autres instances (INSERM, INRS, INVS, etc.), toutes les questions ayant trait à des situations néfastes pour la santé dans le travail.

On assiste donc à un décloisonnement des champs d'action des différents ministères – travail, santé, environnement – rendant plus complexe la réflexion de chacun puisque les méthodes et les modes d'approche des uns et des autres sont très différents mais ce décloisonnement peut être le gage d'une plus grande cohérence et efficacité de l'État en terme de prévention.

À condition toutefois que cette prévention concernant les salariés n'évacue pas le travail des actions de prévention pour ne se pencher que sur les caractéristiques individuelles pour les salariés ou que sur les pollutions environnementales. Il est un adage qu'il convient de ressasser autant que faire ce peu, adage repris par le code du travail qui est bien d'adapter le travail à l'homme et non pas l'inverse. Or, finalement la démarche en santé publique traditionnelle est bien de changer les comportements de l'homme.

Il est tentant de rapprocher cette attitude corrective classique et si commune de ce que l'on voit se déployer avec les pratiques de la gestion du stress qui correspondent bien à une adaptation de l'homme au travail et qui sont donc par la même illégales au regard du code du travail.

De plus, cette collaboration des différents services de l'état risque d'être rendu difficile par la transformation des Directions régionales du travail en DIRECCTE et des DRASS en Agence régionale de santé car l'on ne sait pas aujourd'hui comment ces structures vont fonctionner dans le réel.

COOPÉRATION CNAMTS – ÉTAT – SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Ce décloisonnement est aussi mis en œuvre entre la CNAMTS et le ministère en charge du travail avec la démarche de contractualisation engagée depuis 2004 entre la branche AT/MP de la CNAMTS et l'État, dans le cadre de la première convention d'objectif et de gestion (COG) qui se poursuit avec la deuxième COG 2009 —> 2012. D'une façon générale, celle-ci affirme que l'axe majeur d'évolution au cours des prochaines années est le renforcement de la protection de la santé au travail et qu'une prévention effective des risques professionnels demeure la priorité première de la branche.

Cet accord veut s'inscrire dans les accords signés par les partenaires sociaux et dans un partenariat avec les autres acteurs nationaux (OPPBTP, AFFSET, ANACT, INVS, INPES, etc.), tant sur le plan national que sur le plan régional.

De même, la CNAMTS s'engage à participer au dispositif de veille mis en œuvre par l'INVS et par l'AFFSET, grâce aux consultations de pathologie professionnelle rassemblées dans le réseau dit RNV3P.

Enfin, la branche AT/MP veut s'inscrire dans une coopération avec les services de santé au travail à partir de convention en partenariat avec les futures DIRECCTE (ex DRTEFP), qui devraient porter en particulier sur la prévention des CMR.

Mais toutes ces transformations, ces contacts, ces conventions devront se faire à moyen constant et beaucoup d'agents des services de contrôle semblent être aujourd'hui plus occupés à faire du *reporting* qu'à faire du travail de terrain. Il est là aussi important sans doute de rappeler que coordination ne veut pas dire coopération. La coopération se fait à partir du terrain sur les difficultés soulevées par le réel du travail par l'irruption de difficultés qui obligent chaque préventeur à travailler, à partir des difficultés qu'il peut éprouver face à tel ou tel problème, avec d'autres préventeurs ayant une approche différente et parfois complémentaires. Sinon, la coordination ne peut se résumer qu'à des réunions où chacun se congratule sur l'excellence des chiffres obtenus, tout en sachant pertinemment que de fait sur le terrain rien n'a bougé.

Au regard de tout ceci, il semble qu'un effort très important soit/sera fait pour que les structures intervenant historiquement sur le champ santé travail s'engagent à dépasser les frontières qui les séparaient. Mais cette évolution n'est pas sans conséquence pour les professionnels de terrain qui devront malgré tout en assurer le fonctionnement. L'exemple de l'évolution des services de santé au travail est à ce titre assez exemplaire. Je prends celui là car je le connais bien mais cette analyse pourrait être faite pour toutes les autres institutions.

Sans aborder la question de la réforme des services de santé au travail – au-delà des problèmes liés à la pratique de la médecine du travail, l'aptitude, l'introduction d'infirmier(ère)s, le système de recouvrement des cotisations, ou la gouvernance patronale ou paritaire des services – il est un point qui est peu discuté en tant que tel mais sur lequel, à mon avis, repose le succès ou l'échec de la mise en place de cette dynamique de coopération et d'engagement des services de santé au travail dans les actions déclarées prioritaires au niveau national par l'État, ou par la branche AT/MP de la CNAM. C'est celui de la place des professionnels dans la reconfiguration des services de santé au travail, en particulier celle des médecins du travail.

Pendant longtemps, le médecin du travail a été le seul interlocuteur de l'entreprise, le service de santé au travail n'intervenant pas sur le contenu du travail mais uniquement sur les moyens mis à disposition du médecin et de son secrétariat pour agir au mieux de ses possibilités. Les présidents et directeurs de service étaient plus redevables de l'équilibre comptable que de l'engagement dans la prévention de leur service.

Or, aujourd'hui, il y a un basculement car on n'interroge plus les médecins du travail mais les services de santé au travail, ce qui donne aux présidents la prééminence y compris sur les objectifs en santé au travail des services de santé au travail.

Or il n'y a pas eu réellement de débat autour de ce basculement, cela a plutôt été amorcé par les questionnements des organes de contrôles comme l'IGAS qui s'est interrogé en 2002 sur les objectifs en terme de prévention des services de santé au travail, ou par des petites touches d'évolution réglementaire comme l'introduction, dans le texte de 2004, du fait que c'est le président du service qui est responsable de la remise de la fiche d'entreprise à l'employeur.

L'introduction de la pluridisciplinarité par le biais d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) a été aussi un élément déterminant de cette évolution puisqu'ils sont sous la dépendance directe des présidents des services ou des directeurs. Mais l'introduction de ces IPRP, pourtant essentielle, a parfois été difficile, mal vécue, car le choix de ceux-ci, leurs modes de coopérations et leurs champs d'intervention n'ont pas été débattus avec les professionnels déjà en place, ce qui a abouti parfois à des situations absurdes avec les professionnels de disciplines différentes qui s'opposent plutôt que d'œuvrer vers un objectif commun pour mieux préserver la santé des salariés.

Actuellement, les CRAM vont passer des conventions avec les services de santé au travail dans le cadre de la COG et donc avec leurs représentants légaux, les présidents de ceux-ci.

Mais, pour s'assurer de la bonne mise en œuvre de celles-ci et éviter aussi les déboires connus avec l'introduction des IPRP, les CRAM ne devraient-elles pas prendre de garantie sur l'engagement des professionnels des services vis-à-vis des objectifs fixés par les conventions, en particulier s'assurer que la commission médico-technique des services a bien été saisie.

En effet, cette commission est le lieu d'échanges de tous les professionnels du service – direction, IPRP, médecins du travail – qui ont chacun leur vision du monde, leur façon de voir, de travailler, possèdent chacun leur méthode, leurs outils, leurs règles de métier et leurs obligations professionnelles, comme le secret médical et le devoir d'indépendance pour les médecins et le secret de fabrique pour tous les intervenants dans l'entreprise.

La confrontation de ces différents points de vue permettrait, vis-à-vis des objectifs fixés par les conventions, de définir la stratégie à adopter et les moyens à mobiliser.

Plus largement, ces commissions médico-techniques devraient être le lieu d'élaboration de stratégie de prévention, des choix prioritaires faits par les services pour les entreprises dont ils ont la charge.

Mais, il faudrait pour cela que la position de cette commission médico-technique soit renforcée pour qu'elle devienne un lieu de décision. Cela revient à poser *in fine* la question de la gouvernance des services de santé au travail. Celle-ci

peut-elle se faire sans la participation des professionnels ?

Globalement, à travers cet exemple la question qui est posée à chaque structure, est celle des modalités de concertation qui sont/seront mis en place pour que les choix des politiques engagées ne se fassent pas sans que les professionnels y participent. C'est le gage de la réussite de ces politiques.

CONCLUSION

Le bouleversement de l'approche des risques professionnels se focalise autour de trois axes principaux.

- Le premier axe est le renforcement de la responsabilité des employeurs vis-à-vis de la protection de ses salariés avec en corollaire le renforcement de son autonomie vis-à-vis de la mise en place de mesures de prévention. Cette autonomie est encadrée, d'une part, par le renforcement de l'information des salariés et de leur représentant sur les risques auxquels ils sont exposés et sur les moyens mis en œuvre par l'employeur pour les protéger et, d'autre part, par la possible introduction du juge en cas, en particulier, d'atteinte à la santé des salariés, et bien entendu la possibilité de contrôle des services de l'inspection du travail et des CRAM.
- Le deuxième axe est la coopération des différentes sphères de l'État, ministère chargé du travail, de la santé, de l'environnement et l'adoption d'une culture de « plan ». Chacun, avec son approche particulière et en coordination avec les autres, interpelle le travail comme étant un déterminant de la santé des populations sur lequel l'État a un droit, une obligation de regard et d'intervention indépendamment de ce qui peut être négocié entre les partenaires sociaux. À cette fin, l'État s'est muni d'un appareil d'expertise indépendant pour diffuser l'évaluation des risques et gestion des risques.

➤ Enfin, troisième volet du triptyque, le ministère chargé du travail impulse une coordination entre les différentes instances amenées à intervenir sur les risques professionnels, ses propres services, la CNAM (branche AT/MP) et les services de santé au travail dans des actions communes et complémentaires en associant les partenaires sociaux à l'élaboration des politiques de prévention.

Mais le travail de toutes ces institutions repose sur des professionnels qui ont tout, comme on l'a vu précédemment, leur propre logique d'intervention, leur savoir professionnel constitué au fil du temps à l'épreuve de la réalité, à l'épreuve du travail de terrain.

L'enjeu déterminant est là : comment, avec quels moyens, ces professionnels seront associés à ce changement qui va entraîner un profond remaniement de leur pratique, pour que celui-ci se fasse à partir de leur savoir faire et non pas contre celui-ci, à partir de leur expérience et non pas contre leur expérience, à partir de leurs règles de métier et non pas contre celles-ci ?

C'est la condition *sine qua non* pour que ces changements s'inscrivent dans le réel et entraînent une protection de la santé des salariés et pas une suite de procédures formelles, obligeant chacun à passer plus de temps à faire du *reporting* pour rendre des comptes qu'à travailler. La réussite de cette mise en synergie de toutes ces structures ne se fera que si les professionnels s'y impliquent car ils y verront un moyen pour enrichir leur pratique, pour améliorer la qualité de leur travail et seront convaincus que toutes ces transformations vont dans le sens d'une meilleure protection de la santé des salariés.

La question est bien de mettre le réel du travail au centre de ces transformations.

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 2010
- Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation 2010

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 95 €, à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

Prénom :

Courriel :

LE POTENTIEL DESTRUCTEUR DE L'ÉVALUATION INDIVIDUALISÉE DES PERFORMANCES

Nicolas SANDRET, médecin du travail,

Attaché à la Consultation de Pathologie Professionnelle de Créteil

Dans le cadre de la consultation de pathologie professionnelle de Créteil, nous recevons des salariés présentant des tableaux de grande souffrance psychique : effondrement anxio-dépressif grave avec perte de l'estime de soi, incapacité à avoir des relations sociales ou familiales, idées ou passages à l'acte suicidaire. Ces tableaux cliniques sont la plupart du temps imputables à des faits qui ont eu lieu dans le cadre du travail. Cette décompensation psychique est souvent associée par les salariés à une perte de ce qui fait sens au travail, à une incompréhension à ce qui leur arrive, et à une grande culpabilité liée à une interrogation lancinante : « *Qu'ai-je fait pour que cela m'arrive ?* ».

Un entretien clinique minutieux, la reconstitution de la chronologie des événements professionnels qui ont précédé cet état psychique permettent de retrouver les éléments, les modifications de l'organisation du travail qui ont amené cette détérioration psychique.

Des consultations spécialisées dans la souffrance au travail, et des rapports rédigés par les médecins du travail il ressort largement que ces salariés sont les plus engagés dans le travail, porteurs d'une éthique professionnelle forte et qui étaient moteurs pour leurs collègues. Ils étaient souvent pris comme modèle, avec des évaluations individualisées très favorables et qu'ils acceptaient avec bonheur comme miroir de leur excellence.

La chronologie des événements relatés par les patients met souvent en évidence un rachat d'entreprise, un changement de direction, de méthodes de travail, de critères de qualité, ou une modification de l'organisation du travail. Ces changements n'ont pas été toujours explicités et mettent en cause les manières de travailler qui préexistaient ou les critères de qualité qui étaient retenus. Le salarié d'excellence devient celui qui va défendre avec vivacité, soutenir le bien-fondé des modes de travail antérieur, la qualité de ce qui se faisait, les savoir faire qui le portaient. Il devient très vite un obstacle à la nouvelle organisation. Dès lors, tout sera fait pour l'éliminer, y compris des pratiques contraires au droit du travail, mais plus encore aux droits fondamentaux, tel le droit à la dignité : des pratiques souvent définies comme « harcèlement moral ».

Dans la majorité des cas, l'un des outils utilisés pour déstabiliser ce salarié d'excellence est « l'évaluation individualisée des performances », qu'elle soit pratiquée avec un hiérarchique, deux hiérarchiques, à 180° (avec la hiérarchie et les pairs), à 360° (on ajoute les subordonnées), etc. Dans l'anamnèse des événements ayant précédé la décompensation psychique du salarié, le moment de l'évaluation individualisée se présente comme un des éléments fondamentaux. Ce moment a été attendu par le salarié comme celui où il allait enfin pouvoir dire ses difficultés, son manque de moyens, le manque de collaborateurs pour faire face à sa charge de travail, où il allait pouvoir enfin défendre son point de vue en toute honnêteté, échanger sur le travail, ses échecs mais aussi ses succès.

Or, souvent sans signes précurseurs, la discussion attendue se transforme en procès à charge, sans possibilité de se défendre, sans aucune écoute sur les arguments de l'évalué : seulement une remise en cause totale et souvent violente de son savoir faire, associé à une remise en cause de son savoir être. Celui qui se vivait comme porteur de valeurs au sein de l'entreprise est réduit à rien, ses années d'expérience, d'investissement et de partage sont rayées en quelques mots, dont la violence échappe sans doute à celui qui les profère. Cette description peut paraître forcée. Malheureusement, elle est souvent celle que nous entendons.

Pourquoi des salariés expérimentés, ayant acquis de solides connaissances professionnelles, peuvent-ils être à ce point déstabilisés, si ce n'est même poussés à mettre fin à leurs jours à la suite d'entretiens où, officiellement, seul le travail est en cause ? Fragilité personnelle, résonance avec la vie privée ? En général, l'histoire personnelle de ces salariés ne révèle pas de difficulté de vie particulière, d'enfance difficile, d'inscription problématique dans la vie familiale et sociale. Au contraire, ils sont ou étaient souvent moteurs dans leur vie familiale et sociale comme dans leur vie professionnelle. À travers l'entretien clinique, les seules perturbations qui apparaissent comme génératrices de la décompensation psychique sont les événements vécus dans le travail.

Pour comprendre la force de cette atteinte à la santé psychique engendrée par le travail, et en particulier par l'évaluation individualisée, il faut revenir à ce qu'est le travail et le rôle qu'il joue dans la construction de l'identité.

Il faut se référer aux travaux de l'ergonomie de langue française qui ont mis en évidence l'écart irréductible entre travail prescrit et travail réel. Le travail prescrit, tel qu'il est prévu par les bureaux des méthodes, par les organisations, n'est jamais la réalité du travail, car la réalité n'est jamais telle que prévue, ni d'ailleurs totalement prévisible. Dans toutes les tâches, le réel est différent du prescrit et le travailleur déploie son intelligence, son savoir faire pour que le travail se réalise malgré tout. S'il ne faisait qu'appliquer strictement les consignes, c'est-à-dire la grève du zèle, le travail ne se ferait pas. Cet écart entre le travail prescrit et le réel du travail rend le travail humain ce que le taylorisme ou le fordisme avaient essayé d'évacuer. Mais cette confrontation au réel ne va pas sans souffrance pour le salarié.

Parfois, la manière dont je traite habituellement un dossier ou réalise une pièce sans difficulté ne fonctionne pas : l'irruption inattendue du réel, de la variabilité, nécessite un engagement de ma part, de mes savoir faire, de ma sensibilité, de mon intelligence pour découvrir le « truc », la « ficelle », le moyen qui permettra de surmonter l'obstacle. Moment douloureux d'investissement total, y compris parfois chez soi, la nuit, pour trouver la solution, mais qui se transforme en plaisir lorsque la solution émerge. En exigeant, en raison de la résistance du réel, le dépassement de soi, le travail est facteur de souffrance et de plaisir, mais c'est aussi par cette confrontation au réel que se développent l'intelligence et la sensibilité, comme dans le cas de ce menuisier qui à force de travailler le bois, acquiert une sensibilité qui lui permet de dire, juste en touchant un bois, quelle sera sa meilleure utilisation.

La psycho-dynamique du travail parle de la centralité du travail dans la construction de l'identité de chacun. Les nouvelles formes de management ne s'y trompent pas puisqu'elles sollicitent de plus en plus l'engagement subjectif de chaque salarié dans son travail. « *La modernisation du travail et des entreprises se caractérise par une réhabilitation de la subjectivité des salariés et par sa mobilisation dans les termes exigés selon la rationalité dominante de l'entreprise, en d'autres termes pour la subordonner* » (D. LINHARDT, *Pourquoi travaillons-nous ?* ERES 2008).

Pourtant, le travail ne se fait jamais isolément, mais avec et pour les autres : la fonction sociale du travail est aussi fondamentale. Elle ne peut s'accomplir que si existe une certaine coopération ; une coopération qui ne se prescrit pas mais se crée à travers les échanges sur le travail, et sur le travail réel : les difficultés, les échecs, les réussites. Pour que se créent ces collectifs de travail, il faut que les salariés puissent échanger sur leurs difficultés, accepter leurs échecs et en discuter avec leurs collègues. « *Toi comment tu fais ? J'ai telle difficulté et je n'y arrive pas* » : parole sur le travail réel qui permet de dégager, de partager un vécu commun sur le travail et de développer des règles de métier. Ce savoir partagé entre pairs permet à chacun de s'appuyer sur un fond

commun qui permet seul de progresser dans l'invention ou l'innovation. Cette coopération nécessite une grande confiance pour pouvoir échanger sur ses difficultés et échecs, pour partager les « ficelles » du métier, les savoir faire, mais aussi pour partager les écarts aux règles prescrites ou aux procédures, les « tricheries » nécessaires au regard du travail prescrit afin que le travail se fasse et soit un travail de qualité. Ce partage des « libertés » prises avec la règle permet d'échapper à l'angoisse des conséquences éventuelles de ces écarts.

Faire un travail de qualité renvoie à la problématique de la reconnaissance qui est aussi une des bases de consolidation de notre identité : être reconnu par la qualité du travail que je fais. Cette reconnaissance est double : reconnaissance par mes pairs pour le respect des règles de métier dans le travail, mais aussi sur le petit « plus » que j'ai apporté, reconnaissance de l'utilité de mon travail par ma hiérarchie et par la société.

Le travail peut être objet de grande souffrance mais aussi promesse de développement de sa sensibilité, de son intelligence. Travailler, c'est développer des coopérations avec d'autres dans son rapport au monde. C'est parce qu'il est un élément fondamental de la construction/destruction de l'être, que Chr. DEJOURS parle de la « centralité du travail ». Mais cette dimension travail comme promesse, source de développement personnel et social, est malmenée par les nouvelles organisations du travail, les nouvelles formes de management et en particulier l'évaluation individualisée des performances. Celle-ci est, de plusieurs points de vue, un accélérateur de la détérioration des relations du travail, mais aussi sans doute du travail lui-même en favorisant l'individualisation du rapport au travail.

L'évaluation individualisée des performances est en général liée à la détermination du salaire, d'une prime, éventuellement d'une promotion ou d'un licenciement. Cela a des répercussions directes sur l'existence des collectifs de travail. Comment parler de mes difficultés à mes collègues, comment demander un coup de main, alors que cela peut me coûter la prime ou la promotion, éventuellement me conduire au licenciement ? Comment partager avec les collègues les écarts à la règle prescrite sans risquer que cela se sache et me nuise ? Comment confier mes savoir faire à mes collègues alors que c'est ce qui me permet d'avoir des résultats un peu meilleurs et de profiter de la prime ? Comment coopérer dans un climat où la confiance est mise à mal parce que chacun est mis en concurrence avec chacun ?

L'évaluation individualisée des performances met chaque salarié en concurrence avec ses collègues et renvoie chacun à sa solitude, à son rapport au travail avec ses difficultés, avec ses échecs, avec ses tricheries qui génèrent une angoisse qui devient parfois insupportable quand la sécurité des tiers peut être mise en cause. Que devient la reconnaissance par mes pairs de la beauté du travail que j'ai fait ? Que devient l'évolution de mes savoirs faire construits en échangeant avec mes collègues ?

Avec l'évaluation individualisée des performances, le salarié est seul, confronté à un jugement sur son travail. Avec comme facteur aggravant le fait que, souvent, cette évaluation n'est pas pratiquée par un supérieur hiérarchique qui connaît le travail réel parce qu'il y a lui-même été confronté et qui serait en mesure de porter un jugement ayant du sens en termes de métier. Souvent, les hiérarchiques ne sont pas des gens du métier et ne connaissent pas le travail réel. Les critères d'évaluation sont devenus des critères quantitatifs, ne prenant en compte ni la réalité du travail, ni les moyens mis à disposition. Des critères servant à définir des objectifs qu'il est difficile de discuter en tant qu'évalué, car ils viennent d'ailleurs, de la direction générale. L'évaluation quantitative sans prise en compte du réel du travail, c'est le royaume du « débrouillez-vous ». Mais aussi de l'arbitraire et du mensonge. Beaucoup de salariés nous disent l'impossibilité de réaliser les objectifs prescrits et que cette impossibilité est connue de tous, telle une épée de Damoclès comode à manier pour se débarrasser d'un collaborateur.

Dans le même temps, les nouvelles formes de management exigent de salarié un engagement total dans le travail. « *Le modèle implicitement proposé est celui du héros défiant le réel, c'est-à-dire s'affrontant aux limites, les siennes et cel-*

les de son environnement pour les pousser toujours plus loin. Un modèle qui fait miroiter la toute puissance du désir et le fantasme de la maîtrise totale. Le narcissisme de chacun est courtisé » (D. LINHART, *Pourquoi travaillons-nous ?*).

Dès lors, est en jeu dans l'évaluation, non plus un ensemble de critères objectifs concernant le travail lui-même, mais « l'être » au travail, et ce glissement de l'évaluation du faire à celle de l'être expose le salarié à l'arbitraire de l'évaluateur. Cela est d'autant plus destructeur qu'avec le culte de la performance nous sommes chaque jour tenus de prouver que nous sommes quelque chose. Ce jugement de « l'être », qui se prétend jugement du travail sous couvert de critères dits objectifs voire scientifiques, est potentiellement destructeur. Pour chaque salarié, pour les collectifs de travail, mais aussi pour le travail lui-même.

L'évaluation est pourtant nécessaire et même requise par chaque salarié, à condition qu'elle porte sur le travail réel et soit pratiquée par des gens en capacité d'en juger. De ce point de vue, l'arrêt groupe MORNAY du 28 novembre 2007 qui impose la consultation du CHSCT ne s'est pas trompé. Espérons que cette institution sera en mesure de recentrer cette évaluation sur le seul travail réel.

LA MORT DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Alain CARRÉ, médecin du travail

ÉTAT DES LIEUX

LA MÉDECINE DU TRAVAIL, UN EXERCICE MÉDICAL PARTICULIER DANS UN CHAMP ESSENTIEL QUI IMPOSE DES PRATIQUES SPÉCIFIQUES

Après plusieurs mois de négociation sur l'avenir des SST, les partenaires sociaux se sont quittés sur un constat de désaccord. Les propositions des organisations d'employeurs n'ont pas été approuvées pour des raisons exprimées par chaque confédération représentative.

L'objet de cette réflexion n'est pas de revenir sur les raisons des uns ou des autres mais de mettre en lumière le retentissement putatif que les mesures proposées et retoquées auraient eu sur les pratiques en médecine du travail. Il ne s'agit pas ici de rechercher à ressentir un frisson rétrospectif mais bien d'anticiper sur les décisions d'une mandature, dont la bienveillance pour la santé des travailleurs n'est pas toujours perceptible, et pire encore, dont la compréhension des enjeux est souvent extrêmement douteuse en matière de

santé et plus particulièrement de santé au travail. Le tropisme vers le libéralisme qui la caractérise ne la prédispose pas à la compétence dans ce domaine, comme dans d'autres liés spécifiquement au pacte social républicain. Celui-ci postule notamment que, pour la République Française, la liberté d'un individu est bornée par celles de tous les autres. Contrairement à la conception anglo-saxonne qui limite chaque liberté individuelle par le préjudice, notre conception, qui reconnaît également ce principe, en précise, par une simple phrase, l'exercice qui relève d'une cohabitation pacifique et raisonnée de chaque liberté individuelle avec toutes les autres. Tant que ce pacte social(1) sera inscrit dans la Constitution et demeurera vivant, comme l'affirme la juris-

1 - Article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui ; ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.

prudence de la Cour de cassation, la liberté d'entreprendre sera subordonnée au droit à la protection de la santé.

Pourquoi existe-t-il des médecins du travail en France ?

En 1946, pour la première fois fut inscrit dans la Constitution de la République le droit individuel à la protection de la santé(2). Pour y concourir, en milieu de travail, s'agissant de santé, fut mis en place en 1947, un corps de médecins spécialisés exerçant, comme tout médecin, dans le cadre d'une obligation de moyens.

S'agissant d'un droit individuel, le principe fondateur postulait que l'exercice serait un exercice de « première ligne », c'est-à-dire d'un exercice de consultation médicale. C'est pourquoi, il ne peut y avoir qu'une médecine du travail de première ligne. La tâche confiée à ces praticiens à l'origine et qui n'a pas varié depuis, est une action préventive destinée « à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

La définition mérite d'être examinée avec soin. Tout d'abord l'objet unique de l'action du médecin du travail porte sur l'influence, non seulement du travail sur la santé du travailleur, mais bien d'un travail situé : le sien, à ce moment là, dans ce contexte là. Le but à atteindre, purement préventif, considère comme objet l'altération de la santé et non seulement la prévention des atteintes à la santé.

Comme médecin, le médecin du travail ne dispose pas d'une définition précise de ce qu'est « l'altération de la santé », sauf quand celle-ci relève de la maladie avérée cernée par un diagnostic. Pour tous les états précliniques, voire para-cliniques (la fatigue ou le mal être par exemple), le médecin du travail doit, pour repérer puis prévenir ce qui relève de « l'altération », prendre en compte des éléments qui tiennent à la subjectivité du travailleur. Cette subjectivité et ses liens contextuels professionnels, dans lesquels le travail réel et l'influence des autres travailleurs jouent un grand rôle dans la construction de la santé et dans l'apparition d'altérations, sont au cœur des pratiques de la médecine du travail.

Réduire ces pratiques à un catalogue de « bonnes pratiques » modèle ANAES, modifié HAS est de ce fait impossible. Il n'existe pas de bonnes pratiques *a priori* en médecine du travail mais des pratiques adaptées à des situations particulières dont seuls les échanges entre pairs peuvent rendre compte et garantir la pertinence. Ceux qui prétendent pouvoir les prescrire, *a priori*, de l'extérieur, n'ont jamais exercé le métier.

Une clinique spécifique : la clinique médicale du travail

L'ensemble de ces facteurs a imposé aux médecins du travail de développer un exercice qui relève d'une clinique médi-

.....

2 - 11^{ème} alinéa du Préambule à la Constitution : « *(La Nation) garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.* »

cale particulière, la clinique médicale du travail, qui complète et transcende la clinique médicale telle qu'on l'enseigne dans les facultés de médecine. Cette clinique, qui n'est pas enseignée, naît des coopérations entre pairs autour de leurs pratiques. Seul l'exercice du métier permet de l'acquiescer. Cela différencie fondamentalement l'exercice de la médecine du travail de tout autre exercice médical.

Cette clinique a pour espace de déploiement le cabinet médical et les lieux de travail et de débats sur le travail de l'entreprise. Le médecin intervient sur un lieu de travail comme médecin, dans un cadre déontologique identique à celui de l'exercice clinique individuel. Il prend la parole, comme médecin, dans un CE ou un CHSCT.

Comme toute clinique médicale, celle-ci a pour premier objet de repérer l'agent pathogène, ici le danger ou le risque pour la santé dans le travail, d'en dépister les effets, ici les altérations de la santé, en en élucidant le lien à l'agent pathogène (lien santé-travail), et conformément au code de la santé publique, d'en informer le travailleur, de décider avec lui des mesures nécessaires pour assurer le maintien ou le retour à un état de santé sans altération et d'assurer ses droits.

À ce rôle individuel s'ajoute un rôle d'information et de conseil pour empêcher l'altération de la santé vis-à-vis des autres membres de l'entreprise : son responsable et la représentation du personnel.

Un exercice médical dans un champ de conflit qui impose un déploiement politique

La deuxième différence, qui tranche avec les autres exercices médicaux, est que celui de médecin du travail se situe, contrairement aux autres modes d'exercice, dans un lieu et un contexte où la santé n'est pas une valeur « en soi ». Dans un établissement de santé, dans le cabinet médical libéral, au moins en principe, ce qui est au centre de la relation est, sinon la santé, du moins son atteinte : la maladie.

Dans une entreprise, en tout lieu, y compris dans le cabinet médical, la santé est la résultante, *nolens volens*, de l'exploitation de la force de travail et de sa négociation par chaque salarié, ou /et par les salariés ensemble, avec le ou les propriétaires de l'entreprise ou leurs préposés. On peut y construire sa santé au travail mais cela se fait souvent dans la subversion ou le rapport de force.

Le métier de médecin du travail n'est pas complètement enseigné dans les facultés qui se contentent d'y apporter les connaissances qui seraient, selon elles, nécessaires. La médecine du travail est la seule spécialité médicale où les enseignants, dont la compétence est avérée en pathologie professionnelle, n'exercent pas ou plus la spécialité.

Confronté à ce contexte et dans cette situation, le médecin du travail sans expérience, pour qui la santé est une valeur souffre en outre d'un triple handicap :

- Il a été formé pendant toutes ses études dans le respect de la hiérarchie médicale. Cette hiérarchie est le plus souvent réellement légitime puisqu'elle repose sur l'expérience, le savoir et les pratiques. Confronté à la

hiérarchie d'une entreprise, fondée sur un rapport de force et marquée par la méconnaissance du travail réel par l'organisateur du travail, le risque pour le médecin est la confusion entre ces deux situations et l'adhésion « de principe » à l'autorité de l'employeur, avec comme conséquence possible la perte de confiance des travailleurs.

➤ Le second écueil concerne la posture professionnelle naturelle de porteur de connaissance dont l'expression est sensée emporter l'adhésion de l'interlocuteur. Dans la mesure où la question de la santé est ici secondaire, le résultat de cette posture est soit l'impuissance, soit la méfiance devant un donneur de conseils sans réalité pratique.

➤ Le troisième travers, que sa formation a favorisé, est la distance aux situations de conflit, à l'expression de la douleur physique ou mentale, nécessaire à une activité médicale rationnelle. Dans l'entreprise, lieu de conflits, la tendance va être celle de rester dans une réserve prudente que les acteurs du conflit vont encourager ou déplorer. C'est souvent dans des revendications d'impartialité, voire pire de neutralité, que va se réfugier le médecin. Tout au contraire, s'il veut exercer pleinement son art et être utile aux femmes et aux hommes pour lesquels il assure la prévention des altérations de leur santé au travail, le médecin doit développer une pensée et une analyse indépendante et une militance engagée, non du point de vue de l'un ou l'autre camp, mais du point de vue, minoritaire par rapport aux autres enjeux, celui, exclusif, de la santé des travailleurs.

Tout ceci est parfaitement ignoré, de tous les partenaires sociaux, mais aussi d'une grande partie des médecins du travail eux-mêmes, dont certains se réfugient, soit derrière des stratégies défensives, celles de l'encadrement de leur niveau, soit dans un activisme préventif général qui leur permet de mettre à distance les exigences de leur exercice. D'autres enfin, mais ils sont minoritaires, suivent la voie dangereuse de l'appui au management en matière de gestion des risques afin de prévenir toute atteinte à la santé et de gestion médicale de la main d'œuvre.

LA MACHINE INFERNALE

CONTRÔLER UN TÊMOIN GÉNANT DE L'ÉCHEC DE PRÉVENTION DES EMPLOYEURS ET DES CARENCES DE L'ÉTAT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL : LE MANAGEMENT DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

La prévention des risques professionnels du côté de l'obligation de sécurité de résultat : un échec

La prévention des risques professionnels du côté de l'obligation de résultat des employeurs est le second pilier réglementaire de la prévention en France. Il repose sur les obligations générales de prévention et est décliné en obligations particulières pour chaque risque repéré. Incapacité ou volonté contraire, ces obligations ne sont pas remplies, car notre pays est encore le champion d'Europe (au sens des pays fondateurs) des inégalités sociales de santé au travail.

Par exemple, un ouvrier non qualifié a trois fois plus de risque de mourir d'un cancer, d'une maladie cardiovasculaire ou de mort violente qu'un cadre supérieur ou qu'un professionnel d'une profession libérale. Seul un petit millier de cancers professionnels sont reconnus en maladie professionnelle contre 25 000 attendus. La part d'implication du travail dans les maladies survenant chez les ouvriers concerne 27% d'entre elles contre 10% pour celles survenant chez les cadres. À âge égal les employeurs français ont une sous mortalité par rapport à leurs homologues suédois ou anglais alors que par rapport à leurs homologues des mêmes pays les ouvriers français ont une surmortalité.

L'État fait la sourde oreille et préfère « moderniser » les SST plutôt que de porter le fer où il s'impose c'est-à-dire du côté de l'échec de la gestion des risques par les employeurs.

Le panorama ne serait pas complet s'il ne donnait pas acte à un certain nombre d'employeurs, notamment ceux qui possèdent de petites ou moyennes entreprises, des difficultés techniques qu'ils rencontrent pour assumer leurs obligations de prévention. La première difficulté est la pression économique qui les incite à négliger ces obligations, considérant, par ailleurs, le peu de risque qu'ils encourent à le faire.

La seconde est que, contrairement aux entreprises de plus grande taille qui s'organisent pour se doter des compétences nécessaires en matière de responsabilité de prévention, du point de vue de l'employeur, les PMI-PME sont sans aide dans ce cadre. Certes, elles peuvent, au coup par coup, faire appel aux compétences du service prévention de CRAM, mais, dans ce cas, les capacités d'aide sont très rapidement saturées et le risque des augmentations de cotisation dissuasif. D'où le recours aux SST pour combler cette lacune.

Cette pratique est légitime mais destructrice. Légitime, car même si on demande aux médecins du travail d'intervenir afin de prévenir toute atteinte à la santé, en limitant à l'aval, leur devoir situé en amont de prévenir toute altération de la santé, il s'agit bien de prévention. Encore faut-il qu'il s'agisse d'une prévention médicale avec pour seul objet l'intérêt de la santé du salarié.

Destructrice, car l'habitude prise, il devient difficile au médecin du travail ainsi positionné, de se déployer en prévention primaire des altérations de la santé, par abandon de son point de vue médical spécifique et d'éviter le basculement du côté de l'expertise de sécurité.

Cette question essentielle du détournement de la prévention primaire médicale des altérations de la santé vers une prévention des atteintes du point de vue des responsabilités d'employeur est au cœur des difficultés actuelles et soutend implicitement, en partie, les projets patronaux. Mais elle n'est nommée nulle part. Dans les récentes recommandations pour la prévention dans les PME-TPE cette confusion continue d'être entretenue.

Notre pays est donc ballotté, de « scandale sanitaire » en « scandale sanitaire », de l'amiante au suicide au travail mais

la médiatisation est fugace et retombe vite. Le voile d'invisibilité est vite ravauté. Dans le même temps où la grippe H1N1 fait moins de 500 victimes dans notre pays, les victimes du travail se comptent par milliers.

Il est donc urgent pour les employeurs et l'État d'en finir avec le système de veille médicale qui, bien que rachitique, continue obstinément à montrer que le roi est nu.

Le projet des employeurs le management de la santé au travail

Plus précisément le texte des employeurs est révélateur de trois craintes principales :

- Par les mises en visibilité qu'il devrait permettre, du point de vue de l'intérêt de la santé de chaque salarié, et non du point de vue de la gestion des risques, le système de prévention médicale est une bombe immédiate et à retardement pour la responsabilité personnelle et financière de chaque employeur.
- Au-delà, et les jurisprudences récentes le confirment, la prééminence du droit à la protection de la santé sur celui des prérogatives d'organisation de l'employeur (c'est-à-dire, pour parler net, sur le droit du propriétaire), notamment celle de la cour de cassation de mars 2008, a introduit un nouveau paradigme qui ne pourra pas trouver d'aboutissement social si la prévention médicale (santé=médecin) ne peut fonctionner.
- Pour le PME et TPE, il est vital que les SST se positionnent du côté de la gestion des risques, pour des raisons d'incapacité de ces entreprises de développer des compétences dans ce domaine.

Le projet final a été précédé par de multiples versions, au fur et à mesure des amendements des différents acteurs sociaux. Les versions successives s'articulent autour de trois projets implicites.

- contrôler l'indépendance des médecins du travail au moyen :
 - du transfert du rôle des médecins du travail sur les SST ;
 - de leur positionnement en gestion des risques.
- détruire la clinique médicale du travail :
 - en substituant aux médecins du travail d'autres professionnels ;
 - en espaçant les visites ;
 - en organisant une gestion médicale de la main d'œuvre.
- conserver la main sur la gouvernance.

Il s'agit de « réformer » et de « moderniser » les services de santé au travail et plus largement la médecine du travail, c'est-à-dire, en profitant d'une « divine surprise » politique et idéologique de prendre sa revanche sur les avancées sociales de la première moitié du demi-siècle précédent. Le libéralisme procède par antinomie : « réformer » c'est détruire, « moderniser » c'est faire régresser. L'urgence de procéder a été préparée par la stratégie du pompier pyromane : on allume le feu (ici on organise la pénurie de praticiens) avant de proposer de l'éteindre. Enfin, fidèle au pro-

jet libéral, la proposition est celle d'un management de la santé au travail.

Les manifestations pathologiques de l'organisation du travail libérale ne sont pas des effets collatéraux et leur prévention ne relève pas d'une amélioration de certaines de ses caractéristiques.

Le moteur même de l'organisation du travail libérale est l'individualisation et la mise en concurrence des travailleurs pour densifier et intensifier le travail, en en faisant des instruments consentant, en les considérant comme des objets fournissant la production et le service. Ce fonctionnement s'oppose point par point à ce qui permet la construction de la santé au travail dès lors que celui-ci est action sur le réel, dans une tradition de valeurs partagées entre professionnels, qui structurent les collectifs professionnels et permettent pour chacun la reconnaissance de l'utilité et de la pertinence de sa contribution.

De ce fait le management déconstruit la santé des travailleurs, et la souffrance est consubstantielle de cette organisation. Le management libéral fonctionne à la souffrance, comme une voiture fonctionne à l'essence.

Appliquer le management à ceux qui par leur action sont chargés d'en repérer et d'en dénoncer les effets relèverait de l'inconscience ou de la malignité.

L'organisation du travail « moderne », pour obtenir le résultat qu'elle désire atteindre et qui est uniquement celui demandé par le marché, dans le temps du marché, et n'a rien à voir avec l'objectif de qualité professionnelle que s'assigne le travailleur, procède en fixant des objectifs en laissant le salarié tricher dans une pénurie de moyens pour les atteindre.

Or l'exercice de la médecine repose sur une obligation de moyen et son évaluation, y compris de son résultat, implique avant tout une appréciation des moyens mis en œuvre. Il existe donc une incompatibilité de principe entre management et exercice de la médecine du travail.

Comme le définit un chercheur : « *Le management peut être défini, comme "une technologie politique" : il s'agit d'un dispositif organisateur de discours qui guident des actes, d'un savoir inscrit dans des techniques verbales et mentales qui produit du pouvoir* ».

Le corollaire de cette définition est la dissimulation derrière laquelle il chemine et l'insincérité de ses discours. La clinique médicale tout au contraire impose la référence à la réalité comme technique et la sincérité et l'authenticité comme posture. La technique managériale est inassumable par un médecin et destructrice pour ses pratiques. Accepter qu'elles s'appliquent dans ce cadre serait destructeur pour la clinique.

Déjà, certains services interentreprises, parmi les plus zélés, mettent en place des « démarches de progrès », des « attestations d'engagement », des « processus de certification », des « comités de pilotage », dans le plus pur style managérial, qui sont, d'une part, autant de machines à formater et

arrêter la pensée, et d'autre part des outils de contrainte de l'indépendance d'exercice.

Concernant les services autonomes, cet accord propose de dérégluler la limite entre SST autonome et SST interentreprises, actuellement basée sur les effectifs de l'entreprise.

Cette disposition permettrait un choix sans contrôle de l'employeur entre service autonome et service interentreprises. À terme, sous la pression de ce « marché », seuls demeureraient des services autonomes de médecine d'entreprise.

Contrôler l'indépendance des médecins du travail

Il s'agit de construire la confusion entre prévention médicale et gestion des risques pour faire assumer par les médecins des responsabilités de gestion des risques dans le cadre d'une obligation de résultat. Il est préconisé un changement de nature des SST. Les SST avaient pour objet, jusqu'alors, d'assurer la logistique des moyens de la mission confiée aux médecins du travail d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

Le projet d'accord poursuit plusieurs objectifs :

- Investir officiellement les SST d'un rôle en matière de gestion des risques en les transformant en service prévention-sécurité du point de vue des responsabilités d'employeur (obligation de sécurité de résultat) ce qui les détourne de leur mission première du point de vue exclusif de l'intérêt de la santé du travailleur, ce qui, outre la confusion décrite plus haut, leur fait abandonner leur spécificité préventive.
- Leur assigner la mission des médecins du travail ce qui donne aux SST pouvoir d'empiéter sur leur indépendance. Les SST ne peuvent avoir pour objet la mission des médecins du travail mais bien celui de mettre à disposition les moyens nécessaires à leur mission.

Les SST deviendraient une courroie de transmission de la pression des employeurs sur les médecins du travail. Ceux-ci, écartelés entre des injonctions incompatibles, ne pourraient plus assurer leur mission de prévention du point de vue exclusif de la santé des travailleurs. Leur responsabilité personnelle de moyen deviendrait une obligation de résultat sur des critères fixés par les employeurs.

Il en résulterait la fin de l'indépendance des médecins du travail, les SST faisant pression sur eux pour atteindre leurs propres objectifs. Ces dispositions entraînent un changement de nature de la médecine du travail et induisent une dérive vers la médecine d'entreprise d'appui médical au management.

Détruire la clinique médicale du travail

L'INSTRUMENTALISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU TRAVAIL
ET LE CONTRÔLE DE LEUR INDÉPENDANCE
AU PRÉTEXTE DE LA PÉNURIE ORGANISÉE DE MÉDECINS DU TRAVAIL.

Il s'agit en premier lieu d'éloigner le médecin du travail de l'exercice de consultation médicale. Ainsi des médecins généralistes pourraient se voir confier des visites médicales. Ce serait une première d'un exercice sans compétence ni spécialité, au sens des qualifications, dans un domaine dont

nous avons vu plus haut la complexité. Cette mesure, du point de vue du code de la santé publique, notamment dans ses aspects déontologiques, serait préjudiciable et engagerait la responsabilité personnelle de ces médecins. Par ailleurs, la pénurie de praticiens limiterait notablement l'intérêt de la mesure.

Au prétexte de pénurie de médecins, et non pour valoriser leur rôle, il est aussi question de faire monter en ligne les infirmiers pour réaliser des « rencontres médico-professionnelles » hors de toute définition de ces actes, sans formation spécifique, hors de tout cadre réglementaire et de lien au code de la santé publique. La question n'est pas ici celle de la légitimité d'intervention de ces professionnels, mais de son cadre juridique et de compétence. Cela induirait un transfert de responsabilité sans les moyens de l'assumer.

La question se pose également pour le rôle propre des infirmiers (enquête ou études de conditions de travail sous la responsabilité du médecin en charge du secteur qui en est l'objet) que certains d'entre eux assument déjà dans certains services autonomes. Mais la majorité des nouveaux recrutés potentiels ne sera pas en mesure d'assumer ce rôle sans formation complémentaire ce qui restreint l'application de cette proposition. Et puis, alors que l'hôpital public souffre déjà d'une pénurie d'infirmiers, où trouvera-t-on le gisement de recrutement d'infirmiers pour les SST ?

Il s'agit aussi de substituer d'autres professionnels au médecin dans l'activité en milieu de travail. Pour les IPRP, l'accord prévoit que leur compétence devrait être garantie par l'habilitation. Les deux principales questions qui concernent leur activité ne sont pas posées :

- celle de leur positionnement exclusif du point de vue de la santé du salarié ;
- celle de leur indépendance sans garantie qui les livre sans défense aux éventuelles pressions des employeurs.

Enfin, alors qu'elles assurent actuellement une grande partie de la logistique des SST interentreprises, les assistantes en santé au travail ont droit à quelques lignes qui n'envisagent ni la nécessité de montée en compétence, ni de valorisation de leur travail.

EN FINIR AVEC LA CONSULTATION MÉDICALE

L'espacement des visites périodiques à trois ans (dans le premier texte de proposition jusqu'à quatre ans) n'est qu'une étape vers pire, rendrait très aléatoire une surveillance médicale individuelle et lui porterait un coup fatal. La réalité (Renault, EDF et Gaz de France, France Télécom) nous apprend que **dans un contexte d'organisations du travail pathogènes, en perpétuelles restructurations, seule une périodicité de visites très courte est à même de permettre de dépister, de comprendre et d'alerter sur leurs effets, notamment sur la santé psychique.** En plein rétro pédalage, l'accord sabote ces instants de prévention. C'est le principe même d'une médecine du travail de première ligne qui est ici visé.

METTRE EN PLACE UNE GESTION MÉDICALE
DE LA MAIN D'ŒUVRE

C'est la partie la moins dissimulée du projet. L'adaptation du travail à l'homme, base même du pacte social républicain, a ici totalement disparu. La notion de travail humain est vide de sens. Seul demeure le marché de l'emploi dans lequel le maintien du travailleur réifié dépend de son employabilité. Le rôle du médecin est de maintenir ou d'exclure de l'emploi :

- en ignorant que le but des visites médicales est le maintien au travail dans l'intérêt de la santé du travailleur, ce qui implique en tout premier lieu des adaptations du poste de travail ;
- en redéfinissant la notion d'avis d'aptitude médicale du seul point de vue de l'employabilité du salarié, alors qu'elle comprend actuellement réglementairement une exigence d'adaptation du poste ;
- en donnant une définition de même nature à l'inaptitude qui commencerait dès lors que le salarié aurait une contre-indication à une seule tâche de son poste de travail.

Le projet a pour effet d'enfermer le salarié et le médecin dans un choix binaire impossible : soit accepter que la santé du salarié soit altérée et le déclarer « apte », soit tenter de la protéger au risque de le priver de son emploi en le déclarant « inapte », c'est-à-dire en dernière analyse atteindre à sa santé.

Des heures de négociation seront ici consacrées à savoir qui paye la période entre l'éventuelle décision d'inaptitude « à tout poste » et le licenciement.

Garder la main sur la gouvernance des services

Le but ultime de cette négociation était, pour les organisations d'employeurs, de conserver le contrôle des SST notamment dans les SST interentreprises. Cela signifie : continuer à gérer les services par le biais du statut d'association dont les adhérents sont les chefs d'entreprise ou directement comme employeur dans les services autonomes. Une proposition de collecte des cotisations par un organisme public a été tout simplement ignoré ce qui accrédite l'idée que cette gestion permettrait accessoirement la mise à disposition de gisements de fonds pour certaines organisations d'employeurs locales

Cette gestion par les employeurs des services de santé, dont les médecins sont chargés d'alerter sur les mises en danger des travailleurs du fait de l'exploitation de la force de travail, est un défaut rédhibitoire du système de prévention des risques professionnels. L'argument employé est spécieux : « c'est parce qu'ils financeraient les services que les employeurs les gouverneraient ».

Cette aberration plombe les SST et tire vers le bas l'exercice des médecins depuis l'origine.

Chaque partenaire y va de sa solution mais aucun n'a la clairvoyance d'énoncer le théorème : **il ne saurait y avoir de prévention médicale des risques professionnels tant**

que les employeurs seront majoritaires dans la gouvernance des SST, c'est-à-dire dans leur gestion et dans leurs orientations techniques.

LE COUP DE GRÂCE

LE SOUTIEN DE L'ÉTAT AU PROJET DE DESTRUCTION DE LA PRÉVENTION MÉDICALE : LA MISE À MORT EN ONZE AXES

La publication des axes de réforme des SST par les services du ministre du travail reprend et aggravent les propositions des employeurs. Le mimétisme est tellement étroit, pour certains points, que le rédacteur reprend « verbatim » la proposition du projet des employeurs.

Le résultat attendu est affligeant. Ainsi :

- Les médecins du travail n'ont plus de missions mais un rôle que leur assignent les SST porteurs des missions.
- Les missions des SST définies en cinq alinéas évitent soigneusement d'accoler « travail » à « santé ». La notion de prévention de « l'altération » de la santé a disparue. Le maintien dans l'emploi prend le pas sur le maintien au travail. Les SST deviennent les acteurs principaux d'un dispositif de traçabilité des risques professionnels alors que l'obligation s'impose actuellement aux seuls employeurs.
- La confusion règne entre équipe médicale de santé au travail et équipe pluridisciplinaire de santé au travail à l'intérieur d'une seule « équipe de santé au travail » que seraient sensés coordonner les médecins du travail en matière d'actions de santé.
- Par voie de convention des médecins généralistes pourraient hors de toute compétence ou spécialité suivre médicalement des salariés.
- La proposition de considérer comme optionnelle la forme autonome des SST permettra aux employeurs d'obtenir la docilité des médecins du travail en les menaçant de faire dévolution de la surveillance aux SST interentreprises.
- La modulation de la périodicité des visites, leur transfert sur les infirmiers, le reclassement pour « prévenir la désinsertion professionnelle » sont un « copier-coller » des propositions des employeurs dont le caractère destructeur a été déjà analysé.
- Les bonnes pratiques feront l'objet de recommandations du côté du prescrit et loin du travail réel.
- C'est la branche AT/MP gérée par les employeurs qui conventionnera les objectifs avec les SST dont la gouvernance sera sous contrôle majoritaire des employeurs.
- Cette convention s'imposera aux médecins du travail alors qu'à aucun moment la Commission médico technique n'est citée dans aucun des axes.
- Aucune régulation technique n'existera donc même à titre consultatif, les médecins seront sommés de se soumettre aux injonctions des seuls employeurs.

DES PROPOSITIONS POUR L'AVENIR

Comme certains médecins du travail l'avaient affirmé dès publication de la réglementation de 2004, celle-ci a été un

échec. L'urgence à « moderniser » en 2009 en est la preuve.

La puissance publique n'a rien appris entre temps. L'échec est donc encore prévisible dans la mesure où « aucun exercice médical n'est soluble dans le management ».

Bien évidemment, après tant d'errements il serait approprié que les promoteurs des « réformes » assument la responsabilité des échecs. Car les principes qui permettraient un fonctionnement efficace du système ne sont pas difficiles à concevoir et son connus de la majorité des véritables acteurs de la prévention médicale.

Ils sont diamétralement opposés aux propositions des employeurs et aux axes de réforme.

En raisonnant « pour remettre à l'endroit ce qui est à l'envers » une réglementation doit s'articuler autour de quelques principes qui fondent ou refondent le système de prévention des risques professionnels du point de vue de la santé des travailleurs. Ces sept principes sont les suivants :

1/ La prévention des risques professionnels pour la santé constitue une mission régalienne de l'État. Comme tout service public, celui de la santé au travail ne saurait relever que de l'intérêt général. Son financement doit continuer de dépendre de ceux qui tirent profit d'éventuelles atteintes à la santé. Cela ne leur confère aucune qualité à intervenir majoritairement dans sa gouvernance.

2/ Les services de santé au travail assurent le service public de prévention médicale de la santé au travail. Ils coopèrent notamment avec les autres organismes de prévention publics dans ce cadre exclusif. Leur contribution aux obligations de prévention des entreprises se déploie exclusivement du point de vue de la prévention de toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Par conséquent elle ne se substitue pas aux autres démarches de prévention des employeurs dans le cadre de leur obligation de sécurité de résultat que ces derniers organisent dans un cadre spécifique, par ailleurs.

3/ Les orientations générales en matière de prévention de la santé au travail et leurs mises en œuvre régionales sont élaborées par l'État dans un cadre qu'il définit et sous sa responsabilité. Elles sont proposées aux SST qui, à l'issue d'une concertation interne de la commission médico-technique, définissent leur contribution et les

moyens qu'ils entendent y consacrer. Le contrôle de l'activité des SST est assuré dans le cadre de l'intérêt général par L'État avec la participation majoritaire des représentants des travailleurs et celle des employeurs. Les professionnels y participent à titre consultatif.

4/ Le rôle des SST consiste principalement à mettre à disposition les moyens nécessaires aux missions des équipes médicales de santé au travail, constituées de professionnels en santé au travail, construisant, entre eux, des coopérations dont la coordination technique est assurée par les médecins du travail. L'indépendance professionnelle des membres des équipes médicales est assurée dans le cadre du Code de la santé publique et du Code du travail. Le contrôle de l'activité des équipes médicales participe de leur indépendance. Il comporte un contrôle social et un contrôle administratif.

5/ Les équipes médicales de santé au travail coopèrent au sein d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail avec les intervenants en prévention des risques professionnels dont l'exercice se déploie exclusivement du point de vue de la santé des travailleurs et dont l'indépendance est réglementairement garantie notamment par un contrôle social et administratif.

6/ Dans le but d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, les équipes médicales exercent une responsabilité de moyen en matière de repérage des dangers et des risques, de veille médicale sur les effets des risques professionnels sur la santé et le lien entre la santé et le travail, et informent explicitement chaque salarié et la communauté de travail sur le repérage et la veille médicale. Ils conseillent la communauté de travail dans le cadre de leur mission et en fonction de leur compétence. Dès lors que les médecins du travail constatent, informent ou conseillent la communauté de travail, les employeurs sont tenus de leur apporter une réponse publique formelle.

7/ Les équipes médicales assument également la mission de maintien au travail des travailleurs dans le strict respect des principes d'adaptation du travail à l'homme et d'absence de discrimination pour des motifs de santé. Cela exclut que les médecins du travail se prononcent sur l'aptitude au travail.

UNE RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL TRÈS INQUIÉTANTE

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

VERS UNE MÉDECINE D'ENTREPRISE ?

Le projet de réforme de la médecine du travail rend crédible l'hypothèse de voir l'État abandonner sa mission régalienne de protection de la santé et que par conséquent, le droit à la prévention médicale des risques professionnels a vécu. Le moteur du désastre que représenterait un tel abandon est l'escamotage même de la « mission » des médecins du travail dont les pratiques seraient subordonnées aux missions des directeurs de SST sans indépendance. La mission des SST serait celle d'une prestation de santé pour les entreprises afin de leur permettre de répondre à leur obligation de sécurité de résultat. Il en serait fini de la prévention médicale de toute altération de la santé du fait de leur travail, du point de vue de la santé des travailleurs. Le projet implicite consiste en la mise en place d'un management libéral des SST dont la gouvernance sera toujours sous le contrôle majoritaire, donc exclusif, des employeurs.

Dans ces SST, les personnels médicaux, paramédicaux et IPRP, seront astreints à une obligation de résultat par le biais de l'intégration de la contrainte de la contractualisation des SST dans leur activité. Dans le cadre de lettres de missions, de démarches qualité, de conventions de progrès, ils seront mis en concurrence entre eux et entre professions en matière de visites et d'action en milieu de travail dans un contexte de rentabilité et de gestion de la pénurie de ressource. Dans ces conditions la clinique médicale du travail sera anéantie. Il n'existera plus alors aucun contrepoids d'une expertise engagée du point de vue de la santé des travailleurs. Seuls demeureront un appui au management dans la gestion des risques dans une perspective de rentabilité et une gestion médicale de « l'employabilité » des travailleurs. C'est à ce facteur que sera conditionné le « maintien dans l'emploi ». Pour ceux qui deviennent « inemployables » du fait de l'âge, de la maladie et du handicap : la charité des moyens minimaux de survie. Le rôle des médecins qui collaboreront sera alors d'exclure et de recycler les femmes et les hommes au travail.

LA DISPARITION DE LA PRÉVENTION MÉDICALE DANS LES SST ?

Pour démontrer leur efficacité, les gouvernants « coupés du réel » ont besoin de chiffres, de statistiques rigides appliquées au plus grand nombre ! Pour approcher au plus près le « Travailler », le médecin du travail a lui, des outils pertinents comme l'écoute compréhensive et toujours, dans un second temps, le passage du singulier à l'analyse de la collectivité de travail.

Cette spécificité du métier de médecin du travail permet, par le passage systématique du singulier au collectif, de proposer la mise en place, entreprise par entreprise, entourés et épaulés des IPRP, d'une prévention adaptée à la problématique locale de chaque entreprise. L'écoute compréhensive permet aussi au médecin du travail d'être le passeur.

Parmi d'autres, certainement, le médecin du travail accompagne le sujet et entrouvre, à chaque consultation, la fenêtre donnant accès, en partie, à l'analyse critique que le salarié va mener sur le « Travailler ». C'est là-dessus que s'établit l'ancrage de l'action du médecin du travail, individuellement, puis auprès des partenaires sociaux, à partir des regroupements d'analyses individuelles ainsi transformées en approche collective. C'est tout ce travail qui sera mis à mal par le projet de réforme des SST qui semble se dessiner, du fait du « gommage du réel », dans le but de produire de la statistique sur les grands nombres. Nous ne cessons de dire à quel point ces approches rigides et néanmoins utiles, vont rassurer les intervenants et conforter les pouvoirs publics dans leurs certitudes, laissant les médecins du travail isolés face à la réalité dégradée des atteintes à la santé des femmes et des hommes qu'ils accompagnent, sans temps, sans moyens.

Maintenir la gouvernance des SST aux employeurs s'inscrit dans le projet politique de ne pas remettre en cause les « organisations du travail de la désespérance ».

Alors, étouffer les médecins sous une charge de travail prescrite aveugle n'est-il pas un objectif non avoué pour empêcher ces pratiques de passeurs, ancrées dans le réel du métier de médecin du travail dans l'entreprise ?

ALERTE DE L'ASSOCIATION SMT

L'association SMT, après avoir pris connaissance du discours au COCT de M. DARCOS, ministre du travail, et en avoir débattu lors de son congrès des 12 et 13 décembre 2009, considère que les orientations que trace ce texte pour l'avenir des Services de Santé au Travail auraient un effet destructeur pour la professionnalité des médecins du travail, ce qui ôterait aux SST leur crédibilité et leur efficacité en prévention des risques professionnels.

Nous constatons avec regret le contre sens réglementaire et législatif de ce texte en matière de positionnement des SST qui s'appuient actuellement sur la mission du médecin du travail :

➤ Celui-ci assure, depuis la création de l'institution, en premier lieu, la prévention primaire médicale des risques du travail pour la santé des travailleurs. Cela signifie qu'un médecin du travail doit, avant tout, déployer les moyens d'éviter, en amont, toute altération de la santé du travailleur du fait de son travail. À cet effet, et de ce point de vue exclusif, il conseille des modifications du poste de travail et des mesures de prévention aux employeurs et aux représentants du personnel.

➤ Parallèlement, et actuellement sans réel contre-poids de la représentation du personnel, l'employeur répond à ses devoirs généraux de prévention en assumant une obligation de sécurité de résultat permettant d'éviter, en aval, toute atteinte à la santé du travailleur du fait du travail, c'est-à-dire tout accident ou toute maladie engendrés par le travail.

En investissant ainsi les SST, le discours sonne le glas de leur mission de prévention primaire et atteint ainsi au droit constitutionnel à la protection de la santé de chaque travailleur en plaçant les SST sur le terrain de l'assistance des employeurs à la gestion des risques.

Si les orientations de ce texte étaient mises en œuvre, l'exercice de la médecine du travail deviendrait impossible :

➤ L'indépendance du médecin du travail serait annihilée. Cantonné à un « rôle » d'appui aux « missions » du SST, ses initiatives seraient contraintes par l'obligation de résultat contractualisée du SST. Rapidement, par

exemple dans le cadre d'une « démarche de progrès », dont, par ailleurs, notre corps professionnel constate les ravages pour la santé mentale des salariés, le médecin perdrait toute marge de manœuvre. Notamment, alors que sa mission concerne le maintien au travail, il lui faudrait considérer exclusivement la question de l'emploi dans le cadre d'une « employabilité » et de l'exclusion qu'elle implique de nos jours. Il est singulier d'observer la conception du secret médical de l'État qui préconise pour éviter la « désinsertion professionnelle » des « contacts préalables » entre médecin du travail, médecin traitant, et médecin conseil.

➤ La compétence du médecin du travail, dont les pouvoirs publics semblent avoir une singulière appréciation, serait vidée de son sens. Elle serait transférée, en partie - sans être véritablement encadrée - à des médecins non spécialisés. Certaines autres tâches qui relèvent de ses pratiques seraient confiées à d'autres professionnels dont les compétences et l'indépendance ne sont pas assurées. Ce « siphonage » scléroserait les pratiques, rapidement réduites et contraintes par un catalogue de « bonnes pratiques » sans lien à la réalité. L'espacement encore accru des examens périodiques irait dans le même sens en ôtant à la clinique médicale du travail son espace de déploiement individuel, majorant les difficultés qu'engendre actuellement la précarité des carrières professionnelles et de l'emploi.

Cette nouvelle réforme, survenant après une suite interminable de textes réglementaires dont on nous faisait d'abord la promotion, puis la critique, quelques temps après, pour justifier la réforme suivante, serait effectivement la dernière : après elle, la médecine du travail ne repoussera pas !

S'y substituerait un exercice d'expertise du point de vue de l'employabilité, c'est-à-dire de sélection médicale de la main d'œuvre et d'appui au management en gestion des risques, condamné à l'impuissance et à servir de fusible en responsabilité. Inutile par conséquent d'ouvrir le numerus clausus : quel médecin voudrait exercer un tel métier ?

Le défaut principal du système, celui qui entrave journellement les pratiques des médecins du travail et condamne la prévention primaire à l'impuissance, la gouvernance par les employeurs d'une institution qui dérange leurs certitudes et menace leur responsabilité, est ici reconduit, gouvernance contestée même par le chef des députés UMP qui propose d'adosser les SST aux Agences Régionales de Santé. Quand l'État assumera-t-il ses responsabilités et répondra-t-il de ses erreurs ?

ASSOCIATION SMT

– LE BILAN 2009 –

RÉUNIONS TENUES

- Journée de Printemps le 21 mars 2009 :
 - ♦ *Mémoire des risques et des expositions en santé-travail.*
 - ♦ *Conservation et transfert des données. Responsabilité des médecins.*
- 30^e Congrès annuel les 12 et 13 décembre 2009 (Paris) :
 - ♦ *Règles de métier : traces, veille, alerte et fiche de suivi médical : quelles pratiques ?*

PARTICIPATIONS ET ACTIONS

- Au sein de l'association E-Pairs, dont l'Ass. SMT est membre fondateur et qui mobilise un certain nombre d'entre-nous dans sa structure, que ce soit au niveau organisationnel ou au niveau des groupes de projets des GAPEP.
- Au sein du Collège national professionnel de médecine du travail (CNPMT)

PUBLICATIONS

- Le *Cahier S.M.T. N°23* a été tiré à 1 300 exemplaires, en juin 2009
- Communication : le site web a-smt.org, régulièrement consulté.

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Il a été procédé le 13 décembre 2009 à l'élection du Bureau et du Conseil d'administration.

Président : Dominique HUEZ (37)

Vice-président(e)s : Alain CARRÉ (75) – Josiane CRÉMON (38) – Annie DEVEAUX (42) – Jocelyne MACHEFER (49) – Nicolas SANDRET (75)

Secrétaire-Trésorier : Alain RANDON (94)

Concepteur-Réalisateur du Cahier SMT : Jean-Noël DUBOIS (2B)

Administrateur du site Web : Denis TEYSSEYRE (86)

Conseil d'Administration : Pierre ABÉCASSIS (21) ; Marie-Andrée CADIOT (59) ; Benoît DE LABRUSSE (30) ; Jean-Marie EBER (67) ; Alain GROSSETÊTE (69) ; Michel GUILLAUMOT (52) ; Florence JÉGOU (49) ; Claire LALLEMAND (37) ; Gérard LUCAS (44) ; Martine MANGIONE (94) ; Brigitte PANGAUD (75) ; Michèle PRÉVOST (79) ; Odile RIQUET (69) ; Gilles SEITZ (75) ; Martine TAVERNIER (06) ; Claire THOMASSIN (94) ; Jean-Louis ZYLBERBERG (75)

ORIENTATIONS 2010

- Publication du *Cahier S.M.T. N°24*
- Journée de Printemps qui s'est tenue le 20 mars 2010 :
 - ♦ *Pratiques et responsabilité des médecins du travail face aux risques psychosociaux induits par les organisations du travail*

31^e CONGRÈS ANNUEL LES 4 ET 5 DÉCEMBRE 2010 À PARIS

(Enclos Rey, 57 rue Violet 75015 Paris)

(Voir page 37 pour les pré-inscriptions)

Alain RANDON

Ce Cahier n°24 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°25* (à paraître courant 2011)
- 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