

APPROCHE COLLECTIVE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN MÉDECINE DU TRAVAIL INTÉRÊT ET LIMITES DES PIÈGES À ÉVITER

Jocelyne MACHEFER, médecin du travail

LES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES DANS LE DOMAINE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX LA BASE DE DOCUMENTATION EST L'ISTNF(1)

La directive-cadre européenne n°89/391 CEE, parue au JO L 183 du 29.06.1989 « définit une obligation générale de sécurité dont le chef d'entreprise est débiteur et propose une démarche globale de prévention des risques professionnels, guidée par le principe primordial de l'évaluation des risques » ... « tant au niveau de la sécurité que de la santé physique, mentale et sociale des salariés. » Des mesures préventives appropriées sont attendues en conséquence.

La loi N° 91-1414 du 31 décembre 1991 qui transcrit la directive-cadre européenne du 12 juin 1989, impose l'évaluation des risques aux chefs d'entreprise afin de mettre en place les solutions préventives les plus adaptées pour la protection des salariés (ex article L.230-2-alinéas 1 à 3, devenu L.4121-1 à L.4121-3). On retiendra plus particulièrement l'ex article L230-2-2^{ème} alinéa devenu L.4121-2 :

- « 1° Éviter les risques.
- 2° Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités.
- 3° Combattre les risques à la source.
- 4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le

.....

1 – CZUBA Céline, Les évolutions législatives et réglementaires dans le domaine des Risques psychosociaux, document istnf.fr, mars 2010

choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé.

5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique.

6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux.

7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L.1152-1.

8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle.

9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs. »

Remarques : C'est assurément un profond changement culturel en termes de prévention des risques professionnels en France, puisque l'employeur passe de l'obligation de moyens (respect de normes et règlements techniques) à l'obligation de résultats. Toutefois, aucun document écrit n'est alors exigé. D'autre part, malgré une finalité louable visant à protéger les salariés des risques psychosociaux et des pratiques abusives, la mise en avant du harcèlement moral sera initialement un frein à l'analyse des multiples conditions organisationnelles de travail à l'origine de souffrance et de harcèlement (!) au travail. La souffrance analysée ainsi se trouvera initialement réduite à un conflit entre

deux personnes (un bourreau, une victime), l'affaire, jugée au tribunal, hors des murs de l'entreprise faisant craindre « l'économie », à court terme, d'une analyse de l'organisation défaillante. Toutefois, les jurisprudences sont en constante évolution, comme nous le verrons (chapitre 4).

Le décret du 5 novembre 2001 (ex art. R.230-1 devenu R.4121-1) prévoit l'obligation de formaliser les résultats de l'évaluation des risques professionnels dans le « document unique », tenu à disposition des représentants du personnel, du médecin du travail et des différents préventeurs. Dix ans après la loi N° 91-1414 du 31 décembre 1991, l'obligation d'un document écrit s'est finalement imposée.

8 Octobre 2004 : Accord-cadre Européen sur le stress au travail. L'accord qui engage contractuellement les partenaires sociaux européens signataires à combattre le risque de stress en entreprise, s'appuie sur la directive n°89/391 CEE. Le stress professionnel survient « lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et ses propres ressources pour y faire face », selon cette définition qui est un choix de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Placer en premier la perception par l'opérateur, de l'écart entre les exigences de la situation et ses capacités d'y faire face, mettant en avant le doute du sujet, omettant la critique des contraintes professionnelles pathogènes, est tout à fait discutable. La définition de Hans SELYE, par exemple, plus équilibrée « le stress est la réaction de l'organisme face aux modifications, exigences, contraintes ou menaces de son environnement, en vue de s'y adapter » ne sera prise en compte ni dans cet accord-cadre, ni par la suite, que ce soient le rapport NASSE/LÉGERON (2008), l'Accord National Interprofessionnel (ANI) de 2008 ou l'Arrêté d'extension de l'ANI du 23 avril 2009.

La directive 2006/54/CE 5 juillet 2006 : relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail (refonte). On y trouve une définition du harcèlement dont le harcèlement sexuel, également considérés comme discrimination.

26 avril 2007 : Accord-cadre Européen sur le harcèlement moral et la violence au travail. Les partenaires sociaux européens condamnent le harcèlement moral et la violence au travail et reconnaissent son retentissement social et économique.

Accord National Interprofessionnel (ANI) de juillet 2008 : signé par le patronat et les partenaires sociaux, l'ANI est la transposition en Droit français de l'accord-cadre européen signé en octobre 2004 par les partenaires sociaux européens. Il vise à prévenir et à combattre le stress dans les entreprises. La définition du stress reste la même.

6 mai 2009 : parution au J.O. de l'arrêté d'extension du 23 avril 2009 de l'ANI. Il oblige toutes les entreprises à conclure un accord sur le stress au travail

13 janvier 2010 : modalités de mise en œuvre de la négociation sur le stress préconisées par le ministère du tra-

vail. Bien que les entreprises de plus de 1 000 salariés soient invitées à engager les négociations sur les risques psychosociaux avant le 1^{er} février 2010, au 3 décembre 2010, sur 1 300 entreprises concernées, 230 seulement avaient signé un accord sur le stress au travail.

LE RAPPORT NASSE/LÉGERON, « RELATIF À LA DÉTERMINATION, LA MESURE ET LE SUIVI DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL, DU 12 MARS 2008 » UN FREIN À LA PENSÉE ET À L'ACTION !

UN RAPPORT ÉTRIFIÉ, LIMITÉ AU « STRESS »

Ce rapport, dès le premier chapitre « définir et délimiter les risques psycho-sociaux », cite les nombreuses situations qui y font référence : « stress, harcèlement moral, violence, souffrance, suicide, dépression, troubles musculo-squelettiques, etc. », pour préciser que « (...) la grande variété des thèmes sous le vocable de risques psychosociaux est source d'une grande confusion. Ces thèmes recouvrent en effet les déterminants et les effets, sans distinguer les causes et les conséquences »(2) ! Mais alors, plutôt que de rétablir une classification plus adéquate à partir de cette liste, facteurs de risques d'un côté (harcèlement, violence, situation stressante ou de tension au travail) et risques de l'autre (stress perçu, souffrance, suicide, dépression, TMS), ce rapport se limite « à l'étude du stress et ses conséquences sur la santé mentale » et seulement mentale ! « des individus » sans jamais s'embarasser d'une définition du bien-être : « (...) le stress où causes et conséquences se rejoignent et se renforcent de sorte que le gain de bien-être au travail qu'il serait possible d'obtenir par une réduction du stress a une chance sérieuse de réduire aussi les autres catégories de troubles »(3). Ambition qui laisse entrevoir de beaux jours aux consultants d'approche comportementalisme dont P. LÉGERON lui-même fait partie. N'y a-t-il pas là conflit d'intérêt ?

UNE APPROCHE HYGIÉNISTE ?

On lit dans ce rapport, citant la *Health Safety Exécutive* de Grande-Bretagne que « le risque se définit comme la probabilité qu'une exposition au danger entraîne un dommage et les stratégies de prévention se doivent de faire en sorte que l'exposition soit nettement en dessous du niveau où vont apparaître les dommages ». On pourrait se rassurer à bon compte en remarquant notamment, dans ce rapport, trois centres d'intérêt : l'**amont** regroupant les risques liés aux conditions d'organisationnelles de travail ; le **médian** évoquant les risques liés aux réactions du sujet ; l'**aval** abordant les conséquences cliniques. L'entreprise doit développer une prévention primaire, secondaire et tertiaire. Cette démarche se calque sur l'OIT (2000) indiquant « les interventions pour réduire le stress peuvent être primaires

.....

2 – Philippe NASSE/Patrick LÉGERON, *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, 12 mars 2008, p.7

3 – *Ibid*, p.8

(réduction à la source du stress), secondaires (aider les individus à développer des compétences à faire face au stress) et tertiaires (prendre en charge les individus affectés par le stress) ». Mais la prévention primaire inclut, selon le rapport NASSE/LÉGERON, « une évaluation précise par l'entreprise non seulement des facteurs de risques mais aussi des populations les plus touchées »(4) ! Or, le dépistage de populations touchées ne peut appartenir à la prévention primaire puisqu'il signe l'échec de la prévention primaire. De même, la prévention secondaire n'est envisagée là, ni pour modifier les conditions de travail collectives ni pour adapter le travail à l'homme : « **Les programmes de prévention secondaire ont pour but d'aider les individus à gérer plus efficacement les exigences et contraintes du travail en améliorant leurs stratégies d'adaptation aux sources de stress ou en renforçant leur résistance au stress en soulageant les symptômes associés au stress** »(5).

Il s'agit bien, selon eux, d'adapter l'homme aux contraintes (et non d'adapter le travail à l'homme, donnée de base en ergonomie) et de **soigner** ceux qui ne résistent pas ! Mais alors, on se situe au niveau de la réparation, c'est-à-dire de la prévention tertiaire ! On ne peut que partager l'avis d'Yves CLOT remettant en cause le « trouble de l'adaptation du sujet » qu'il faut considérer bien au contraire comme un « trouble de l'adaptation de l'organisation du travail lui-même »(6). Du même coup, la **prévention tertiaire** selon ce rapport inclut « le traitement, la réhabilitation, le processus de retour au travail et le suivi des individus qui souffrent ou ont souffert de problèmes de stress ou de santé mentale ». Il est alors question de guérir l'individu, y compris par de la thérapeutique au travail « assistance psychologique, numéro d'appel d'aide et de soutien aux salariés, consultations spécialisées ». À aucun moment, il ne sera proposé de « guérir » le travail pathogène. Ni de faciliter la reconnaissance des pathologies en maladies professionnelles, ce qui correspondrait à la réparation, qui se rattache pourtant aussi à la prévention tertiaire !

NOTION D'« INDICATEUR GLOBAL »

Le rapport NASSE/LÉGERON, en déplorant l'absence, en France, d'un indicateur global « qui permettrait d'observer simultanément l'état de santé mentale des personnes concernées et celui de leurs conditions sociales de travail », minimise, de fait, l'arsenal des enquêtes existantes utilisant les précieux apports, en l'épidémiologie, de KARASEK et de SIEGRIST (qu'il cite pourtant), comme les enquêtes Sumer (DARES), Samotrace (INVS), SIP (DARES-DREES). La double enquête SIP (2006-2010) vise à étudier les interactions entre santé, travail et itinéraire professionnel. **La post-enquête SIP du LEEST, réalisée en 2008** sur d'un échantillon tiré au sort à partir des enquêtés SIP de 2006, mise en place en raison des résultats troublants de SIP 2006 rendant le travail responsable de nombre des problèmes de santé, recherche d'éventuels biais dans l'estimation des liens entre santé, tra-

4 – *Ibid*, p.37

5 – *Ibid*, p.38

6 – Yves CLOT, *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Ed. La Découverte, 2010, p.110

vail et itinéraire professionnel. La post-enquête réalisée à partir d'entretiens ouverts « *interrogeant le vécu subjectif du travail, pivot des arbitrages effectués tout au long de la trajectoire, dans une dynamique intégrant souhaits et contraintes, vie privée et professionnelle, sens du travail et enjeux de société* »(7), viendra conforter les résultats de l'enquête SIP 2006. Mieux, elle indiquera que nombre de salariés, pour ne pas décompenser, ont quitté à temps l'entreprise privée par une démission salubre ou obtenu une mutation « thérapeutique », notamment dans le service public. De plus, la post-enquête SIP, « dans l'interrogation sur les problèmes de santé » indique des écarts :

- « Sur la déclaration des maladies, accidents et handicaps avec une sous déclaration, en tant que *maladies*, des problèmes de santé mentale et des troubles musculo-squelettiques et lombalgies actuels et passés... »
- « Dans l'évaluation des liens entre santé et travail,
 - ◆ avec sous-estimation des changements » (comme la démission dans le privé ou comme la mutation) « mis en lien avec le souhait de préserver sa santé psychique
 - ◆ avec une sous-déclaration des « petits » accidents de travail sans séquelles ni conséquences sur l'itinéraire professionnel mais néanmoins révélateurs des conditions de travail sur une période donnée.
 - ◆ avec l'omission de certaines pathologies passées ou actuelles pouvant renvoyer à des risques professionnels passés, méconnus ou déniés (sinusites chroniques, pathologies pulmonaires...) »(8).

La recherche d'indicateur global, proposée dans le rapport, exaspère les médecins du travail dans la mesure où elle tend à retarder la nécessaire analyse du réel du travail et de ses modes organisationnels afin de supprimer les facteurs de risque. Les demandes de consultations spontanées se bousculent, de même les visites médicales de pré-reprise et/ou de reprise après maladies à caractère professionnel en lien avec l'organisation du travail défailante.

Cette recherche d'indicateur global exaspère les médecins du travail dans la mesure où elle entretient la confusion avec la mise en avant du « stress » et de ses « composantes dites environnementales et individuelles ». Clairement, la soi-disant « composante environnementale du stress » est à classer au chapitre des **facteurs** de risques psychosociaux. Le modèle de KARASEK, cité dans ce rapport comme « approche ergonomique du stress » est bel et bien une approche par **facteurs** de risques et plus précisément par **facteurs organisationnels** de risques psychosociaux. Dans ce modèle de KARASEK, avoir à la fois une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle au poste de travail est défini par M. VÉZINA comme « *Job Strain* », à traduire par « tension au travail » et non « stress au travail », afin justement d'éviter la confusion entre risques et facteurs de risques.

7 – *Post-enquête qualitative SIP, rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et parcours de santé*, sept. 2008, intro, p.6

8 – *Post-enquête qualitative SIP, rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et parcours de santé*, sept 2008, p.307

Cette recherche d'indicateur global désespère les médecins du travail dans la mesure où elle semble ignorer leurs alertes en voulant les cantonner dans le dépistage du stress et des décompensations au travail (prévention tertiaire). Pourtant, les imagine-t-on cantonnés dans le dépistage du saturnisme ou du mésothéliome pleural, au mépris de la prévention primaire ! Ce soi-disant manque d'indicateur global permet-il pour autant de remettre à plus tard l'obligation de sécurité de résultats de l'employeur en termes de santé et de sécurité des salariés ? La jurisprudence bouscule ce rapport d'experts.

L'EXTERNALISATION DE LA GESTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Surtout, le rapport NASSE/LÉGERON remet à plus tard une première synthèse tout en préconisant une nouvelle enquête psychosociale nationale à la recherche de cet indicateur global. La proposition du rapport NASSE/LÉGERON de confier à des médecins et infirmières du travail les questionnaires « visant la mesure de la santé mentale ou de la détresse psychologique et celui cherchant à cerner l'exposition aux risques psychosociaux » dans le but d'élaborer un indicateur global de risques psychosociaux infaillible (!), séduit les entreprises dont certaines n'ont pas attendu ce rapport pour mettre en place un dépistage du stress par questionnaires, dont l'objectif est de prendre en charge les plus fragilisés, (présentés comme fragiles !). Des groupes industriels font appel à consultants pour mettre ces questionnaires en place de façon systématique dans leurs établissements. L'engouement des employeurs pour l'externalisation de la prise en charge des **conséquences** de facteurs de risques psychosociaux professionnels est inversement proportionnel à leur démarche préventive qui viserait à réduire les facteurs de risques. Externalisation *via* des sous-traitants (consultants), certains à l'approche comportementaliste pour l'amélioration des performances des salariés repérés, plaçant le médecin du travail dans un rôle de « fossoyeur », dépistant les plus fragiles à partir de questionnaires de diagnostic clinique (stress, états de stress post-traumatique, dépression ou état anxieux réactionnels...). Ces questionnaires mis en ligne en salle d'attente de certains SST étant analysés globalement, au plan statistique, par le consultant et non par le médecin du travail, afin de cibler les « populations à risques » par établissement, par service dans un établissement... Il ne reste plus au médecin du travail qu'à écarter les sujets décompensés, ceux-ci étant pris en charge soit par le service d'urgence des hôpitaux, soit par le médecin traitant via le spécialiste local, soit par un second consultant, aux frais de l'entreprise. Ne peut-on parler, dans ce dernier cas, d'exercice illégal de la médecine du travail ? Un **suivi thérapeutique** étant également proposé par ce second consultant, ne doit-on pas parler de double exercice illégal de la médecine du travail ? Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) s'est d'ailleurs montré très vigilant par rapport aux dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux dans l'entreprise(9), séparant bien l'activité de médecin du travail de celle de « médecin écoutant » de la

9 – CNOM, *Recommandations sur les dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux*, 24 octobre 2008

cellule d'accompagnement. Le CNOM interviendra en 2009 pour soutenir les médecins de *France Télécom*, incités à participer aux réunions des Cellules d'écoute et d'accompagnement dans l'entreprise, dans leur refus de participer au dévoilement de cas individuels, totalement contraire à l'éthique et au code de déontologie médicale. Le secret médical doit être préservé(10). Yves CLOT analyse ainsi la problématique : « *C'est très souvent l'organisation qui manque de ressources pour répondre aux demandes des opérateurs de pouvoir travailler correctement* » ... « *Et c'est l'écart perçu par eux entre ce qu'il faudrait faire et ce qu'ils sont tenus d'accomplir qui produit des déséquilibres dommageables aussi bien pour leur santé que pour la qualité du travail.* »(11). L'INRS, dans une note documentaire intitulée *Prévention des risques psychosociaux : et si vous faisiez appel à un consultant*, considère qu'il faut « *combattre le risque à la source (prévention primaire). Elle est centrée sur le travail et son organisation, et renvoie à une prévention collective des risques* » ... « *La gestion individuelle des risques psychosociaux (prévention secondaire) a pour but de renforcer la résistance des salariés au stress (stages de gestion du stress, coaching, relaxation...).* Elle ne s'attaque pas aux causes réelles du problème et son effet ne se maintient pas dans le temps »(12).

Alors que ce projet NASSE/LÉGERON d'enquête nationale n'a jamais vu le jour, les médecins du travail constatent l'accroissement des consultations de sujets en souffrance alors que tarde, dans l'entreprise, la mise en place du nécessaire dialogue sur le travail, sur les difficultés à faire un travail correct ! Les CHSCT sont souvent informés de la mise en place de questionnaires à l'élaboration desquels ils ne sont pas associés.

OCTOBRE 2009 : RAPPORT GOLLAC, À LA DEMANDE DU MINISTÈRE DU TRAVAIL

LE STRESS ?

Contrairement au rapport NASSE/LÉGERON, le rapport GOLLAC ne considère pas le stress comme seule donnée fiable en matière de risques psychosociaux.

RISQUES OU FACTEURS DE RISQUES ?

Contrairement au rapport NASSE/LÉGERON, le rapport GOLLAC sépare clairement les risques des facteurs de risques et considère que « *La littérature épidémiologique fournit des éléments convaincants sur les effets des facteurs de risque psychosociaux au travail sur la santé. Les mécanismes étiologiques susceptibles d'expliquer l'association entre les facteurs psychosociaux et des indicateurs de santé notamment cardiovasculaire relèvent des effets des stresseurs de type psychosocial.* »...« *Cette littérature a notamment souligné*

.....

10 – CNOM, *Respect de la déontologie : le CNOM soutient les médecins du travail de France Télécom*, 1^{er} décembre 2009

11 – Yves CLOT, *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Ed. La Découverte, 2010, p.110

12 – INRS, *Prévention des risques psychosociaux : et si vous faisiez appel à un consultant*, ED 6070, avril 2010, pp.6 et 7

leurs effets importants sur les maladies cardiovasculaires, les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques. Les études ont montré un accroissement du risque de ces pathologies pouvant atteindre 50 % à 100 % en cas d'exposition aux facteurs psychosociaux au travail. Or ces trois domaines de santé constituent des enjeux majeurs en termes de santé publique »(13).

DÉFINITION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX(14)

Michel GOLLAC part de la notion de **risque pour la santé**. La définition des risques psychosociaux dépend alors de la définition de la santé, évolutive, y compris à l'OMS :

- « Il s'agit de **risques pour la santé**, mentale mais aussi physique, créés au moins en partie par le travail à travers des mécanismes sociaux et psychiques ».
- « Si la santé est l'absence de maladie, le **risque** correspond à un **surcroît de probabilité de survenue d'une maladie** ». Les indicateurs de risques psychosociaux, et notamment ceux du médecin du travail, sont alors à chercher du côté de la maladie due au travail.
- « Si la santé est "un état de complet bien-être physique, mental et social" [OMS], le **risque** est soit la **diminution de la probabilité** de cet état de complet bien-être, soit la **diminution du degré de bien-être**. »
- Les indicateurs et notamment pour le médecin du travail, seraient alors un vécu subjectif du travail négatif, éventuellement en lien avec une souffrance infra-clinique (mal être non décompensé).
- Selon l'OMS, « la **santé mentale** est (...) un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ». Cette définition considère la santé comme un « état » mais d'un sujet actif qui se réalise au sein de la communauté. Se rapproche-t-on du travail comme lieu indispensable au maintien de l'identité et de santé du sujet ? Les indicateurs de risques psychosociaux au travail seraient à chercher du côté du Vécu subjectif du travail dont le travail empêché.

DU RISQUE AUX FACTEURS DE RISQUE

Cette approche du risque permet de mieux envisager les **facteurs de risque** dans l'entreprise, et en particulier les organisations pathogènes. M. GOLLAC sélectionne six dimensions temporaires de facteurs de risques psychosociaux regroupant une quarantaine d'indicateurs provisoires :

- les exigences du travail, par exemple la pression temporelle ;
- les exigences émotionnelles, par exemple les tensions avec le public ;
- le manque d'autonomie et de marges de manœuvre ;

.....

13 – Michel GOLLAC, DARES-DREES, *Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail*, Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, Introduction, Octobre 2009

14 – Michel GOLLAC, CREST, *l'observation statistique des risques psychosociaux*, 27 novembre 2008

- la mauvaise qualité des relations au travail : par exemple le manque de soutien, le manque de reconnaissance ou la qualité insuffisante du *leadership* ;
- les conflits de valeur, c'est-à-dire les problèmes d'éthique et de conscience professionnelle (qualité) ;
- l'insécurité de l'emploi et de la carrière.

Michel GOLLAC précise que ces six dimensions temporaires permettent des améliorations des questionnaires de la seconde enquête SIP (2010), dont les résultats sont prévus en 2011. Ce rapport, en écho à la demande d'indicateur global de NASSE/LÉGERON, qui raisonne en niveau d'exposition au risque et de probabilité de dommages encourus, accepte-t-il, lui aussi, l'idée de dose admissible, au-delà de laquelle le dommage surviendrait ?

Peut-on raisonnablement imaginer pouvoir mesurer un niveau d'exposition aux risques psychosociaux ? En pronostiquer les conséquences ? Et accepter un risque psychosocial du fait d'un faible risque de dommages encourus ? S'agit-il du risque au sens qualitatif avec ses niveaux de gravité ? S'agit-il du risque au sens quantitatif (en nombre et pourcentage de salariés atteints) ? Sommes-nous là, comme le pense Y. CLOT, dans un schéma de veille sanitaire, dont l'objectif (prévenir les risques psychosociaux) ne serait pas atteint en raison des difficultés, dans l'entreprise, à remonter des conséquences à l'empêchement de faire un bon travail ? Passant définitivement à côté du réel ? « Il m'arrive de penser que la **prévention des risques psychosociaux**, loin de permettre le développement du pouvoir d'agir des salariés sur la qualité de leur travail, autorise leur déclassement au rang de sujets "faibles" à accompagner dans leur souffrance et à réformer dans leur comportement. »(15). « La distinction entre des victimes et des responsables de la souffrance psychique cède la place à une distinction entre des individus et un environnement risqué. D'ailleurs, le flou de la notion de risques psychosociaux est pensé comme un facteur de consensus permettant d'échapper à la recherche des coupables »(16).

Qui dit « mieux » ? Compte-tenu de la connaissance du médecin du travail de l'entreprise et de ses contraintes, on peut craindre la médecine d'entreprise, au service de l'économie et non plus de la préservation de la santé des salariés, par une pratique de tri de main d'œuvre : sélection à l'embauche, inaptitude des sujets fragilisés par leurs conditions de travail délétères. L'eugénisme n'est pas loin. Il faut soutenir, tout au contraire, l'apport des indicateurs des six dimensions de facteurs de risques de M. GOLLAC, à utiliser, en tant que médecin du travail comme **alerte collective** dont le but sera, pour l'employeur, de **remédier aux facteurs de risques psychosociaux professionnels**. C'est-à-dire en associant les salariés, en leur redonnant du pouvoir d'agir et en encourageant les collectifs et la participation des CHSCT. Avec, comme point de repère, comme boussole, la

.....

15 – Yves CLOT, *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Ed. La Découverte, p.135, 2010

16 – Marlène BENQUET, Pascal MARICHALAR, Emmanuel MARTIN, *Responsabilité en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008)*, Revue Sociétés Contemporaines, N°19, 2010, cité par Alain CARRÉ

notion d'obligation de sécurité de résultat des employeurs et les jurisprudences récentes.

L'ÉVOLUTION DES JURISPRUDENCES

Les jurisprudences évoluent constamment, y compris en prenant en compte le mode de gestion : « *Peuvent caractériser un harcèlement moral les méthodes de gestion mises en œuvre par un supérieur hiérarchique dès lors qu'elles se manifestent pour un salarié déterminé par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet d'entraîner une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.* »(17)

Le harcèlement est constitué qu'il y ait ou non intention de l'auteur : « *Il résulte d'une part de l'article L.1152-1 du Code du travail que le harcèlement moral est constitué, indépendamment de l'intention de son auteur, dès lors que sont caractérisés des agissements répétés ayant pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte aux droits et à la dignité du salarié, d'altérer sa santé ou de compromettre son avenir professionnel, d'autre part de l'article L.1154-1 de ce code que la charge de la preuve d'un harcèlement moral ne pèse pas sur le salarié. Doit dès lors être cassé l'arrêt d'une cour d'appel qui, pour débouter un salarié de sa demande de dommages-intérêts pour harcèlement moral, retient qu'il ne démontre pas que les agissements dont il se plaint relèvent d'une démarche gratuite, inutile et réfléchie destinée à l'atteindre et permettant de présumer l'existence d'un harcèlement.* »(18)

Des condamnations récentes indiquent, de plus en plus, une mise en avant de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur. Dans les deux exemples qui suivent, le juge se prononce sur l'organisation collective de l'entreprise. Dans le premier cas, la cour admet la consultation du CHSCT par le CE sur un projet d'entretiens individuels de salariés avant sa mise en œuvre. Dans cet arrêt, la Cour de cassation considère que l'obligation de sécurité de résultat pesant sur l'employeur lui « *interdit dans l'exercice de son pouvoir de direction, de prendre des mesures qui auraient pour objet ou pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés* »(19). Dans cette affaire, « *Le juge de fond peut suspendre la mise en place d'une nouvelle organisation s'il estime qu'elle compromet la santé ou la sécurité des salariés* »(20). Dans le second exemple(21), l'employeur envisage une nouvelle organisation de la maintenance et de la surveillance

.....

17 – Légifrance.gouv.fr, Cour de Cassation, chambre sociale, audience publique du mardi 10 novembre 2009, n° de pourvoi 07-45321

18 – Légifrance.gouv.fr, Cour de Cassation, chambre sociale, audience publique du mardi 10 novembre 2009, n° 08-41497

19 – Cass. Soc. 28 nov. 2007, n°6-21964

20 – LACHMANN Henri, *Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail*, Rapport d'information n° 642(2009-2010), DÉRIOT Gérard, Commission des affaires sociales du Sénat, *Mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action*

21 – Cass. soc. 5 mars 2008, société SNECMA, n° 06-45888

d'un établissement « Seveso ». Le CHSCT, informé et consulté, désigne un expert, émet un avis négatif de même que le CE ; l'employeur passe outre. Un délégué syndical saisit le tribunal de grande instance pour que la note de service affichant la nouvelle organisation soit annulée. La cour d'appel accueille la demande et le pourvoi en cassation est rejeté par la Cour de cassation.

Dans deux jugements, « *Tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, l'employeur manque à cette obligation lorsqu'un salarié est victime sur le lieu de travail d'agissements de harcèlement moral ou sexuel (arrêt n°1, pourvoi n° 08-44.019), ou de violences physiques ou morales (arrêt n°2, pourvoi n° 08-40.144), exercés par l'un ou l'autre de ses salariés, quand bien même il aurait pris des mesures en vue de faire cesser ces agissements* »(22).

Toutefois, les textes de proposition de loi en cours et notamment le L.4624-4 ne visent-ils pas à impliquer le médecin du travail et à limiter la responsabilité de l'employeur, notamment en matière de facteurs de risques psychosociaux ? « *Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver* » ? Mais depuis quand le médecin du travail prescrirait-il des modèles organisationnels ? Et *quid* de l'obligation de sécurité de l'employeur ? Une obligation partagée avec le médecin du travail ?

APPROCHE COLLECTIVE DES RISQUES ET FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN MÉDECINE DU TRAVAIL : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Les approches collectives à partir des observations recueillies lors des consultations individuelles sont-elles comparables aux questionnaires ?

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

Les éléments cliniques, glanés au fil des consultations du médecin du travail, foisonnent incontestablement d'informations incontournables sur les risques et facteurs de risques psychosociaux professionnels.

➤ L'écoute compréhensive

Les salariés sont de plus en plus demandeurs de visites médicales spontanées parfois dans l'urgence, de visites médicales de pré-reprise. Ces consultations avec leur médecin du travail, fort longues, qui partent du principe de la centralité du travail dans le maintien de l'identité du sujet, sont basées sur l'écoute compréhensive. Elles prennent en compte les qualifications et la carrière professionnelle du sujet, les éléments de changement dans l'entreprise, les failles de l'organisation du travail repérées par le sujet, l'existence ou non d'un collectif de travail. Cet échange et les pro-

.....

22 – Légifrance.gouv.fr, Cass. Soc., 3 février 2010, n° 08-44.019 et Cass. soc., 3 février 2010, n°08-40.144

positions d'interprétation du médecin du travail participent de l'accompagnement et de l'aide non substitutive à la pensée du sujet. En évitant notamment les interprétations psychologisantes, freinant la pensée sur le travail. L'approche des risques psychosociaux démarre au cabinet médical. De nombreux éléments cliniques, susceptibles d'attirer l'attention en consultation, méritent d'être pris en compte, notamment parce que le médecin du travail peut passer des données individuelles à leur traitement collectif.

➤ « **Indicateurs** » de **facteurs de risques psycho-sociaux professionnels**

♦ **Les difficultés concrètes des salariés au poste de travail**, sont prises en note sur le dossier médical individuel avec deux impératifs : inscrire d'emblée qu'il s'agit du **récit** du salarié et noter ses dire entre guillemets. Difficultés techniques, organisationnelles, relationnelles... s'accumulent comme autant de « clinique du travail ». Cette expression est intéressante dans la mesure où elle exprime bien que c'est le travail, son organisation qui sont « malades ».

♦ **Le vécu subjectif du travail** : une liste de vingt-trois « indicateurs » est en attente dans la base de données *Stétho*^o, au registre « vécu du travail » (source : Service de santé au travail ST72). Concentrant nombre d'items retenus par KARAZEK, SIEGRIST, GOLLAC dont quelques éléments sont assimilables à la souffrance infra-clinique (ex : « vécu de solitude » (en annexe), la liste est plus complète que l'enquête EVREST (exploitée régionalement et non par entreprise). Les « indicateurs » ne prennent sens que dans la mesure où leur choix fait consensus entre le salarié et le médecin du travail qui les lui propose **en fin de consultation**. En l'absence de l'écoute compréhensive et du récit subjectif du salarié, ces indicateurs individuels n'ont aucun sens.

➤ « **Indicateurs** » de **risques psychosociaux en lien avec le travail**

♦ **La souffrance infra-clinique** comme, par exemple, le sentiment d'inutilité, d'inefficacité, de non reconnaissance; le vécu d'injustice ; la résignation ; le sentiment de solitude, d'isolement, de honte, de peur ; la pensée opératoire en tant que défense individuelle, le déni du danger souvent collectif et de ses conséquences, la difficulté à faire face aux événements...

♦ **La régression des investissements extraprofessionnels** (culturels, sportifs, associatifs) souvent associés à la surcharge de travail.

♦ **Les addictions réactionnelles** (tabac, alcool, voire sport...).

♦ **Les TMS** incluant le Tableau 57 des maladies professionnelles, les lombalgies.

♦ **Les troubles cardiovasculaires** dont l'HTA, l'ischémie cérébrale transitoire ou l'AVC, l'infarctus.

♦ **Les troubles du sommeil.**

♦ **Les troubles digestifs.**

♦ **L'anxiété et la dépression réactionnelles, la paranoïa induite.**

♦ **Les idées suicidaires avec ou sans projet précis ; le suicide.**

♦ **L'épuisement professionnel : le burn out.**

♦ **Les accidents de travail** comme la réaction aigüe aux facteurs de stress et le syndrome post-traumatique qui peut y faire suite ; accidents dus à la violence actionnelle ou réactionnelle.

♦ **Les arrêts de travail** et visites de reprise du travail qui en découlent.

♦ Un item sur le **stress au travail** existe souvent dans le dossier médical informatisé.

Cette liste non exhaustive, montre par sa richesse, combien le médecin du travail peut glaner d'indicateurs divers allant des indices discrets aux signaux explicites voir d'alarme.

Quand déclencher l'alerte et sous quelle forme dans l'entreprise ?

➤ **De la veille à l'alerte collective**

♦ La saisie informatique inclut le type de visites médicales (annuelle, de reprise du travail...), les orientations chez le spécialiste et la spécialité. Elle inclut la clinique médicale du travail dont les indicateurs de « vécu du travail », la souffrance infra-clinique et leur éventuelle décompensation en Maladie professionnelle indemnisable (MPI) le plus souvent déclarée par le généraliste ou en Maladie à caractère professionnel (MCP).

♦ La rédaction de la déclaration d'une maladie à caractère professionnel, le plus souvent par le médecin du travail, ne s'improvise pas.

♦ De même le traitement statistique des données collectives relatives à l'entreprise, son analyse et sa rédaction demandent un temps de réflexion, notamment quand il s'agit de risques et facteurs de risques psychosociaux. La démarche est chronophage. Et en service interentreprises, ce sont plusieurs entreprises qui méritent une attention particulière. Autant dire que consultations longues et analyse collective sont riches d'enseignement, donnent sens à notre métier, à condition de s'y consacrer au détriment des examens systématiques qui permettaient pourtant la veille sanitaire.

♦ Mais à partir de quel niveau et sous quelle forme formuler l'alerte collective à l'employeur ? À partir des facteurs de risques ou à partir des risques réels ? Faut-il attendre les pathologies décompensées ou intervenir dès la souffrance infra-clinique, le mal-être au travail ? L'expression répétée de vécu subjectif au travail négatif au fil des consultations suffit-elle, à elle seule, à décider le médecin du travail à déclencher une alerte collective dans l'entreprise ?

➤ **L'approche collective**

Les trois degrés d'alerte collective rapportés ici sont le résultat des discussions des *Journées de Printemps 2010* de l'Ass. SMT. Tous les cas de figure ne pouvant être représen-

tés et encore moins imaginés, la classification demande *métis* et pragmatisme.

♦ **Alerte collective haute : lorsque les risques psychosociaux** présents, correspondant à nombre de MPI et/ou MCP, voire des idées suicidaires en entreprise, il est urgent, dans cette situation d'échec de la prévention primaire, d'alerter les membres du CHSCT par une fiche d'entreprise et/ou le CE par un rapport « annuel » d'activité.

♦ **Alerte collective modérée** : si les risques psychosociaux se cantonnent à la **souffrance infra-clinique et au vécu du travail négatif** mais avec des indicateurs du service RH, comme l'absentéisme, le *turn-over*, les coups de gueule ou la violence physique, voire la dégradation de matériel à l'atelier, ou de véhicules sur le parking, l'accroissement de AT/MP, des rebus en fabrication et pour peu que les instances représentatives soient silencieuses ou inexistantes, il est normal d'alerter l'entreprise, éventuellement avec une fiche d'entreprise étoffée de données chiffrées sur les éléments redondants.

♦ **Alerte collective « molle »** : en cas de vécu du travail négatif répété mais avec un CHSCT efficace, un délégué syndical actif, il paraîtrait normal que le médecin du travail participe au CHSCT en observateur, sans prendre la parole à la place des représentants du personnel. Une fiche d'entreprise dans ce contexte risque, elle aussi, de nous faire occuper le terrain à la place des salariés. C'est-à-dire de leur confisquer leur pouvoir d'agir. Alors que leur prise de parole peut « guérir le travail » donc être bénéfique à la fois pour la santé des salariés et la production. Toutefois, pour peu que l'établissement concerné fasse la sourde oreille aux revendications des salariés et invite le médecin du travail au grand show sur le stress, show organisé par un consultant pour l'ensemble des médecins du groupe industriel, afin de mettre en place une grande enquête sur le stress, comment ne pas être tenté, en tant que médecin du travail, non par la fuite mais par un recadrage de l'approche des facteurs de risques psychosociaux ? La posture de médecin préventeur devrait pour le moins être une alerte molle, un courrier recommandé à la direction.

LES QUESTIONNAIRES D'ENQUÊTE D'ENTREPRISE SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Qu'apportent les consultants de grands groupes industriels, mettant des questionnaires de dépistage systématique du stress, anxiété et dépression à disposition des médecins du travail de leurs établissements, c'est-à-dire de services de santé au travail autonomes et de services de santé au travail interentreprises ? Et quand cela concerne plusieurs milliers ou dizaines de milliers de salariés d'un même groupe industriel, répartis dans plusieurs dizaines d'établissements aux fabrications aussi diverses que variées ?

Le médecin du travail connaît des consultants sérieux. Et qui travaillent sans questionnaire, le plus souvent. L'ARACT, pour ne nommer que cette instance, a introduit les questionnaires, notamment pour montrer les liens TMS/conditions de travail. Je crois que l'on se fait vite une opinion sur le

consultant et ses méthodes et surtout ses objectifs (qui doivent être écrits), sur le respect des règles ou pas.

♦ **Le traitement statistique** par le consultant dépossède le service de santé au travail (dont le médecin ou l'infirmière auront donné de leur temps sans être partie prenante de l'analyse des résultats). Or, si le médecin du travail participe en toute confiance aux enquêtes nationales comme SUMER, il n'a pas le choix du consultant dont il ne peut se porter garant, ni en terme de confidentialité, ni en terme de validité des outils et méthodes statistiques.

♦ **L'interprétation** du questionnaire échappe au médecin qui risque d'avoir du mal à se faire entendre et comprendre, pour peu que sa propre analyse collective à partir des éléments de l'écoute compréhensive en consultation ne soit pas superposable à celle des questionnaires auxquels il aurait participé.

➤ **La démarche devrait pour le moins se conformer à un certain nombre de règles incontournables**

♦ **Les objectifs** : dans le cas de conditions délétères de travail, ce que le médecin du travail attend du consultant de l'employeur n'est pas la mise à disposition de questionnaires de dépistage de soi-disant « populations à risques », dans le but de leur prise en charge pour améliorer leur résistance, leurs performances, encore moins les cellules d'accompagnement et de suivi des sujets décompensés. Le médecin du travail a son propre réseau allant du médecin traitant *via* le spécialiste aux urgences des hôpitaux. Il attend bel et bien que l'entreprise, y compris, si besoin, avec l'appui initial de **questionnaires de mise en évidence de liens** entre des risques et facteurs de risques psychosociaux professionnels, valorise l'expression de leurs difficultés par les salariés et encourage les collectifs. Qu'elle se donne les moyens d'analyser avec la participation des instances représentatives (CHSCT ou DP selon la taille de l'entreprise) ce qui freine le pouvoir d'agir des salariés et les empêche de faire un bon travail. Le questionnaire ne fait souvent que retarder l'analyse du réel des problèmes au travail, de l'empêchement de travailler.

♦ **L'analyse du travail** : les questionnaires doivent comporter un chapitre sur les conditions d'organisationnelles du travail et ses contraintes, les régressions logistiques permettant, sur les grands nombres, d'inscrire le lien santé/travail.

♦ **La CNIL** : la démarche d'enquête par questionnaires doit avoir été autorisée par la Commission nationale de l'informatique et de la liberté.

♦ **Les questionnaires** : individuels, ils doivent préserver l'anonymat dans leur contenu individuel et lors de l'analyse statistique des données collectives.

♦ **Validation des questionnaires** : il doit s'agir de questionnaires validés par les experts scientifiques tant au plan clinique que dans le champ conditions de travail.

♦ **La saisie des données**, surtout si elle est faite par le salarié lui-même, doit se faire dans de bonnes conditions,

la salle d'attente n'étant pas la meilleure solution, ni la proximité du service des ressources humaines.

➤ **Conduite à tenir pour le médecin du travail**

♦ **Savoir dire NON !** Quand les règles ne sont pas respectées, Il faut alors savoir dire non. Et d'autant plus que l'investigation du travail n'est pas envisagée ! Mais face à la pénurie de médecins du travail et au manque de visites systématiques, le refus catégorique des questionnaires sans explications par le médecin du travail risque de déclencher l'incompréhension des salariés et des membres du CHSCT. On peut à la fois dire non, l'écrire de façon argumentée à l'employeur et aux membres du CHSCT (règles non respectées), tout en précisant accepter une version papier des questionnaires sans la saisie informatique, c'est-à-dire en privant le consultant de leur traitement statistique. La version papier est alors proposée avec courrier explicatif à chaque salarié par le secrétariat médical, pour être rempli avant la consultation. L'interprétation est pratiquée en fin d'examen.

♦ **Compléter la version papier avec un questionnaire sur les conditions de travail.** Le questionnaire du consultant ne concerne que les risques cliniques. Il est impératif de rajouter un questionnaire conditions de travail (facteurs de risques) validé scientifiquement, comme le dernier questionnaire SUMER, ou les quarante indicateurs des six dimensions de M. GOLLAC.

♦ **Archiver les questionnaires papier, santé et conditions de travail,** datés, dans le dossier médical du travail, pour participer à l'instruction des liens santé/travail en temps voulu. Ne pas archiver le questionnaire travail et archiver le seul questionnaire clinique pourrait nuire au salarié lors d'une éventuelle instruction à venir.

♦ **Le consultant a-t-il pouvoir d'interdire ?** Le consultant peut-il considérer que cette étude est sa propriété et de ce fait, interdire au médecin du travail l'usage des questionnaires papier ? Bien sûr que non puisque ce sont des questionnaires validés par les experts scientifiques, à notre disposition. Par contre, des questionnaires, propriété du consultant, non validés scientifiquement, ne seront pas utilisés ! Le consultant peut-il nous interdire le rajout du questionnaire conditions de travail ? Bien sûr que non, puisque le médecin du travail agit en responsabilité, en toute indépendance et avec des questionnaires conditions de travail validés scientifiquement.

♦ **Un appui :** le médecin du travail peut demander par écrit l'appui du médecin inspecteur du travail par rapport à sa démarche de refus du questionnaire ne comportant pas d'investigation du travail et donc des liens santé/travail.

♦ **L'évaluation des facteurs de risques psychosociaux :** comme la CRAM et l'inspection du travail, le médecin du travail doit, lors du CHSCT, récuser la démarche par questionnaire en demandant à l'employeur s'il a fait l'évaluation des **facteurs** de risques psychosociaux professionnels de son établissement (la réponse est tou-

jours négative) et lui fournir le guide de l'INRS *Prévention des risques psychosociaux : et si vous faisiez appel à un consultant*, ED 6070, avril 2010. La fiche d'entreprise sur les risques et facteurs de risques psychosociaux tombe alors à pic, démontrant que sans user des questionnaires, le médecin a nombre d'informations (indicateurs, comme dit l'INRS !) à apporter pour alerter l'entreprise. Si nous n'en sommes qu'aux facteurs de risques, aux récits et vécus du travail négatifs, avec un mal-être sans souffrance infra-clinique ni décompensation, notre fiche d'entreprise est révélatrice de deux extrêmes : le consultant aux questionnaires strictement réservés à la clinique, sans liens santé/travail, côté prévention tertiaire ; le médecin du côté de la prévention primaire, rappelant à l'employeur qu'il est tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs.

APPROCHE COLLECTIVE DES RISQUES ET FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN MÉDECINE DU TRAVAIL : DEUX EXEMPLES

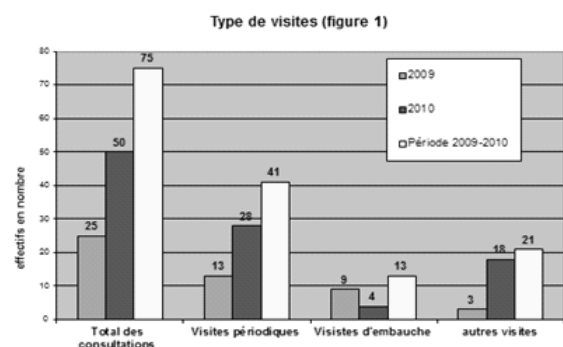
PREMIER EXEMPLE :

DU MAL-ÊTRE AUX DÉCOMPENSATIONS RETROUVER DU POUVOIR D'AGIR

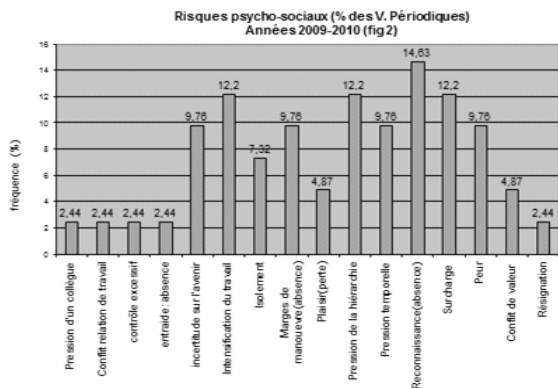
L'entreprise est une association loi 1901 de soixante-trois salariés en 2009, travaillant dans le créneau « social, santé, éducation » dotée d'un CHSCT dont les membres récemment élus ont une présence timide mais bien réelle et se donnent pour objectif d'inscrire les risques psychosociaux dans le document unique. Le médecin du travail présentera ses indicateurs sous forme d'histogrammes (figures 1 à 4) en novembre 2010 pour alerter employeur et CHSCT des facteurs de risques et risques psychosociaux perçus en consultation et des conséquences cliniques. Une discussion s'en suit en CHSCT, alimentant la fiche d'entreprise qui suivra.

Ce qui suit est issu de la fiche d'entreprise :

« Sur deux ans, 75 consultations ont été attribuées à l'entreprise (fig. 1). En réalité, les effectifs changent peu en 2010 (67) malgré 13 embauches en deux 2 ans, posant l'hypothèse d'un turn-over. Surtout, malgré 75 consultations, seuls



41 salariés ont eu droit à une visite systématique en deux ans. Car il faut noter 18 "autres visites" pour la seule année 2010 (21 sur deux ans) comportant 10 visites de pré-reprise centrées sur 2010 et une consultation en urgence en raison



de réaction aigue à un facteur de stress.

➤ « **Les indicateurs de vécu du travail** » (fig. 2) sont analysés sur les périodes 2009 et 2010. L'expression d'un mal-être, de difficultés particulières à faire leur travail concerne 9 sujets. Si l'on exclut les sujets en visite d'embauche car non concernés et si l'on considère les seules visites périodiques, on remarque que 9 sujets sur 41, soit 22 % des sujets expriment ce mal-être au travail : la surcharge (5) est associée par trois fois à l'absence de reconnaissance, dont deux fois à la pression de la hiérarchie. La pression de la hiérarchie est associée par trois fois à l'absence de reconnaissance. La peur (4) (9,76 %) est toujours associée à l'incertitude sur l'avenir (4) (9,76 %). Précisons qu'il ne s'agit pas de l'avenir de l'entreprise mais de celle du sujet qui se sent menacé de perte d'emploi. Le sentiment d'isolement y est associé trois fois sur quatre, la pression de la hiérarchie comme l'absence de reconnaissance trois fois sur quatre. Deux tendances émergent des histogrammes et sont à approfondir :

♦ Une tendance à la surcharge (5) notamment en raison d'association avec le vécu de pression de la hiérarchie (2) ou de manque de marges de manœuvre (2), correspondent au poste tendu (Job Strain du modèle de KARAZEK) avec ses risques somatiques. De plus, dans ce contexte, lorsque la reconnaissance symbolique n'est pas au rendez-vous, le risque de décompensations psychiques est à craindre.

♦ Une tendance nette à la peur (4), avec vécu d'isolement (3), associée à une pression de la hiérarchie (3) et/ou absence de reconnaissance (3) qui orientent vers l'inhibition et le risque de décompensations psychiques.

➤ **Les orientations médicales** (fig.3): on constate que 3 salariés sur 25, en 2009, sont orientés vers un spécialiste soit 12 % des consultants, tous types de visites confondus. Par contre, se sont 8 salariés sur 50, en 2010, soit 16 % des consultants, tous types de visites confondus qui sont orientés vers le spécialiste. On peut faire les remarques suivantes : pour l'ensemble des salarié sui-

vis, ce sont 7 personnes qui ont été orientées chez le cardiologue. Cela représente environ 10 % des consultations. Ce résultat est aussi intéressant qu'inquiétant car il est inhabituellement élevé. Il s'agit d'orientation nouvelle, pour des pathologies récentes, indépendantes d'un possible suivi cardiologique antérieur. Il ne faut pas analyser ces orientations et ces pathologies cardiaques comme étant systématiquement dues au travail. Toutefois, certaines des hypertensions artérielles récentes semblent devoir être liées au vécu de tension au travail (Job Strain).

♦ D'autres pathologies cardiovasculaires, ne puisant pas leur origine dans le travail, pourraient elles-mêmes s'aggraver du fait d'une organisation pathogène du travail.

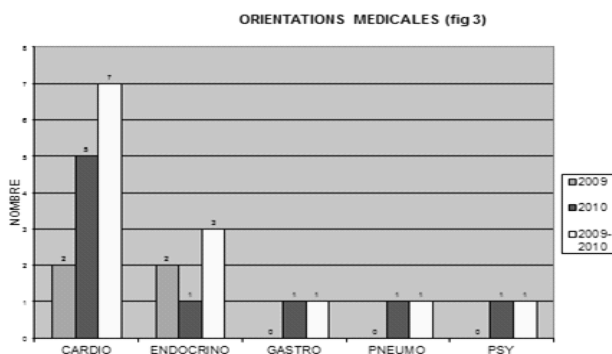
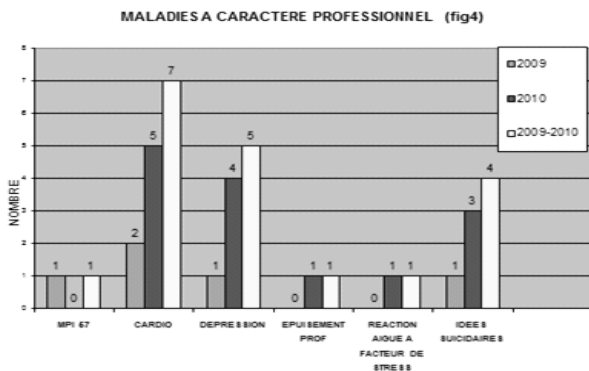
♦ D'autres salariés, en état de souffrance psychique décompensée, étaient déjà pris en charge avant la consultation. Ceci explique le faible nombre d'entre eux orienté vers le psychiatre.

➤ **Les maladies à caractère professionnel**

♦ On peut noter une maladie professionnelle relevant du tableau 57 (tendinite) reconnue, déclarée en 2008, enregistrée en 2009.

♦ Les maladies à caractère professionnel non indemnisables car n'ayant pas été déclarées sont les suivantes :

- Dépression réactionnelle : 5 (12 %) dont 4 (9.75 %) avec idées suicidaires
- Épuisement professionnel : 1
- Réaction aigue à facteur de stress suivie de syndrome post traumatique : 1



Remarque : ce sont sept maladies à caractère professionnel sous forme de décompensation psychique qu'il faut prendre en compte, soit 10 % des consultations. Ramenées aux 41 visites périodiques, ces sept maladies à caractère professionnel correspondent à 17 % des salariés en visites périodiques.

Les cas d'hypertension récents n'ont pas été intégrés dans cette approche.

➤ Le vécu subjectif du travail négatif et le risque de décompensation

L'attention est attirée par le vécu de surcharge et les **indicateurs** fréquemment associés de pression de la hiérarchie, manque de marges de manœuvre qui engendrent un risque **théorique** de conséquences cliniques notamment cardiovasculaires. Or, les orientations chez le médecin traitant en raison de pathologie cardiovasculaire sont fréquentes. L'épuisement professionnel est aussi à craindre et un cas clinique a été constaté. L'absence de reconnaissance dans ces conditions est source de décompensations psychiques.

S'y associe une autre série d'indicateurs orientant vers la notion de peur et d'incertitude sur l'avenir et au vécu d'isolement, de pression de la hiérarchie. Ces indicateurs peuvent faire craindre les décompensations psychiques. Or, à ces indicateurs correspondent des décompensations psychiques effectives. »

➤ Les éléments de la discussion en CHSCT inclus dans la fiche d'entreprise

« S'il ne revient pas au médecin du travail de s'en faire l'écho dans le détail, il faut remarquer la richesse des échanges. Le besoin de parole amorcé lors de cette rencontre doit pouvoir continuer pour laisser émerger les difficultés du travail et **rechercher des propositions collectives de solutions.**

Cette discussion a permis de préciser certains points comme :

- ♦ La notion de reconnaissance symbolique est relative au jugement, par les collègues et par la hiérarchie, du travail de chacun en termes d'utilité, d'efficacité et de « belle ouvrage ». Elle est essentielle au maintien de la santé. Bien que les difficultés de négociation salariale évoquées ne soient pas négligeables, la notion de nécessité de récompense face à l'effort accompli n'émerge que rarement en consultation, contrairement au manque de reconnaissance : l'engagement du personnel dans le travail a été décrit lors du CHSCT comme « engagement » « sans compter son temps », « en rajoutant au travail prescrit beaucoup de prises d'initiatives ». La notion de « don de soi » a été citée comme une caractéristique de nombre de métiers de l'établissement, ce qui se retrouve généralement dans les métiers du social, de l'éducation et de la santé. Face à cet engagement, « les témoignages de reconnaissance sont rares alors qu'on travaille beaucoup, avec assiduité, en respectant les horaires ». Le risque d'épuisement existe car la baisse des marges de

manœuvre est effective. Un souhait de contrepartie existe au sein de l'établissement.

- ♦ La notion de « manque de temps pour les échanges informels sur le travail » a été citée. Il manque du temps pour discuter, autour d'un café, des situations compliquées. Ces échanges informels se construisent à partir de collectifs basés sur la confiance. Confiance élaborée au sein des équipes à partir des jugements sur la capacité du collègue à faire un bon travail. Et c'est souvent là que s'échangent les ficelles de métier pour plus d'efficacité. Les causes de la régression de ces collectifs sont à la fois :

- ♦ L'avènement des « 35 » heures (en fait, 33 h 15) avec quelques embauches mais une diminution des temps de « respiration ».

- ♦ La réorganisation du travail avec renforcement des groupes de travail. Ces groupes grignotent le temps consacré à l'accompagnement individuel des stagiaires et au temps d'enseignement. Ils peuvent entraîner une insatisfaction en termes de qualité de l'approche individuelle des dossiers non compensée par l'approche collective en groupe de suivi. Il est rappelé à cette occasion que les groupes de travail sont très différents des collectifs informels car imposés et non basés sur la confiance. L'évolution vers plus de groupes de travail n'est pas une évolution vers plus de collectif. C'est même le contraire par manque de temps.

- ♦ L'organisation du travail a changé en dix ans : Missions différentes et accroissement des objectifs ont été cités sans entrer dans le détail. La nécessité d'y intégrer tout le personnel a-t-elle engendré des réactions de peur, d'inquiétude sur l'avenir ? La question a été posée. Mais lors des consultations qui révèlent la peur, il s'agit d'un sentiment de peur dans sa relation de subordination à la hiérarchie. Peur de la confrontation, de la prise de parole, notamment sur les difficultés rencontrées dans le travail.

Certaines évolutions récentes de l'enseignement, en termes de polyvalence, ont pu donner l'impression d'interchangeabilité en gommant les spécificités dont l'enseignement ne peut, pourtant, s'improviser. Le dispositif qualité, à cadre souple, « norme les indicateurs de résultats » sans juger sur les actes et sans analyser les moyens (ou leur absence) pour atteindre ces résultats.

➤ Prévention

Les indicateurs du médecin du travail sont-ils des éléments objectifs ? Bien qu'il s'agisse d'indicateurs et non d'enquête épidémiologique, on ne peut négliger ce qui émane des consultations. Classiquement, en épidémiologie, le vécu subjectif du travail est indicateur objectif, prédictif en terme de santé publique, dans le champ santé/travail. Indicateur annonçant un risque d'accroissement des pathologies et de l'absentéisme. Or, les deux grandes tendances annoncées par les indicateurs de facteurs de risques psychosociaux semblent un écho aux manifestations somatiques (cardiaques) et aux décompensations psychiques rencontrées au fil des examens. L'entreprise XXX doit, me semble-t-il, porter

son attention, au quotidien, sur le vécu des contraintes organisationnelles des salariés aux postes de travail. L'écoute sera centrée sur ce qui fait concrètement difficulté dans le travail, en évitant systématiquement toute psychologisation. Elle prendra en compte des notions comme « le vécu d'intensification du travail » (on travaille de plus en plus vite) et/ou « le vécu de densification du travail » (on fait de plus en plus de choses à la fois), « le vécu de surcharge ».

Pour prévenir les décompensations, il faut alors accroître les marges de manœuvre du personnel, l'autonomie devant s'accompagner de moyens supplémentaires (par exemple techniques, organisationnels, en personnel, en formations et en temps). Le soutien social est important à préserver ou restituer. Tout changement ayant des répercussions, celui-ci sera expliqué puis accompagné de cette écoute centrée sur le travail afin de remédier aux difficultés exprimées par le personnel, **toujours par la recherche collective des solutions**. Si besoin, il peut être fait appel à une entreprise extérieure. Un guide INRS de prévention peut vous y aider : l'édition INRS est référencée ED6070 ».

➤ Discussion

Dans cette entreprise que je découvre en 2009-2010, compte tenu de la masse d'informations recueillies concernant quarante et une personnes vues en visites systématiques en deux ans pour un effectif de soixante-trois personnes en 2009, il y a matière à une alerte collective ! Cette expérience préfigure-t-elle la pratique des médecins du travail de demain ? Un rôle de dépistage tardif ? Quoi qu'il en soit, des données classiquement issues du rapport annuel ont été mises en perspective avec des données des dossiers individuels analysées collectivement comme les indicateurs de facteurs de risques, le vécu subjectif du travail et la clinique.

Les indicateurs de facteurs de risques et risques psychosociaux de cette entreprise ont clairement permis d'ouvrir le débat en CHSCT fin 2010. La fiche d'entreprise reprend à la fois, dans son contenu, ces indicateurs et des éléments de discussion du CHSCT. Elle sera annexée au compte rendu du CHSCT et affichée. Aidera-t-elle au retour du pouvoir d'agir ? La fiche d'entreprise a été d'emblée acceptée dans son contenu. Pourtant en 2008, à l'aide d'un questionnaire individuel distribué à l'ensemble du personnel, des délégués tiraient déjà, mais sans succès, la sonnette d'alarme. Le compte rendu avait été jugé polémique et n'avait donné lieu à aucun débat en CHSCT pour cette raison.

SECOND EXEMPLE

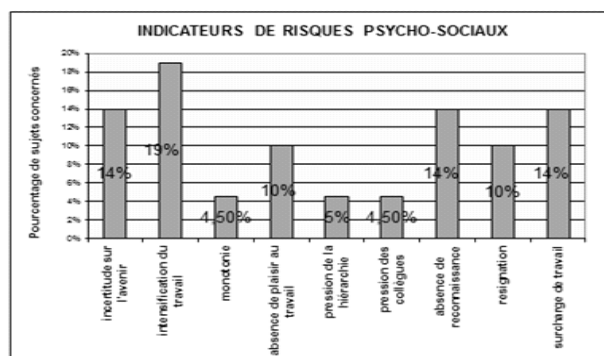
ATTENTION, QUESTIONNAIRES !

➤ Le contexte

Dans cet établissement de cent personnes, rattaché à un grand groupe industriel, travaillant en 5X8, j'ai l'impression d'une entreprise vieillissante dont les heures de réussite sont loin en arrière. On sent une aisance financière passée et l'absence de renouvellement du parc machines actuel s'accom-

pagne d'une impression de grand désordre. Le risque chimique passe par l'usage de produits cancérigènes, caustiques, toxiques pour la reproduction, dans un climat de « déni » du risque par la direction accusant les opérateurs les plus « imprégnés » (indices biologiques d'exposition au CMR quatre fois supérieur à la maximale admissible) de ne pas respecter les règles d'hygiène. « Et l'alcool n'expliquerait pas une bonne partie des imprégnations, docteur ? » Ici, on n'a jamais entendu parler des addictions réactionnelles, pour tenir au travail. Et comment se fait-il que les plus concernés soient, de façon décroissante et sans les nommer, ceux de la tour des mélanges, de la maintenance, et enfin de l'outillage ? Cette ambiance des cavernes, dans l'industrie chimique, n'allait pas dans le sens de l'ouverture et de l'écoute des problèmes rencontrés pour faire un bon travail. Ceci explique que la lecture de la première fiche d'entreprise partielle de juillet 2009 (consacrée aux CMR et produits caustiques) n'ait pu être lue qu'en septembre et que la deuxième fiche d'entreprise partielle de novembre 2009, centrée sur les risques psychosociaux, ait été refusée en CHSCT de décembre par l'employeur : « J'aurais préféré que vous veniez m'en parler dans mon bureau ». Elle ne sera présentée qu'au CHSCT d'avril 2010, grâce à l'inspection du travail à qui j'ai demandé appui par écrit. À l'automne 2009, un autre contexte se profile à l'horizon : les trente médecins du travail des établissements français du groupe industriel sont invités à une journée de réflexion sur le stress au travail. N'ayant pas de liens de subordination avec le « médecin dit coordinateur » du groupe, j'avais décidé de m'y soustraire, ce qui contrariait ce dirigeant évoquant un projet d'enquête sur le stress au sein du groupe. Cette fiche d'entreprise de fin 2009 vise à recadrer la prévention et à rappeler à ce dirigeant que le le dépistage de pathologies dues au travail, y compris à l'aide de questionnaires, signe l'échec de la prévention primaire. Or, la mission première du médecin du travail est d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

➤ La fiche d'entreprise de novembre 2009



♦ Les indicateurs de « vécu du travail »

« Il faut remarquer que 42 salariés sur 66 ont passé leur visite médicale périodique en 2009 auxquels il faut rajouter 4 embauches. Du fait de visites médicales répé-

tées pour certains salariés, ce sont 53 consultations qui ont été réalisées, concernant 46 salariés.

L'âge moyen des 46 salariés est de 45 ans. Lors des consultations, plus d'un salarié sur trois (c'est-à-dire 13 salariés), a exprimé un vécu du travail référant aux risques psycho-sociaux.

Si les femmes sont plus fréquemment concernées (en pourcentage), les hommes sont néanmoins plus nombreux (en nombre).

La surcharge de travail (14 %) concerne l'encadrement et l'intensification du travail est signalée en production. L'ambiance s'est dégradée et 14 % du personnel ne croit plus en l'avenir de l'entreprise. La souffrance infra-clinique apparaît, sans décompensation : le vécu d'absence de reconnaissance (14 %) s'accompagne souvent de résignation (10 %), d'absence de plaisir au travail (10 %), sans état dépressif et signe la rupture entre salariés et direction. »

♦ le récit de l'empêchement de travailler

« **Les changements annuels ritualisés de dirigeants** »

La direction, géographiquement loin du site, serait donc peu présente selon les salariés, rendant la possibilité d'échange avec le dirigeant incertaine :

“Quand il est présent, il est en réunion et nous trouvons rarement l'occasion de lui parler de nos problèmes”.

“Au siège, peut-on prendre la mesure de ce qui se passe ?”. Les prescriptions sembleraient coupées du réel du site XXX ou vécues comme telles.

Changements organisationnels répétés

“Nous changeons régulièrement de direction et c'est l'occasion de changements organisationnels répétés”.

“Il faut refaire ses preuves à chaque changement de direction, réacquiescer la confiance du nouveau dirigeant” : “C'est usant !” ... “On y perd notre énergie et beaucoup de temps”.

“Les séries dureraient plusieurs semaines. Maintenant, on fonctionne avec de petites commandes. Les outils, faut toujours être en train de les changer. Avec moins de personnel.

Cette répétition du changement organisationnel, qui peut être interprétée comme mettant en cause le modèle précédent, finit parfois par faire douter de l'efficacité du modèle à venir. La résignation peut émerger à cette occasion : “On n'y croit plus”.

Non transfert des savoir-faire

“Il faut six mois à un an pour faire un bon régleur”. Les savoir-faire semblent se perdre du fait du non remplacement de personnes parties en retraite. Ce phénomène, doublé du vécu d'intensification du travail au détriment de la qualité, du produit, fait douter de l'avenir :

“On a des réclamations” ... “On ne remplace pas les qualifiés partis en bloc en préretraite en 2008 et on

fonctionne avec de l'intérim”. Ceux qui sont embauchés ne restent pas. L'arrivée, de lignes de production après fermeture d'un site européen s'est faite sans anticipation : absence de préparation technique, absence de sécurisation des installations, matériel de production usagé. »

Sous-emploi des compétences

Le travail de régleur qui demande six mois à un an d'apprentissage, devient ennuyeux quand le régleur maîtrisant son sujet, constate son rôle réduit à des manutentions en bout de lignes.

Cette activité ne semble pas correspondre au capital des connaissances qui donnent l'impression d'être sous-employé par rapport aux compétences.

Intensification

“On lance une deuxième ligne, une troisième sans avoir stabilisé la première. On court partout et on fait du rebus. Tout est désorganisé.” ... “On ne va pas pouvoir continuer à se jeter partout !”.

La cadence au rangement des barres peut être élevée lors d'un lancement de production : quatre opérateurs remontent alors la ligne et il peut n'en rester qu'un pour ranger les barres et les contrôler pour toutes les lignes.

Sous-qualité de l'outillage

À l'outillage, les effectifs ont fondu avec les départs à la préretraite. Le changement d'outils se ferait sans avoir le temps de les préparer, peaufiner avec minutie. Ceci générerait deux postures du personnel d'outillage : soit faire de la résistance pour faire un bon travail, quitte à faire attendre le contremaître sous pression, soit faire une préparation d'outillage « à la va vite » avec une totale incompréhension d'une telle situation : “On a déjà autant de rebus en deux ans (fin février 2009) que pour toute l'année 2008”. »...

♦ Discussion

Si on analyse les grandes lignes de cet extrait de la fiche d'entreprise, on peut se dire qu'une alerte « molle », c'est-à-dire un courrier recommandé au directeur aurait pu suffire. Fin 2009, l'entreprise en est au stade des rebus, sans accident du travail depuis plusieurs années. La flambée des accidents du travail se situera dès le premier semestre 2010. La souffrance infra-clinique est néanmoins présente. Mais dans ce contexte particulier de projet d'enquête sur le stress, le médecin de l'établissement doit pouvoir rendre compte de sa propre analyse qui vise à la prévention primaire : redonner du pouvoir d'agir, pour un retour au bien être au travail, indépendamment du projet d'observatoire par questionnaires. La fiche d'entreprise, face à ce projet, rappelle l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur.

➤ **De l'Accord National Interprofessionnel (ANI) à « l'Observatoire médical du stress, de l'anxiété et de la dépression (Omsad) »**

Le groupe industriel, à la signature de l'ANI de juillet 2008, ne tarde pas à faire appel à un consultant externe qui pro-

pose un « OMSAD » basé sur des questionnaires (Q) individuels cliniques **en ligne**. Les cinq Questionnaires comportent : Critères sociodémographiques, Stress perçu (Q validé : PSS), Soutien social perçu modifié (Q : SSP P), Attribution du stress au travail (oui/non) ou à la sphère privée (oui/non), Anxiété et Dépression (Q validé : HADS). Les questionnaires sont saisis en ligne par le salarié en salle d'attente et commentés en consultation. L'analyse statistique est du domaine du consultant externe.

♦ **Le consultant recherche des « populations cibles représentatives »** qu'il souhaite classer par âge, sexe, qualification ! Les populations cibles sont celles comportant le plus de sujets stressés ou décompensés. Les exemples cités : « les femmes non diplômées de plus de 50 ans » ou « les hommes cadres de 35-40 ans » ! La faille du dispositif est à peine croyable : les questionnaires d'enquête du consultant ne posent aucune question sur le travail ni sur les difficultés professionnelles !

♦ **L'absence de questions sur le travail :** Comment le consultant peut-il bien envisager une prévention primaire sur une « population cible » sans question sur le travail ? Il propose une « *Analyse qualitative avec réunions d'identification des facteurs de stress de la population cible repérée* ». Le consultant envisage une approche comportementaliste visant à rendre les sujets plus « résistants » et à « améliorer leurs performances ». Il adapte l'homme au travail au mépris des contraintes organisationnelles professionnelles et au mépris de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur. Mais en l'absence de prévention primaire, d'autres « catégories » non encore atteintes continueront d'être exposées et décompenseront plus tard ! De plus, les populations cibles « consolidées » vont devoir retourner affronter des contraintes inchangées !

Et quand bien même on arriverait à parler du travail dans ces « réunions qualitatives », en quoi la population cible serait-elle plus qualifiée pour en parler, sans analyse sur le terrain, avec les collègues ?

Comment le consultant peut-il bien envisager une prévention primaire sur une population cible au niveau du groupe industriel ? Aucune, puisque les établissements ne partagent pas les mêmes problématiques organisationnelles qui permettraient, (on peut rêver) avec une simple télécommande, de reprogrammer une organisation collective commune !

♦ **Les petits effectifs laissés pour compte :** à l'inverse, un consultant qui ne s'intéresse qu'aux « populations cibles représentatives » abandonne les petits effectifs qui peuvent se résumer au **sujet « isolé »**, confronté aux facteurs professionnels de stress, ayant éventuellement décompensé dans son service. N'est-il pas, pourtant, représentatif d'un mal-être plus global et de décompensations à venir ? Et comment, après une telle intervention du consultant, le médecin du travail de l'établissement *lambda* pourra-t-il aborder les difficultés réelles du travail exprimées concrètement en consultation ? Quand et comment les partenaires sociaux pourraient-ils bien met-

tre à plat l'empêchement de travailler à partir des données du consultant ?

♦ **Notion de « populations cibles représentatives » par établissement :** la démarche du consultant est la même dans chaque établissement du groupe industriel. La critique est superposable : « les populations cibles » repérées ne permettent aucune prévention primaire.

♦ **La non-préservation du secret médical :** pire encore, le consultant promet une analyse possible par **Service** dans un établissement ! Or, le questionnaire individuel socioprofessionnel regroupe : catégorie d'âge, sexe, ancienneté, qualification, niveau de formation, nom de l'entreprise ou établissement, du service (exemple : magasin, son numéro). Dans un établissement de cent personnes, où travaillent deux ou trois personnes par service (service RH, achats, outillage, expéditions, conditionnement), le repérage nominatif des sujets concernés par les décompensations semble bien facile. Le médecin du travail qui participerait à cette enquête pourrait se retrouver condamné pour violation de secret médical. Y compris s'il a accepté la saisie des données par l'opérateur. Y compris dans la salle d'attente. Une infirmière du travail en lieu et place du médecin du travail courrait les mêmes risques.

➤ **Conduite à tenir**

♦ **La responsabilité professionnelle engagée :** la responsabilité du médecin du travail pourrait-être engagée à plusieurs niveaux. On se retrouve dans le plus mauvais cas de figure où un médecin du travail participerait à une enquête « santé/travail » sans investigation sur le travail et qui viserait à adapter l'homme au travail, ce qui est contraire à ses missions. La préservation du secret médical ne peut être garantie. De plus, La CNIL n'a pas été sollicitée pour cette enquête qui s'adresse à plus de dix mille salariés. L'absence de lien de subordination au médecin coordonnateur du groupe industriel (qu'il n'a pas choisi) lui permet de refuser la participation à la démarche.

♦ **Le refus de participation :** il m'a semblé impératif de refuser de participer à une démarche qui engagerait la responsabilité professionnelle du médecin du travail. J'ai accepté l'idée d'une version papier, sans transfert des données au consultant donc sans saisie informatique. Cette position qui permet le consensus face à ceux des salariés qui souhaitaient s'y soumettre, passe par un impératif, rajouter un questionnaire qui investigate le travail.

♦ **Le questionnaire conditions de travail :** il m'a paru indispensable d'adjoindre un questionnaire « SUMER » papier sur les contraintes professionnelles individuelles afin que les salariés et membres du CHSCT appréhendent l'ensemble des missions du médecin du travail et connaissent la démarche tronquée du consultant. Les questionnaires papier peuvent toutefois, en l'absence de questions sur le travail, se révéler dangereux, comme le rappelle Dominique HUEZ dans son texte intitulé

« *Quelle place de l'équipe médicale en médecine du travail dans les dispositifs mis en place par les accords de prévention des risques psychosociaux des organisations du travail délétères ?* » : ...« *Dans les affaires engageant le droit, ils servent de preuve pour stigmatiser telle soit disant fragilité individuelle.* »

♦ **Lettre au médecin inspecteur régional** : j'ai alerté le médecin inspecteur de la démarche du consultant, de ma volonté de m'y soustraire et de mon argumentation inscrite dans mon projet de troisième fiche d'entreprise de juin 2010. J'ai ainsi obtenu l'appui écrit du médecin inspecteur qui ne conçoit pas de démarche en santé au travail qui ne questionnerait pas le travail.

♦ **Une troisième fiche d'entreprise !** Une nouvelle fiche d'entreprise (la troisième en dix-huit mois), relevant les failles du dispositif du consultant, adressée en juin 2010, n'a pu être lue au CHSCT de juillet en raison d'un troisième refus de cet employeur. Lors du CHSCT de septembre 2010, un nouveau directeur, arrivé depuis huit jours, en a reporté la lecture. Une lecture qui s'est faite dans une ambiance sereine au CHSCT de décembre 2010 : ce nouveau directeur vient de passer trois mois à l'écoute des salariés et leurs représentants et à la résolution collective des problèmes sur le terrain, rétablissant la confiance. Au prix de montagnes de rebus, d'un *turn-over* édifiant, de quelques jours de grève, d'une montée en flèche de la

tension au travail (*Job Strain*) et des accidents du travail pendant le premier semestre, sans compter une maladie professionnelle (tendinite de la coiffe de rotateurs) reconnue en CRRMP grâce au descriptif détaillé des contraintes par le médecin du travail et un cas de décompensation (époussement professionnel suivi de dépression).

➤ Discussion

Contrairement au premier exemple, la pratique du médecin du travail se révèle course d'obstacles où l'usage des indicateurs de risques et facteurs de risques psychosociaux n'apporte rien à l'employeur qui semble manager le médecin du

travail comme le reste de l'entreprise. Comme le personnel, le médecin est dans l'empêchement de travailler et comme le personnel, le médecin du travail se voit prescrire une organisation de son activité indépendamment de la réalité. Réalité rappelée dans des fiches d'entreprise interdites de lecture en CHSCT à trois reprises. Durant toute une année, les tentatives de mission préventive du médecin du travail se transforment en conflit médecin/employeur où le médecin se situe du côté de la prévention primaire

alors que l'employeur qui ne veut pas entendre parler, le range du côté du dépistage, au mépris de ses obligations de sécurité de résultats en santé et sécurité au travail qui s'imposent règlementairement à l'employeur.

les 23 Indicateurs Stétho de « Vécu du travail »

- Autonomie (absence)
- Bien-être au travail
- Conflit de valeur
- - non qualité
- Conflit de relation de travail
- - agression physique ; agression verbale ; Collègue ; Hiérarchie ; Externe ; interne
- Contraintes de temps
- Contrôle excessif
- Entraide (absence)
- Incertitude sur l'avenir
- - emploi, salaire
- Injonctions paradoxales
- Intensification du travail
- Isolement
- - relationnel ; décisionnel ; géographique
- Marges de manoeuvre (absence)
- Monotonie
- Peur
- Plaisir (perte)
- Pression temporelle
- - délai de production ; dépendance des collègues ; réponse immédiate clients
- Pressions de la hiérarchie
- Pressions des collègues
- Reconnaissance (absence)
- Résignation
- Respect (absence)
- Sous charge
- Sur charge

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 LOUBET – Jocelyne MACHEFER – Nicolas SANDRET

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER : Alain RANDON

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Benoît DE LABRUSSE

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