Sommaire page 5

DES MÉDECINS DU TRAVAIL PRENNENT LA PAROLE

UN MÉTIER EN DÉBAT

OUVRAGE COLLECTIF

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (SMT)

DES MÉDECINS DU TRAVAIL PRENNENT LA PAROLE

UN MÉTIER EN DÉBAT

AIDER À LA CONSTRUCTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

OUVRAGE COLLECTIF

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (SMT)

NOUS REMERCIONS POUR L'AIDE QU'ILS ONT APPORTÉ À LA RÉALISATION DE CET OUVRAGE :

- La Direction des Relations du Travail

- Le Réseau National de Santé Publique (RNSP)

- La Mission Interministérielle de Recherche et Expérimentation (MIRE)

Ouvrage collectif
À l'initiative de l'association Santé et Médecine du Travail (SMT)
S.M.T : 25 rue Edmond Nocard
94 410 Saint Maurice

Coordination générale :
Dominique Huez

Animation et suivi de l'ouvrage :
Fabienne Bardot, Alain Carré, Dominique Huez, Odile Riquet, Nicolas Sandret

Auteurs de l'ouvrage :

Pierre Abécassis, Marie-Odile Achard, Christine Agboklu, André Allemandou, Chantal Antoine, Fabienne Bardot, Chantal Bertin, Christian Bourboul, Alain Carré, Mireille Cellier, Odile Chapuis, Vincente Chastel, Jacqueline Chauvin, Philippe Davezies, Pierre Dell'Accio, Elisabeth Delpuech, Francis Derriennic, Annie Deveaux, Jean-Michel Domergue, Ghislaine Doniol-Shaw, Jean-Yves Dubré, Jean-Paul Duléry, Jean-Marie Eber, Marc Galand, Yusuf Ghanty, Marcel Goldberg, Martine Gozlan-Savaro, Bernard Grassi, Alain Grossetête, Dominique Huez, Ellen Imbernon, Marielle Lachenal, Chantal Lafarge, Nicole Lancien, Gérard Lasfargues, Jean-Michel Lauze, Elisabeth Legrand, François Leroux, Jocelyne Machefer, Florence Maesen, Denise Parent, Marie Pascual, Colette Pasquereau-Sahagun, Brigitte Perceval, Françoise Perron-Pernet, Odile Riquet, Catherine Roche, Danièle Roi, Nicolas Sandret, Gilles Seitz, Odette Tencer, Mireille Thévenin, Annie Touranchet

Participation à l'ouvrage :

Françoise Bergaut-Zoppi, Gwénaëlle Bradane, Bernard Cassou, Marie-Hélène Celse, Christine Cognyl, Patrick Comode, Josiane Crémon, Sylvie Cren, Marie-France Delaporte, Georgette Delplanque, Jacques Desheulles, Dominique Dessors, Sylvie Dimerman, Karine Djemil, Jean-Noël Dubois, Elisabeth Font-Thiney, Valérie Foures, Elisabeth Guerreau, Viviane Heuze-Herat, Paul Ladouceur, Claire Lallemand, Hervé Lescao, Gérard Lucas, Annick Mazoyer, Jeanne-Marie Merceron-Ferchaud, Serge Opatowski, Brigitte Pangaud, Michèle Prévost, Elyse Rajaona, Alain Randon, Viviane Régnier, Frédérique Rosenfeld, Marie-Hélène Tasseau, Martine Tavernier, Edith Thiébot, Michèle Traore, Pierrette Trilhe, Michel Vieules

Mise en forme :
Dominique Huez, Jean-Noël Dubois, Alain Carré

SOMMAIRE

p10 **AVANT-PROPOS**

p12 ***AVERTISSEMENT AU LECTEUR***

p13 **I° Partie : SANTÉ AU TRAVAIL, MÉDECINE DU TRAVAIL : UN PRÉSENT PROBLÉMATIQUE, DES INQUIÉTUDES POUR L'AVENIR**

p13 **1-ORGANISATION DU TRAVAIL ET SANTÉ**

- *Introduction*
- Précarisation du travail et violences vécues par les femmes au travail : N. Lancien, D. Parent, J. Machefer, G. Doniol-Shaw
- Rapport annuel, conclusion commune de neuf médecins du travail : C. Antoine, M. Cellier, O. Chapuis, J. Chauvin, E. Delpuech, Y. Ghanty, C. Lafarge, J-M. Lauze, D. Roi
- La précarisation du travail : A. Carré
- État sommaire des lieux : F. Leroux
- Formes précaires d'emploi et santé, les évidences épidémiologiques : F. Derriennic
- La qualité, une illustration de la vraie nature du management : A. Carré:
- **Organisation du travail et précarisation de la santé : D. Huez**

p47 **2-MÉDECINE DU TRAVAIL : UN ÉTAT DES LIEUX**

- *Introduction*
- L'évolution du champ de la santé en médecine du travail : D. Huez
- Regards sur une certaine organisation du travail : F. Leroux
- Trois histoires " ordinaires " : E. Delpuech
- Y-a-t'il un médecin du travail dans l'amphi ? : M. Cellier
- De la singularité à la pluralité : M. Gozlan-Savaro, C. Agboklu
- Violences silencieuses et règles de métier : D. Parent
- Amiante : Les leçons à tirer : M. Pascual
- De nouvelles pratiques cliniques pour préparer l'après-taylorisme : M. Galand
- **Cinquante ans de médecine du travail : J. Machefer, D. Parent, N. Lancien**

p69 **3-LA MONTÉE DES PÉRILS : ATTEINTES À L'INDÉPENDANCE ET MÉDECINE D'ENTREPRISE**

- *Introduction*
- Un " après-licenciement ": résister, persévérer, tenir pour ne pas décevoir : M. Thévenin
- Propos sur l'indépendance du médecin du travail : J-M. Domergue
- Exercer la médecine du travail : G. Seitz
- Conduire des études épidémiologiques comporte un risque pour le médecin du travail : le licenciement : F. Derriennic
- Pression temporelle et médecine du travail : A. Carré
- Sur " la durée exagérée " des visites médicales : F. Bardot

- Sur la responsabilité de l'action du médecin : O. Chapuis
- La vie dans certains centres interentreprises en 1997 : V. Régance, B. Paniol
- Stratégies pour la déclaration des accidents de travail : J. Machefer
- Attention, manœuvres autour de la médecine du travail : O. Chapuis, Y. Ghanty, Ph. Davezies
- Sélection, comportement et dépistages aveugles, comment instrumentaliser les médecins du travail : D. Huez
- Le médecin du travail, le mensonge et le management : A. Carré
- **L'indépendance du médecin du travail : B. Grassi**

p104 **II° Partie : DES RÈGLES DE MÉTIER EN DÉLIBÉRATION**

p104 **1-CONTRUCTION D'UNE CLINIQUE ET INTERVENTION DANS L'ESPACE PUBLIC**

- *Introduction*
- Travailler sans moyens… c'est déprimant : J-Y. Dubré
- Clinique, visibilité sociale et espace public : D. Huez
- Manager sans " Casser… le cœur du cheval " : J. Machefer
- À propos d'un suicide sur le lieu de travail : C. Bertin, C. Pasquereau-Sahagun
- Une situation de décompensation psychopathologique collective aiguë : D. Huez
- Handicapé, et alors ! : F. Bardot
- Pratiques professionnelles : O. Tencer
- Perte d'emploi et santé : M-O. Achard, V. Chastel, P. Dell'Accio, M. Lachenal, E. Legrand
- Pour un recentrage sur la clinique : Ph. Davezies
- Troubles musculo-squelettiques, autre écoute, autre approche : A. Deveaux
- Pour une clinique plurielle en médecine du travail : A. Allemandou
- Un exercice médical entre écoute et action : A. Carré
- Question(s) de métier : O. Riquet
- **Clinique en médecine du travail, espace public et santé publique : A. Carré**

p150 **2-EXERCICE PROFESSIONNEL DANS LES PME-PMI**

- *Introduction*
- Le conseil dans l'entreprise : quelle pratique pour les TPE ? : F. Bardot
- Extrait du rapport annuel pour une entreprise présenté en CHSCT et en CE : Y. Ghanty
- Décompensation collective du personnel d'une maison de retraite : F. Bardot
- Zazie dans l'industrie : F. Bardot
- À propos de lettres remises au salarié lors de la visite médicale : C. Bourboul, A. Deveaux, A. Grossetête, F. Perron-Pernet, O. Riquet
- Lettre aux différents partenaires sociaux d'une entreprise : O. Chapuis
- Conséquences des contraintes organisationnelles : J-Y. Dubré
- **Pratiques des écrits à l'employeur dans les PME-PMI : A. Touranchet, F. Bardot**

p172 **3-PRATIQUES COOPÉRATIVES**

- *Introduction*
- Modifier les pratiques en médecine du travail : D. Huez

- Pour pouvoir travailler, construction d'un collectif de médecins du travail : O. Chapuis, J. Chauvin, E. Delpuech, Y. Ghanty, C. Lafarge, J-M. Lauze, D. Roi
- Proposition d'une réponse coopérative : O. Chapuis, J. Chauvin, E. Delpuech, Y. Ghanty, C. Lafarge, J-M Lauze, D. Roi
- Fière et heureuse d'être médecin en service interentreprises : C. Roche
- **Accompagnement des pratiques des médecins du travail par la psychodynamique du travail : B. Perceval**

p190 **III° Partie : PERSPECTIVES POUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL : DES PISTES DE RÉFLEXION**

p190 **1-APTITUDE AU TRAVAIL, DROIT A UN EMPLOI ET ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE**

- *Introduction*
- Aptitudes et pratiques : M. Pascual, F. Maesen
- Dilemmes : F. Leroux
- Médecin du travail ou expert : D. Roi
- Retours d'inaptitudes. Souvenirs, réflexions : A. Deveaux
- Aptitude, emploi et éthique professionnelle : J-M. Eber
- L'aptitude ? Inapte ! : P. Abécassis
- L'aptitude et le maintien : J-M. Domergue, N. Sandret
- **En finir avec l'aptitude médicale : Ph. Davezies, J-P. Duléry, D. Huez, M. Pascual, N. Sandret**

p206 **2-LA SANTÉ AU TRAVAIL, UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE ?**

- *Introduction*
- Introduire l'approche santé publique en médecine du travail, et le champ santé travail en santé publique : D. Huez
- Le médecin du travail face à la précarisation et à l'exclusion : J-M. Eber
- Santé publique, santé au travail et épidémiologie : F. Derriennic
- Épidémiologie en médecine du travail, responsabilité personnelle et pratique coopérative : E. Imbernon
- La spécialisation en médecine du travail: médecin du travail ou expert, chronique d'une mort annoncée : M. Golberg
- Pluridisciplinarité en médecine du travail, les conditions de la coopération et de la coordination : A. Carré
- Expertise en santé au travail et en médecine du travail, des propositions : A. Carré, D. Huez
- **Expression de la santé au travail dans l'espace public, visibilité sociale, et prise de décision : G. Lasfargues**

p235 **3-LA TRANSFORMATION INDISPENSABLE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL**

- *Introduction*
- Les médecins du travail ont des responsabilités : D. Huez
- Le point sur la médecine du travail dans les PME : C. Antoine, M. Cellier, J. Chauvin, O. Chapuis, E. Delpuech, Y. Ghanty, C. Lafarge, J-M. Lauze, D. Roi
- Le médecin du travail et la politique de santé au travail : A. Carré
- Et si on changeait ! : K. Samat

- **Pour une réforme de l'organisation de la médecine du travail :** ***Association Santé et Médecine du Travail (SMT)***

p252 **CONCLUSION**

p255 **GLOSSAIRE**

AVANT PROPOS

Confrontés aux profonds bouleversements de la société et du monde du travail, des médecins du travail cherchent à mettre en œuvre de nouvelles " règles de métier " pour aider les sujets à construire leur santé au travail.

Pourtant une " médecine d'entreprise " subordonnant l'exercice médical à l'économique, au mépris des acquis de la loi sur la médecine du travail de 1946, se met en place de façon rampante, faute d'ajustement de la médecine du travail aux besoins liés à la situation actuelle. Ainsi à travers les atteintes massives à l'indépendance de certains médecins du travail, c'est l'indépendance de l'ensemble de la médecine du travail qui est en cause.

Les médecins du travail souffrent dans cette situation d'une insuffisance de réflexion professionnelle et sociale.

Ces évolutions sont le signe de l'ampleur de la crise, trop souvent négative pour la santé au travail, que subissent aujourd'hui les conditions organisationnelles et environnementales du travail.

Dans ce contexte l'un des rôles de la médecine du travail est de promouvoir et de faciliter d'un point de vue professionnel, le débat social sur les évolutions du travail et ses répercussions sur la santé, par la mise en débat des contradictions entre la santé et les conditions de réalisation du travail d'aujourd'hui.

Après la publication de l'ouvrage collectif *Souffrances et Précarités au Travail, Paroles de médecins du travail* [1] en 1994, l'association Santé et Médecine du Travail (SMT) a pris l'initiative, en 1997, d'un nouvel ouvrage collectif pour contribuer à l'évolution du métier de médecin du travail.

Ce projet coopératif s'est adressé aux médecins du travail qui se reconnaissent dans la problématique de réflexion menée par cette association depuis de nombreuses années, concernant les conséquences éthiques, sociales et scientifiques des pratiques professionnelles en médecine du travail.

Cet ouvrage regroupe des réflexions concrètes et théoriques articulées avec des textes de témoignages sur les pratiques professionnelles en médecine du travail. Les textes sont signés par leurs auteurs, mais ils ont été mis en débat à travers plusieurs phases d'écriture au sein d'une communauté d'une centaine de médecins du travail qui a participé à l'élaboration collective de cet ouvrage au cours de trois séminaires tenus en 1997.

Une cinquantaine d'auteurs, majoritairement médecins du travail[2], a participé concrètement à l'écriture ; la moitié ne sont pas membres de l'association SMT. En effet les débats au sein de celle-ci ont toujours été ouverts à une communauté de pairs qui se reconnaissent à travers des valeurs communes sur leur métier.

Dans leur activité médicale clinique, lors des consultations médicales, les médecins du travail affrontent quotidiennement ce qui résiste au savoir, ce qui ne se laisse pas maîtriser, ce qui est pour eux-mêmes encore impensé. Certaines questions se posent à eux avec une grande acuité : quelle place peut prendre le médecin du travail dans la construction de leur santé par les sujets au travail, peut-on parler d'assistance à penser la relation travail-santé, existe-t-il une clinique de la santé au travail, une clinique de la normalité ? Les médecins du travail peuvent-ils y contribuer ?

Le projet de cet ouvrage est de faire un livre de questions, car ce sont les questions qui sont créatives. Les incertitudes sont plus inventives que les habituelles certitudes médicales.

Mais c'est aussi une formalisation des pratiques professionnelles en médecine du travail avec un effet forcément réducteur. Dévoiler une pratique, c'est effectivement s'engager, mais c'est aussi faire le point des savoir-faire, montrer les insuffisances, permettre les échanges. C'est un passage obligé pour faire reconnaître le métier de médecin du travail.

Au cours de l'élaboration collective de cet ouvrage, tour à tour les auteurs ont approfondi leurs réflexions sur l'aptitude, aiguillonnées par les supporters de sa transformation radicale. Ils ont échangé sur la question de la clinique. Comment intervenir dans cette perspective dans l'espace public ? L'expertise a été passée au crible. Face à l'importance du contexte politico-économique dans les questions de santé au travail, les auteurs se sont demandés si les conditions de travail, la sécurité, la santé ne devraient pas devenir d'ordre public dans les entreprises ?

À cette occasion, de nombreux médecins du travail ont exprimé, certains avec une grande émotion, leurs difficultés à tenir dans des situations difficiles, à ne pas se sentir seul, voire dépassé.

Écrire est une action de veille ; c'est rester sur le qui-vive car celui qui écrit est à l'écoute des mots qui tracent son avenir. Penser et écrire c'est agir. Or, agir, par et pour les

[1] Souffrances et Précarités au Travail, Paroles de médecins du travail, (collectif), Association Santé et Médecine du Travail (SMT) éditeur, Syros, Paris, 1994, 357 pages.

[2] Sauf indications complémentaires, les auteurs des différents articles sont médecins du travail

autres, sous leur regard et en les regardant, est ce qui fonde l'existence humaine.

Pour parler des règles de métier, des pratiques communes il est important de mettre en visibilité les différences, à partir de quelle compréhension, de quelle notion d'appartenance naissent les pratiques coopératives.

Des médecins du travail délibérent sur leur métier. Cet ouvrage essaye d'en rendre compte. Comme on le verra à propos de la clinique, de la pluridisciplinarité, des rapports de la médecine du travail avec la question de la santé publique par exemple, notre projet principal n'est pas d'arriver à une position unifiée, mais de mettre en travail les questions. Il n'y a généralement pas de positions unifiées de l'association SMT, mais des idées qui progressent et s'affinent, ou bien qui sont contradictoirement mises en débat.

Dans cet ouvrage donc, écritures singulières et pluralité dans les idées, mais au sein d'une conception commune de la place essentielle de la question de la santé au travail dans le monde d'aujourd'hui.

Le réseau à l'origine de l'association Santé et Médecine du Travail est né en 1979. La coopération y est la règle. Les praticiens qui en sont membres pratiquent tous les modes d'exercice de la médecine du travail. Leurs réflexions sont enrichies par la présence d'un certain nombre de médecins inspecteurs du travail et de chercheurs. Chaque avancée technique, chaque pratique nouvelle y fait l'objet de débats ouverts. L'association SMT rend compte régulièrement de ses réflexions dans l'espace public professionnel avec sa revue *Les Cahiers SMT*. Ses membres contribuent à l'animation depuis 1993 d'un réseau de médecins du travail *Paroles de médecins du travail sur la précarisation du travail*.

Les travaux de l'association SMT ont, jusqu'alors, embrassé de nombreux aspects du métier de médecin du travail. Ils ont porté sur ses bases mêmes : le travail médical clinique, le rapport à la déontologie, à la réglementation, à l'éthique, à la construction des règles de métier… Ils se sont intéressés à ses rapports à la santé publique, à l'espace public… Ils ont envisagé les liens de la médecine du travail à d'autres spécialités du champ de la santé au travail : l'ergonomie, la sociologie, la psychodynamique du travail… Ils ont exploré ses aspects techniques : le tiers temps, la confiance, l'aptitude, l'indépendance professionnelle, le contrôle social… Ils se sont confrontés aux difficultés de l'époque : la précarité, la précarisation du travail, la souffrance, les nouvelles organisations du travail, le management, les démarches " qualité "…

Peut-on être fier de son métier ? C'est pourtant, malgré les innombrables difficultés auxquelles sont confrontés les médecins du travail, le sentiment de nombreux auteurs de cet ouvrage.

Cette aveu soulève en effet une question essentielle : celle du plaisir au travail qui jaillit du travail bien fait, du bel ouvrage.

Cette activité de débats entre professionnels, apparaît maintenant presque ordinaire à nombre de médecins du travail auteurs de cet ouvrage, du fait de la construction progressive de leur métier au sein d'un réseau de compréhension mutuelle. Elle leur permet collectivement de construire au sein d'une communauté de pairs des règles de métiers, de fixer, eux qui sont souvent si contestés par d'autres " médecins du travail ", les bases communes d'une normalité professionnelle. Elle n'aurait pu naître sans la confiance.

Cet ouvrage influera-t'il sur les évolutions qui se préparent ? Nul ne peut le prédire aujourd'hui, mais la puissance de l'élaboration collective plaide dans ce sens.

Les auteurs de cet ouvrage aiment leur métier et le croient utile à la société. Ils souhaitent que cet ouvrage puisse être un élément de réflexion pour tous les acteurs du débat public, dans et hors de l'entreprise, pour les confrères en médecine et pour tous les collègues en santé au travail.

À travers cet ouvrage, ils croient faire œuvre collective afin que la réflexion qu'ils ont cristallisée contribue de façon positive à l'amélioration de la santé au travail. Ils espèrent ouvrir des perspectives de sa construction, même et surtout à une époque où nous la voyons plutôt se déconstruire.

AVERTISSEMENT AU LECTEUR

Chaque article de cet ouvrage est une des facettes de l'expression collective de médecins du travail sur leur métier.
Médecin, donc humaniste, chaque auteur ou chaque groupe d'auteurs exprime sa singularité.
Médecin du travail, donc persuadé de la valeur du débat et des coopérations, chacun participe à l'œuvre commune à édifier.
La diversité organisée qui en découle fait alterner contributions théoriques, témoignages et débats. Nous espérons qu'elle en rendra la lecture attrayante.

Pour la facilité de la lecture, cet ouvrage est structuré en trois parties :

- *La première traite de l'existant c'est-à-dire des rapports entre santé au travail et médecine du travail dans un contexte évolutif.*
- *La seconde témoigne d'une professionnalité vivante chez les médecins du travail qui pour certains ont entrepris de refonder leur métier en le ressourçant aux principes mêmes de l'exercice en médecine du travail.*
- *La troisième décline les conséquences des deux premières sous la forme de propositions concrètes de transformation de la médecine du travail.*

Chacune de ces parties est elle même divisée en trois chapitres traitant d'une question particulière, pivot autour duquel s'articulent les contributions individuelles.

Certains commenceront leur lecture à la première page et la poursuivront jusqu'à la dernière.
Les autres, sans doute plus nombreux, procéderont par sondage en fonction de l'humeur du moment ou de leur centre d'intérêt.

C'est pourquoi, afin de les aider, chaque chapitre est précédé d'une introduction. Celle-ci résume en quelques phrases le contenu de chaque contribution dans l'ordre de leur édition.

Ainsi, en lisant l'introduction de chaque chapitre, le lecteur pourra se faire une idée de son contenu et retrouver facilement la contribution pouvant faire écho à sa préoccupation particulière.

I° Partie : SANTÉ AU TRAVAIL, MÉDECINE DU TRAVAIL, UN PRÉSENT PROBLÉMATIQUE, DES INQUIÉTUDES POUR L'AVENIR

CHAPITRE 1-ORGANISATION DU TRAVAIL ET SANTÉ

ORGANISATION DU TRAVAIL ET SANTÉ

*La précarisation des femmes au travail est une parfaite illustration des conséquences de l''organisation du travail sur la santé dans toutes ses composantes et de ce fait particulièrement convainquante. (**" Précarisation du travail et violences vécues par les femmes au travail "**)*

*Les médecins du travail sont en première ligne de cette sorte de guerre que certaines entreprises mènent contre leurs salariés. De ces situations intenables pour leurs patients, du point de vue de la santé, ils témoignent.(**" Rapport annuel, conclusion commune de neuf médecins du travail "**)*

Dans de trop nombreuses entreprises, l''organisation du travail mise en place entrave la construction de la santé au travail.

*Pourvoyeuse de précarité, cette organisation du travail met les salariés en concurrence et impose ainsi surcharge, flexibilisation, fragilisation des postures professionnelles et familiales. Elle contraint les femmes et les hommes en les subordonnant corps et âmes aux impératifs économiques. Une sous-traitance destinée à diminuer les coûts, à externaliser risques et contraintes, et non à s''entourer de compétences particulières, devient aussi un moyen de peser sur le travail. Cette organisation désorganise le travail pour le réorganiser à son bénéfice exclusif. (**" La précarisation du travail "**)*

*Tout cela ne serait il, en fait, qu''une conséquence malheureuse d''un système perfectible? L''observation de ses conséquences pour la santé ne plaide pas dans ce sens. (**" État sommaire des lieux "**)*

*Des données objectives mettent en lumière les liens entre organisation du travail et atteintes à la santé en particulier dans l''aspect ultime de la précarisation que constitue le chômage. (**" Formes précaires d'emploi et santé, les évidences épidémiologiques** ")*

*Bien que cette organisation du travail se dissimule derrière des mots, sa nature transparaît malgré la manipulation. (**" La qualité, une illustration de la vraie nature du management "**)*

*L''organisation du travail engendre trop souvent aujourd''hui une précarisation croissante de la santé dont les formes cliniques selon le sexe, la position hiérarchique, l''âge, la situation de la structure de travail par rapport au noyau " stable " de l''entreprise ne peuvent dissimuler l''étiologie commune. (**" Organisation du travail et précarisation de la santé "**)*

PRÉCARISATION DU TRAVAIL ET VIOLENCES[3] VÉCUES PAR LES FEMMES AU TRAVAIL

Construction de la santé au féminin, des questions pour le métier de médecin du travail

Nicole LANCIEN**, Denise PARENT**, Jocelyne MACHEFER**, Ghislaine DONIOL-SHAW*

*** Groupe Paroles " Précarité du Travail et Santé des Femmes "*

** Ergonome chercheur CNRS, LATTS, URA 1245*

Économie " oblige " ?

L'organisation actuelle du travail précarise et génère une violence accrue. Les femmes sont en première ligne, et malgré leur attitude silencieuse, résistent, comme on le découvre au cabinet médical. Au fil des confidences émergent la dignité préservée, les stratégies dans la résistance, mais aussi de possibles décompensations.

L'organisation du travail génère de plus en plus souvent des mécanismes de précarisation

Pour les médecins du travail, ces modifications structurelles ont une résonance concrète dans leur activité quotidienne. Les " travailleurs précaires ", peu ou mal intégrés dans les entreprises, sont potentiellement plus exposés que d'autres aux risques professionnels.

[3] Ce texte a été conçu à partir de documents de synthèse du groupe de réflexion Précarités du travail et santé des femmes, groupe du Réseau Paroles, Avec la contribution de Bernadette BERNERON**, Marie-Hélène CELSE**, Josiane CREMON**, Annie DEVEAUX**, Mireille FARGEON**, Brigitte PERCEVAL**, Odile RIQUET**, Annie ROBERT**, Catherine ROCHE**, Ghislaine SOURIAC**, Geneviève TERRIER**, Odette TENCER**, Mireille THEVENIN**

Les données sur le chômage et la précarité de l'emploi en France montrent que les femmes sont concernées dans des proportions bien supérieures à celles des hommes. En 1995[4], 14 % des femmes sont au chômage contre 10 % des hommes et elles sont plus touchées par le chômage de longue durée. 9 % des femmes occupent des emplois précaires contre 7 % des hommes. Ces pourcentages n'intègrent pas les emplois à temps partiel à durée indéterminée qui touchent une femme sur quatre en 1994, et plus d'une sur deux dans les emplois les moins qualifiés, et dont une part de plus en plus grande correspond à du temps partiel " imposé " et non du temps " choisi ", avec le plus souvent des horaires variables selon les jours de la semaine comme c'est le cas dans la plupart des emplois de commerce.

Cette dégradation des conditions d'emploi des femmes s'accompagne d'une dégradation massive des conditions de travail. Cette double aggravation sous-tendue par la violence des rapports sociaux a de multiples conséquences sur la santé des femmes.

Au-delà de l'accompagnement individuel permettant au sujet de comprendre le sens à donner à son travail et de rester acteur, le médecin du travail, en tant que tierce personne en statut d'indépendance, doit refuser de se taire. Il est, en effet, de sa responsabilité de rendre compte à notre société de la violence subie par les femmes au travail et de ses conséquences en terme de précarisation de leur santé.

Car, comme Patrizia Romito le souligne : *" le fait de nommer permet de rendre visible ce qui était invisible, de montrer comme inacceptable ce qui était acceptable*[5] *".*

Convaincus que la confluence des observations trop souvent dispersées leur donne de la force et un supplément de sens, les médecins du travail du groupe de réflexion *Précarité du travail et santé des femmes* ont lancé un nouvel appel à écriture, mettant en œuvre des pratiques coopératives déjà expérimentées à travers l'ouvrage *Souffrances et précarité au travail, Paroles de médecin du travail*[6].

Les témoignages ainsi recueillis par les médecins du travail depuis trois ans, en consultation illustrent bien la violence des situations de travail auxquelles les femmes sont particulièrement confrontées ainsi que les conséquences en terme de précarisation mais aussi de psychopathologie du travail

La violence, fréquemment liée à l'humiliation, subie par les femmes au travail est souvent frappée d'invisibilité. Dans le contexte de précarisation de l'emploi, la peur de faire émerger cette violence dans l'espace public de l'entreprise ne serait-elle pas aussi à l'origine du caractère confidentiel des paroles entendues lors des consultations des médecins du travail *: " Surtout docteur, ne dites rien "* ?

FLORILÈGE DE VIOLENCES

Parce qu'il y en a des violences[7] à endiguer, à écoper, ou contre lesquelles on ne peut plus que s'arc-bouter :

Violence corrosive, explosive, ou harcelante qui " effractionne ", ou élime jusqu'à bouter les résistances.

Violence qui modèle, formate, isole, et qui rend fou .

Celle qui vous gomme jusqu'à effacer nom et prénom *" Madame Chose…. qu'il les appelle ".*

Ou encore celle d'être volée peu à peu ou dévalisée d'un coup des responsabilités acquises, pied à pied.

Violence des insultes et des accusations mensongères, " marquage "qui laisse des traces .

Celle du déni d'utilité sociale, qui les mutile du sens de leur activité.

Violence du sourire obligé, des horaires qui gèlent la vie privée ou celle qui les pousse en première ligne dans des missions impossibles : *" On fait de la compassion tous les jours mais ça nous bouffe …. "* ou encore : *" On est démuni. J'ai honte quand je dois dire à un chômeur que je n'ai rien à lui proposer. "*

Violence de l'exploitation, parfois même mise en scène, de toute fragilité (du paraître, celui de l'âge, du handicap, de la différence culturelle) ou de la qualification inutile et bientôt hors d'usage après quelques contrats corvéables et renouvelables

Violence du devoir prescrit de faire ou de ne pas faire des enfants : *" C'est idiot à 35 ans d'avoir un enfant… "* s'entend dire une aide médicopsychologique en CDI, mais ailleurs : *" Puisque mon mari avait une bonne place, je n'avais qu'à faire des enfants "* (opératrice de saisie en CDD) . Le travail ou les enfants ?

DES LIEUX OU DIRE, DES LIEUX OU SE TAIRE[8]

C'est leur souffrance et son caractère intolérable que les femmes expriment dans le secret du cabinet médical :

" Ca ne va pas bien, docteur, il faut que je vous le dise, je ne peux pas le garder. " Les témoignages montrent que très peu de lieux sont ainsi ouverts à l'écoute et la compréhension de cette souffrance et que le " silence ", la souffrance gardée pour soi constituent en quelque sorte une stratégie de survie. On comprend alors aussi que, dans la majorité des témoignages rassemblés, les femmes ne souhaitent pas voir le silence rompu sur les lieux du

[4] Danièle GUILLEMOT, Pierre MARIONI, La population active : facteurs et perspectives, données sociales, INSEE, 1995

[5] Patricia ROMITO, Etude de la santé des femmes, épistémologie, méthodologie et transformation sociale, Colloque International de Barcelone : Women, work, health, avril 1996

[6] Souffrances et Précarités au travail, Paroles de médecins du travail, Syros, Paris, 1994

[7] Denise PARENT, Jocelyne MACHEFER, Ghislaine DONIOL-SHAW, De la bibliothèque à l'épicerie, Précarisation et violences vécues par les femmes au travail, Intervention au Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du Travail, Paris, 30 – 31 janvier 1997, Les Cahiers SMT n° 10, 1997, p 54-59

[8] Ghislaine DONIOL-SHAW, Denise PARENT, Précarité du travail et santé des femmes : S'il vous plaît, docteur, ne dites rien ! , Travail, n°36-37, pp, 123-141

travail : *" Je vous dis ça, mais cela doit rester entre nous "* ou encore, *" Au travail, il vaut mieux ne rien dire de sa vie. "* Cependant, les significations du silence que les femmes s'imposent sur les lieux du travail et parfois aussi dans la famille sont multiples et nous avons tenté de comprendre, à travers tous les témoignages, ce que " se taire " veut dire.

Des silences plein de sens

Silence stratégique face au poids de l'économique, silence qui protège contre le risque toujours présent de la précarité : *" Personne n'ose se plaindre de peur de perdre son emploi "* (emploi de proximité qui permet de concilier le travail et la famille) ou encore, le cas de cette jeune femme, agent d'assurance : *" Pensez-vous que j'ai le droit de refuser de laver les carreaux et si je refuse, qu'est-ce qui peut m'arriver ? "* C'est aussi s'obliger à supporter les agressions sexistes " ordinaires " du patron ou des clients :
- *" Et pour le dessert ? "*
- *" Je prendrais bien la serveuse. "* (Réponse fréquente des clients)

Silence de sauvegarde, d'économie de soi, pour éviter à tout prix la confrontation, le conflit, trop coûteux ou trop risqué, car ne rien dire c'est aussi ce qui permet de continuer à tenir : *" Je me protège, je ne veux plus souffrir "* ; *" Surtout, ne pas répondre, ne rien dire, garder le poing serré dans la poche "* ; *" Pour entrer dans cette entreprise, il ne faut pas avoir de caractère, il faut faire sa journée, c'est tout "* ; *" Si on se révoltait, elle nous convoquait immédiatement chez le patron. "*

Silence inhibition par peur du chef *" ...qui voit tout, qui entend tout… Et, j'ai honte de l'avouer, mais quand je suis malade, je demande à mon mari de lui téléphoner pour le prévenir "* ; *" Devant lui, je suis terrorisée, alors je ne réponds pas et il en profite… Quand j'entre dans son bureau, il me regarde droit dans les yeux et moi, je baisse les yeux, je me tais, je ne peux pas faire autrement. "*

Silence tétanisé par les cris, les hurlements : *" Si vous aviez entendu la colère de mon chef "* ; *" Quand la patronne entre, c'est pour faire une colère ; au début je regardais, j'écoutais, au fond de moi, je paniquais "* ; *" Ils me criaient tous : "Taisez-vous, taisez-vous" ; je n'ai rien pu dire, ils criaient sans cesse. Jusqu'où peut-on aller ? "*

Silence parfois prolongé jusque dans l'espace privé que l'on veut préserver : *" Je n'en parle pas systématiquement mon mari, je ne veux pas le perturber avec ça "* ou encore parce que le conjoint lui-même impose un choix : *" Il faut choisir entre le travail et la famille "*, dit-il.

Des lieux pour dire en secret

Si le cabinet médical apparaît bien comme le lieu privilégié de " déversement " de toutes les paroles ainsi retenues sur les lieux du travail, certains témoignages montrent que d'autres espaces peuvent aussi accueillir et partager le secret de ces violences subies et alléger ainsi la souffrance, par l'indignation partagée, par le rire aussi, qui permettent de garder l'estime de soi et surtout de ne pas retourner la violence contre soi, notamment à travers la maladie et sa forme la plus fréquente qu'est la dépression. Il semble que le " secret " soit plutôt partagé entre femmes de même qu'on peut noter que les témoignages rapportés ont tous été recueillis par des médecins du travail femmes : *" Mes ennuis, j'en parle avec mes amies. "* ; *" Qu'est ce qu'on a pu rire avec les collègues, en parlant du patron ! On l'avait appelé Bob, du nom de mon petit chien et on inventait plein d'histoires. "* ; *" Heureusement, il y a la maison, mes enfants me comprennent, j'en parle à ma mère."*

On devine aussi comment la perte de tels espaces de paroles peut fragiliser les femmes, comme le montre le cas de cette femme de ménage à qui on a imposé un changement de chantier au nom de l'efficacité du travail (par principe l'entreprise fait changer régulièrement les salariés de chantier car elle considère qu'en restant trop longtemps sur un même lieu, on prend ses habitudes et on est moins efficace !) : *" Vous comprenez, là-bas, il y avait plus de collègues, on pouvait se parler un peu, on avait des moments de complicité, et puis, les gens de l'entreprise avaient fini par me connaître. Ils me disaient bonjour, un petit mot en passant. Maintenant nous sommes trois, on ne se voit pas beaucoup et quand on arrive le soir, les gens sont déjà partis. On se sent seules. "* Cela explique peut être aussi que tant de paroles soient ainsi reçues dans le huis-clos de la consultation médicale, unique recours face à des situations de travail dans lesquelles les femmes apparaissent de plus en plus isolées, et où les solidarités disparaissent avec l'éclatement des collectifs et la précarité toujours plus grande du travail.

LA RUPTURE DU SILENCE AU TRAVAIL : TENTATIVES DE RÉSISTANCE

" Je subirai dignement " ou " La dignité préservée "

Chez les plus jeunes, si la révolte est silencieuse, la conquête de la dignité semble s'inscrire dans une contradiction : celle de devoir subir sans plier mais sans broncher, pour ne pas hypothéquer l'avenir, de rester debout face à la violence sans pouvoir ni s'y soustraire ni passer à l'acte : *" Il faisait des remarques sur mon caractère, j'ai eu l'impression qu'il inventait des choses, mais j'étais embauchée ou presque, pas le moment de passer à la contre-offensive. "* ; *" ...pour entrer il ne faut pas avoir de caractère, mais j'ai du caractère et je le garde. "* Deux ans plus tard, embauchée elle dira : *" Au niveau boulot, je parle librement dans l'atelier. "*

Dans leur espoir de se construire au travail, il leur faut attendre le bon moment et elles apprennent à être raisonnables : *" Après cinq années d'étude (un DESS de droit des entreprises) on pouvait espérer mieux mais je devais m'estimer satisfaite… j'ai appris le travail d'équipe, le sens de la hiérarchie … je supportais sans rien dire les premiers coups. "* et elles espèrent que le temps peut encore jouer pour elles, pour tracer leur

itinéraire… mais elles ne perdent pas de vue que les marges sont étroites, et le silence les protège.
Si la dignité est revendiquée pour soi face à témoin dans le cabinet : *" Quand j'ai raison je ne laisse pas passer "*, c'est aussitôt pour prendre acte de ses limites et à la question : " *Vous faites quoi ? "*, d'admettre : *" Ben, en fait, je ne peux rien dire. "*
Parce qu'elles savent aussi que la menace peut venir de leur propre violence à force d'être contenue et risque de tout compromettre : *" Une fois, j'ai cru que j'allais la frapper … folle de colère, je suis entrée dans son bureau … heureusement que je ne suis pas d'un naturel violent… "* (cette jeune diplômée était collaboratrice d'une responsable des ressources humaines).
S'agit-il d'une mise au placard ? À la rétention d'informations, une secrétaire de direction répond en multipliant les initiatives, sorte de subversion noble : *" Je subirai dignement "* dit-elle. Tandis qu'une vendeuse en prêt-à-porter fait de la surenchère à l'obéissance, pour en souligner l'absurdité : *" Grassement payée à ne rien faire "* ironise-t-elle, condamnée à l'immobilité sous le poids des regards. Mais plus tard l'une et l'autre choisiront de partir : ces résistances-là ont aussi leurs limites.
Il arrive cependant qu'au mépris de toute stratégie la colère l'emporte sur la peur…
Face au harcèlement professionnel (ordres contradictoires et multiplications des taches), une secrétaire crie son indignation : *" Selon les patrons on est des nulles, on est de la merde, on est rien … et bien je les cherche pour leur répondre, ça soulage ! "*
Mais là encore, à quel prix… ! *" Je vous dis tout ça, parce que je n'en peux plus, j'ai la vision floue … "*
Sous la violence verbale qui sidère, donne envie de s'enfuir ou de se recroqueviller, la dignité est reconquise peu à peu dans le courage de l'affrontement d'égal à égale, mais aussi avec prudence : *" Au début je la regardais, j'écoutais, au fond de moi je paniquais, j'essayais de ne pas le montrer … le fait d'être de passage a permis d'encaisser et quand j'ai commencé à bien connaître mon travail, j'ai dit non "*, mais cette secrétaire-standardiste ajoute : *" On ne parle pas plus fort qu'elle, il faut respecter sa hiérarchie. "*
Ailleurs, cette ouvrière déjà meurtrie par quelques espoirs de promotion perdus, persiste à " dire "… il en va de son identité : *" C'est plus fort que moi, je ne peux m'empêcher de faire remonter les problèmes de qualité que je rencontre "*, quoique sans illusion sur l'estime en retour qu'elle peut en attendre : *" Je vois bien dans leurs yeux qu'ils se disent : encore elle, qu'est ce qui ne va pas encore ? "*
La violence de l'humiliation exhibée peut se convertir en révolte : *" Elle avait le chic pour nous casser en public ; avant c'était l'humiliation et toujours devant les clients … je me suis forgé le caractère et maintenant je réponds "* (vendeuse en grande surface).
Lorsque l'une d'elles choisit de partir (licenciement avec congé de conversion), c'est pour s'investir dans un projet de formation qui a du sens, avant qu'il ne soit trop tard, pour préserver l'estime de soi mise à mal : *" Ma pauvre S… vous régressez, il est vrai que vous n'avez même pas votre bac… "* et aussi pour avoir assisté au naufrage d'une collègue *" qui, elle, n'a pas résisté "*.

" On est donc bien bêtes pour être surveillées comme ça ", ou la dignité revendiquée

Elles connaissent le poids de leur expérience et s'insurgent contre la non reconnaissance du réel de leur travail : *" Pourquoi j'apporte des idées ? Je suis écœurée "*, nous dit une chef d'équipe qui doit se réhabiliter à tout prix en réaffirmant autonomie et plaisir au travail : *" Je me donne à mon boulot, j'apporte des idées … j'aime pas qu'on me dise ce que j'ai à faire, je suis un être humain, une personne … j'aime pas être exploitée, on nous en demande toujours plus … je reste parce qu'il y a une bonne ambiance et que j'aime ce que je fais … "*
Quand elles sont plus âgées, qualifiées ou non, mais conscientes de leur savoir-faire, les accusations qui portent sur la qualité de leur travail les atteignent de plein fouet : *" Je sais que je ne fais pas de mauvaises pièces ! "* se récrie une ouvrière de 55 ans.
C'est une violence sur leur " faire " qui les éclabousse tout entières : *" On est donc bien bêtes pour être surveillées comme ca … avant on avait la responsabilité de notre travail … allez chercher des singes, vous leur expliquerez pendant quinze jours, ils prendront notre place "* (opératrice depuis 30 ans dans une entreprise soudain en pleine mutation).
Elles se regimbent aussi contre l'intensification du travail qui renforce ce déni de savoir-faire en pointant leurs difficultés à tenir le " bien faire " quand les rythmes s'accélèrent : *" Ils en demandent trop, pourtant je ne traîne pas, mais je préfère contrôler que de faire du fumier "* (mouleuse depuis 29 ans).
Plus démunies sous les coups qui les touchent dans leur paraître, c'est pour mieux dire non s'il en va de leur être : *" Ils savent bien me dire que suis trop vieille et se moquer de moi … d'ailleurs le chef, il m'appelle "mademoiselle". Devant lui, je suis terrorisée, je ne réponds rien… "* mais comme le raconte plus tard cette femme de 56 ans devenue agent d'économat dans une PME : *" Il m'a appelée dans son bureau, il voulait que je contrôle le travail d'une collègue …vous vous rendez compte, j'ai refusé ce n'est pas mon boulot … alors maintenant je suis dans le collimateur "*.
Ou encore, sous le coup de la dérision : *" Vous étiez belle autrefois sur la photo. "* Cette opératrice de fabrication parvient à contenir sa colère, à la canaliser pour qu'elle ne soit pas perdue: *" Vous pouvez écrire ça, il faut que ça se sache … silence et sagesse valent mieux que violence et franc-parler. "*
Elles témoignent de leur capacité à mettre à distance cette violence qui les traverse, en ne se laissant pas confondre avec l'organisation du travail dont elles pointent la responsabilité : la faute n'est pas sur elles !
Une employée de bureau explique : *" Les jeunes loups super-diplômés, dynamiques, ne m'ont pas ratée… c'est assez curieux que pendant vingt-sept années, j'ai été compétente, dévouée, source de bonnes idées et qu'en*

quelques mois je travaille mal et n'assume pas mes responsabilités… "
Leur révolte contre la violence subie individuellement, fût-ce dignement, prend soudain une dimension collective avec ce " on " (*" On est donc bien bêtes "*, ou encore *" On est pas reconnues pour des êtres humains "*) qui dénonce cette ultime violence et les déleste un peu de cette défroque honteuse.

Une certaine capacité à tenir
Mais comment tiennent elles ?, combien de temps ?, à quel prix ?
Des plus jeunes au plus âgées, le temps joue contre elles et parfois les rattrape au fur et à mesure que la précarisation les déqualifie et les isole, les contraignant à faire face, dans la durée, à la violence ordinaire des taches qui leur sont offertes sans lien visible avec l'expérience et effectuées dans l'urgence et dans l'absence d'alternative quand les charges familiales se font plus lourdes jusqu'à ce que le vieillissement les marginalise, parce qu'elles se découvrent " obsolètes ".
Tenir se décline donc à tous les temps :
Ce peut être savoir attendre une décision d'embauche, parce que qualifiée mais handicapée et faire face, " en attendant ", à la cruauté verbale de l'employeur perplexe : *" Vous êtes sûre que votre handicap ne va pas évoluer ? "*
C'est aussi en rajouter dans la soumission zélée, c'est savoir appeler à l'aide le médecin du travail ou l'inspecteur et s'informer sur ses droits : *" Croyez vous que j'ai le droit de refuser de laver les carreaux ? "* s'inquiète une secrétaire de cabinet d'assurance déjà citée.
C'est encore dénier le harcèlement sexuel : *" "Vous avez de beaux seins…", je le laisse dire…, il ne me touche pas… ",* face à l'enjeu de l'emploi : *" J'espère qu'il va m'embaucher… "*, mais le but atteint, embauchée à temps partiel après dix ans de " disponibilité ", elle craque et elle sanglote.
Tenir c'est aussi choisir de se taire, avec la peur au ventre quand on fait le ménage dans des locaux isolés et déserts : *" Normalement, on n'a pas le droit de travailler en musique mais moi, j'amène mon transistor, au moins avec la musique j'ai moins peur. "*
Tenir c'est se soumettre pour ne pas se démettre : prendre sur soi des contraintes supplémentaires pour désamorcer tout conflit dans la hantise du licenciement déjà annoncé : *" Après les avoir réclamés pendant quinze jours j'apporte mes torchons, explique cette jeune femme de ménage (bac + 2), et je viens à 5 heures au lieu de 6 parce que sinon ils marchent sur mon travail. "*
Tenir c'est accepter l'invisibilité : *" Si je leur demande de faire attention* – dit une autre femme de ménage –*, ils n'écoutent pas, j'ai l'impression de travailler pour rien. "*
Travailler pour tenir et subvenir aux besoins d'un fils.
Tenir au travail en maintenant à distance les harcèlements de tous ordres au quotidien ; harcèlement sexuel subi par une responsable d'atelier : *" Vous devriez vous faire couper les cheveux, la couleur blonde vous irait bien… "* ou harcèlement qui vise à déstabiliser cette autre ouvrière, mais toujours sur le paraître : *" Pourquoi ne vous faites vous pas soigner les boutons sur le visage. "*
Pour cette femme, taxi-ambulancière, il lui faut tenir dans la soumission obligée à l'autorité, surtout lorsqu'elle se double de notabilité, hors-entreprise : prise en tenaille entre la peur d'être rendue complice d'irrégularités comptables et à ses dépens ! : *" Si j'ai un accident le week-end, ils pourront dire que je travaille au noir puisque les bordereaux ne comportent pas le nom du chauffeur "*, la culpabilité : *" Je n'osais pas me plaindre : j'ai un travail, je devrais pouvoir supporter… "* et l'envie de fuir : *" Quitter cette situation sans aller aux prud'hommes, de peur d'être grillée pour un emploi dans la région. "*
Tenir : *" C'est se débrouiller pour que tout soit fait et que cela ne fasse pas de vagues "*, pour cette conseillère de l'ANPE, et c'est vivre dans l'urgence des taches administratives avec *" … des chiffres qui nous bouffent plus que les clients ".*
Et même là où on se dit très fort qu'on tient *" … parce qu'il y a une bonne ambiance "*, la violence de la situation de travail, quand elle dure, finit par lézarder la solidarité … jusqu'à ce que l'une d'elles démissionne: *" Si on m'oblige à y retourner, je me jette dans la rivière. "*
C'est pouvoir dénier sa propre souffrance et s'immerger dans le travail pour une responsable de formation parce que c'est " marche ou crève ", face au non-dit du " grand " responsable et au risque rampant de précarisation.
C'est enfin résister aux pressions qui cherchent à l'exclure, pour cette femme de ménage de 60 ans : *" Mais comment ils feraient pour vivre avec ce que je gagne ".*
Ou, comme l'écrit si bien cette employée de bureau dépouillée de ses fonctions : *" Vous m'avez dit de tenir bon, certains jours j'y parviens, d'autres pas … c'est le cas cette après-midi où je n'ai strictement rien à faire … alors j'écris lentement, je m'applique à faire des majuscules ! "*
Il arrive cependant qu'à force de tenir, et de tenir encore ces petits et patients remblayages ne suffisent plus à colmater les brèches et c'est le sauve-qui-peut, la fuite en avant, pour s'engouffrer dans l'arrêt de travail qui sera alors qualifié de complaisant, jugement qui sonne comme un coup de grâce .
À moins que, sans cesse sur le qui-vive, parce qu'acculées à la faute et s'étant arrêtées un temps pour reprendre souffle, le harcèlement les poursuive jusque chez elles, par courriers recommandés … comme cette employée aux écritures qui n'espère plus que le licenciement pour se mettre à l'abri, enfin… : *" Docteur, je vous en supplie ! "*

RÉSISTANCES… CONSÉQUENCES

Cortège de violences
Florilège de dignité, parfois hésitante, de capacité à tenir qui se ternit au fil des histoires singulières… Car la souffrance est là, même si quelques exemples de désengagement de la tâche, de motivation soudain orientée vers la sphère privée, montrent l'efficacité de cette " soustraction " au risque. Il faut, dans la plupart des cas,

assumer la peur. Les " départs ", sont parfois une alternative aux décompensations.

De 20 à 30 ans : des issues à la peur

Les femmes de formation qualifiante, occupant un emploi qualifié ou non, ayant pu préserver leur dignité, n'expriment pas de souffrance psychique dans nos récits. Lors d'emploi qualifié, le départ volontaire n'est pas exclu, notamment après avoir été dépossédée des responsabilités.

D'autres, sans formation pour la plupart et occupant des emplois serviles, tiennent plus modestement malgré déjà la peur de perdre l'emploi. Et pourtant, stratégie du silence et désir de fuite sont rares. D'autres encore se rassurent en s'informant près d'un tiers externe (médecin du travail, inspecteur du travail) sur leurs droits… à désobéir : *" Puis-je refuser de… "*, ou en formulant un projet : *" Avec le boulot, je peux mettre mon enfant à la crèche "*, ou disent leur espoir : *" J'espère qu'avec les départs à la retraite, je vais être embauchée ".*

Le retour à la sphère privée, par un congé maternité : *" Je rêvais d'un congé parental de trois ans "*, mais aussi par un licenciement telle cette serveuse qui refuse les avances de son employeur et se retrouve " à la rue ", expliquent vraisemblablement le peu de décompensations.

De 31 à 45 ans : souffrance psychique et décompensation, le dos au mur

Peu de départs :

Une seule femme, dans ces récits, accepte un licenciement économique avec le projet d'une formation d'utilité sociale qui aurait du sens mais qui la conduira au chômage. La hantise phobique d'un danger réel et imminent conduira une autre à **l'inaptitude**.

Dans cette tranche d'âge, garder son emploi dans l'entreprise semble primordial. Le peu de " mobilité " en lien avec la difficulté structurelle de retrouver un emploi ailleurs incite à " rester ", sans doute au prix d'une souffrance psychique mentalisée, exprimée, conduisant à la décompensation.

La honte liée à l'impuissance de cette employée de l'ANPE du reste dépossédée de ses responsabilités conduit à la dépression, la seule issue étant le désengagement de la tâche et le piano : *" Je ne m'investis plus… je me protège… "*

Chez cette ouvrière, la somatisation sous forme d'eczéma généralisé accompagne la **honte** née du harcèlement professionnel et sexuel, doublé d'humiliation. L'arrêt de travail " refuge " sera le bienvenu.

La harcèlement quotidien par courriers recommandés avec accusations répétées contradictoires conduisent à la hantise phobique ; la culpabilisation après accident du travail et l'accusation d'absentéisme de connivence avec le chirurgien aboutissent à la dépression et la somatisation.

Après 45 ans : mises à la porte, mises au placard… L'inaptitude comme porte de sortie

De l'expérience et de la dignité fortement revendiquées, naissent l'anxiété, l'insomnie, la fatigue et parfois le découragement.

Dans un cas, si désobéir conduit à la préretraite sanction, par contre la résistance à la dépossession par stratégie de désinformation, rétention d'information, les entraîne dans une partie de bras de fer, vers la **psychose** ou une nécessaire mutation (deux salariés du secteur public ayant gravi les échelons).

L'humiliation liée à l'âge n'est pas rare *" … il m'appelle Mademoiselle "*, et peut être doublée d'un cocktail de harcèlement, terreur, mise au placard jusqu'à la panique, la dépression via **l'inaptitude** (employée aux écritures dans une agence immobilière).

Dans ce groupe de 45 à 60 ans, le temps a fait son œuvre, l'usure est au rendez-vous. Les garanties financières permettront quelques issues en forme de **préretraite** ou **inaptitude**, qui, au-delà du désir de fuite, ouvrent la voie à la reconstruction individuelle via la sphère privée.

Violences destructrices

Quel que soit l'âge, certaines formes de violence seront sans issue. En premier lieu, la dépossession apparaît, notamment dans le service public, comme la violence la plus radicale. Si la stratégie du désengagement est efficace, ce mode de résistance reste exceptionnel.

Cette dépossession s'accompagne souvent de tentative d'isolement par la hiérarchie, d'enfermement " c'est dur moralement, d'être cloisonnée dans 9 m^2 " (DESS, 23 ans), et il n'est pas rare, surtout lorsque le poste revendiqué avait été chèrement acquis en gravissant les échelons un à un de voir les autres, le collectif, se retourner contre ces femmes de 50 ans passés, supplantées par les jeunes loups. Le sentiment de solitude s'installe. La négation du faire, de l'être, sont majeurs, le gommage restera " indélébile "… et la trajectoire sans issue, sans espoir.

D'autres graves déstabilisations naissent de l'injustice irréparable liée aux accusations mensongères et parfois contradictoires répétées, jusque pendant les arrêts de travail " refuges ", par courriers recommandés au domicile.

D'autres " cocktails " efficaces car destructeurs se dessinent :

- le harcèlement doublé d'injonctions paradoxales.
- mais aussi l'association de terreur, harcèlement, dépossession et isolement
- ou encore danger imminent et réel (d'explosion, de strangulation), avec perte de sens du métier, déni du faire et insinuation mensongère : *" Il n'a pas été dit que c'était de votre faute que le four avait sauté, mais il est vrai que les feux sont restés ouverts quelquefois… "*, etc.

Face à ces violences sans parade possible, ces femmes ne trouveront aucun recours affectif dans la sphère privée (conjoint " très dur ", violent ; solitude liée à l'abandon, séparation, divorce).

La prise de parole…, une clé pour résister

Dignité, capacité à tenir. Mais comment maintenir le cap dans la durée, si ce n'est par la liberté de pouvoir dire.

Si les témoignages en forme de prise de parole indiquent une indéniable souffrance psychique, nous ne trouvons pas, dans notre regard transversal de décompensation, de mutation, d'inaptitude. Le rapport de force existe mais

laisse place à une marge de manœuvre encore suffisante ; l'espace de parole est préservé et ce quel que soit l'âge. La plupart des femmes ainsi " en marche " ont eu une formation qualifiante (à l'exception des plus de 45 ans), qu'elles occupent ou non un emploi qualifié. Contrairement aux salariées ayant décompensé, elles n'évoquent ni solitude, ni conflit dans la sphère privée. Il y a, chez ces femmes, différentes façons de dire : colère mentalisée, mais contrôlée ; ou confrontation d'égale à égale ; ou désobéissance, et enfin indignation.

CONCLUSION

On a cherché et mis en évidence les résistances :
Préserver la dignité au travail serait d'abord… gagner du temps, attendre son heure pour pouvoir dire et marquer des points ; exister de façon stratégique… le moment venu quand il y a place pour la parole.
La dignité serait aussi, au fil des confidences faites aux médecins du travail, passer de l'expression **" je "** subie au **" on "** plus collectif, c'est-à-dire s'inscrire au sein d'une collectivité partageant les mêmes contraintes, désignées comme pathogènes pour tous et non pour soi seule.
Conscience subjective, vécue de l'intérieur, de la souffrance collective.
Les récits de ces femmes apparaissent malgré tout du côté du subi souvent lié à la violence invisible, inaudible, mais aussi du côté de l'indicible " en public ". M-C. Carpentier Roy(6²) décrit elle-même, cette " oscillation constante entre acceptation et révolte, entre conformité et transgression ".
Nous montrons que ce qui touche les femmes, et donc l'être est imperceptible, frappé d'invisibilité. M-C. Carpentier Roy[9] écrit : *" elles ont appris à minimiser la souffrance, l'apprivoiser, à la banaliser, à la taire, voire à l'inscrire dans la normalité ".* Mais l'intersubjectivité nous permet d'y avoir accès et les paroles semblent trop se répéter en consultation pour que l'on fasse l'économie de la question : pourquoi nous parlent-elles ? Et à qui d'autre encore ?
- Prudemment en petits collectifs le plus souvent, dans l'interindividuel encore partagé à quelques unes ou avec un proche, une amie. Car c'est dangereux d'exposer son intimité, sa fragilité, sa peur !
Très fréquemment au médecin traitant confident et prescripteur d'anxiolytiques, d'arrêts de travail.
- Prudemment elles disent parfois au conjoint qui ne comprend pas toujours ou menace d'intervenir près de l'employeur, ce qui les inquiète encore plus.
- Prudemment au médecin du travail ; besoin de se dire tout d'un coup ; délivrance ; sortie de l'isolement, du mal être.
Parole libératrice, comme vase communicant. Reconnaissance " dans " l'être souffrant. Enfin sortie d'un injuste déni. Et elles ne sont pas seules. Et elles ne sont pas folles.
Et c'est bien l'autre, le persécuteur, qui est sorti des rails.
Notre travail ne s'arrête pas là. Des pistes en forme de questions, d'hypothèses à valider, apparaissent. Pourquoi les femmes, à qui on ne donne ni les moyens de faire leur travail, ni la possibilité de s'organiser, ne demandent-elles rien ? Ne serait ce pas aussi parce qu'elles ont intégré que, parmi les critères de reconnaissance du travail féminin, il y a le fait, justement, d'être capables de faire des miracles à partir de rien. Demander les moyens et les obtenir, n'est-ce pas se priver de quelque chose du côté de la reconnaissance : être " LA FÉE DU LIEU DE TRAVAIL ".
Voilà un projet de recherche pour l'avenir !

[9] Marie-Claire CARPENTIER-ROY, Santé mentale et travail, avantages et limites de la psychodynamique du travail

---

RAPPORT ANNUEL, CONCLUSION COMMUNE DE NEUF MÉDECINS DU TRAVAIL

" Vous avez dit flexibilité ? Vous avez dit adaptabilité ? "

Chantal Antoine, Mireille Cellier, Odile Chapuis, Jacqueline Chauvin, Elisabeth Delpuech, Yusuf Ghanty, Chantal Lafarge, Jean-Michel Lauze, Danièle Roi

LA FLEXIBILITÉ

Partout la flexibilité est en train de s'imposer dans les entreprises, comme quelque chose que l'on ne peut même pas discuter ; ainsi, il ne semble plus y avoir de limite à ce qui peut être demandé, exigé des salariés, comme l'illustrent ces quelques cas tirés de notre activité en 1996.

Secteur des abattoirs
Nous commençons par le secteur des abattoirs de volailles, frappé très durement par le durcissement des contraintes. Les conditions de travail y ont toujours été particulièrement rudes : froid, humidité, cadence forte, horaires à rallonge, bruit, violence relationnelle. Le durcissement du monde du travail s'y fait sentir de manière dramatique : force y est de constater la totale contribution des salariés, leur incroyable adaptabilité qui contraste avec une dynamique de reconnaissance nulle.
En quelques années, la productivité a doublé en passant en moyenne de 5 000 volailles/jour à 10 000 volailles/jour. Les salariés paient par leur santé un tribut extrêmement lourd.
L'indice de morbidité y est très élevé avec une forte incidence des maladies professionnelles n°57 (troubles musculo-squelettiques) et des conséquences graves d'accidents de travail délabrants. C'est 80 % de maladies professionnelles dans un atelier de découpe suite à l'automatisation ; c'est la contamination du secteur emballage jusque-là moins touché. Il existe, il est vrai, des contraintes économiques qui pèsent fortement sur ce secteur d'activité mais à y regarder de plus près, on constate dans certains abattoirs une surenchère par rapport

aux contraintes " habituelles " en terme de toujours plus de demande aux salariés : toujours plus vite, avec des horaires excessifs et atypiques et de plus en plus un manque de considération inouï.
Dans un de ces abattoirs, le médecin du travail parlera jusqu'en 1995 d'une impression de " voyage au bout de l'enfer " tant y règne une atmosphère de non-droit, tant on s'y abrite derrière le facteur économique pour aller toujours plus loin.
Le déni de la réalité ira jusqu'à la mise en doute de la reconnaissance d'une maladie professionnelle n°57 par un responsable évoquant une " fragilité génétique " et reprochant au médecin du travail de ne pas faire une sélection éliminante, or c'est justement parce que ces salariés-là sont particulièrement adaptables et efficaces qu'ils vont jusqu'au bout de leur limite physique. La " sélection naturelle " se fait : ceux qui ne peuvent pas tenir s'en vont dans les premières semaines.
À partir de 1996, dans ce même abattoir et dans un autre, la reprise par un grand groupe a changé la donne : plus de respect de la législation, une certaine maîtrise de l'organisation, les respects des horaires, les pauses, un minimum de dialogue social réintroduisent une note plus humaine.
Cela n'empêche pas malgré tout, lors de la dernière visite du personnel, la persistance des douleurs des membres supérieurs liés aux cadences.
La cadence en soi reste un problème si les valeurs-seuils sont inconnues : la limite de l'acceptabilité semble bien se trouver entre les fameux 5 000 et 10 000 volailles/jour. La montée en puissance d'autres dérégulations dans ce contexte extrêmement violent pour l'homme au nom de la sacro-sainte économie fait dire au médecin qu'il en va aussi de la responsabilité des instances de prévention et de régulation de ne pas laisser le champ libre aux dérives extravagantes constatées.

Les cadences au travail

Dans le domaine des cadences, nous serons répétitifs par rapport à nos conclusions précédentes. Mais bien moins que ces millions de gestes répétitifs pratiqués dans les entreprises. La cadence du travail et des machines s'accélère et le *Charlot des Temps Modernes* se glisserait sans problème dans le monde du travail actuel. Une main ou deux s'ouvrent, attrapent, tirent ou poussent un objet dans la même seconde, entraînant la flexion et l'extension du poignet, puis du coude. Chaque fois que l'objet est assez volumineux et le mouvement plus ample, l'épaule est à son tour sollicitée.
Ce sont, pour la plupart des ouvriers, dits OS, qui effectuent ces tâches et qui échappent à une surveillance médicale professionnelle, car ces postes n'ont pas été retenus par le législateur.
Beaucoup sont en poste précaire : intérimaires ou sur contrat à durée déterminée (CDD). Ils sont jeunes en général et en bonne santé apparente, mais, soumis à ce rythme de travail, en six mois, les fameux troubles musculo-squelettiques (TMS) apparaissent.
Ainsi une jeune femme en intérim s'est retrouvée à empiler des œufs. Bien sûr, un œuf, c'est léger : 60 g, mais 20 œufs, c'est déjà 1,2 kg ; elle prend un plateau de 1,2 kg, l'empile, en prend un autre, l'empile : 2 secondes par plateau et 36 kg en 1 minute… En six mois, elle avait une tendinite du poignet.
Un jeune homme, également intérimaire, devient préparateur de commandes. *" Il faut faire vite, pas le choix "* : 1 500 colis à l'heure pour le champion de l'entreprise. À 1 kg par colis (minimum), cela représente 1,5 tonne à 5/8 tonnes. Certes, le colis n'est porté que sur une courte distance, mais les normes de manutention sont pulvérisées sur 8 heures. Et, là aussi, des problèmes de dos et de poignet, avec douleurs persistantes, s'installent.
D'autres femmes en CDD sont exposées à manipuler des plaques, de 150 g, mais présentées une par une sur un tapis roulant, *" il faut en passer 2 100 à l'heure, 35 fois par minute, on dit "un", la plaque est posée, "deux", la suivante est saisie : 315 kg/heure leur sont passées par les doigts "*. Mêmes phénomènes d'inflammation et de douleurs.
Les rythmes sont accélérés jusqu'à ce que les tendons crient : dans une autre entreprise, ce sont 250 poulets qui sont pliés à 1'heure, 1 000 poulets abattus à l'heure ; plus vite, toujours.
La traduction en est l'augmentation notoire des déclarations de maladies professionnelles n°57 : " troubles musculo-squelettiques par hypersollicitation ".
Combien de maladies professionnelles n°57 devront être déclarées pour que la cadence de rythme de travail décélère ?
L'agro-alimentaire fournit le plus gros contingent de salariés soumis aux mouvements répétitifs. Une fois les problèmes douloureux apparus, la crainte de perdre un emploi vient encore augmenter la souffrance et le stress.

La flexibilité

La flexibilité touche également les horaires de travail. Certains n'ont plus aucune régularité, comme chez ces six chauffeurs qui se partagent trois camions : les véhicules rouleront 20 à 24 heures par jour, et les chauffeurs, eux, conduiront 10 à 13 heures par jour. Le sommeil des chauffeurs semble bien moins important que les denrées alimentaires transportées ; leur prise de poste est aléatoire, un matin à 3 h, un autre à minuit, un autre à 10 h, une autre fois le conducteur commencera sa journée à 18 h 30 ; avec, au bout du compte, 48 à 55 heures par semaine de travail, mais aucune plage fixe de sommeil, sauf la sieste de une heure, vers 13 h.
D'autres sont systématiquement surchargés : *" Mon père travaillait à mi-temps : 12 heures par jour "* racontait Michel Colucci dans un sketch qui a fait beaucoup rire. Malheureusement, ce n'est pas forcément une boutade. Un exemple dans le domaine des abattoirs : 5 h – 11 h 45, pause, 13 h 30 – 0 h 30 sans pause, au moment de la saison pleine, a été la journée la plus éprouvante pour une salariée qui raconte : *" Il aurait fallu qu'on tombe tous comme des mouches et que les services d'urgence*

médicale viennent dans l'entreprise pour nous ramasser. "

Nombreux sont les secteurs professionnels touchés par les horaires excessifs : l'élasticité des horaires est considérée comme normale, le respect de la réglementation semble ne pas l'être. Des opérateurs aux commerciaux, en passant par les cadres, les agents de maîtrise… *" Mais si, ils s'adapteront… ".*

Pour la Saint-Valentin, la fête des mères, etc. *" La fabrication des bouquets, on sait quand ça commence, le matin mais pas quand on finira (largement plus de 12 heures de travail). Assembler les fleurs, lier, couper, emballer ; quand c'est pour la grande distribution, ça doit aller vite ".* Les TMS s'accentuent, mais *" on tiendra ".*

Lassitude, démotivation s'installent chez ces transporteurs d'une entreprise de messagerie avec période de 12 heures pour la journée de travail, un repas pris sur le pouce pour rentrer un peu plus tôt…

Cette femme de 50 ans, payée pour un mi-temps, travaille en réalité 55 heures par semaine. Où peut-elle trouver la reconnaissance de son travail. Son mari travaille dans la même entreprise. Elle ne dira rien à l'inspection du travail.

Horaires irréguliers, horaires excessifs… Les temps partiels connaissent aussi des dérives, celles des horaires atypiques. Dans les entreprises de restauration rapide ou dans les grandes surfaces, on est embauché à des temps très partiels : 10, 12, 14, 18, 24 heures par semaine, le contrat est fixé ainsi mais il faut être disponible pour pouvoir en faire plus, à la demande de l'entreprise. Les horaires ne sont jamais les mêmes.

Si certains font des études et se satisfont de temps très partiel, les autres n'arrivent pas à trouver un emploi complémentaire. On est polyvalent : *" On accueille, on cuisine, on sert, on est à la caisse, on fait le ménage, tout cela en un temps record et avec le sourire ".* L'intensité de la cadence est telle que les rares personnes qui ont pu avoir accès à un temps plein reviennent au temps partiel parce qu'ils ne peuvent pas tenir. Ayant espéré une profession en contact avec le public, ils expriment leur déception devant l'absence de qualité aussi bien culinaire que relationnelle, la cadence infernale, l'absence totale d'intérêt pour le travail. Les plus anciens pensent qu'ils ne pourront pas tenir la cadence, les jeunes expriment leur angoisse devant ce travail en tout point insatisfaisant qu'ils voudraient quitter car il ne leur permet pas de vivre décemment sur le plan matériel et humain, dont le rythme et les horaires empêchent les autres recherches, mais qu'ils n'osent pas quitter par peur de n'avoir plus rien du tout. Le médecin du travail ne fait que des visites d'embauche, et constate le turn-over important.

L'envahissement des journées par un travail pourtant très partiel touche aussi beaucoup de femmes parmi les caissières et employées de libre-service. Les horaires trop morcelés, entraînent souvent une absence presque aussi longue que pour un temps plein.

Nous constatons aussi des horaires atypiques interdits par le Code du travail français mais permis par la législation européenne, confère ces ouvrières d'une usine de plasturgie, quelquefois mères de famille, qui travaillent de nuit en production (pour fabriquer au moindre coût des flacons de shampooing). Les perturbations du sommeil, l'irritabilité, les troubles digestifs ne se font pas attendre. La vie familiale est perturbée ; les loisirs, les activités physiques, pourtant si nécessaires dans ces activités à forte contrainte posturale et nerveuse, ne peuvent être pratiquées.

Mais c'est vrai qu'ils tiennent, qu'ils s'adaptent, mais à quel prix ?

La souffrance des salariés

Au-delà de la pression économique qui n'est pas seule en cause dans la souffrance des salariés, les cas de pression, de harcèlement psychologique sont toujours présents, extrêmement pathogènes, entraînant des dégâts psychologiques importants. La déconsidération vis-à-vis des salariés et l'incivilité sur les lieux de travail de la part de la direction ou l'encadrement vont dans le sens d'une dévalorisation de la personne, de son savoir-faire ; nous désirons le redire ici, ces faits sont très graves.

Nous sommes étonnées du peu de violence ouverte, mais nous savons que le salarié se fait violence en vivant, souvent replié sur lui, une souffrance des plus tenaces. Les répercussions constatées chez ces personnes ainsi maltraitées sont importantes d'ailleurs, les pleurs, lors de la visite médicale, à l'évocation de ces comportements, sont fréquents. Les répercussions sur la bonne marche de l'entreprise ne sont pas négligeables : absentéisme, démotivation, accidents.

C'est le cas, parmi tant d'autres, de cette caissière, accusée ouvertement de vol, car sa caisse laissait apparaître un compte en négatif.

Qu'en est-il de la réinsertion des salariés après arrêt de maladie de longue durée ? À son retour, le salarié doit faire face à un méfiance, allant parfois jusqu'à l'hostilité.

Le monde du travail ne s'adresse pas aux malades, ni aux anciens malades, mais aux bien portants.

Dans cette entreprise, cette année, ce sera plus 6 % de productivité avec diminution si possible de CDD, flexibilité des horaires en fonction de la saison, élimination des plus mauvais, des plus lents, des plus vieux, des " psy ", des lombalgiques… On en veut des performants ! et l'objectif sera encore plus haut l'année prochaine.

Cette assistante administrative reprend son travail après un arrêt de travail pour cancer du sein. La direction refuse l'aménagement du temps de travail demandé. Apte ou inapte ? Des salariés embauchés comme travailleurs handicapés occupent un poste sans aménagement particulier, avec une charge de travail non modifiée. Nous avons constaté plusieurs de ces cas dans l'année. L'entreprise a pourtant bénéficié, avec ce type d'embauche, d'un allégement de charge.

MAIS QUE DE DÉGATS !

Cette capacité remarquable d'adaptation rencontre les limites de l'humain. Malgré la souffrance, le salarié tient puis, un jour, c'est le point de rupture : l'accident de travail., la maladie professionnelle, la maladie à caractère professionnelle vont progressivement aboutir à l'inaptitude. L'intensification de l'organisation du travail transforme, paradoxalement, le travailleur zélé en… chômeur, comme dans les exemples suivants :

Les abattoirs -

- Dans un atelier de découpe frappé par l'automatisation, des maladies professionnelles ont été déclarées pour 80 % des salariés de 1993 à 1995. Il s'agissait souvent de TMS des membres ayant nécessité des interventions chirurgicales multiples.
- Une femme de 51 ans est opérée successivement d'un poignet des deux coudes, et d'une épaule ! Elle doit partir, reconnue en invalidité 2e catégorie de la Sécurité Sociale.
- Une femme de 39 ans, de plus de dix ans d'ancienneté est multi-infiltrée, opérée du canal carpien gauche, elle est arrêtée six mois pour une pathologie d'épaule. Ayant refusé la chirurgie, elle reprend péniblement le travail à mi-temps thérapeutique pour essayer de ne pas perdre son emploi.
- Une accidentée du travail a eu un arrachement du bourrelet glénoïdien et une fracture et gardera des séquelles graves malgré 150 séances de kinésithérapie. Elle part en invalidité 2e catégorie.

Secteurs de soins

C'est cette maison d'accueil spécialisée (MAS) où le personnel, en nombre insuffisant, est confronté à une organisation du travail de plus en plus difficile, avec contrainte de temps par effectifs réduits et… intensification (les résidents vieillissants et porteurs de pathologie évolutive sont de plus en plus lourdement handicapés). Les accidents du travail sont plus fréquents à certaines périodes de " bourre ", le matin et le soir alors qu'il a fallu laver seul un résident ou intervenir dans l'urgence, plus fréquents aussi dans certaines chambres où les résidents sont particulièrement handicapés.

Le médecin du travail dénombre 50 % du personnel présentant des pathologies en lien avec le travail, 33 % de pathologies rachidiennes sévères entraînant soins, arrêt de travail, kinésithérapie parfois chirurgie et, dans tous les cas, de grosses difficultés pour suivre le travail, 25 % de surmenage allant jusqu'à la dépression nerveuse ; de 1994 à 1997, on est passé de 3 à plus de 11 % de tendinites et déchirures musculaires (certaines opérées). Si sur le plan médico-légal, elles ont été rattachées à l'accident de travail., elles sont fortement à rapprocher dans leur mécanisme aux rencontrés dans les postes de travail répétitif sous contrainte de temps. En 1994, dans un rapport à la direction, le médecin du travail s'inquiétait du cercle vicieux qui s'instaurait, des difficultés d'aménagement de poste et donc des risques d'exclusion du personnel blessé.

En 1997, 16 % des salariés ne peuvent plus assurer un poste sans aménagement. Celui-ci étant impossible, la série noire a commencé :

- un licenciement pour inaptitude,
- un reclassement grâce à un départ en retraite,
- 5 % menacés d'inaptitude qui tiennent avec difficultés et grâce à la solidarité parfois chère payée pour les autres,
- 8 % ont par force, d'eux-mêmes, réduit leur temps de travail pour tenir.

Les chauffeurs

C'est un chauffeur qui rentre au dépôt éreinté après une nuit de travail. La discussion, avec le chef de dépôt, tourne au conflit à propos de l'organisation du travail. Quelques mots trop hauts et c'est la lettre de licenciement.

Perte de sens du travail

Donnons quelques exemples de la perte de sens, de.la démotivation, de l'énorme questionnement qui s'exprime au cabinet médical

- *" Ca n'a pas de sens de donner à manger à trois résidents à la fois … ; nous allons finir à leur place. "*
- *" On n'y croit plus. "*
- *" On n'a pas le choix. "*
- Désarroi des jeunes qui ne trouvent que des petits boulots : *" Il faut être jeune, avec de l'expérience ".*
- Dégoût des ouvriers qui se voient pousser vers la porte : *" On n'a aucune reconnaissance pour le service rendu après 25 ou 30 ans dans l'entreprise ".*
- Un ouvrier de la plasturgie en CDD : *" On n'est pas là depuis un quart d'heure sur le poste qu'il faut avoir la productivité maximale ".*
- *" On est tous dans le même bateau, docteur, on aimerait bien dire ce qui pourrait améliorer les choses mais on nous signifie que nous ne sommes que des exécutants. Le savoir faire se perd* ".
- Un chauffeur de 54 ans livrant des produits frais tôt le matin : *" La tournée est très serrée, il faut livrer à temps les petits commerçants, ils m'attendent : avec tous les contre-temps, les aléas de la route, la panne éventuelle, je ne peux plus voir ce camion, je ne peux plus voir la route…, et pourtant, c'est mon métier ".*

Enfin, nous terminons sur le coût de cette flexibilité : sur nos cinquante-et-une dernières inaptitudes constatées ayant entraîné un licenciement, trente-huit sont secondaires au travail en 1996.

ALORS QUE FAIRE ?

Faut-il accepter avec résignation cette aliénation de l'humain à l'économique, se soumettre comme nous l'entendons trop souvent au fatalisme de la mondialisation déresponsabilisante et constater, impuissants, les ravages qu'elle entraîne.

Nous voulons ici rapporter aussi certaines expériences qui prouvent que, malgré tout, il existe une marge de manœuvre, si faible soit-elle, au sein de laquelle des individus ou des collectifs apportent leur impulsion ou leur contribution dans un " petit quelque chose qui peut

éviter le pire ", par la volonté de tenir compte de l'humain.

La volonté des responsables d'entreprise
C'est l'exemple de ce chef d'une petite entreprise de décolletage félicité par le médecin du travail qui ne constate aucune dermatose professionnelle depuis quatre ans, ainsi qu'une bonne santé physique et mentale des salariés. Il affirme que pour lui, la santé est une valeur première non contingente de la rentabilité : *" Je ne prends que des huiles de qualité, je les paie trois fois plus cher, mais tout le monde s'y retrouve, et ce n'est pas pour ça que mon entreprise ne marche pas ; au contraire "*. Il faut dire que parallèlement, fatigué de sa lourde charge, il a aussi revendu son entreprise à un jeune de 25 ans, mais reste à ses côtés pour la transmission progressive de son savoir-faire, le bien de l'entreprise et des salariés. Fort de cet exemple, le nouveau chef d'entreprise semble reprendre à son compte les valeurs professionnelles et humaines de son prédécesseur. Le jour de cette visite, le médecin du travail reçoit avec joie la confirmation que travail et santé peuvent aller de paire, qu'efficacité et humanité ne sont pas antinomiques.

C'est le cas, cité plus haut, de nos abattoirs où l'organisation nouvelle a réintroduit le droit et le respect minimum de l'humain, et a apporté un soulagement à l'insupportable.

Dans deux entreprises voisines, appartenant à la même branche et soumise aux mêmes contraintes, le médecin du travail constate des niveaux de répercussion de nuisances radicalement différentes chez le personnel en raison de comportements totalement opposés de la part de l'encadrement vis-à-vis des salariés : la manifestation de la simple politesse, du respect humain et la reconnaissance du travail effectué semblent limiter les effets des nuisances professionnelles.

Dans cette entreprise, suivie depuis quinze ans par le même médecin du travail, celui-ci a vu la gestion des ressources humaines, et donc aussi de la santé évoluer considérablement selon la personnalité du directeur du personnel. Avec des périodes où rien n'est possible.et des périodes où, malgré le poids de l'argument économique, le dialogue et le respect de l'humain ont permis d'élaborer avec le médecin une véritable politique de santé au sein de l'entreprise.
Nous pouvons témoigner : dans tous les cas, le poids de l'économie persiste lourdement, mais les énormes sacrifices faits par les salariés sont alors compensés par le sens de leur travail, la considération de leur hiérarchie, l'absence de duplicité en face d'eux.

La volonté des salariés
Dans le climat de peur de perte d'emploi, de pression délétère, les salariés isolés n'ont souvent pas les moyens de faire des demandes. Pourtant, certains se lèvent, réagissent pour que vivent les règles du travail, et la reconnaissance de leur engagement. Ils font appel à nous, à l'inspection du travail, ravivant, à juste titre, les instances de la sauvegarde de la santé au travail (tel boulanger se bat avec l'aide de l'inspection du travail pour la reconnaissance de ses heures supplémentaires et partage cette expérience pour soutenir d'autres boulangers).

Le médecin peut apporter une aide au débat sur la santé dans l'entreprise grâce à son extériorité, mais seule, celle-ci est insuffisante et trop souvent, dans les PME, les salariés ont des difficultés à exprimer leurs souffrances, leurs maux.
L'écoute bienveillante, au cabinet médical, doit être une aide à la reconstruction d'une identité fragilisée ou défaillante, à en élaborer le pourquoi, à retrouver les mots pour le dire par soi même.

Dans la MAS déjà citée, aidés par le médecin, certains salariés ont pris eux-mêmes en charge une étude avec une analyse fine des circonstances des accidents de travail. Mise en débat en comité d'entreprise et en comité d'hygiène et de sécurité (CHSCT), elle permet d'évoluer vers une meilleure compréhension du travail et de ses difficultés.

La volonté des médecins du travail
Salariés nous-mêmes, nous nous trouvons également dans une contradiction pesante entre la difficulté de nos objectifs et la faiblesse de nos moyens. Nous renvoyons les instances à nos conclusions précédentes et à nos rapports individuels. Nous n'y reviendrons pas. Nous souhaitons mettre l'accent sur les lueurs d'espoirs, le possible qui, même s'il est limité, existe malgré tout.
Les médecins du travail que nous sommes ne peuvent se soustraire à la part de responsabilité que chacun doit prendre malgré le contexte extrêmement pesant. Plus que jamais, les instances ont leur rôle à jouer, la nôtre comme les autres.

Nous avons témoigné au congrès du Cinquantenaire de la Médecine du travail, dans diverses manifestations pour que la société prenne conscience des enjeux, nous donne de véritables moyens d'action, rétablisse, pour elle-même, la régulation nécessaire à la santé de ses membres.

Personne n'a de solution-miracle aux problèmes humains et médicaux qui surviennent dans les entreprises, mais, comme nous l'avons montré plus haut, tout bascule dans l'irrémédiable et le catastrophique, quand le dialogue est impossible, quand la parole de ceux qui travaillent ne peut se faire entendre. Le médecin du travail nous semble ici avoir un rôle primordial pour aider à réamorcer ce dialogue en soulevant les problèmes, les questions, sans vouloir apporter une solution toute faite (qu'il n'a pas) mais en accompagnant une réflexion de tous les partenaires de l'entreprise.

Citons, pour exemple :

- Depuis quinze ans, l'un d'entre nous rédige tous ces constats sur la santé physique et mentale des salariés dans son rapport annuel qu'il communique aux salariés et au chef d'entreprise, qu'il commente en comité d'entreprise et ainsi provoque, soutient et éclaire le débat et la dynamique sociale autour de la santé dans l'entreprise.
Un certain nombre d'entre nous ont dû faire des rapports écrits sur les conséquences graves de situations de violence physique ou morale avec, chaque fois, la proposition d'accompagner la recherche de solutions.
Dans un cas, cela a permis la création d'un CHSCT où l'inspecteur du travail et le médecin interviennent ensemble pour essayer d'apporter leur aide à l'évolution du débat.
Ces courriers, rapports, fiches d'entreprise colligeant les constats du médecin au poste de travail et lors de la visite médicale nous paraissent des médiateurs très importants pour rendre visibles les problèmes aussi bien aux salariés qu'aux responsables et aider à leur compréhension, première étape indispensable à la recherche des solutions.

- Dans la MAS citée, à la suite du rapport du médecin sur le retentissement grave des conditions de travail sur l'état de santé des salariés, un CHSCT a été créé et une réflexion conjointe se poursuit avec le directeur, délégués du personnel et médecin. Parallèlement, le médecin a accompagné le directeur dans ses démarches auprès des instances de tutelle pour obtenir des moyens décents en personnel pour que le travail puisse se faire. Des résultats trop partiels ont malgré tout vu le jour, mais la collaboration se poursuit.
Elle a permis le reclassement d'une personne handicapée au sein de l'entreprise à un poste de remplacement d'un départ en retraite après une formation spécifique.

- Enfin, dans un certain nombre de cas, dramatiques du point de vue de la santé, les solutions ne peuvent se trouver que dans la nécessité de l'application d'une régulation minimale.

En attendant mieux, médecins et inspecteurs (et parfois CRAM) s'unissent dans un travail de coopération :
- De longue date, dans les abattoirs, le médecin du travail a attiré l'attention des CRAM et inspections du travail sur les effets délétères d'une dérégulation sans bornes. Un travail de coopération indispensable s'est mis en place. Quatre CHSCT ont été instaurés sur demande de l'inspecteur du travail où médecin, ingénieur CRAM et inspecteur du travail font entrer un nouveau discours. L'accent est mis sur la légalisation des horaires excessifs (facteur aggravant des gestes répétitifs et des cadences), l'instauration des pauses, la mise à disposition de sièges, de.protections contre le bruit, la nécessité d'aider au départ en pré-retraite des plus de 55 ans.
- Les avancées sont très laborieuses du fait d'un trop lourd passé de laisser-aller. Il est urgent et indispensable que la coopération des instances ne relâche pas son rôle de veille pour désamorcer la spirale infernale.

- Autre exemple de coopération, dans les transports : des chauffeurs-livreurs démarrent leur journée de façon très variable entre 23 h et 6 h dans une même semaine. Ils ne savent pas quand ils dormiront ou mangeront ; or, ils tiennent des postes de sécurité ? Devant les constations alarmantes faites par le médecin du travail et abordées en CHSCT, avec l'appui de l'inspecteur du travail des transports, l'employeur vient de s'engager sur le plan de rerégulation des horaires.
Nous terminerons ce rapport en concluant que, dans son ensemble, la situation est toujours très sombre, du point de vue de la santé physique et mentale des salariés. Trop souvent, nous voyons les possibilités d'amélioration d'emblée balayées au nom du tout économique et de la compétitivité.

Nous espérons que les exemples concrets que nous avons donnés montreront :
- que le coût caché de la dérégulation est extrêmement lourd : maladies, accidents, démotivation, précarisation, invalidité et que celle-ci peut aboutir au pire.
- qu'il est urgent d'arrêter le cercle vicieux et de rétablir les possibilités de la reconstruction de la santé au travail par le dialogue mais aussi par le respect de la loi.
- que même si elles sont faibles, quelques lueurs d'espoir prouvent que rien n'est inéluctable, surtout quand il s'agit de valeurs humaines.

LA PRÉCARISATION DU TRAVAIL

Alain Carré

UNE NOUVELLE ORGANISATION DU TRAVAIL

La notion de marché

Le mot management désigne un système de conduite d'entreprise lié par principe à la doctrine libérale. Le management induit une organisation du travail particulière. Celle-ci peut elle être pathogène pour la santé des salariés ?
C'est aux rapports entre cette organisation du travail et atteintes à la santé au travail que nous nous intéressons ici.

Le cadre de cet article exclu que nous nous attachions à décrire les caractéristiques du libéralisme économique.
Son postulat de base nous parait néanmoins avoir trait à l'objet de notre étude puisqu'il constitue également la base du management.
Le libéralisme économique postule en effet l'existence d'un mécanisme naturel : " le marché " .
Cette valeur qualifiée de fondatrice, régulatrice, créatrice permettrait d'interpréter toute réalité humaine y compris le réalité sociale.
C'est en faisant appel aux intérêts individuels que se constituerait le meilleur agencement social possible et le

dispositif le plus apte à prendre en charge l'organisation et l'évolution de la société.
Dans cette hypothèse, la concurrence dans le cadre du marché entre les entreprises, sans référence politique sociale ou morale, induit une logique d'entreprise qui adopte ce principe et le décline au niveau des rapports de production.
Les meilleurs rapports de production seraient donc obtenus par un engagement individuel de chaque salarié dans une perspective concurrentielle.

La mise en concurrence

La nature de l'organisation du travail semble donc conditionnée par deux nécessités :
- celle de répondre à la concurrence avec les autres entreprises (management à l'externe)
- celle d'organiser la concurrence entre les salariés (management en interne).

Chacune de ces nécessités induit des pratiques d'entreprise. Celles-ci ne sont elles pas susceptibles d'avoir des conséquences pathogènes ?
Répondre à la concurrence implique en effet :
- d'augmenter la productivité par salarié ce qui permet de réduire l'investissement en personnel
- de sous traiter les activités les moins rentables

Dans cette hypothèse la sous-traitance ne serait plus un apport de compétences spéciales pour une durée limitée mais un instrument de réduction des coûts.
L'organisation de la concurrence entre les salariés passe par une individualisation qui repose sur une subordination nouvelle entre le salarié et son employeur.
Cette mise en concurrence, on le remarquera, n'aurait pas pour seul mobile la diminution des coûts de production. Elle répondrait aussi à une exigence d'optimisation dans le cadre d'une " éthique " d'entreprise sous tendue par la notion d'excellence que permettrait d'atteindre le marché.
Dans cette hypothèse le management devrait obtenir l'adhésion active des salariés au système de concurrence interne. Cela explique en partie son désir de convaincre et son adoption de méthodes visant à conditionner les salariés. D'où l'importance que le management attache à la " communication ".
Ces méthodes pourraient avoir un retentissement sur l'équilibre mental et pourraient renforcer l'impact psychique négatif du management.
Des liens réciproques complexes qui se renforcent mutuellement paraissent exister entre les nécessités d'une productivité accrue et la mise en concurrence des salariés.

Un fonctionnement particulier

Pour le management le noyau humain de l'organisation n'est plus le groupe mais l'individu. C'est la compétition entre chaque salarié régulée par la loi spontanée du marché du travail qui assure le dynamisme de l'entreprise.
Au centre du dispositif du management, la " communication " d'entreprise étaye l'édifice.
La communication a un fort contenu sémantique.
Certains mots constituent l'ancrage de cette communication.
Ainsi plutôt que de parler de morale on évoquera " l'éthique ". Ce concept désigne l'adaptation à un contexte précis (personnel, professionnel…) des principes moraux.
L'égalité est une tentative de compenser grâce à la solidarité les inégalités du sort, de l'origine sociale, du handicap. Elle a été ici remplacée par " l'équité ". Or, être équitable c'est répartir en fonction des mérites.
Un autre mot de la communication d'entreprise est le concept de " qualité ". Il fait maintenant l'objet d'une norme ISO.
Elle y est définie comme " l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ".
Le caractère subjectif des " besoins " et leur " implicite " ne permettraient-il pas de faire varier dans le temps ces caractéristiques dans une recherche constante de l'excellence illustrée par le désir du " zéro défaut " ?
Le système de valeur managérial accorde une place centrale à la compétition et fait référence à l'ambition, au défi, à l'enjeu.
Le concept de qualité est intégré dans des " démarches qualité " qui finalisent le principal rapport entre les membres de l'entreprise, celui de " client à fournisseur ".
La mission d'un salarié (fournisseur) est sa raison d'être auprès de son employeur (client interne) ou des usagers (clients externes). Le client est celui qui consomme les produits ou services fournis par le salarié. Le travail fait partie de ceux ci.
La mission est définie par la ligne managériale, qui oriente vers des finalités et fédère les salariés qui en sont chargés.
La responsabilisation de chacun est obtenue à travers l'individualisation des objectifs et de leur contractualisation.
Le " contrat " qui est un document précisant les tâches, les missions et les responsabilités de chacun est aussi appelé " lettre de mission " ou peut prendre la forme d'un cahier des charges.
L'individualisation a comme inconvénient l'éclatement des structures collectives souvent informelles.
Pour compenser cette disposition, le manager doit s'efforcer d'obtenir la synergie en l'organisant formellement pour assurer l'efficacité.
Contrôler c'est vérifier la conformité aux buts et aux principes du management.
Ce contrôle implique une évaluation de la qualité qui repose sur des indicateurs.
Elle permet de vérifier le résultat attendu dans le cadre de l'obligation de résultat fixée au préalable.
Car en contrepartie d'une plus grande décentralisation, le groupe s'engage sur des résultats à atteindre, passant ainsi d'une logique de moyens à une logique de résultats.
Or, les résultats d'un niveau de management de l'entreprise sont définis par le niveau de management supérieur à celui-ci.
Mais contrôler, c'est autant maîtriser que vérifier.

On distingue deux types de contrôles :
- le contrôle de gestion qui porte sur l'atteinte d'objectifs et les moyens mis en œuvre, c'est-à-dire les buts,
- le contrôle interne qui porte sur le respect du cadre de cohérence, c'est-à-dire des principes.

En résumé, la " démarche qualité ", et les rapports " client-fournisseur " sont formalisés par un encadrement " contractualisé ", contrôlé par l'atteinte d'objectifs fixés au préalable dans le cadre d'une " obligation de résultats ".

Accroitre la productivité

La flexibilité

La flexibilisation du temps de travail a introduit la généralisation du temps partiel et des horaires atypiques.
Cela permet de répondre aux nécessités d'adaptabilité, aux exigences de la production. Or, la vie sociale, la vie familiale imposent un besoin de prévision à court et à moyen terme que vient entraver la flexibilité. La régularité du rythme d'alternance entre la vie au travail et hors travail est rompue.
La flexibilité interne aux entreprises, c'est-à-dire la menace omniprésente du licenciement individuel et collectif, empêche les possibilités d'anticipation à long terme des salariés en matière d'itinéraire professionnel et de projet d'avenir personnel ou familial. Ce phénomène sape également les stratégies de résistance individuelles et collectives.

L'intensification du travail

Quelque soit le travail, elle est induite par la volonté d'élimination de tout temps mort, illustrée par les méthodes de gestion " à flux tendu ".
La nécessité de rentabiliser expliquerait en partie l'instrumentalisation des ressources humaines et souvent une surestimation des limites humaines et de la stabilité intra et inter individuelle.
Seuls ceux qui résistent à la pression sont " employables ", d'où un effet de sélection par l'âge, la maladie ou le handicap.
Souvent les nouvelles technologies ne semblent pas destinées à aménager, améliorer le travail ou à diminuer sa pénibilité. Ne seraient-elles pas plutôt destinées à remplacer le travail humain dans le but d'accroître la productivité ?
Dans ce contexte l'augmentation du temps de travail n'est parfois plus repérable, les travaux extra-horaires pouvant n'être plus rémunérés.

L'éclatement des dispositifs collectifs formels et informels

Travailler ce n'est pas seulement accomplir des actes techniques, c'est aussi faire fonctionner le tissu social et les dynamiques intersubjectives indispensables à la constitution d'une professionnalité.
Or, cette construction des " règles de métier " entre professionnels est compromise par la flexibilité et l'intensification du travail. Il n'y a plus de lieu ni de temps pour échanger et se (re)connaître.
Les syndicats sont victimes de cette absence de lieu et de temps pour débattre. Mais d'autres mécanismes les affaiblissent aussi. Ainsi l'individualisme, devenu valeur managériale, induirait une image négative de l'action syndicale.
Le syndicalisme souffre également de la fracture sociale et culturelle entre salariés permanents du noyau stable de l'entreprise et salariés temporaires des entreprises sous-traitantes.

L'utilisation de la sous-traitance

Pour être moins coûteuse, la sous-traitance doit effectuer la même activité avec la même qualité et une meilleure productivité. Une économie consiste à employer du personnel moins qualifié.
Le sous-traitant lui même peut aussi requérir l'aide d'une sous-traitance encore moins coûteuse ce qui abouti à une sous-traitance en cascade. Dans ce cas, comme en témoignent les statistiques d'accident du travail, la sous-traitance du travail devient une sous-traitance des risques.
Sous cet aspect, la sous-traitance renforce la pression sur les salariés de l'entreprise utilisatrice et les persuade aussi qu'il est des sorts moins enviables que celui qui leur est fait.
Mais outre cela, l'utilisation de la sous-traitance ne permet plus aux salariés de l'entreprise utilisatrice de conserver une vision de la totalité du processus de travail.
Cela induit des pertes de compétence sur les parties du travail qui sont sous-traitées.
Ces salariés deviennent des contrôleurs du travail des sous-traitants, et sont de moins en moins au fait de la réalité du travail.
Confrontés aux " tricheries " des salariés d'entreprises sous-traitantes, ils peuvent alors alourdir pour eux la tendance prescriptive ce qui engendre encore plus de dissimulation des salariés extérieurs et par conséquent plus de méfiance de leur part et ainsi de suite.
Chaque souffrance renforce et amplifie celle de l'autre et réciproquement

Individualiser des salariés

Une nouvelle subordination

La subordination du salarié à l'employeur a profondément changé.
L'ancien système faisait une large place aux accords collectifs entre employeurs et salariés.
Ils instituaient une subordination fondée sur des règles collectives. Celles ci étaient, le plus souvent, issues d'un débat au cours duquel les différentes rationalités en présence pouvaient se confronter et qui permettaient l'élaboration d'un consensus entre les différents partenaires.
Actuellement le système mis en place est un système contractuel. Le contrat lie individuellement chaque salarié à son employeur.

Dans un contexte de liberté et d'autonomie intense quand aux activités développées par le salarié, la restriction des moyens alloués pour effectuer le travail prescrit et un sévère contrôle en aval sur les résultats escomptés, imposent des contraintes sans qu'il soit nécessaire de les préciser, tant elles sont rapidement intériorisées.
C'est pourquoi on a donné à ce système le nom " d'autonomie contrôlée "[10].
La subordination collective s'efface au profit de la subordination individuelle.
On est passé d'une subordination de type prescriptif, qui précisait même les modes opératoires à une subordination contractuelle qui se contente de définir les moyens alloués et l'objectif escompté.
Le droit ne suit-il pas cette transformation ?
Une nouvelle réglementation plus " adaptée " tend, en effet, à se substituer à des textes qui ne sont plus que peu appliqués.
Elle tente de définir de nouveaux droits individuels dans l'entreprise (décret sur les libertés dans l'entreprise), de délimiter les responsabilités respectives des employeurs et des salariés (décrets sur la responsabilité de l'employeur dans la protection des salariés contre les risques au travail, mais aussi article L.263-2 du Code du travail sur la responsabilité du salarié en cas de " faute personnelle ").
La pression du contexte économique pèse sur les rapports sociaux par l'intermédiaire de la concurrence pour les entreprises et pour les salariés.
La négociation du contrat entre employeur et salarié est inéquitable du fait de ce contexte très défavorable à ce dernier.
Certains juristes, pour cette raison, lui dénient la qualité contractuelle qui suppose un certain équilibre entre contractants.

L'individualisation des rapports de travail
La coupure que crée entre les salariés la mise en concurrence, compromet le débat collectif informel qui préside à la constitution des règles de métier.
La confiance indispensable à ce type de lien s'inscrit en effet dans une dynamique de suspension des rapports de force. " Il n'y a pas de collectif qui ne soit fondé sur la dynamique de la confiance entre les membres du collectif ".
Si cette confiance venait à manquer, il risquerait de ne plus y avoir d'accessibilité au déroulement de l'action, de clarté sur les démarches et les résultats.
Cela entraverait la constitution des compétences et placerait chacun dans un isolement à la fois défensif et culpabilisé.
Cela ne permettrait plus la gestion des conflits intra et interindividuels qui se résolvaient souvent à l'occasion de débats collectifs.
Dans cette perspective d'individualisme et de méfiance l'action syndicale s'étiole.

La responsabilisation individuelle
Potentiellement bénéfique puisque génératrice d'autonomie cette responsabilisation est souvent négociée dans le rapport de force défavorable au salarié.
Celui-ci n'a plus qu'à accepter les moyens qui lui sont alloués et à tenter d'atteindre les objectifs qui lui ont été fixés.
Pour y parvenir il emploie parfois des moyens détournés où tricherie et tromperie peuvent être présentes. D'où une fréquente culpabilisation vécue dans l'isolement et qui le renforce.
Tout cela génère un climat de tension extrême.

La gestion par le salarié des dysfonctionnements de l'organisation du travail
Même lorsque le contrat est équitable, les moyens et les objectifs sont définis à l'avance.
La réalité qu'ils impliquent n'est-elle pas une projection dans le futur marquée de subjectivité et non forcément cohérente avec la réalité du moment de l'évaluation des objectifs ?
Cette distance inéluctable entre l'appréciation et la réalité n'est pas souvent prise en compte et tout se passe comme si c'était au salarié de gérer ces variations.
Parfois même, il peut exister des contradictions entre plusieurs principes d'organisation qui se révèlent au salarié par des injonctions paradoxales.
Un exemple de ce phénomène est la politique de prévention des accidents du travail dans certaines entreprises.
Le salarié n'est-il pas alors en permanence écartelé entre plusieurs réalités et ne peut-il être amené à gérer sur son capital émotionnel et affectif les contradictions du management ?

L'empiétement sur la vie intérieure
Le conditionnement à la compétition à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise exalte la culture d'entreprise.
Certains salariés qui ne sont pas en conformité avec cette culture peuvent encourir des mises à l'écart.
Pour les éviter il leur faut paraître y adhérer. Cela impose parfois une répression, au sens psychique, de la vie intérieure ce qui entraîne un sentiment de dépersonnalisation.
C'est dans ce cadre qu'il faut replacer certaines réticences de salariés à participer à des formations dont le contenu porte sur les valeurs de l'entreprise.

<u>La situation spécifique de l'encadrement</u>

Plus son niveau est élevé, plus l'encadrement semble avoir d'autonomie.

[10] Béatrice APPAY, Individuel et collectif, questions à la sociologie du travail, l'autonomie contrôlée, Cahiers du GEDISST n° 6, 1993, citée par Annie THEBAUD-MONY, in Sous-traitance, rapports sociaux, citoyenneté, santé, Revue Travail n° 28, printemps 1993

En fait chaque niveau se trouve être l'objet d'un contrat avec le niveau qui lui est supérieur et ceci jusqu'en haut de l'échelle. Chacun subit donc des pressions.
L'institution de lettre de missions est parfois ressentie comme un piège.
Dans un certain nombre de cas, il faut accepter des missions au préalable sans connaître les réalités auxquelles on va s'affronter. Il faut parfois accepter les missions sans être assuré des moyens qui y correspondent.
Le cadre doit parfois choisir entre accepter cela, mettre ses convictions sous le boisseau ou se démettre.
Censé être autonome, l'encadrement a-t-il toujours les moyens de son autonomie ?
De plus n'est-il pas souvent l'objet privilégié d'un empiétement de l'entreprise sur sa vie privée ?
Tout d'abord par le biais d'horaires de travail en constante inflation mais aussi par l'exigence fréquente d'une disponibilité importante.
Il faut aussi évoquer à ce sujet la présence obligatoire à des séminaires dont certains ont pu récemment être qualifiés de lavage de cerveau par la presse.
Parfois même les loisirs sont en partie pris en commun avec la présence recommandée des familles.
Tout cela ne doit-il pas inciter à éviter d'emblée toute appréciation péjorative sur l'encadrement dont il faudrait peser à chaque fois les contraintes spécifiques ?
Néanmoins, vu au niveau de l'exécutant, l'encadrement ne parait-il pas être à l'origine de ses difficultés ?
Cela constituerait la première des coupures entre encadrement et exécution.
Il ne faut pas considérer la catégorie encadrement comme homogène. En fait, les différents niveaux hiérarchiques n'ont ni le même pouvoir, ni les mêmes stratégies.
Ces différences sont encore plus nettes si on s'intéresse aux deux extrémités de la chaîne : la maîtrise de proximité et le manager de première ligne.
Outre l'origine sociale différente, la formation l'est aussi. La maîtrise est issue en général de l'exécution après promotion interne, l'encadrement de première ligne est issu d'écoles supérieures, a sa carrière a poursuivre et peut être constitué de diplômés de fraîche date sans expérience du terrain.
Les premiers sont au contact des réalités du terrain, les autres sont plus tournés vers les objectifs à atteindre. Les premiers sont soucieux que le travail se fasse, les autres qu'il produise.
L'encadrement de proximité est tenu par fonction et du fait de la conjoncture, à une certaine pérennité et donc à des stratégies à plus long terme que celle de cadres de direction qui du fait d'une rotation parfois rapide développent des stratégies à court terme dont les effets négatifs, quand ils existent, se produisent parfois après leur départ.

Réduire les coûts de gestion, cela veut dire disposer de moins de moyens. Le management de deuxième ligne ne doit-il pas faire plus avec ce moins, se débrouiller avec ce qu'on lui octroie.

Il est à la frontière entre agir et subir. Si il le désirait il lui serait impossible de résister.
Coincé entre des objectifs qui peuvent s'avérer contradictoires, le cadre a du mal à se faire comprendre: ses supérieurs autrefois plutôt du côté de la technique, souvent cadres maisons, ont été remplacés par des gestionnaires sans véritable pérennité.
En cas de désaccord le recours est plus difficile.
Afin d'échapper à la souffrance que génère ce fonctionnement, les cadres se réfugieraient parfois dans l'inconditionnalité de défenses collectives de nature le plus souvent inconsciente.
Elles comporteraient entre autres un déni de la réalité, une vision péjorative des subordonnés qu'ils infantilisent.
Cela peut aller jusqu'à éviter de parler du travail avec les exécutants, et à ne pas donner des réponses trop directes, les problèmes sont dans ce cas éludés.
Le cadre ne pourrait alors que répercuter la pression sur ses subordonnés et bloquer la remontée de leurs doléances.
Ce mécanisme quand il surviendrait serait la deuxième raison de la coupure entre encadrement et exécution.

_

ÉTAT SOMMAIRE DES LIEUX

François Leroux

Le constat que nous faisons de l'évolution du monde du travail est assez noir. Que ce soit les nouvelles contraintes organisationnelles, la précarisation croissante, les horaires atypiques… la liste est longue. Et puis surtout il y a les exclus, les chômeurs. L'intensification du travail participe au développement de cette exclusion, de ce chômage pour les plus lents, les plus âgés, les hors-normes, les handicapés…

Un grand nombre de cadres ou même de dirigeants d'entreprises reconnaissent et décrivent très bien ces nouvelles contraintes. Ils nous expliquent qu'ils n'ont pas le choix au regard de la compétition locale, nationale ou internationale tout en se persuadant que les actions menées dans leur entreprise vont améliorer les choses.

Effectivement la majorité d'entre eux ne demandent pas mieux que d'améliorer les conditions de travail et nous devons arrêter la vision manichéenne qui nous tente parfois car bien commode.

En revanche ces mêmes cadres ou dirigeants n'appuient pas à fond (et parfois pas du tout) les améliorations possibles des conditions de travail et donc de santé au travail, à mon avis, pour plusieurs raisons :
- Le syndrome du moins-disant qui est réel quand on voit les prix à la baisse de certains services ou produits. Un " investissement en conditions de travail " coûteux à court terme mais rentable pour la santé des salariés et donc pour

l'entreprise, à long terme, ne sera pas effectué afin de ne pas dépasser les budgets et les prix de revient.
- Le pouvoir croissant des financiers, véritables donneurs d'ordres dans les entreprises – et comment pourrait-il en être autrement dans le monde actuel ? Ces financiers connaissent très mal la réalité du travail à la base, les salariés ne les connaissent pas et ne les voient pas. C'est le royaume des ratios et des modèles anglo-saxons : on discute d'abord des conditions de réglement, puis des prix, puis du cahier des charges, enfin de la résolution des problèmes techniques de réalisation. Le terme " discuter " est d'ailleurs inexact, la dérive juridique à l'américaine oblige à tout écrire avec des procédures (coûteuses) qui laissent des traces. On a pu constater comment des entreprises moyennes se sont fait prendre avec des clauses de contrat pièges sur des gros chantiers. Dans ce scénario à l'envers, on voit bien que le facteur humain, le travail réel " joue " de moins en moins. D'ailleurs il va se " jouer " au gré du travail précaire, des sous-traitances en cascades, voire du travail au noir… pour arriver au prix fixé. Il est loin le temps où on discutait des prix en dernier.
- Le pouvoir des financiers va de pair avec la " dictature du commercial " (dixit des cadres de production) qui vendent à n'importe quel prix, sans aucun délai, des produits spéciaux à des clients par définition très volatils. Ainsi, une production de plus de 10 000 pièces a été stoppée afin de fabriquer en urgence une série de 250 pièces destinées à un nouveau marché. Il a fallu reconfigurer la ligne de montage car plusieurs modifications avaient été demandées par le client et acceptées sans discussion par le commercial, puis faire des essais (avec la perte de matière que cela engendre)…
Bonjour la panique et le stress ce jour-là dans l'unité de production, le retard devant être rattrapé sur la grande série de 10 000 pièces. Finalement, pour des raisons logistiques, les deux palettes de 250 pièces sont restées quatre jours à l'expédition avant de partir !

À l'occasion de visites médicales, j'ai pu me rendre compte de l'ignorance de certains commerciaux sur les conséquences engendrées par des commandes urgentes sur les salariés concernés et donc des coûts indirects induits.
- Le service achats prend une place très importante notamment dans les industries où le coût main-d'œuvre représente peu dans le prix de revient (jusqu'à moins de 10 %) et le coût matière, beaucoup : jusqu'à 70 % du prix de revient. Le changement d'une huile, d'un rivet, d'une vis, d'un composant pour quelques centimes de moins va, malgré des essais et l'aval de la réception qualitative, entraîner parfois des conséquences importantes sur le travail des utilisateurs. Lorsque l'entreprise est obligée de revenir au produit de départ, le mal est déjà fait au niveau des troubles musculo-squelettiques en particulier.
- Les économies d'échelle, de groupe ne sont pas négligées, les petites astuces fiscales non plus. Par exemple, un grand groupe de transport international immatricule ses camions de livraisons en France dans la Marne où la vignette est moins chère. Idem pour une grande partie des loueurs de véhicules.

Au niveau des services généraux, le coût de la médecine du travail sera de plus en plus identifié, décortiqué et comparé. Nos oreilles n'ont pas fini de siffler !

Tous les secteurs sont concernés par la réduction des coûts et par les gains de productivité. On pourrait analyser de la même manière ce qui se passe au niveau des méthodes, du secteur recherche et développement, de la logistique, des services financiers, informatiques… Des fonctions ou services entiers sont sous-traités dans cette optique.

La MES (Maîtrise Environnement Entreprise) qui est le couplage gestion-production-achats avec des gains prévus à 30 %, va encore diminuer le temps de travail alloué à un produit et développer la sous-traitance. En revanche le chiffre d'affaires des cabinets d'audits augmente. Tout cela découle d'une logique financière ou le facteur humain est toujours considéré comme un coût et pas comme une ressource.

Fait significatif, dans une entreprise qui a embauché, la première semaine a été consacrée à la formation : présentation de l'usine, des produits fabriqués, de la sécurité, des productions individuelles … trois jours sur cinq étaient consacrés à une formation économique, d'ailleurs bien faite et appréciée par les nouveaux.

ET SI LE PLUS DUR ETAIT ENCORE DEVANT NOUS ?

D'après RIFKIN dans son livre *La fin du travail*, aux États-Unis, 15 % des démissions sur deux ans sont dues aux mauvaises conditions de travail.

Dans plusieurs pays européens (où la productivité est plus importante), on assiste à une exclusion organisée du monde du travail de salariés moins productifs. Cette exclusion aggrave les chiffres du chômage et permet d'augmenter la productivité tout en reportant les coûts sur la collectivité (et donc indirectement aussi sur les entreprises en terme de charges et cotisations).

En France : c'est notamment l'exclusion des travailleurs vieillissants soit par licenciement, soit par pré-retraite.

En Angleterre : C'est le *seakness benefit* qui concerne 2,5 millions de personnes. Ainsi le taux d'inactivité des gens en âge de travailler continue d'augmenter et le chômage diminue !

En Hollande : C'est un pourcentage d'invalides très au-dessus des autres pays européens qui expliquerait, avec le temps partiel (pour les femmes), une partie du faible taux de chômage.

Dans ces trois pays la " pression productive " descend sur ceux qui sont encore dans la norme pour travailler. Alors qu'il y a un problème de retraite, il faut s'attendre à ce que

l'âge où l'on devient trop vieux, dans certains secteurs, descende vers 50 ou 45 ans. Le cercle est vicieux (et vicié). Les conditions de travail ne sont pas bonnes (bâtiment, confection..), les gens sont usés prématurément et moins productifs donc " on " les pousse dehors. Des ouvriers de 40 ans m'ont dit récemment : " je ne pourrais pas tenir, je ne me vois pas encore dans dix ans dans cette entreprise ". Des salariées réclament des chronos sur des nouvelles productions qu'elles n'arrivent pas à faire ! (comme des cadres ou des forfaitaires réclament des pointeuses pour constater le trop d'heures).

Des formes de précarisation se développent partout. Ainsi, en Allemagne, les petits boulots à moins de 15 heures et à moins de 610 marks sont exempts de charges sociales et les salariés ne sont plus couverts si par ailleurs ils n'ont pas un " vrai " travail. Dans le bâtiment 45 % des salariés n'ont plus de couverture sociale. Toujours en Allemagne, des accords dits de régression sont négociés à la baisse pour préserver l'emploi qui risque d'aller en Europe de l'Est. Le travail, le week end, est payé au même taux horaire que la semaine. Des entreprises qui étaient descendues à 35 heures suivant la convention de la métallurgie, ont réussi à imposer trois heures de plus sans augmenter le salaire, ce qui revient à faire travailler trois heures gratuitement.

Ce que l'on constate en France n'est donc pas isolé et aura tendance à s'harmoniser au niveau européen. Tout en ayant nous aussi une marge de manœuvre qui se réduit, nos objectifs de santé au travail devront être plus pertinents, plus précis. En particulier, il nous faudra montrer les coûts indirects de ces nouvelles organisations et divisions de travail.

FORMES PRÉCAIRES D'EMPLOI ET SANTÉ, LES ÉVIDENCES ÉPIDEMIOLOGIQUES

Francis Derriennic
Épidémiologiste INSERM U170

Préambule

Ce texte trouve sa source dans une conférence présentée au quatrième colloque de l'ADEREST à Toulouse en mars 1997[11]*.. Le but était de faire, du point de vue épidémiologique, un bref bilan des connaissances sur les relations entre la santé et la précarisation de l'emploi et plus largement du travail.*

Il a semblé intéressant dans le cadre de cet ouvrage de reprendre cet état des lieux dans la mesure où il peut alimenter certaines discussions portant sur les perspectives de la médecine du travail. En effet, dans le contexte du développement de l'organisation du travail qui individualise les salariés et brise les collectifs de travail, qui morcelle les parcours professionnels et qui multiplie les lieux de travail, le médecin du travail, comme acteur-vecteur de la prévention, aura de plus en plus à s'interroger non seulement sur les déterminants de la santé des hommes et des femmes qui sont au travail dans les secteurs protégés, sinon normalisés, déterminants qui relèvent des expositions professionnelles longues et durables, mais aussi sur les déterminants qui relèvent de l'organisation sociale des modes de production et des modes d'administration. Bref, la santé au travail ne pourra plus être conçue uniquement pour des populations actives bien repérées avec des parcours quasi continus entre la première embauche et la retraite, mais pour des populations mouvantes, aux parcours compliqués, en quête d'équilibre entre ce qui est souhaité et ce qui est proposé sur le marché du travail.
C'est dire que la médecine du travail, qu'elle le souhaite ou non, devra s'intéresser autant au formel des lieux de travail, qu'à l'informel des parcours professionnels et des organisations du travail, c'est-à-dire qu'elle devra intégrer le travail dans une vision santé publique. C'est pourquoi, elle devra s'intéresser concrètement du côté professionnel aux formes d'emploi, aux pertes d'emploi, aux systèmes relationnels, et du côté de la santé, elle devra s'intéresser autant aux aspects psychiques que physiques de la santé. Elle devra avoir en ligne de mire au-delà du classique ajustement (loin d'être idéalement atteint) " homme/poste de travail ", l'ajustement " homme/insertion professionnelle ".

Le texte qui suit n'a pas la prétention d'être l'argumentaire de ces réflexions, mais traitant bien de la santé au travail dans les conditions imposées par l'évolution actuelle de l'organisation du travail, il interroge du même coup le médecin du travail dans ce qui peut être considéré comme une de ses missions : rendre visible socialement ce qui contribue à la construction ou à la destruction de la santé au travers du travail et de l'organisation du travail.

INTRODUCTION

L'épidémiologie en santé-travail s'est principalement consacrée aux effets des facteurs professionnels spécifiques, sur des atteintes particulières de la santé, notamment pour ce qui concerne les expositions à des agents physiques, chimiques, biologiques et les aspects objectivables de l'organisation du travail comme les horaires et les contraintes de rythme dans le travail.
On constate depuis quelques années le développement des études portant sur les relations entre la santé et la perception de la situation de travail par le sujet : autonomie dans la conduite du travail, reconnaissance, relations interprofessionnelles, avec en particulier les travaux de Theorell et Karasek qui ont été décrits par

[11] Le texte qui est proposé ici est reproduit avec l'autorisation de la Revue de Médecine du Travail.

Marie-Josèphe Saurel au quatrième colloque de l'ADEREST à Paris en 1995[12].
Par ailleurs les avancées sont également de plus en plus nettes dans le domaine " travail-santé perçue ", que la santé perçue soit prise comme un indicateur de santé générale, un indicateur de santé mentale ou comme un indicateur de qualité de vie reliée à la santé.

L'ensemble des études entrant dans ces différents domaines porte en définitive sur le poste et l'environnement du poste de travail, c'est-à-dire le contexte pour théoriser ou comprendre les relations " travail-santé " à partir de l'analyse et de la description des caractéristiques du poste de travail.

S'intéresser aux formes précaires d'emploi, c'est bien entendu aussi cela, mais cette fois ci dans un contexte plus large, non plus celui du poste de travail *stricto sensus*, mais de celui du travail c'est-à-dire par rapport à la situation de l'emploi avec le chômage et la peur de la perte d'emploi et par rapport à la multitude des statuts, qui il y a encore quelques années étaient considérés anormaux, puis atypiques pour devenir aujourd'hui nouvelles formes d'emploi.

Dans ce contexte, à partir d'un bilan sur les connaissances disponibles, sur les hypothèses avancées et sur les théories en présence, est ce que la précarité du travail peut être considérée comme un facteur de risque pour la santé ?

Cependant y-a-t'il suffisamment de matière au travers des travaux publiés pour des réponses détaillées. Pour ce qui concerne les études à caractère épidémiologique, qui semble une des voies d'approche les plus naturelles dans le domaine, on doit constater que les études sont loin de couvrir tous les champs de la précarité du travail qui comprennent :
- l'emploi : être ou non au travail
- la forme des emplois, c'est-à-dire le statut dans l'emploi (CDI, CDD, CES, contrats d'insertion, stages…)
- la place de l'emploi dans la production (interim, prêt de main-d'œuvre…)
- les conditions de travail (exigences de production, contraintes temporelles et expositions professionnelles)

Les seuls domaines particulièrement explorés et bien documentés concernent d'une part les relations entre le chômage et la mortalité, d'autre part les relations entre le chômage et la santé mentale. Ce sont ces deux domaines qui vont être examinés en s'appuyant sur deux publications récentes offrant une bonne synthèse : celle de Jin et collaborateurs en 1995[13] et celle de Shortt en 1996[14].

CHOMAGE ET MORTALITÉ

Depuis 1980, il y a eu environ une centaine d'articles parus dans ce domaine dans les revues scientifiques internationales. Une cohérence d'ensemble se dessine. Les premières études très globales fondées sur l'analyse des corrélations temporelles entre taux de chômage et taux de mortalité au niveau population dans différents pays montrent une corrélation positive entre le taux de chômage et le taux de mortalité toute cause.
Par la suite, des études au niveau individuel cherchant à comparer la mortalité dans des cohortes de sujets sans emploi avec la mortalité de la population générale, souvent au moyen de ratio standardisé de mortalité (SMR), ont confirmé l'excès de mortalité chez les chômeurs en apportant des arguments de type dose-effet à partir de la durée de chômage, ou des arguments de spécificité en excluant, par exemple, les sujets invalides ou atteints de maladies chroniques en début de période d'observation dans les échantillons étudiés.

Les principales études longitudinales sur le sujet, comportent des critères d'inclusion qui ne sont pas tous identiques, mais elles suivent sensiblement la même méthode: échantillons représentatifs au moment du recensement, suivi longitudinal plus ou moins long et comparaison de la mortalité observée à la mortalité de la population générale. Ces études couvrent la période 1970-1980, elles portent sur l'ensemble de la vie professionnelle, et conduisent au même constat d'une surmortalité chez les sujets qui étaient au chômage à l'entrée dans l'étude.
Les études de Moser et al[15] [16], montrent en outre une possible surmortalité chez les épouses de chômeurs. L'étude de Costa[17] indique une surmortalité encore plus élevée chez ceux au chômage lors des deux recensements de 1976 et 1981 (sans que l'on sache s'il y a eu des périodes d'emploi entre temps et, du coup, leur rôle éventuel). L'étude de Martikainen[18] montre une possible

[12] Marie-Joseph SAUREL-CUBIZOLLES, Mesure des contraintes au travail pour la recherche épidémiologique, Revue de Médecine du travail, 1996, 3 : 154-161

[13] R. L. JIN, C. P. SHAH, T. J. SVOBODA, The impact of unemployment on health : a review of the evidence, Can. Med. Assoc. J., 1995 153 : 529-540

[14] E. D. SHORTT, Is unemployment pathogenic ? A review of current concepts with lessons for policy planners, Int. J. Health Services, 1996 26 : 569-589

[15] K. A. MOSER, A. J. FOX, D. JONES, Unemployment and mortality in OPCS longitudinal study, Lancet, 1984-2 : 1324-1329

[16] K. A. MOSER, P. O. GOLDBLATT, A. J. FOX et al., Unemployment and mortality : comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census sample, B. M. J., 1987, 294 : 86-90

[17] G. COSTA, N. SEGMAN, Unemployment and Mortality, B. M. J., 1987, 294 : 1550-1551

[18] P. T. MARTIKAINEN, Unemployment and mortality among Finmish men, 1981-1985, B. M. J. , 1990, 301 : 407-411

relation dose effet, le SMR augmente avec la durée de chômage antérieure au début d'entrée dans l'étude.

S'agissant des causes de décès, la mortalité cardio-vasculaire a été particulièrement étudiée. En général il s'agit de la mortalité par maladies ischémiques du cœur. Une surmortalité de ce type a été retrouvée par différents auteurs sur des données de nombreux pays[19] [20]. Une étude, celle de Frank[21], montre un excès significatif d'accidents cérébro-vasculaires dans un échantillon de chômeurs de la région londonienne entre 1971 et 1981.
Une étude[22] portant sur des salariés ayant perdu leur emploi après la fermeture de différents chantiers navals en Suède montre des modifications statistiquement significatives, dans un sens délétère, des facteurs biologiques, qui d'une part sont des facteurs de risque de maladies cardiaques, et qui d'autre part peuvent être considérés commes des marqueurs possibles des états de stress interprétables comme des éléments venant soutenir une chaine causale : perte d'emploi - chômage - état de stress - vulnérabilité biologique - maladie cardiaque.

D'autres études ont fait état d'un lien entre la mortalité par accident de circulation et le chômage, mais avec des résultats controversés qui mettent en avant deux modèles possibles: soit la réduction du risque, parce que les sujets au chômage se déplaceraient moins que les autres, soit l'augmentation du risque parce que les sujets au chômage pourraient avoir une concentration perturbée pendant la conduite automobile.
Plusieurs études ont trouvé également un excès de mortalité par suicide chez les chômeurs, principalement chez les hommes relativement jeunes[23] [24] [25].

Samuel Shortt pense que le ressort profond du lien entre le chômage et la mortalité est de même nature que celui du lien entre l'état de santé (y compris mortalité) et la position dans la hiérarchie sociale, en se référant principalement à l'ensemble des études issues de l'enquête sur les fonctionnaires britanniques (the Whitehall study[26]). Être sans emploi, c'est non seulement devoir être confronté à des difficultés matérielles liées à la diminution des ressources, mais c'est aussi, dans nos sociétés, une perte d'identité, une perte de rôle social et finalement d'estime de soi qui fait que l'on se retrouve (ou que l'on s'estime) être au fond de la hiérarchie sociale.

Au travers de toutes les études, les critiques portent toujours sur la question du sens de la causalité du lien entre le chômage et la mortalité. Les études fondées sur le modèle de la fermeture d'entreprise, qui a priori exclut les composantes individuelles dans l'explication de la perte d'emploi, n'apportent pas d'éclairage définitif. Cela dépend notamment de l'âge des sujets et de la durée de la période étudiée après la fermeture de l'entreprise.

Une deuxième critique porte sur la compréhension des phénomènes. Est-ce approprié finalement de comparer ceux qui sont dans un état donné, en l'occurence ici le non emploi par rapport à ceux qui sont employés ? Ne vaudrait-il pas mieux s'intéresser à la perte d'emploi, c'est-à-dire aux processus et trajectoires professionnels en relation avec les évolutions de la santé, conditionnellement à l'âge, au sexe et à la catégorie sociale ?

Cependant, on peut se référer à l'étude de J-K. Morris[27], pour discuter de ces dilemmes. La surmortalité générale des sujets au chômage ou ayant connu des périodes de non emploi peut-elle s'expliquer par ces événements apparus dans leur parcours professionnel ou ne s'agit-il que d'un artefact, la surmortalité s'expliquant par une dégradation particulière ou générale de la santé antérieure à la perte d'emploi ? En d'autre terme ce serait la santé qui serait susceptible d'expliquer le chômage et par voie de conséquence ultérieurement l'excès de mortalité et non l'inverse : le chômage facteur de risque de la santé, puis de la mortalité.
L'étude de Morris est une étude prospective de cohorte menée en Angleterre pendant une période totale de quinze ans sur un échantillon aléatoire de 6 191 hommes âgés de 40 à 59 ans au moment de la première enquête entre 1978 et 1980. Il s'agissait de sujets tirés au sort dans la clientèle des médecins britanniques parmi les sujets au travail d'une façon continue depuis au moins cinq ans au départ de l'étude.
Ensuite il y a eu une période de cinq ans jusqu'en 1983-1985 à l'issue de laquelle un questionnaire postal a permis de savoir ce qu'il s'était passé du point de vue de l'emploi : travail sans interruption, départ à la retraite,

[19] M. H. BRENNER, A. MOONEY, Unemployment and health in the context of economic change, Soc. Sci. Med., 1983, 17 : 1125-1138
[20] M. H. BRENNER, Economic change, alcohol consumption and heart disease mortality in nine industrialized countries, Soc. Sci. Med., 1987, 25: 119-132
[21] P. J. FRANKS, C. ADAMSON, P. F BULPITT et al., Stroke death and unemployment in London, J. Epidemiology and Community Health, 1991, 45 : 16-18
[22] I. MATTIASSON, F. LINDGARDE, J. A. NILSSON, Threat of unemployment and cardiovascular risk factors : a longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy, B. M. J., 1990, 301 : 461-466.
[23] K. A. MOSER, A. J. FOX, D. JONES, op. cit.
[24] P. T. MARTIKAINEN, op. cit.
[25] S. MORELL, R. TAYLOR, S. QUINE et al., Suicide and unemployment in Australia, Soc. Sci. Med., 1993, 36 : 749-756
[26] M. G. MARMOT, M. KOGEVINAS, M. A. ELSTON, Social/economic status and disease, Annual Review of Public Health, 1987, 8 : 111-135
[27] J. K MORRIS, D. G COOK, A. G. SHAPPER, Loss of employment and mortality, British Medical Journal, 1994, 308 : 1135-1139

périodes de chômage, perte d'emploi. Enfin on a enregistré la mortalité durant les cinq années suivantes (c'est-à-dire entre 1988 et 1990 selon la date de la fin de la phase précédente).
En définitive il a été observé un risque de décès deux fois plus élevé dans la période finale parmi ceux qui avaient dû interrompre leur travail avant la fin de la deuxième phase de l'enquête par rapport à ceux qui avaient continûment travaillé (modèle de Cox). Le risque le plus élevé apparaissaît chez ceux qui s'étaient arrêtés de travailler (retraite ou non) pour raison de santé. Chez les autres, pour lesquels la cessation d'emploi n'avait pas été motivée par un problème de santé, il y avait également un excès significatif de mortalité par rapport à ceux ayant continûment travaillé, ceci après ajustement sur l'âge, la catégorie socio-professionnelle, les habitudes tabagiques, les consommations de boissons alcoolisées et la corpulence.
En définitive cette étude suggère un effet causal possible de la perte d'emploi sur la mortalité sans spécificité apparente par rapport aux causes de décès (tumeurs, maladies cardio-vasculaires notamment). En d'autres termes l'apparition d'un état de précarité totale par rapport au travail (période de chômage, perte d'emploi) apparait comme un facteur de risque possible de la mortalité des salariés indépendamment de leur santé.

CHOMAGE ET SANTÉ MENTALE

Bien que les deux termes entrant dans cette relation aient été décrits et évalués de façon fort différentes d'une étude à l'autre, dans la plupart des enquêtes transversales cette relation est retrouvée d'une façon statistiquement significative.
En France, Thérese Lecomte[28] à partir de l'enquête ménage de l'INSEE/CREDES de 1980 - 1981 conclut à des taux de morbidité plus élevés chez les demandeurs d'emploi par rapport aux non demandeurs, ceci quelque soit leur âge, avec en particulier entre 25 et 39 ans, une fréquence deux fois plus élevée de troubles mentaux chez les demandeurs d'emploi.
Par ailleurs dans cette étude, une surmorbidité chez les demandeurs d'emploi apparaît dans tous les grands chapitres de la classification internationale des maladies.
Les chômeurs étaient aussi proportionnellement deux à trois fois plus nombreux à consommer des médicaments psychotropes, antianémiques et fortifiants.

On retrouve et avec plus d'acuité encore, et en dehors même des discussions sur les biais de sélections propres au études transversales, le même type d'interrogation que précédemment entre le chômage et la mortalité. Quel est le véritable antécédent : le non emploi ou un état mental dégradé préexistant à la période de non emploi, ou encore des caractéristiques individuelles, (psychologique, type de personnalité…) pouvant jouer un rôle sur la santé mentale ? Dans un schéma explicatif on ne peut évidemment pas exclure à priori ces caractéristiques comme facteurs de risque du chômage.
Aussi il est intéressant d'imaginer des situations où, à coup sûr, la perte d'emploi a été totalement indépendante des salariés. C'est le cas lorsque survient la fermeture totale d'une usine. Il faut insister sur la fermeture totale puisqu'en toute autre circonstance, réduction des effectifs, plan social, les salariés amenés à quitter l'entreprise peuvent être sélectionnés sur des critères en relation avec l'état de santé, ne serait-ce que l'âge par exemple.
L'événement " perte d'emploi " dans une fermeture totale d'usine étant dissocié des caractéristiques individuelles, une comparaison " avant-après " par rapport à la perte d'emploi s'apparente à l'étude des impacts d'un événement aléatoire pour les sujets.
On trouve plusieurs bonnes études bâties sur ce protocole, par exemple celle de Viinamäki et collaborateurs[29] portant sur la comparaison entre un groupe de salariés mis au chômage après fermeture d'une usine finlandaise de fabrication d'objets en bois et un groupe de salariés d'une entreprise de même nature qui n'avait pas fermé. Les deux entreprises avaient des compositions socio-démographiques de leurs salariés comparables.
L'étude a porté sur le bien-être mental évalué à partir du GHQ_{12} (General Health Questionnaire à 12 items) mais aussi sur un indicateur de réactions psychosomatiques et un indicateur de dépression. La première usine avait fermé en 1991 et employait 211 salariés, la seconde employait 305 salariés. L'enquête, par questionnaire postal, a été réalisée un an après la fermeture de la première entreprise pour laisser passer le temps du premier choc et ne portait que sur les sujets toujours hors travail au bout d'un an.
L'étude a montré, chez les hommes uniquement, que les indicateurs de santé mentale étaient davantage dégradés chez les salariés de l'usine ayant fermé que chez les salariés continûment employés. Les résultats ne semblaient pas pouvoir être remis en question en tenant compte du statut financier, du niveau scolaire, du statut matrimonial et du support social. Toutefois, contrairement aux résultats habituels, la santé mentale chez les hommes mariés apparaissait plus dégradée chez ceux qui avaient perdu leur travail par rapport à leurs homologues qui avaient conservé leur travail qu'entre les hommes célibataires des deux groupes. Les auteurs ont pensé que des sentiments d'infériorité plus prononcés chez les sujets mariés, qui pourtant étaient susceptibles de bénéficier d'un support social plus élevé, pouvait expliquer ce résultat.
L'étude aurait beaucoup gagné si elle avait pu être menée sur des données longitudinales en comparant les

[28] T. LECOMTE, Morbidité et consommation médicale des chômeurs, Cahiers de la mutualité dans l'entreprise, 1986, 20 : 7-27

[29] H. VIINAMAKI, K. KOSLELA, L. NISKANEN, R. ARNKILL, J. TIKKANEN, Unemployment and mental wellbeing : a factory closure study in Finland, Acta Psychiatr. Scand., 1993, 88 : 429-433

évolutions du bien-être mental sur un an entre les deux entreprises à partir de la date de fermeture de l'une d'elle. C'est pourquoi il est difficile de dire également si c'est la fermeture de l'usine qui est la " cause " d'un plus mauvais état de bien-être mental ou si c'est, au bout d'un an, la persistance d'être au chômage.
Mais, comme les deux groupes de salariés des deux usines étaient semblables du point de vue socio-démographique et que l'événement " fermeture de l'usine " était indépendant des caractéristiques individuelles, l'état de santé mental plus altéré chez ceux sans emploi un an après la fermeture de leur usine peut être attribuée sinon à la fermeture de l'usine du moins au non emploi.
Dans la plupart des études, on ne dispose pas d'évaluation " avant " de la santé, surtout mentale.

Dans la recherche des arguments susceptibles d'appuyer la causalité, les études d'impact des interventions ont un poids important. L'idée simple est de voir si l'introduction d'une modification sur un facteur donné est associée d'une façon statistiquement significative à une amélioration du critère de santé.
Cette idée a été reprise par E. Lahelma concernant à nouveau le lien entre le bien-être mental évalué au moyen de l'indicateur du GHQ_{12} et le non emploi[30]. E. Lahelma a entrepris l'étude prospective sur un an d'une cohorte de 703 sujets, hommes et femmes inscrits en février 1983 à l'agence pour l'emploi finlandaise. Cette fois, un premier questionnaire postal à cette date avait permis d'estimer le bien-être mental au début de l'étude.
Au bout d'un an, un deuxième questionnaire postal permettait de savoir si les sujets étaient encore sans emploi, ou s'ils avaient retrouvé un emploi et une deuxième estimation de leur bien-être mental avec le même indicateur permettait ensuite d'examiner son évolution en fonction du changement de statut par rapport à l'emploi. Dans cette étude le seuil " plus de deux items oui " au GHQ_{12} a été fixé au-delà duquel le bien-être mental peut être considéré comme altéré.
Les résultats obtenus montrent que le retour à l'emploi au bout d'un an était associé significativement à une amélioration du bien-être mental. La relation forte, résistait à un ajustement sur l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau des ressources financières, la santé physique évaluée au début de l'enquête, la classe sociale et la durée de non emploi antérieure.
En d'autres termes retrouver un emploi apparaît dans cette étude comme le prédicteur le plus fort de l'amélioration du bien-être mental : ceux continûment sans emploi conservaient pratiquement le même niveau de bien-être mental. Une analyse détaillée montrait une interaction entre " non emploi/emploi " et le sexe en ce sens que le retour à l'emploi présentait un effet encore plus fort sur l'amélioration du bien-être mental chez les hommes. L'étude n'examinait pas les différentes situations selon le type d'emploi retrouvé (CDD, CDI, travail en intérim…).
En définitive, cette étude montre que le retour à l'emploi (action) à un impact susceptible d'avoir un rôle causal sur la santé mentale. Naturellement on peut se poser la question de la persistance de ces effets à plus long terme ou éventuellement de l'apparition de nouveaux effets. En effet, un examen détaillé des items entrant dans l'indicateur de bien-être mental montrait qu'au bout d'un an, les items sur les troubles du sommeil et sur les signes dépressifs gardaient une prévalence plus élevée, quelque soit le cas de figure, retour ou non à l'emploi, chez les hommes comme chez les femmes, que dans un échantillon comparatif de la population générale apparié sur le sexe, l'âge et la classe sociale.

DISCUSSION

L'étude précédente renforce l'hypothèse du rôle du non-emploi sur la santé mentale. Si l'on suit une discussion récente due à D. Ezzy[31] le problème est davantage centré aujourd'hui sur l'interprétation des mécanismes sous jacents qui peuvent expliquer ce lien plutôt que sur la recherche d'associations statistiques.
Concernant la santé mentale, D. Ezzy distingue quatre modèles qui se sont historiquement succédés selon l'importance accordée aux facteurs individuels et aux facteurs environnementaux.
Dans un premier temps, le schéma explicatif était fondée sur l'individu : pour des raisons psychologiques certains seraient plus inhibés que d'autres pour garder ou retrouver un emploi. À l'évidence un tel modèle laissait de côté tout ce qui relève des conditions de travail.
Un modèle ultérieur plus subtil fondé sur un processus multi-étapes distinguait trois phases successives dans la perte d'emploi : une phase active, où le sujet reste optimiste et cherche à tout prix un emploi, suivi d'une phase de frustration entraînant une anxiété et une angoisse que traduiraient les différents indicateurs de santé mentales utilisés. Enfin une troisième phase serait celle de la résignation, du repli sur soi-même avec une intégration de la fatalité : c'est la phase de l'individu rompu.
Mais il a toujours été malaisé d'identifier ces trois phases à moins d'être extrêmement large et flexible sur leurs limites. Quoiqu'il en soit, un tel modèle reposait sur des changements psychologiques individuels, certes en rapport avec le milieu (l'offre de travail en particulier) mais qui n'intégrait pas les changements matériels dans la vie des individus.
C'est ce qui est pris en compte dans un troisième modèle ou modèle fonctionnel de Jahoda[32] qui met en œuvre :

[30] E. LAHELMA, Unemployment, re-employment and mental well being, Scandinavian journal of social medicine, sup 49, 1989

[31] D EZZY, Unemployment and health : a critical review, Soc Sci Med, 1993, 37 : 41-52

[32] M. JAHODA, Employment and unemployment : values, theories, and approaches in social research, Am Psychol, 1981, 36 : 184-191

- les changements de référentiel dans le temps disponible (la structure temps imposée par le travail est rompue),
- les changements dans le réseau relationnel (collègues de travail et famille),
- les changements dans les buts qui transcendent les individus (la production d'un travail),
- et enfin les changements d'identité à cause des changements de statut social.

C'est-à-dire que le non emploi est considéré psychologiquement destructif non par des prédispositions individuelles, mais par retrait des repères habituels.

Plus tard, War[33] a suggéré un nouveau modèle qui, à l'image de l'effet des vitamines sur la santé physique, stipule que lorsque le niveau d'une certaine caractéristique professionnelle est particulièrement " bas ", alors il y a un effet adverse sur la santé mentale. Ce modèle est davantage centré sur la situation de travail que sur le sujet lui-même. Les caractéristiques clés (ou vitamines) du modèle font partie des différentes classes de " job variables " telles qu'on les trouve dans la littérature de langue anglaise. On retrouve ainsi des caractéristiques en rapport avec les contacts avec autrui, la sécurité physique, la clarté des rôles (des responsabilités), la valorisation sociale, la variété des tâches, l'opportunité d'utiliser ses capacités, la possibilité d'exercer un contrôle sur ce qu'on fait, les moyens financiers (salaires, etc.).
On pourra remarquer en définitive que ces différents modèles reposent sur une balance entre les caractéristiques individuelles, psychologiques notamment, et les caractéristiques de l'environnement supposées offrir un cadre positif dans lequel un individu peut se reconnaître, s'exprimer et agir.
Au total, au travers des différents modèles explicatifs avancés, en exagérant les traits, l'alternative est fondamentalement posée de la façon suivante: l'environnement d'abord au risque de ne considérer les individus que comme sujets passifs ; ou les individus d'abord au risque de survaloriser la dimension active des sujets.

O'Brien[34] développe le point de vue qu'une telle alternative reste cantonnée à la mise en relation de variables évaluées dans le même intervalle de temps dans l'histoire individuelle. Pour lui, les sujets ne sont ni actifs, ni passifs mais tantôt l'un, tantôt l'autre et les modifications de la santé mentale ne tiennent pas seulement à l'état de " non travail " à un moment donné, mais aussi aux conditions et caractéristiques de leur travail antérieur. Le lien commun entre les différents moments de la vie et en particulier entre ce que le travail offre, permet ou impose et la santé mentale se fonde sur la recherche, la construction et la défense de l'identité personnelle.

Dans ses conclusions D. Ezzy opte résolument pour une approche sociologique des processus de passage d'une situation professionnelle à une autre; le " non travail " devant avant tout être interprété comme la perte d'un travail à comprendre dans et par rapport à un cursus professionnel. La santé devenant le résultat de l'interaction entre l'environnement social et professionnel du sujet et l'interprétation subjective de cet environnement par le sujet. Toute situation de rupture entre les deux termes, en particulier quand il y a atteinte aux mécanismes de légitimation identitaire qui brisent les stratégies individuelles, serait la source des ruptures de la santé mentale.
L'intérêt d'un tel point de vue réside dans la conceptualisation d'une dynamique des parcours qui intègre aussi ce qui n'est pas obligatoirement professionnel. De cette manière, D. Ezzy parle de modèles intermédiaires qui restent à approfondir et à vérifier.
Peut-on étendre cette idée de modèles intermédiaires aux différents cas de précarité et à la santé physique ? Y-a-t'il des phénomènes amplificateurs sur la santé mentale en cas de passage d'un état de précarité à l'autre ? Comment se combinent les causes induites par ces modèles avec les processus sociaux d'exclusion, c'est-à-dire ceux là-même qui se superposent dans le temps aux dégradations physique de la santé ?

CONCLUSION

Les différentes études examinées n'épuisent évidemment pas le questionnement sur les liens entre la précarisation du travail et la santé, même dans le champ de la mortalité et de la santé mentale .
Au stade du développement actuel des recherches, l'essentiel pourrait bien être de prendre conscience de l'urgence d'examiner des questions qui concernent un nombre croissant de salariés. En 1995, il y avait plus de 3 200 000 chômeurs dans notre pays et plus de 20 000 personnes concernées par les différentes formules de stages[35]. Au total la précarité directe à cause du chômage se situe entre 10 % et 15 % des actifs et si l'on considère les formes indirectes de précarité au travers des statuts dans l'emploi c'est probablement autour de 25 % des actifs qu'il faudrait situer le niveau de précarité.
Par ailleurs le rôle des conditions de travail en association avec la précarité du travail reste à explorer quand on constate, avec l'enquête SUMER[36], la persistance en France

[33] P. WAR, Unemployment and mental health, ed. Clarendon Press, Oxford, 1987
[34] G. O'BRIEN, Distorsion in unemployment research : the early studies of Bakke and their implications for current research on employment and unemployment, Hum. Relations, 1985, 38 : 887-894

[35] Les grandes tendances, Actualité et dossier en santé publique, Dossier Santé et précarité, 1995, 12 : 4-7
[36] Enquête nationale SUMER 94 – premiers résultats, Odile HERAN-LE ROY, Nicolas SANDRET, Publication du ministère du Travail et des Affaires sociales, Paris, 1997

des conditions de travail dures (pénibilité physique, horaires atypiques).
L'enquête ESTEV réalisée sur plus de 20 000 salariés en 1990 montre clairement l'influence simultanée de ces conditions de travail et des facteurs psychosociaux sur ce qui entre en jeu dans le vieillissement (troubles du sommeil, santé ostéo-articulaire notamment)[37]. Qu'en est-il quand il y a passage par des périodes de chomâge ?
L'enquête STED montre l'accroissement de la dépression en fonction des conditions de travail, de la perception de ces conditions de travail et suggère en outre un effet additionnel dû au travail en sous traitance[38].
Face à l'ampleur des questions, le peu de réponses en nombre de travaux et recherches épidémiologiques diversifiés et aussi le petit nombre d'équipes de recherche impliquées posent également un problème. Certes les difficultés à mettre en œuvre des travaux solides sont considérables puisque les protocoles d'enquête sont plutôt à imaginer du côté du suivi prospectif de cohortes de grande taille, mais les exemples examinés montrent que tout n'est pas hors de portée. Il ne s'agit pas de refaire systématiquement des études de même nature pour se convaincre de leurs résultats, mais d'explorer les différents champs de la précarisation du travail qui à l'évidence ne se limitent pas à la perte d'emploi et au chômage et dont les effets ne sont probablement pas uniquement de l'ordre de la mortalité et de la santé mentale.
L'approche épidémiologique ne constitue pas non plus la seule voie d'investigation, mais il faut lui reconnaître le mérite d'apporter des arguments quantitatifs sur les différences entre les fréquences des atteintes de la santé (risques relatifs) au sein des groupes de population, passage incontournable pour dégager à partir d'observations singulières, des lignes de force plus générales susceptibles d'un regard collectif, de type santé publique par exemple.

Au total, il paraît clair qu'il y a nécessité à élaborer un champ de recherches épidémiologiques sur les rapports entre la santé et les processus de précarisation du travail. Mais cela suppose :
- de clarifier les descripteurs de la précarité,
- de promouvoir la pertinence des recherches dans le domaine, tant du point de vue des connaissances que du point de vue de la santé publique,
- de mettre en place des études longitudinales afin d'identifier et de comprendre les processus de précarisation et, parallèlement, les évolutions de la santé,
- de s'intéresser à la santé psychique, en particulier au sujet de l'angoisse, de la dépression et de la souffrance,
- de diffuser les informations disponibles sur les conditions de travail et les mouvements de la population au travail,
- de tisser des réseaux de recherches réellement coopératifs.

Cela suppose aussi davantage de coopération entre différentes disciplines pour construire un cadre interprétatif convaincant puisqu'à l'évidence on est confronté à des phénomènes complexes qui mettent en jeu l'individu biologique, psychique et social au travers de son parcours historique. Mais il n'y a pas de science sans conscience. Faut-il encore percevoir que la question du travail et du rapport au travail doit être au centre des réflexions sur la santé.

[37] Age-Travail-Santé – Enquête ESTEV 1990, Francis DERRIENNIC, Annie TOURANCHET, Serge VOLKOFF (Editeurs), éditions INSERM, Collection Questions en santé publique, Paris, 1996

[38] Ghislaine DONIOL-SHAW, Dominique HUEZ, Nicolas SANDRET (Editeurs), Les intermittents du nucléaire, Enquête STED sur le travail en sous-traitance dans la maintenance des centrales nucléaires, éditions Octares, Toulouse, 1995

LA QUALITÉ : UNE ILLUSTRATION DE LA VRAIE NATURE DU MANAGEMENT

Alain Carré

" Le management peut être défini, en se référant à Michel Foucault, 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.[39] *"*

Instrument opératoire d'une idéologie, l'idéologie libérale, chacune de ses initiatives doit être analysée avec beaucoup de soin par les spécialistes du champ de la santé au travail, comme pouvant être porteuses de risque pour la santé au travail. Le management, par définition manipulateur, utilise le mensonge comme technique.

C'est dans ce contexte qu'il faut analyser la stratégie de la qualité.
Le management joue sur les mots. Ceux-ci se voient attribuer par le management un sens différent du sens trivial qui permet leur utilisation dans une manipulation idéologique et politique.

Dans la définition classique du terme qualité, rien ne préjuge de sa nature bonne ou mauvaise. Un glissement de sens, vers celui d'excellence, de supériorité, sensées conférer la noblesse à " l'homme de qualité " le transforme en concept très positif. Comment pourrait on être " contre " la qualité ?

Sous la poussée des États-Unis, une série de normes internationales, les normes ISO de la série 9000, appliquent

[39] Frederik MISPELBOM : Au-delà de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur, Syros, 1995.

ce concept aux différents secteurs de l'économie, tentant de lui conférer une valeur universelle. Mais on ignore souvent qu'une autre norme, la norme ISO 8402, traite du " vocabulaire " des normes de la série 9000. Incontournable, elle définit, un à un, chaque concept du " management de la qualité ".

Ainsi la qualité c'est : *" l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ".* Une *" entité* – est – *ce qui peut être décrit et considéré individuellement. Une entité peut être par exemple: une activité ou un processus, un produit, un organisme, un système ou une personne ou une combinaison de l'ensemble ci-dessus ".*
Trois caractéristiques découlent de cette définition managériale de la qualité: son universalité, la personne n'étant qu'un objet parmi d'autres, son individualité, sa variabilité en fonction de valeurs implicites. Elles sont en rapports avec les objectifs poursuivis par le management : instrumentaliser, individualiser, manipuler les salariés.

Comme l'écrit un spécialiste de la qualité[40] celle-ci est ainsi investie à la fois d'un rôle idéologique et politique *" qui concerne l'encadrement, les techniciens et les opérateurs, idéologique car il s'agit d'assujettir l'ensemble du personnel à de nouvelles figures symboliques, faisant des uns des animateurs voire des militants, des autres des petits entrepreneurs. Politique car ce qui est en jeu, c'est le pouvoir dans l'entreprise, c'est la capacité de la direction à mener l'entreprise là où elle veut qu'elle aille (...) Sans forcément penser que cela soit l'un des buts poursuivis, on peut tout de même constater que ces démarches qualité provoquent des effets qui obéissent à la devise, diviser pour régner. "*

Or, cette instrumentalisation et cette individualisation s'opposent en tout à ce qui fait la valeur du travail à la fois techniquement et pour la santé. Le travail est en effet la coopération entre les femmes et les hommes pour obtenir la mobilisation coordonnée qui permet de faire ce qui n'a pas été prévu par l'organisation du travail.
Il y a là une contradiction paradoxale mais indépassable, un défaut de cohérence, comme ils disent, qui n'a pas pu échapper aux organisateurs du travail. Mais dans un système idéologique l'idéologie prend le pas sur la réalité.
Les stratégies managériales, quelles qu'elles soient, ont donc pour finalité de transférer la gestion des conséquences de cette contradiction sur le salarié.

Dans un contexte de concurrence entre les entreprises les coûts de productivité doivent être revus à la baisse. Pour rendre le travail plus rentable celui ci doit s'intensifier.
Ce contexte impose de pousser les hommes et les femmes à dépasser les limites extrêmes de leurs capacités.
Un déficit de qualité pourrait en résulter.

En effet, les savoir-faire peuvent être figés par la disparition de leur élaboration collective ou encore les contraintes temporelles contraignent les salariés à choisir entre production et qualité.

Taylor[41] en 1927 avait déjà signalé cet écueil : *" un des dangers contre lesquels il faut mettre en garde, lorsque les salaires d'un homme ou d'une femme ne dépendent que de la quantité d'ouvrage fait, est que cet effort pour augmenter la quantité ne nuise à la qualité (...) La première chose est donc de rendre impossible tout relâchement sur la qualité sans qu'on s'en aperçut immédiatement. "*

En secteur productif l'utilisation du concept de qualité a plusieurs finalités. Il est une tentative pour recréer de l'extérieur des collectifs de travailleurs pour les contrôler et identifier leur savoir-faire pour les rationaliser au profit de la production. Les " cercles de qualité " ont été créés dans ce but.
Le temps n'est plus où le salarié était prié de laisser son cerveau au vestiaire avec son chapeau, le salarié est obligé de s'investir corps et âme dans le travail.

Comparé aux autres travailleurs sur la qualité de son travail en fonction de normes régaliennes par l'employeur, le salarié est en concurrence avec eux pour conserver son employabilité.
Isolement par la crainte, isolement culpabilisateur parce qu'il a pour moteur l'égoïsme de la survie et parce qu'il pose à chacun la question de ses propres limites.

Plus que d'un néo-taylorisme c'est de taylorisme aggravé voire ultime qu'il faudrait parler.

Les troubles musculo-squelettiques des travaux répétitifs sous contrainte de temps rendent non seulement compte de la torture des corps mais aussi de la géhenne des esprits qu'on force le salarié à réprimer ou à stimuler au-delà des résistances physiques.

Parler de qualité, c'est-à-dire du résultat à obtenir dispense en général de se poser la question des moyens. Ce concept se substitue en les euphémisant à des critères devenus péjoratifs et synonymes de contrainte: productivité, rendement, rentabilité et permet de les rendre implicites en les dissimulant derrière un rideau de fumée.

Il permet aussi de rationaliser et d'imposer des normes productives aux entreprises sous-traitantes. Celles-ci, îlots détachés du continent ancien de l'entreprise et ayant ainsi échappé à la prescription interne, peuvent être, par le biais de la qualité, à nouveau contrôlées de l'extérieur en faisant l'économie des moyens et des méthodes. On peut ainsi exploiter à distance en laissant les petits patrons se

[40] Frederik MISPELBOM : opus cité.

[41] F. W. TAYLOR, Principes d'organisation du travail, Dounod, 1927

salir les mains. En effet, la transmission à chaque échelon de l'astreinte qualité, à chaque fois renforcée par un nouveau contrat, transfère sur le salarié en bout de chaîne le cumul des contraintes.

Un autre " avantage " des démarches qualité concerne le secteur des services.
Dans les pays développés l'affaiblissement du secteur industriel productif par le biais des délocalisation et le renforcement du secteur des services rend nécessaire la mise au point de normes de productivité pour ce dernier secteur.
En effet les critères quantitatifs ne sont pas parfaitement adaptés.

Dans ce secteur la mise en concurrence des salariés se fait par l'évaluation du respect du contrat de service dont le but est la satisfaction du client seule manière de justifier le coût élevé de la prestation.
Toute plainte du client qui aurait autrefois été anodine est redoutée du salarié car elle peut déboucher sur une procédure disciplinaire et une perte de l'emploi.

L'amalgame entre qualité du service et satisfaction du client introduit dans l'entreprise la notion de contrat individuel entre chaque salarié et son employeur. La relation employeur salarié devient une relation client-fournisseur. L'entreprise n'est plus constituée de salariés mais d'une multitude de petits artisans devant fournir individuellement des services à leur client patronal qui est seul juge de leur qualité.

Le projet des démarches qualité est donc d'intensifier le travail sans compromettre son résultat grâce à l'implication psychique du salarié dans la gestion des contradictions de l'organisation du travail.

À terme il introduit un contrôle quasi obsessionnel qui rigidifie les postures professionnelles, individualise les salariés et réduit dramatiquement les marges de manœuvre.

Or, précisément c'est dans ces espaces de liberté que se préserve ou se construit la santé au travail si bien que prévenir c'est préserver des marges de manœuvre individuelles et collectives qui permettent à chacun un véritable choix de santé. Pour le médecin du travail, c'est aussi s'opposer, du point de vue de la santé aux obstacles qui diminueraient ces marges[42].

La rationalisation des moyens de contrôle des salariés par les démarches qualité mais aussi par d'autres mécanismes du management, leur instrumentalisation, l'intégration de leur fonctionnement psychique dans le processus économique, le dévouement, *perinde ad cadaver*, demandé à l'encadrement, nous incitent à nous poser la question de l'évolution de la nature du système libéral dont les fondements sont idéologiques.

En effet la plus grande prudence est de mise devant tout système reposant sur ces bases.
Une nette distinction doit être faite entre une évolution autoritaire et une évolution totalitaire.
Une évolution autoritaire vise en effet à isoler les hommes les uns des autres pour éviter qu'ils ne se regroupent pour agir.
Une évolution totalitaire ne vise pas à isoler mais à désoler.

La philosophe Hannah ARENDT définit le totalitarisme comme la greffe de la terreur sur une idéologie. La peur est élevée en principe d'action. La terreur totale se substitue aux lois positives du régime légal. Or, l'espace entre les hommes tel qu'il est délimité par les lois est l'espace vital de la liberté. La terreur vise à écraser les hommes les uns contre les autres en détruisant la seule condition essentielle à toute liberté : la faculté de se mouvoir qui ne peut exister sans espace.

Le totalitarisme érige la pensée idéologique unique en arme en la prenant " mortellement " au sérieux. À la pensée idéologique se substitue la logique avec laquelle l'idée est mise à exécution.
Selon elle, il y a *" d'un coté la contrainte de la terreur totale qui en son cercle comprime la masse d'hommes isolés et les maintient en vie dans un monde qui est devenu pour eux un désert ; de l'autre la force auto contraignante de la déduction logique qui prépare chaque individu dans son isolement désespéré contre tous les autres ".*
Le sujet idéal du régime totalitaire est l'homme pour qui la distinction entre fait et fiction et la distinction entre vrai et faux n'existe plus.

Le totalitarisme diffère de la tyrannie en cela que l'oppression de la tyrannie qui s'est aussi affranchie des lois se légitime par et contre une opposition : son principe est la crainte qu'elle inspire aux opposants éventuels. Pour régner elle isole les hommes les uns des autres mais toute la sphère de la vie privée avec ses possibilités d'expérience, d'invention et de pensée est laissée intacte.

Le totalitarisme ne peut tolérer cela il lui faut non seulement isoler politiquement les hommes mais aussi les

[42] C'est pourquoi le médecin du travail ne peut cautionner de telles méthodes et a fortiori qu'elles s'appliquent au fonctionnement du service où il travaille et à lui même.
En effet la démarche qualité introduit une obligation de résultat, elle constitue un contrat et à ce titre doit être soumis par le médecin aux instances ordinales; elle peut inciter le médecin à subordonner son indépendance à des objectifs de management. Par le biais de la qualité appliquée à la médecine du travail, une .../...

*telle démarche peut constituer un risque de passage à une médecine d'*entreprise.

" désoler " dans la sphère des relations humaines. La désolation est l'expérience absolue de non-appartenance au monde, c'est l'une des expériences les plus radicales et les plus désespérées de l'homme.
La désolation organisée est bien plus dangereuse que l'impuissance inorganisée de tous ceux qui subissent la volonté tyrannique et arbitraire d'un seul homme.

Au plan du travail, une tyrannie fondée sur l'isolement laisse généralement, en partie, intactes les capacités productives de l'homme car elle respecte l'homme en tant qu'*homo faber*. Si cette qualité ne lui est plus attribuée et si est niée sa qualité de sujet, le travailleur se transforme en *animal laborens*. Alors l'isolement devient de la désolation. Un pouvoir de cet ordre sur des travailleurs, serait dès lors automatiquement un pouvoir sur des hommes désolés et non simplement isolés et tendrait à devenir totalitaire.

Cette volonté de réduire les marges de manœuvre, en recourant par exemple aux démarches qualité, vise avant tout à isoler. Mais le système confronté aux inconvénients de cette stratégie cherche à les compenser en exigeant une implication psychique exclusive des salariés dans l'entreprise.

L'espace de liberté ayant disparu entre les salariés ceux-ci sont à la merci des sirènes de l'idéologie d'entreprise. N'y a-t'il pas un risque de voir se produire, ici ou là, des dérives totalitaires ?
Si l'on considère que l'économie prime partout sur la politique n'y-a-t-il pas de risque de contagion à l'ensemble de la société ?

–

ORGANISATION DU TRAVAIL ET PRÉCARISATION DE LA SANTÉ

Dominique Huez

LA DÉGRADATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Santé et travail

La santé pour chaque homme, femme et enfant, c'est d'avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien être physique, psychique et social[43]. La santé est donc un processus de construction actif par un sujet citoyen, acteur de sa destinée. Ce processus est donc différent de l'état de maladie d'un sujet passif et dépendant qui attend de la médecine qu'elle le prenne en charge. Santé et maladie ne se recouvrent pas, les terrains d'intervention qu'ouvrent la clinique de la santé au travail et la clinique de la maladie sont différents. Le travail, où s'engagent corps et intelligence dans les multiples espaces non pris en compte par l'organisation du travail, est quant à lui un déterminant essentiel pour la construction ou la déconstruction de sa santé par le sujet[44] [45].

L'irruption de la précarisation du travail

L'irruption en quelques années de la prise en compte de la question de la précarisation du travail et de ses conséquences pour la santé, signe de la rupture de l'amélioration historique de la condition salariale depuis ses origines, constitue un fait majeur[46]. C'est en définitive d'une réorganisation sociale générale du travail qu'il s'agit, d'un processus de précarisation sociale de grande ampleur[47].
Plusieurs sources de précarisation du travail peuvent être distinguées, chacune pouvant avoir un impact sur la santé avec des modalités différentes. On retient ainsi le fait d'avoir ou ne pas avoir un emploi, le statut même de cet emploi comme les contrats précaires de toutes sortes, le statut du salarié sur son lieu de travail comme la condition de sous-traitant ou d'intérimaire, et enfin les conditions même de travail comme les horaires, les rythmes, les expositions, les marges de manœuvre dans la réalisation des tâches[48] [49].
Le mouvement de précarisation actuel du travail se caractérise par des trajectoires d'emplois précaires, d'individualisation des parcours, de flexibilisation et d'intensification du travail, de diminution ou d'entrave des marges de manœuvres. Les personnes précarisées au travail voient se cumuler et s'amonceler les coûts pour la santé, une atteinte à la

[43] Christophe DEJOURS, Travail, usure mentale, 2° éd. augmentée, Paris, Bayard, 1993, 263 pages

[44] Philippe DAVEZIES, Processus de précarisation, organisation du travail, santé mentale, in : Béatrice Appay, Annie Thébaud-Mony, Précarisation sociale, travail et santé, Paris, éditions du CNRS, IRESCO, 1997 : 37-46.

[45] Christophe DEJOURS, Le Facteur humain, Paris, Que sais-je, PUF, 1995, 126 pages

[46] Robert CASTEL, Les métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat, Paris, Fayard, 1995, 490 pages

[47] Béatrice APPAY, Annie THEBAUD-MONY (dir.), Précarisation sociale, travail et santé, Paris, éditions du CNRS, IRESCO, 1997, 579 pages

[48] Francis DERRIENNIC, Précarisation du travail et santé, réponses, remarques et problèmes épidémiologiques, Archives des maladies professionnelles, 1995, 56, n° 3 : 183-188

[49] Santé, précarisation et précarité du travail, (dossier), Archives des maladies professionnelles, 1995, 56, n° 3 : 171-202

construction de leur identité et de leur citoyenneté sociale, et un déficit de support social[50].
Les contraintes de l'organisation du travail se surajoutent de plus en plus souvent aux incertitudes pour l'avenir qui accompagnent les emplois précaires. Il en est ainsi des rythmes de travail avec une densification du travail en rapport avec une gestion à flux tendu ou avec la nécessité de réponse immédiate à la demande des clients. Les horaires de travail sont aussi de plus en plus contraignants: horaires anormaux par rapport aux repères réglementaires, horaires atypiques du point de vue de la façon dont ils incluent plus ou moins de travail de nuit ou de week-end, horaires bousculés en permanence au sens où planification du travail à venir et durée sont soumises directement aux aléas de la demande, sans aucune régulation. Les amplitudes horaires extensives et incertaines imposent un temps non rémunéré et assujetti[51] [52].
Souvent, seul le résultat du travail est prescrit, et cela correspond trop souvent en fait à un processus d'invisibilisation des contraintes réelles. Cette évolution, faute de régulation sociale, paraît n'avoir pour limite que les possibilités physiologiques et psychologiques des individus. Il y a une contradiction majeure entre la réalité de l'investissement sans fin demandé dans le travail, et les conséquences sur la santé de la surcharge qui y est liée.

Prescriptions managériales et travail invisible

Le management actuel se propose de prescrire l'engagement dans un travail qui démobilise les hommes pourtant de plus en plus du fait de l'individualisation et de la mise en concurrence des salariés entre eux.
Dans ces conditions, les collectifs de travail se trouvent particulièrement fragilisés. Ainsi se développent plutôt des tâches morcelées pour lesquelles il n'est pas recommandé, voire interdit de coopérer. La contradiction entre le plaisir éventuel au travail conquis de haute lutte pour surmonter les difficultés, et la surcharge de travail est à terme intenable. La coopération pourtant ne se prescrit pas; par contre il est plus aisé de repérer ce qui peut y faire obstacle. L'absence de reconnaissance des contributions singulières et de débats sur le travail effectué et ses difficultés, en est parmi les principaux[53].
Le salarié précarisé dans son travail se trouve pris dans un faisceau d'injonctions paradoxales : entre prescription tatillonne et autonomie nécessaire, entre incertitudes sur la tâche réelle à effectuer, l'état du process, les moyens matériels et informatifs à sa disposition et la nécessité d'un minimum de stabilité et de coopération pour effectuer celle-ci[54].
Les savoir-faire et compétences se construisent souvent dans l'invisible, du fait du caractère dérangeant pour les prescripteurs des conditions réelles de la réalisation du travail.
On en revient à confondre la réalité du travail avec les traces que son contrôle génère. Pour pouvoir simplement faire son travail, il faut " tricher " de plus en plus avec les règles prescrites qui, de repères nécessaires, peuvent devenir des entraves. Si cette tricherie peut être mise en discussion et confrontée entre les professionnels qui coopèrent, elle permettra aux règles de métier de se construire et d'évoluer. Mise en visibilité pour la hiérarchie par les salariés concernés, elle pourra être prise en compte pour faire évoluer l'organisation du travail. Mais si le débordement et l'interprétation compréhensive des règles ne sont pas débattus, cette tricherie nécessaire pourra être vécue douloureusement et éventuellement déraper vers la fraude si le travailleur se trouve acculé et sans aucune marge de manœuvre dans un travail devenu invisible.

Sous-traitance et externalisation des risques

C'est ici un système centrifuge qui se constitue, où à partir d'un noyau stable de salariés en voie de précarisation sous le poids des contraintes extérieures, se développe une myriade d'emplois précaires dans les marges de la sous-traitance. L'éloignement juridique des véritables donneurs d'ordre dans lequel se trouvent les salariés qui effectuent le travail concret, à travers les situations de sous-traitance, intérim et faux artisanat, accentue l'écart existant entre le travail prescrit et le travail réellement effectué. À la périphérie des cercles concentriques de la précarité qui s'accentuent à chaque niveau de sous-traitance en cascade, se

[50] Souffrances et précarités au travail, paroles de médecins du travail, (Collectif), Syros, Paris, 1994, 357 pages
[51] Ghislaine DONIOL-SHAW, Dominique HUEZ, Nicolas SANDRET, Les intermittents du nucléaire, enquête STED, Toulouse, Octares, 1995, 250 pages
[52] Odile HERAN-LE ROY, Nicolas SANDRET, SUMER 1994 : l'état des lieux, Santé et travail, 1997, 20 : 13-17
[53] Philippe DAVEZIES, Processus de précarisation, organisation du travail, santé mentale, in : Béatrice Appay, Annie Thébaud-Mony, Précarisation sociale, travail et santé, Paris, éditions du CNRS, IRESCO, 1997 : 37-46
[54] Vous avez-dit stress ?, (dossier), Santé et Travail, 1997, 19 : 27-53

trouvent les frontières de l'exclusion sociale liée à la perte de tout rapport au travail. N'auront la chance de pouvoir rester ou rentrer dans ce système, que des travailleurs dont le profil et la santé " normalisés " pourront faire espérer un éloignement de la périphérie excluante.
Ce système entraîne un nivellement par le bas des conditions de réalisation du travail et des modes de rémunération[55]. Le développement de la sous-traitance de site ou hors site fait obstacle à la visibilité et la prise en charge des risques professionnels. Pour les salariés sous-traitants, ce n'est plus le véritable donneur d'ordre qu'est l'entreprise utilisatrice qui est responsable, mais l'entreprise sous-traitante aux marges de manœuvre souvent réduites, dont la fonction sociale est trop souvent de permettre l'externalisation des risques et des contraintes organisationnelles. On rencontre une multiplicité de ces situations aussi bien dans le nettoyage, l'hôtellerie, la distribution commerciale, la restauration, que dans le bâtiment, l'automobile, ou la maintenance nucléaire[56]. Les salariés y cumulent trop souvent contraintes organisationnelles et de conditions environnementales de travail physiques ou toxiques.

EXPOSITIONS ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Les expositions professionnelles

On ne dispose malheureusement d'aucune statistique concernant les maladies professionnelles des salariés aux emplois précaires. Par contre on sait par des enquêtes qualitatives que la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles qui relèvent d'une difficile course d'obstacle, devient quasi impossible quant il s'agit de salariés précaires[57].
Des études déjà anciennes[58] ont montré que dans certains secteurs industriels comme la métallurgie ou la chimie, les postes difficiles étaient souvent confiés à du personnel intérimaire embauché directement par l'entreprise utilisatrice. Aujourd'hui, c'est plutôt par le développement de la sous-traitance que les risques sont externalisés des entreprises qui les génèrent. Il en est ainsi avec le développement d'une sous-traitance hors site chez les équipementiers de l'industrie automobile, ou avec le développement d'une sous-traitance de site pour les activités de maintenance saisonnière des centrales nucléaires. On constate alors tant en matière d'exposition aux produits chimiques qu'aux rayonnements ionisants, que les diverses expositions y sont notablement plus importantes que pour les salariés du noyau stable des entreprises donneuses d'ordre. Ainsi dans l'industrie nucléaire, les doses annuelles individuelles de rayonnement sont quatre fois plus importantes pour les salariés sous-traitants que pour le personnel statutaire des centrales; ce chiffre est huit fois plus important au prorata du temps sur site nucléaire. Certains salariés en contrats précaires peuvent voir leur contrat de travail non renouvelé du fait de dosimétries jugées trop importantes par le donneur d'ordre, mais sans aucune garantie de travail et de revenus. En effet, la valeur limite d'exposition aux rayonnements ionisants est annuelle, alors que pour les produits toxiques elle est journalière. On voit ainsi des salariés précaires recevoir rapidement cette dose, et se trouver par la suite exclus de leur travail.

Se développent aujourd'hui des niches d'activités à risque dans les zones dont veulent se désengager les grosses entreprises. Ce sont ainsi les mêmes entreprises sous-traitantes qui peuvent intervenir pour le déflocage de l'amiante, et dans les activités de servitudes en centrales nucléaires. Ici, on peut craindre que les risques cancérogènes puissent être synergiques et non additifs comme les considèrent aujourd'hui la réglementation. Si l'emploi de salariés en contrats précaires a été récemment interdit pour le déflocage, le développement de contrats à durée de chantier assimilés à des contrats indéterminés permet de contourner la réglementation; d'autre part les travaux exposant aux cancérogènes chimiques ne sont pas interdits aux salariés précaires pour la majorité d'entre eux. Seule une interdiction de l'ensemble des contrats sous statut précaire pour les travaux exposant aux cancérogènes, mutagènes, et produits provoquant des troubles de la reproduction des catégories européennes 1, 2, et 3, permettrait d'arrêter de gérer l'emploi par le risque. De même l'interdiction de la sous-traitance en cascade, et la limitation de la sous-traitance à une réelle sous-traitance de capacité

[55] Béatrice APPAY, Annie THEBAUD-MONY (dir.), Précarisation sociale, travail et santé, Paris, éditions du CNRS, IRESCO, 1997, 579 pages
[56] Isabelle BILLIARD (coord), Identités, santé, insertion sociale et nouvelles formes d'emploi et de travail, Paris, éditions de la MIRE, 311 pages
[57] Annie THÉBAUD-MONY, La reconnaissance des maladies professionnelles, Paris, La Documentation Française, 1991.
[58] Martine FRANCOIS, Le travail temporaire en milieu industriel, Incidences sur les conditions de travail et la santé des travailleurs, Le travail humain n° 1, 54, 1991

entraverait les mécanismes d'externalisation des risques[59].

Les accidents du travail interdits

Du fait de leur forte visibilité sociale et de leur inscription dans une logique d'assurance, les accidents du travail sont devenus un des principaux indicateurs de résultats pour les entreprises. Pourtant ce ne sont pas sur les changement organisationnels d'un travail générateur de risques que les actions des entreprises vont surtout porter, mais sur la déclarabilité même des accidents du travail; les résultats sont là, plus le travail est précarisé, moins ils sont aujourd'hui librement déclarés[60].

Au début des années quatre-vingt-dix a été mise en évidence l'accidentabilité plus élevée des travailleurs temporaires. Celle-ci pourrait expliquer une part de la remontée de la fréquence des accidents de travail observée dans la période récente (1988-1991)[61]. Ce phénomène est particulièrement visible dans la métallurgie et le secteur interprofessionnel qui collationne entre autres les accidents des intérimaires. Il est notable que les intérimaires, population la plus accidentée, se retrouve selon les données de 1995 à 55 % dans l'industrie, principalement sur des postes d'ouvriers non qualifiés. Quant aux accidents de travail du bâtiment et des travaux publics et des transports, ils avaient peu baissé avant cette période et restent donc à leur niveau antérieur élevé. Les risques d'accident de travail sont ainsi fortement différenciés. La probabilité d'être accidenté est quatre fois plus importante pour les ouvriers que pour les autres salariés. Quant aux salariés sous contrats temporaires, ils sont trois plus accidentés que les salariés sous contrat à durée indéterminée.

Précarisation du travail et santé physique

Soumis à une concurrence de tous les instants, les salariés sont contraints d'accepter des charges de travail disproportionnées et des conditions de travail dégradées. La sécurité devient pénalisante quand le temps manque. L'inadéquation des tâches et des compétences renforce le phénomène. Plus le salarié augmente ses compétences en se surpassant, plus il lui est demandé. La conséquence inéluctable est l'épuisement physiologique. S'il ne récupère pas assez vite, il risque l'exclusion de l'entreprise. Ainsi l'âge et le handicap deviennent un critère fréquent d'exclusion.

Les conséquences de la précarisation du travail pour la santé, liées surtout aux contraintes organisationnelles du travail, peuvent se manifester à travers des atteintes organiques. On constate une agravation des atteintes générales à la santé dans la sphère psychosomatique comme dans celle de pathologies renvoyant plus à l'usure au travail. On notera ainsi une augmentation des troubles digestifs, des atteintes rachidiennes et rhumatologiques comme en témoigne la flambée depuis dix ans de très nombreuses pathologies articulaires et tendineuses.

Les lésions articulaires par efforts répétitifs

Les lésions articulaires par efforts répétitifs (LER) sont depuis quelques années la source la plus importante de maladies professionnelles reconnues. L'enquête récente *Affections périarticulaires et organisation du travail* menée par l'ANACT, l'INRS, et l'INSERM démontre le poids dans la survenue de ces maladies des gestes répétitifs, de l'absence d'autonomie dans l'organisation du travail, du flux tendu ou des contraintes de productivité qui pèsent sur les salariés exposés comme autant de facteurs de risque. On retrouve donc ces contraintes dans les situations où on constate un excès de syndromes du canal carpien, d'épicondylites et de douleurs de l'épaule qui sont les LER les plus fréquentes. Ces maladies professionnelles se rencontrent chez des populations précarisées dans leur emploi, dans leur statut, et dans leurs conditions de travail. Ainsi chez les équipementiers automobiles, les intérimaires sont plus atteints que les salariés permanents mais déclarent moins leur maladie professionnelle. Dans l'agroalimentaire, les contrats précaires sont nombreux, et les salariés cumulent travail répétitif parcellisé à court temps de cycle, intensification et flexibilisation du travail, travail en milieu humide, et forte incertitude pour l'avenir[62] ; aussi les LER y étant nombreuses, certaines entreprises peuvent aller jusqu'à externaliser les travaux les plus durs sur des tâcherons. Ces troubles musculo-squelettiques nous rappellent la persistance voire le développement d'un travail qui assujetti le corps et l'esprit et dont

[59] Les cancers professionnels, (dossier), Santé et Travail, 1992 : 4, 15-79

[60] Déclarer les accidents de travail, (dossier), Santé et Travail, 1996 : 25-50

[61] Marie-France CRISTOFARI, Les accidents du travail : indicateurs de précarisation de la santé au travail, in : Béatrice APPAY, Annie THEBAUD-MONY, Précarisation sociale, travail et santé, Paris, éditions du CNRS, IRESCO, 1997 : 47-60

[62] Odile HERAN-LE ROY, Nicolas SANDRET, SUMER 1994 : l'état des lieux, Santé et travail, 1997, 20 : 13-17

pourtant on nous prédisait la disparition avec le recul du taylorisme.
C'est en définitive la question du cumul des contraintes physiques et de la perception négative de sa situation professionnelle qui amplifie les problèmes de santé. Les auteurs de l'enquête ESTEV[63] ont bien montré comment un travail perçu comme monotone, un travail qui ne permet pas d'apprendre, un travail sans marge de manœuvre et sans les moyens appropriés pour obtenir un résultat de qualité peut augmenter notablement la prévalence des atteintes articulaires ou des troubles du sommeil.

Les asthmes professionnels méconnus
L'asthme professionnel est la maladie respiratoire la plus fréquente dans le milieu de travail. On en estime l'importance à plusieurs milliers de nouveaux cas annuels dont moins de deux cents sont reconnus en maladie professionnelle. En effet, dans les activités industrielles qui mettent en œuvre des végétaux, des animaux ou des produits dérivés, l'exposition aux allergènes qui en sont issus du fait de leur forte concentration atmosphérique augmente le risque d'asthme pour les sujets ayant des antécédents allergiques. Les asthmes professionnels sont aussi augmentés par contact avec les substances allergisantes ou irritantes de synthèse qui sont de plus en plus nombreuses. Ici, il n'y a aucun facteur individuel favorisant. Le développement actuel de l'emploi de travailleurs précaires pour des tâches insalubres, et la sous-traitance de nombreuses activités de maintenance industrielle externalisent une partie de ce risque hors de l'entreprise qui le produit, et rendent son identification difficile à l'occasion des enquêtes étiologiques concernant des travailleurs précaires ou des nomades industriels. Les asthmes professionnels sont particulièrement sous déclarés chez les travailleurs précaires qui sont écartelés entre préserver leur santé en perdant leur emploi, ou conserver leur emploi en voyant se dégrader leur asthme faute d'un retrait précoce de l'exposition. En effet, pour ceux-ci, les changements de poste, quasi impossible du fait de leur statut, sont de plus handicapés par la diffusion aisée de l'irritant ou de l'allergène dans l'ensemble de l'entreprise. Ainsi, près de cinquante pour cent des victimes d'asthme professionnel perdent leur emploi, et plus de la moitié subissent une baisse de leurs revenus.

Cancers professionnels : une absence de visibilité et de débat social
Aujourd'hui, 8,5 % des salariés, soit un million, sont exposés à des cancérogènes avérés pour l'homme. Mais il y a encore plus d'un millier de substances cancérogènes aux effets démontrés pour l'animal qui sont employées dans l'industrie et dont les salariés exposés n'ont pas encore été dénombrés. On évalue à au moins 10 000 décès annuels la part des cancers professionnels, soit 3 % des décès attribuables[64] [65]. Pourtant moins de 2 % des décès attribuables aux cancérogènes professionnels sont réparés en maladie professionnelle. Le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles entrouvre à peine ce système limitatif. Lorsque le cancérogène ne figure à aucun tableau, la preuve du lien entre exposition et cancer est difficile à établir ; de plus ne pourront être reconnues que des personnes ayant plus de 66 % d'invalidité.
La prévention des cancers professionnels est rendue encore plus difficile devant les nombreux mécanismes d'externalisation des risques qui déresponsabilisent de fait les véritables donneurs d'ordre. La succession d'emplois multiples pour des populations inscrites dans des parcours de risques rend particulièrement aléatoire la mise en œuvre du suivi post professionnel réglementaire pour ces populations lorsqu'elles sont au chômage ou à la retraite. Celui-ci peut être assuré par le médecin traitant à la demande de son patient, et pris en charge entièrement par la CPAM, mais à condition que les salariés aient été informés de leurs expositions passées. Leur entreprise doit leur fournir à leur départ un certificat d'exposition à des nuisances cancérogènes, ce avec l'aide du médecin du travail. On voit la difficulté de la situation en l'absence trop souvent de toute prise en compte et thésaurisation de ces informations par les entreprises.
Le scandale de l'amiante a tardivement éclaté, et pourtant même ici, on ignore la population réellement exposée à ce cancérogène très dispersif. Notons aussi que les décès qui y sont attribuables ne représentent que le cinquième des décès par cancers professionnels.
Faudra-t-il attendre la démonstration chez l'homme de l'impact des cancérogènes prouvés chez l'animal

[63] Francis DERRIENNIC, Annie TOURANCHET, Serge VOLKOFF, Age, travail, santé, Etude sur les salariés âgés de 37 à 52 ans, Enquête ESTEV 1990, Paris, Editions Inserm, 1996, 440 pages

[64] Bernard CASSOU, Dominique HUEZ et al (dir.), Les risques du travail, La Découverte, Paris, 1985, 640 pages

[65] Les cancers professionnels, (dossier), Santé et Travail, 1992 : 4, 15-79

en exposant une génération de salariés pour développer de façon volontariste une politique de prévention ? Le débat social sur la prise en compte des cancérogènes industriels n'a pas encore eu lieu faute de visibilité de ces risques. Ainsi la nouvelle norme de l'amiante admet un risque de décès socialement acceptable après exposition au long d'une vie de travail à 0,1 fibres par centimètre-cube, de l'ordre de trois pour mille. La norme des rayonnements ionisants, considérée en son temps comme protectrice, ne prévient pourtant à l'issue d'une exposition à ce niveau tout au long de la carrière que d'un taux de décès par cancers professionnels dix fois plus élevé. Notons de plus que les rares valeurs limites des autres cancérogènes ne sont généralement pas contraignantes et ne prennent pas en compte le risque de cancer.
On peut souligner le même retard dans la mise en œuvre d'une politique de prévention et la même absence de débat social concernant la prise en compte des effets pour la reproduction des toxiques industriels, ou des effets neurotoxiques des solvants.

LA SANTÉ MENTALE OUBLIÉE

Souffrances multiples et procédures défensives

L'impact de la précarisation du travail sur la sphère psychique est particulièrement important. Il ne s'agit plus en effet de " faire ", mais de " paraître " : paraître performant, paraître impliqué. Condamné au " moins-disant " au sens propre, le salarié doit réprimer ses aspirations et ses revendications. En effet, il est souvent seul face aux pressions. Il a peu d'espoir d'amélioration de sa situation. Il est souvent confronté dans l'urgence à des tâches pour lesquelles il manque de compétences et de moyens adaptés. Trop souvent, il ne peut pas attendre d'aide de son encadrement, lui-même en crise. L'affaiblissement des valeurs communes a rendu aléatoire la reconnaissance de son métier par ses proches collègues, ses pairs. Les stratégies défensives dans lesquelles le salarié se réfugie sont souvent dérisoires et peu efficaces sur sa souffrance. Il y a atteinte à l'image de soi. C'est alors souvent dans le silence que cette souffrance est vécue.
Dans certaines situations, des personnes, comme des salariés abusivement mis en concurrence, ou des membres de la maîtrise ou l'encadrement, en réponse aux sollicitations excessives de l'organisation du travail, peuvent développer une hyperactivité professionnelle jusqu'à ne plus pouvoir tenir. Ainsi l'organisation du travail exploite plus ou moins longtemps cet activisme professionnel défensif. Mais celui-ci n'est pas tenable longtemps, et les sujets développent à terme un individualisme défensif, voire un désengagement professionnel. Cette posture est contradictoire avec la coopération nécessaire au développement des collectifs de travail, mais aussi à la confiance qui l'autorise. La coopération bloquée, c'est la reconnaissance de la contribution singulière au travail qui s'en trouve entravée, et la construction identitaire précarisée.

Le vécu subjectif, la posture des salariés face aux contraintes, le processus d'intégration ou de précarisation dans lequel ils se situent sont donc déterminant pour la construction ou la déconstruction de leur santé. Aujourd'hui, malheureusement, la souffrance pathogène en rapport avec le travail se développe. Un collectif de médecins du travail l'a bien montré à travers la relation d'histoires plurielles enclanchant des mécaniques désastreuses sur les multiples dégats de parcours précarisés[66]. On voit aussi comment les processus précarisants s'en prennent aux points d'appui de la main-d'œuvre stable, comment ils inhibent ou pervertissent les dispositifs institutionnels de protection[67]. La souffrance vécue par les praticiens est au cœur de la réflexion sur leur exercice parce que l'accompagnement du sens de la souffrance de l'autre à travers une écoute intersubjective nécessite une attention à ce qui fait souffrance dans son propre métier. Elle permet aussi de pointer l'enchevètrement des contradictions professionnelles ancrées sur ce mécanisme de précarisation sociale à qui il va leur falloir donner sens pour agir professionnellement.

Isolement, exclusions, décompensations, suicides

Faute de défense psychologique efficace, les conséquences ultérieures de la fatigue accumulée, de la moindre performance, des effets du vieillissement et des transformations brutales de l'organisation du travail peuvent entraîner pour ceux qui ne résistent pas de nombreuses formes de mise au placard, de marginalisation ou d'exclusion, responsables de décompensations psychiatriques brutales, de tentatives de suicide, de troubles psychosomatiques

[66] Dominique HUEZ, La fondation du groupe Paroles et les nouveaux problèmes psychopathologiques rencontrés dans la pratique de la médecine du travail, Revue Internationale de Psychosociologie, 1996, 3, n° 5 : 63-76
[67] Dominique HUEZ, Face à la précarisation, quelles stratégies pour les pratiques en médecine du travail ?, Archives des maladies professionnelles, 1995, 56, n° 3 : 196-202

importants, de consommations de substances à visée psychotrope, légales ou illégales, médicalisées ou non.
L'évolution actuelle des rapports sociaux entraîne une diminution des possibilités de coopération, et donc une fragilisation des collectifs de travail. La solidarité de métier, de résistance ou de transformation se trouve ainsi entravée. Des sujets de plus en plus isolés peuvent être amenés à avoir le sentiment de " jouer leur vie " face à des modifications de l'organisation du travail incompréhensibles et dénégatrices de leur contribution. Ils ne sont plus en mesure de prendre la distance nécessaire pour tenter de changer avec leurs collègues cette réalité vécue comme insupportable. Faute de perspectives de transformation en lesquelles ils pourraient croire, ils sont beaucoup plus vulnérables au risque de décompensation psychiatrique.
L'augmentation apparente des suicides et leur mise en rapport spontanée par des collègues de travail avec des contraintes organisationnelles qui font sens, devient une question cruciale à prendre en compte. Le rejet brutal du sujet par une organisation du travail pour laquelle le salarié concerné considérait pourtant qu'il avait tout donné paraît une autre piste compréhensive.
Parfois pourra se développer une situation de crise psychopathologique collective aiguë avec des effets importants sur la santé mentale des travailleurs concernés. La souffrance psychique pathogène devient alors majoritaire dans le groupe des salariés concernés. De nombreuses personnes basculeront ainsi dans la dépression ou des maladies organiques. Pourtant, le rôle de l'organisation du travail n'est pas souvent ici mis en cause, et les explications touchant à la fragilité de tel ou tel abondent.

Contraintes organisationnelles multiples et dépression

On s'appuiera pour l'exemple sur l'enquête STED effectuée chez les intermittents du nucléaire intervenant en sous-traitance de la maintenance. Cette étude épidémiologique encore à sa phase transversale, est particulièrement intéressante du fait qu'au contraire des multiples études qui explorent la précarisation du travail en lien avec la perte d'emploi et le chômage, et sa relation avec la santé mentale, elle explore ici les différents facteurs organisationnels des conditions de travail et la perception de ces conditions de travail. Elle montre ainsi que les conditions de travail sont particulièrement dépendantes de l'entreprise donneuse d'ordre. La désorganisation de la vie familiale induite par les multiples changements de sites industriels éloignés du domicile principal au cours de l'année, a un rôle défavorable sur la santé physique et mentale. Pour la fraction de travailleurs y souffrant de leur travail, la dépressivité évaluée par l'indicateur international CES-D, est liée à l'absence de repos hebdomadaire, à un rythme de travail jugé imposé et insupportable, à un travail jugé sans intéret et répétitif, dans un contexte de mauvaise qualité d'information professionnelle, de manque d'autonomie dans le travail, de contraintes du point de vue des règles de sécurité, d'inquiétude pour le travail en zone à risque et du manque d'entente entre les membres de l'équipe de travail.

Un silence assourdissant

Mais les sujets luttent contre la souffrance et s'en défendent généralement ; c'est au silence de la santé et à une normalité énigmatique la concernant qu'on sera confronté le plus souvent. Le travail lui-même devra être interrogé pour en appréhender les contraintes. Ce sont alors des situations de travail incompréhensibles qu'il conviendra de repérer comme signaux d'alerte. Elles sont d'autant moins comprises qu'elles mettent en interrogation les représentations habituelles des bonnes règles en matière de sécurité, de qualité ou de sûreté. Derrière des situations le plus souvent analysées par l'encadrement en terme moraux et péjoratifs pour les sujets concernés, se cachent une résistance à des conditions de travail vécues comme intenables. Malheureusement ces " comportements étranges " ne sont pas compréhensibles spontanément aux travailleurs qui les mettent en œuvre collectivement ou individuellement. Leur élucidation implique qu'ils puissent en délibérer. C'est un défi aussi bien pour les préventeurs que pour les salariés.
L'encadrement lui-même peut être en crise dans ces situations du fait de ses actions dictées par la seule rationalité économique. Il met en œuvre pour se défendre de sa peur liée à sa méconnaissance du travail réel, des prescriptions exacerbées le clivant encore plus de ses subordonnés. Inscrit dans des logiques de concurrence entre collègues, victime d'un turn-over rapide qui le prive et le défend des effets à moyen terme de ses actes, il perd souvent la compréhension de son propre travail qu'il ne peut donc interroger pour le faire évoluer en prenant en compte la question de la santé au travail.

CERTAINES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES PEUVENT EXCLURE, ET PRIVER DE CITOYENNETÉ SOCIALE

Le lien social permis par une activité professionnelle est tellement important que pour des personnes profondément désinsérées ou exclues de tout travail, certains emplois précarisés dans leur statut, mais emplois tout de même, sont le passage obligé d'une réinsertion professionnelle. Mais ces travailleurs y ont très peu de marges de manœuvre, de reconnaissance de leur contribution et y sont privés de citoyenneté sociale de fait Cela ne saurait donc être un mode d'organisation du travail banalisé. Y sont déjà cantonnées aujourd'hui de plus en plus de personnes qui n'ont qu'une hâte, c'est d'en sortir par le haut. L'absence de droit au travail, de droits sur les lieux de travail, de reconnaissance, est souffrance pour de trop nombreux travailleurs.

La précarisation du travail ne se confond pourtant pas avec l'exclusion qui est du côté de l'indigence, pour ceux qui sont dans l'impossibilité physique ou sociale de travailler (4). La précarisation du travail concerne des personnes qui voudraient pouvoir construire leur santé en travaillant mais qui pâtissent ou de l'absence de travail, ou d'un travail qui les use corps et âme.

Les modifications entraînées par la précarisation du travail et de la santé ont donc des effets majeurs sur la dynamique sociale. Pour de trop nombreux travailleurs, il y a perte de citoyenneté et soumission de plus en plus importante à l'arbitraire au nom d'un inéluctable économique jamais discuté qui devient la pierre angulaire de notre système de valeurs, l'homme n'étant plus qu'un moyen. Aujourd'hui pourtant ces questions essentielles ne rejoignent pas l'espace public. L'investissement sans limite, corps et âme, imposé par de nombreuses activités aujourd'hui, entraîne à échéance l'exclusion des travailleurs usés par celles-ci. En sus d'une usure physique, c'est leur construction identitaire qui s'en trouve entravée.

On parle d'emploi et non plus de travail; le contenant est privilégié et non pas le contenu qui seul peut permettre la construction de la santé, de l'identité, du lien social et de la citoyenneté. C'est bien la centralité du travail qui est en question et demeure pourtant indiscutée.

CONCLUSION

Le développement aujourd'hui de la précarisation sociale aggrave les risques professionnels. Il n'y a pas de bonne organisation du travail, mais des organisations où la contribution des sujets peut être prise en compte, où ils peuvent développer marges de manœuvre et coopération, et d'autres où elle est niée, où se développent, faute de reconnaissance des contributions singulières, l'aliénation sociale d'une part grandissante de travailleurs qui subissent une politique mise en œuvre par une part grandissante de managers eux-mêmes aliénés culturellement, car coupés de la connaissance et de la compréhension du travail réellement effectué..

Comme l'écrivait un médecin du travail dans l'ouvrage *Souffrances et précarités au travail*, *" mes certitudes vacillent, mais il m'en reste une, nul n'a le droit d'en aliéner un autre "*.

La socialisation de la souffrance au travail vécue individuellement et parfois de façon coupable est nécessaire. Prendre en compte collectivement la souffrance en rapport avec l'organisation du travail et les rapports sociaux permet de nommer les choses, les contraintes subies. Cela permet de mettre des balises, donne des clefs à la compréhension, et d'y donner sens. La culpabilité individuelle qui enferme trop de salariés peut être brisée par la légitimité de mettre en débat le vécu douloureux des contraintes. Cette démarche ouvre la porte à nouveau à la coopération, permet de recréer du lien social. Elle est à la base de la mise en œuvre de collectifs de travail, de résistance, de transformation, facteurs d'évolution du travail en un sens compatible aux besoins humains.

CHAPITRE 2 : MÉDECINE DU TRAVAIL, UN ÉTAT DES LIEUX

MÉDECINE DU TRAVAIL: UN ÉTAT DES LIEUX

En étudiant les effets de l'évolution des entreprises et de la société sur la santé au travail à l'aide d'outils appropriés, les médecins du travail ont pu conseiller le monde du travail sur ce qui paraissait nécessaire de mettre en place pour pallier aux difficultés et tirer le meilleur parti des transformations du point de vue de la santé. Ils ont ainsi participé à l'évolution du champ de la santé au travail.

À chaque étape, ses pratiques se sont adaptées en tenant compte des avancées politiques et techniques

*La situation d'involution qu'engendre le primat économique exclusif, de ce point de vue, confronte l'institution à de graves difficultés. (" **L'évolution du champ de la santé en médecine du travail** ")*

Ces nouvelles données prennent la médecine du travail à contre-pied.

*En effet des regards convergents mettent ici en lumière que la santé des salariés n'est plus nécessaire à la prospérité de l'entreprise voire que leur santé est un obstacle à sa prospérité. (**" Regards sur une certaine organisation du travail "** ; **" Trois histoires ordinaires** ")*

*Le désarroi gagne les médecins du travail. Quel peut être le rôle d'un médecin du travail dans une entreprise où les atteintes à la santé sont au mieux une conséquence inéluctable du système économique? (**" Y a t'il un médecin du travail dans l'amphi** ? **")***

*Comment, en effet, faire coïncider ce qui constitue la base même de la médecine et un exercice dans un milieu qui ne reconnaît pas ses valeurs ? (**" De la singularité à la pluralité ")***

*La violence qui pèse sur les rapports sociaux de travail atteint, en particulier, de plein fouet l'humanisme médical et la déontologie. (**" Violences silencieuses et règles de métier ")***

*Parfois le médecin du travail baisse les bras. De cela témoigne la conduite de certains d'entre eux. À ce sujet l'affaire de l'amiante permet de mettre en lumière les failles (faudrait il écrire les gouffres ?) du système de prévention de la santé au travail où risque de s'engloutir la médecine du travail. (**" Amiante : les leçons à tirer ")***

*Des médecins du travail interrogent l'organisation du travail tout en se débattant dans ses filets. (**" De nouvelles pratiques cliniques pour préparer l'après taylorisme ")***

*Face à ce danger mortel pour leur profession, des médecins du travail s'organisent et proposent des modalités d'action du point de vue de leur professionnalité. (**" Cinquante ans de médecine du travail ")***

L'ÉVOLUTION DU CHAMP DE LA SANTÉ AU TRAVAIL EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Dominique Huez

L'évolution de la médecine du travail depuis 1946 nous parait illustrative de l'évolution de la prise en compte de la problématique santé-travail tant dans les entreprises que dans la société. Cette évolution est bien évidemment aussi dépendante de l'évolution des conditions de travail dans les entreprises que de l'évolution des connaissances scientifiques qui ne sont pas sans rapport avec ces dernières. Pour les besoins de cet article, nous ferons une typologie en quatre périodes, typologie bien évidemment simplificatrice tant il est vrai que la réalité est plus complexe.

UNE PREMIERE APPROCHE DE SANTÉ PUBLIQUE À TRAVERS UNE PRÉVENTION MÉDICALE TERTIAIRE

PREMIÈRE PÉRIODE : 1946-1960

La médecine du travail se développe dans l'immédiat après-guerre puisqu'elle est née en 1946. C'est l'époque du " retroussez vos manches " ! Il s'agit d'accompagner la santé des travailleurs pour permettre la relance d'une économie dévastée. Comment faire alors pour que chaque travailleur ne soit pas un danger pour son entourage (les maladies infectieuses), pour lui même, du fait particulièrement de possible abus d'alcool, et pour qu'il ne continue pas à être exposé à des nuisances professionnelles excessives si sa santé est déjà clairement altérée par celles-ci.

C'est la période de la prévention médicale tertiaire, la vision de la prévention de la nation rejoignant celle de l'entreprise ; en ce sens on peut parler d'une approche santé publique. Les facteurs de santé reconnus comme néfastes sont ceux qui entraînent des effets importants à court terme ou sont très invalidants à court-moyen terme. Les repères nosologiques sont les tableaux de maladies professionnelles qui progressivement vont réparer les formes évoluées de celles-ci. Financée exclusivement par les employeurs, la médecine du travail est gérée par ceux-ci mais avec un contrôle des représentants des salariés, ou gérée de façon paritaire dans un petit nombre de cas, le médecin du travail devant rendre compte de son activité aux partenaires sociaux.

La bonne santé a alors pour acception l'absence de maladie invalidante. Issue de l'héritage social qui a présidé à la naissance de la médecine du travail, les restrictions médicales d'aptitude ont alors pour objet de

protéger la santé des salariés atteints par un processus morbide important.

L'accidentabilité au travail est une préoccupation importante, prioritaire pour le médecin du travail à travers la mise en place d'infirmerie du travail pour assurer les premiers secours, et point de départ d'une prévention technique où souvent tout est à faire. Versant professionnel, il s'agit de dépister les affections professionnelles très invalidantes comme la silicose ou le saturnisme avéré, versant santé publique hors d'une acception incluant la santé professionnelle, il s'agit de dépister les tuberculoses (à cette époque, l'image de la médecine du travail était la radioscopie) ; on connaît d'ailleurs le rapport entre le développement de cette affection et les mauvaises conditions de travail ou de vie.

La médecine du travail s'exerce quasi exclusivement à travers des visites d'aptitude au cabinet médical, et son objet est de limiter les atteintes à la santé importantes, dans un environnement de travail plus ou moins hostile et pour lequel les possibilités d'amélioration en terme de prévention ne se dégagent que très progressivement.

SUR LES LIEUX DE TRAVAIL UNE PRÉVENTION NORMATIVE, ET UNE PRÉVENTION MÉDICALE SECONDAIRE
DEUXIÈME PÉRIODE :1960-1975

Une fois l'économie redémarrée, va se développer progressivement un taylorisme flamboyant dans l'industrie; c'est dans celle-ci qu'on pense alors être localisés les principaux problèmes de santé au travail. La conception des postes, des espaces et des lieux de travail réfère à cette idéologie ; la conception de l'homme moyen à la base de la normalisation en est issue.

La référence préventive sur les lieux de travail est alors pour le médecin du travail, l'ingénieur de sécurité hygiéniste. Les conditions de travail nuisibles pour la santé sont les facteurs de risque mesurables pour lesquels la normalisation semble un bon outil de prévention. Cette approche s'est développée en parallèle à celle employée pour les matériels techniques dans la prévention des accidents du travail. Les facteurs de risque physiques se prêtent bien à un mode de prévention fondé sur la mesure : éclairage, bruit, vibrations, charges, rayonnements, etc, pour lesquels seront progressivement édictées des références tendant à limiter les nuisances engendrées. Pendant toute cette période, il n'existera généralement pas de politique identique visant l'exposition aux agents toxiques, les mesures atmosphériques effectuées devant se référer aux normes étrangères, la France ne disposant de normes, la plupart du temps indicatives, qu'à partir de 1982.

L'approche par facteurs de risque devient progressivement toute puissante, ceux-ci étant envisagés indépendamment les uns des autres. Si la normalisation et les moyens de l'entreprise le permettent, sera développée la prévention collective qui est ici plutôt du domaine de l'ingénieur de sécurité ; ce sont principalement les connaissances scientifiques issues de la physiologie du travail qui sont à la base de la normalisation. Le médecin du travail excellera quant à lui du côté de la prévention individuelle par le développement de l'éducation sanitaire, et particulièrement par celui du port de protections individuelles contre les nuisances. L'aspect contraignant de ces dernières n'est généralement pas mis en rapport par le médecin du travail avec l'astreinte qu'elles entraînent, car il s'agit de protéger le salarié à tout prix. Leur non-port peut même entraîner de la part de certains médecins comme dans le cas des protections auditives chez les sujets présentant une altération minime de l'audition, une restriction d'aptitude. Il s'agit bien d'une démarche de prévention prescriptive.

C'est dans la fin des années 1960 que les médecins du travail sortent de leur cabinet médical, pour consacrer le tiers de leur temps professionnel à la prévention des mauvaises conditions de travail. Ce tiers temps sera rendu obligatoire en 1979.

En parallèle d'une approche préventive normalisée sur les lieux de travail, se développe dans un certain nombre de cabinets médicaux une approche par profil d'aptitude, les contraintes de poste inventoriées et mesurées ayant leur pendant en matière de critères d'aptitude nécessaire. Dans ce système, l'aptitude médicale se transforme de fait en un système de sélection des salariés particulièrement " adaptés " à un ou plusieurs types de contrainte.

Ici, la conception du travail qui fait référence est un mal subi nécessaire devant lesquels les hommes sont plus ou moins impuissants. La santé au travail n'est plus seulement l'absence de maladies professionnelles invalidantes, mais elle inclut progressivement la prévention des affections chroniques. La pratique médicale passe de la prévention tertiaire à la prévention secondaire à travers le dépistage plus ou moins précoce de processus morbides. Pour cette prévention secondaire, on commence à employer des moyens techniques nouveaux (audiométries, spirométries) qui font pendant à l'emploi d'appareils de mesure de facteurs de risque physique (sonométrie, métrologie des poussières, etc.).

Le lieu de construction d'une dynamique de prévention est maintenant l'entreprise ; celle-ci est accompagnée par le développement du droit du travail spécialisé en ce domaine, celui-ci référant au modèle de l'emploi stable alors très majoritairement présent puisque c'est encore la période des trente glorieuses. Les acteurs de prévention spécialisés voient se développer leurs prérogatives : ainsi au-delà des médecins du travail, les ingénieurs des services prévention des CRAM, les inspecteurs du travail, et les comités d'hygiène et de sécurité .

La prévention se construit dans l'entreprise en référence au normalisé et au réglementé. La circulation des informations concernant les risques du travail s'organise progressivement dans l'entreprise : éléments du bilan social, du rapport annuel du médecin du travail, déclarations obligatoires de risques susceptibles d'entraîner des maladies professionnelles à la CPAM. Le cœur de la dynamique préventive en matière de santé au travail est ainsi situé à l'intérieur de l'entreprise, conçue comme une entité juridique privée, autonome, et isolée, couverte par le secret en tout ce qui la concerne, ce qui est à la base de la sortie du champ santé-travail de la santé publique, cette scission étant matérialisée par la tutelle de deux ministères différents. Cela a bien évidemment des répercussions négatives sur la recherche en matière de santé au travail, mais ne semble pas poser de problèmes notables dans le champ social, puisque le moteur des transformations positives en matière de conditions de travail est bien souvent en rapport avec les luttes sociales dont la réglementation capitalise les avancées.

LA FAILLITE DU MODÈLE DE L'HOMME ISSU DU TAYLORISME COMMME OPÉRATEUR DE PRÉVENTION

TROISIÈME PÉRIODE :1975-1985

Les années soixante dix ont vu une forte remise en cause du système d'organisation du travail taylorien. Les ouvriers spécialisés, exclus de toute activité de conception et condamnés à un travail de plus en plus morcelé et parcellisé à l'excès, remettent brutalement en cause leur statut et la santé qui en découle, en témoignent de nombreux mouvements sociaux sur ce thème à cette époque. Ainsi, on peut être en mauvaise santé et exclus de certains postes de production parce qu'on est trop vieux à trente ans du fait des exigences de la tâche ! La délivrance d'aptitude médicale au travail peut alors être ambivalente : en dehors des situations où elle est sciemment utilisée comme un moyen d'ajuster l'homme à un travail, certains médecins dans de grandes entreprises aux contraintes organisationnelles multiples mais diverses peuvent jouer sur celles-ci pour " limiter les dégâts ", mais dans d'autres situations où les effets sur la santé sont beaucoup plus univoques, ils se trouvent devant le dilemme de respecter, ou le droit au travail, ou le droit à la santé, ce qui est une injonction paradoxale quand on sait que ces droits sont en réalité interdépendants.

Les apports de l'école d'ergonomie de langue française représentée par A. Wisner, vont avoir un poids déterminant dans le renouvellement de l'appréhension des questions santé-travail. Est ainsi faite la distinction fondamentale entre travail prescrit par les concepteurs, et travail réel où les opérateurs engagent et construisent leurs savoir-faire. Les recherches ergonomiques démontrent alors que même dans les tâches les plus déqualifiées et taylorisées, il y a des activités de conception invisibles. C'est un autre regard sur le travail qui se construit montrant comment les facteurs de contraintes externes aux opérateurs et les facteurs internes à ceux-ci sont étroitement intriqués, l'aboutissement de ces interrelations spécifiques étant l'activité de travail elle-même de chaque opérateur. La nécessité apparait alors de prendre en compte " l'activité " de travail des opérateurs dans tout projet de transformation des conditions de travail, pour ne pas accroître le poids des contraintes et appuyer les propositions de transformation sur une réalité tangible.

Pour un certain nombre de médecins du travail, l'activité de tiers temps prend de plus en plus d'importance, car pour ceux-ci se situe ici le cœur du processus de prévention primaire. La démarche ergonomique d'analyse de l'activité de travail sur les lieux de travail qui peut déboucher sur des recommandations de transformation représente un modèle, car la clinique médicale est perçue comme cantonnée à la prévention secondaire, même si certains y voient un début de mise en évidence de l'activité réelle de travail à travers le dialogue avec les opérateurs. L'organisation du travail est ainsi repérée comme étant un des principaux facteurs pathogènes pour la santé. Les comités d'hygiène et de sécurité voient s'adjoindre à leurs prérogatives le champ des conditions de travail dans la dynamique des lois Auroux en 1982, ce qui donne un cadre paritaire à l'appréhension des rapports santé-organisation du travail.

Les processus de transformation des situations de travail initiés par les ergonomes reposent sur l'hypothèse qu'un consensus peut naître dans l'entreprise entre les différents acteurs pour concilier objectifs de productivité et de santé. Pourtant beaucoup de médecins du travail hésitent à franchir le pas d'une démarche de conception, où ils porteraient socialement le contenu des bonnes transformations au nom de leurs connaissances scientifiques, car ils sentent que ne sont pas pris en compte tous les besoins de santé des opérateurs ; à ne pas préserver le point de vue exclusif de la santé d'où ils parlent, ils risquent d'y perdre leur crédibilité. Il est vrai aussi que les contraintes de moyens et de temps auxquels ils sont en butte ne leurs permettent pas de se déployer sur ce terrain. Il faut d'ailleurs remarquer que cette démarche s'est plutôt développée dans les grandes entreprises et dans certaines entreprises pilotes, et que nombre de médecins du travail exercent déjà dans des entreprises aux marges de manœuvres très étroites du fait de leurs créneaux de production, ou de leur place dans le process industriel.

La problématique de l'analyse de la " demande " de transformation des conditions de travail modélisée par les ergonomes aura une influence déterminante par rapport à l'approche normalisatrice de la prévention. C'est à la prise en compte des problèmes d'enchevêtrement des contraintes de travail et à l'identification des questions d'organisation du travail sous-jacentes que vont s'atteler certains médecins du travail, qui commencent à sortir alors de l'approche prescriptive.

À côté de ce nouveau champ encore balbutiant, les progrès des connaissances interpellent les pratiques des médecins du travail. Y contribue un développement de l'épidémiologie des risques professionnels. Le modèle unicausal prend eau, et c'est plus une conception polyfactorielle de la genèse des atteintes à la santé au travail qui semble généralement pertinente. Ce point de vue fait découvrir le rôle des mauvaises conditions de travail dans des pathologies pour lesquelles on n'envisageait pas leur responsabilité: il en est ainsi des pathologies d'hypersollicitation articulaire (les TMS), des cancers professionnels, des troubles de la reproduction. Remarquons en tous ces domaines la particulière résistance française par rapport aux pays anglo-saxons et nordiques à prendre en compte et développer ces connaissances. Les différentes catégories sociales nous apparaissent alors inégales devant la mort à travers les études de l'INSEE (G. Desplanques 1984). C'est aussi dans cette période (1978) que le ministère du Travail réalise la première enquête nationale sur les conditions de travail (S. Volkoff, A-F. Molinié) permettant d'avoir une première cartographie des nuisances au travail.

La notion de la santé de l'OMS comme état de complet bien-être physique, psychique et social supplante progressivement celle d'absence de maladie, de silence des organes, et la notion de travail est revisitée par les apports de l'ergonomie sur l'activité de travail réel.

Les nouvelles technologies, les nouvelles formes d'organisation du travail, le développement de la taylorisation dans de nouveaux secteurs, le début des restructurations des entreprises sous la poussée du développement, déjà, de la crise économique ne sont pas sans répercussion sur le développement de dynamiques de prévention internes aux entreprises. Un certain nombre de secteurs frappés durement par la crise en sont dé jà exclus.

Du point de vue de la clinique médicale, la description des conditions réelles du travail effectuées par les opérateurs à l'occasion des entretiens cliniques systématiques apparait à certains médecins du travail comme essentielle pour pouvoir hiérarchiser les déterminants de santé qui pèsent sur eux. Cette démarche n'est pas sans répercussion sur la façon d'aborder les problèmes de toxicologie (ergotoxicologie), et sur le regard porté sur les protections individuelles du point de vue de leurs astreinte pour les travailleurs. C'est d'ailleurs parce que le suivi clinique est systématique et que la prise en compte des problèmes de santé est globale, au sens de non limitée aux pathologies avérées et connues, mais abordant l'infrapathologie, et comme on le verra plus loin, commençant à percevoir la souffrance et investigant les contraintes organisationnelles qui peuvent être une entrave à la santé, que la clinique médicale du travail est déjà repérée par certains comme pouvant jouer un rôle essentiel en prévention primaire. En matière de prévention, la dynamique de mise en œuvre d'une politique de prévention dépend de la volonté et des possibilités des employeurs, et de la " demande sociale " interne à l'entreprise. Pour que l'action du médecin du travail soit efficace, il se doit d'être à l'écoute de celle-ci et de rendre les résultats de ses observations à l'ensemble de partenaires de l'entreprise comme le lui indique la réglementation. Plus que des recommandations de transformations pertinentes, c'est à un déplacement des représentations et points de vue que tient l'efficacité d'une démarche médicale préventive.

L'APPRÉHENSION DU SUJET SOUFFRANT, ET LA NÉCESSITÉ DE RÉINTRODUIRE L'APPROCHE SANTÉ-TRAVAIL EN SANTÉ PUBLIQUE

QUATRIÈME PÉRIODE : DEPUIS 1985

Au début de cette période, la crise économique a pris une importance considérable depuis déjà dix ans. Pour être viables, les entreprises se devraient donc d'être flexibles. Les contraintes temporelles de travail spécifiques par leur répétitivité et leurs butées temporelles courtes à l'époque du taylorisme flamboyant " s'enrichissent " d'horaires anormaux, atypiques, de très fortes amplitudes horaires. Pour un travail parfois de plus en plus court, c'est une fraction de la vie personnelle de plus en plus importante qui est assujettie ; c'est le règne en maître de " l'urgence productive " (A. Thébaud-Mony). On voit se distinguer deux populations : celle qui est surchargée de travail, ce processus semblant sans limite, au point un jour d'en justifier l'exclusion pour insuffisance de performance, et celle qui est exclue de tout travail, ou bien sans l'avoir jamais connu, ou bien après avoir été " vidée de toute substance " par celui-ci.

Si le taylorisme n'est pas mort et envahit de nouveaux secteurs comme le tertiaire (en témoigne le développement des troubles musculo-squelettiques), se développe une autre conception de l'organisation du travail, " l'autonomie contrôlée " (B. Appay), où seul le résultat est prescrit, le salarié se prescrivant à lui-même ses propres contraintes dans le cadre de marges de manœuvre trop souvent aussi rigides que des rails de chemin de fer condamnés à ne jamais diverger de la direction assignée. La délégation de prescription des contraintes de travail sur les travailleurs sous-traitants est une stratégie complémentaire des entreprises. En effet celles-ci réduisent au maximum leur noyau stable dans le cadre d'une stratégie internationale qui apparait comme une injonction sans alternative, en un mouvement d'externalisation sans fin du travail concret et des contraintes organisationnelles liées aux impératifs de flexibilité, de risques professionnels et de coût du travail humain. De fait, les populations les plus touchées par les contraintes d'organisation du travail sortent des lieux où pouvaient se développer encore une dynamique de transformation des conditions de travail favorables à leur santé. Ce mouvement d'éclatement, d'atomisation des collectifs de travail est celui de l'effondrement du droit du

travail dont le socle reposait sur l'emploi stable, malgré le développement en parallèle de multiples textes réglementaires destinés aux professionnels de la prévention, dont le rôle est trop souvent un alibi social tant leur mise en œuvre est difficile; il est aussi celui du développement des diverses variétés d'emplois atypiques qu'il faudrait maintenant présenter comme la nouvelle norme. Sur l'envers du travail, où sont concentrés contraintes, risques et précarités, disparaissent les possibilités d'améliorer la santé au travail. Dans ces secteurs, l'aptitude médicale au travail a perdu toute signification, puisque la moindre restriction d'aptitude dans un objectif de sauvegarde de la santé risque d'entraîner la perte de l'emploi avec une très forte probabilité.

Depuis les années cinquante, un certain nombre de médecins confrontés entre autres aux effets du taylorisme sur la sphère mentale étaient à la recherche de maladies mentales professionnelles spécifiques (Le Guillant, Bégouin…). Cette recherche s'est progressivement trouvée dans une impasse jusqu'au renouvellement de ses perspectives au début des années 1980 par Ch. Dejours, qui s'intéresse alors à la souffrance psychique en rapport avec l'organisation du travail, et aux procédures défensives pour s'en défendre avant qu'une minorité d'agents ne bascule dans des maladies psychosomatiques ou des décompensations psychiatriques. Il réinterroge une normalité énigmatique et explore la centralité du travail du point de vue de " l'actuel de l'équilibre mental ". L'impact de cette nouvelle approche de psychodynamique du travail sera progressivement déterminante en santé au travail et pour les pratiques des médecins du travail. En effet, en s'appuyant sur les avancées de l'ergonomie dans l'appréhension du travail, au-delà de l'opérateur des ergonomes dont l'exploration s'arrête avec les apports de la psychologie cognitive, il réhabilite le sujet issu de la psychanalyse, mais dans l'actuel et déterminant du travail d'aujourd'hui. Cette nouvelle approche permet de commencer à " rationaliser " une clinique médicale du travail fondée sur l'écoute de la souffrance et l'élucidation de procédures défensives collectives ou individuelles, qui au-delà d'une éthique de la compassion, jette les bases d'une éthique du témoignage sur ce que le médecin du travail entend secrètement dans le cabinet médical, dont il souffrait antérieurement quand il ne se protégeait pas de cette é coute, mais dont il ne savait que faire, hors d'un accompagnement compatissant, dans une perspective de prévention.

Les questions posées pour la santé en rapport avec les effets négatifs de l'organisation du travail prennent ainsi plus d'acuité dans le cadre d'un développement massif de la précarisation du travail qui touche les emplois comme l'organisation du travail et son contenu. Le travail dont on commence à comprendre en quoi il est un facteur essentiel de santé, qu'on cerne mieux comme ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail (Ph. Davezies), est paradoxalement en train d'entraver trop souvent le développement de la santé. Du point de vue d'une démarche préventive interne à l'entreprise, l'apport de la psychodynamique du travail permet le développement d'une prévention compréhensive, explicative des limites et impasses d'une prévention prescriptive. Mais que faire de la parole du sujet souffrant dans des entreprises atomisées, étranglées économiquement, où les collectifs de travail disparaissent. À l'évidence, la clef d'une dynamique de prévention ne réside plus systématiquement dans l'entreprise.

Ce nouveau contexte va obliger les médecins du travail à coopérer par-delà leur responsabilité individuelle dans le suivi des agents. Cette coopération s'avère indispensable pour construire les règles d'une nouvelle professionnalité du fait du changement complet du contexte dans lequel se posent maintenant les questions de santé au travail; coopérer pour faire progresser les connaissances, comme par exemple avec le développement de nécessaires études épidémiologiques pour mieux appréhender les interrelations complexes entre la santé et le travail, comme la question du vieillissement et de l'usure professionnelle, comme l'élucidation des effets de la précarisation du travail sur la santé, comme celle des effets à long terme de l'interaction de nuisances… ; coopérer aussi pour témoigner dans l'espace public de l'évolution des questions de santé au travail et des problèmes que cela pose en terme de santé entendue comme la possibilité pour chaque sujet de tracer son propre chemin, d'être acteur de sa propre destinée, d'être enfin citoyen, terme pourtant tabou trop souvent dans les entreprises. En témoigne le récent ouvrage de témoignages de soixante médecins du travail : *Souffrances et précarités au travail* (éd. Syros - 1994).

Aujourd'hui les éléments existent semble-t-il pour réhabiliter ou reconstruire une nouvelle approche de la santé publique en santé au travail tant il est vrai que de nombreuses questions de santé qui trouvent leur genèse dans l'entreprise y sont dans l'impasse. Cette nouvelle approche est d'autant plus nécessaire que les nouvelles questions posées par le développement de la précarisation au travail pour la santé sont généralement passées sous silence.

Le travail est, croyons-nous, élément fondamental de construction de la santé de chacun, facteur d'insertion sociale, de construction identitaire, socle de la citoyenneté. Le paradoxe aujourd'hui des effets délétères de la précarisation du travail ne nous fera pas pour autant rejeter la question essentielle de la centralité du travail aujourd'hui, débat essentiel en santé publique, et pratiquement absent. La visibilité des effets de la précarisation du travail sur la santé y est une question majeure; elle concerne chercheurs et praticiens. Pour y contribuer, le médecin du travail se doit d'être veilleur et témoin pour contribuer à faire émerger les éléments et le sens pour notre société de ce débat occulté.

_

REGARDS SUR UNE CERTAINE ORGANISATION DU TRAVAIL :

François Leroux

RECONNAISSANCES

Du travail des opérateurs de base lorsque ceux-ci expliquent leur travail, les ficelles du métier (mais pas toutes), le pourquoi de ce petit stock tampon… au nouveau responsable de secteur qui n'y connaissait pas grand chose.

Du travail de l'encadrement de proximité par les opérateurs, par la hiérarchie, le médecin, lorsque celui-ci est supprimé en partie : *" Ils mettaient de l'huile dans les rouages "*, *" On se sentait aidés, si besoin "*.

Du médecin du travail par les responsables : *" Dites au grand patron, dites aux actionnaires… qu'il y a trop de pression, que l'on ne peut plus continuer comme cela "*. Pas facile cette situation, que faites-vous dans ces cas ? Ceux à l'origine de la " fuite " devant être protégés.

Du médecin du travail et de l'équipe médicale (infirmière, secrétaire) lorsque des salariés mis en inaptitude totale et définitive pour harcèlement psychologique, vous donnent des nouvelles de leur bon état de santé depuis. Cet avis d'inaptitude (suivi d'une obligation de licenciement) a été pour eux à la fois une libération mais aussi une reconnaissance du préjudice subi.
La démission souvent envisagée présente une notion de faute pour le salarié, et peut être très perturbante pour la suite. L'avis d'inaptitude dans ces cas est un acte vraiment thérapeutique et se traduit rapidement par l'arrêt, des consultations répétées chez le médecin généraliste ou le psychiâtre, avec qui des contacts avaient été établis par le médecin du travail.

Du médecin du travail par les médecins généralistes ou les spécialistes qui sont très à l'écoute des explications que nous leur donnons sur les contraintes nouvelles du travail.

MODERNIE

Prenez une entreprise qui se " modernise " (réindustrialisation du site), sous-traite de plus en plus, adopte une fabrication en ligne et en flux tendu (ateliers sous-traitant du suivant à H - 4…, et tout cela dans un secteur fortement et forcément concurrentiel, saisonnier, marché déprimé…), vous avez forcément beaucoup de salariés en moins et des salariés qui ne suivent plus dans leur tête ou dans leur corps les changements et les rythmes demandés ou imposés.

J'aurais dû ajouter que la moyenne d'âge avance tous les ans d'un an dans la mesure où il n'y a plus de recrutements depuis quelques années ; que la polyvalence a été instituée pour répondre aux changements de charge de travail au cours de l'année sur certains produits, aux formations, absences, délégations… (sous couvert des bons conseils du bon docteur qui avait proposé des changements de gestuelles au cours de la journée de travail) ; que beaucoup de postes ont été optimisés (à la hausse évidemment) les améliorations ergonomiques le permettant ; qu'une réorganisation de l'encadrement vient d'avoir lieu avec un encadrement de proximité encore réduit.

Je pourrais ajouter également quelques autres ingrédients (procédures, normes ISO…) très classiques à cette salade que beaucoup connaissent.

Certes l'usine est propre, visitable, avec moins de nuisances physiques, mais il y a beaucoup de salariés tristes et démotivés à tous les échelons. Certains partent ou voudraient partir malgré le chômage environnant.

Ce n'est pas un hasard si les secteurs les plus déstabilisés par cette " modernisation " ont payé le plus lourd tribut en terme de TMS, maladies psychosomatiques… Il y a eu perte des repères habituels, des collectifs de travail. Il n'y a plus entre ouvriers cette entraide d'autrefois. Les monitrices ou les conducteurs de ligne, les régleurs, ne sont plus là pour amortir les difficultés parfois ponctuelles des salariés de base, les à coups de productions, les aléas, les dysfonctionnements. Je me suis un peu mieux rendu compte du travail réel qu'effectuait cet encadrement de proximité aujourd'hui réduit au minimum.

Parmi l'encadrement qui est resté, beaucoup ont été aussi déstabilisés (nouveaux horaires, nouveaux secteurs,…) et leur charge de travail est tellement importante qu'ils ne sont plus disponibles pour écouter, aider les salariés de leur secteur qui ont parfois l'impression d'être livrés à eux-mêmes (avec une production à sortir).
Certains qui connaissaient bien les difficultés des salariés, notamment dans le cadre des tendinites, et participaient avec eux et le médecin du travail à la recherche de la solution la moins mauvaise, vous envoient maintenant : *" Nous ne sommes pas un hôpital, docteur ! "*.

L'encadrement intermédiaire ou supérieur a tendance à renvoyer la cause des accidents, des tendinites… sur le comportement et la personnalité des salariés atteints.

Enfin, et c'est relativement nouveau, sur des lignes de montage, des équipes de travail ne supportent plus le salarié qui ralentit le mouvement de la ligne : soit que ce salarié est un peu plus lent, plus âgé, présente un handicap ou est en phase d'apprentissage sur un nouveau poste. Ces phases d'apprentissage ou de " formation " sont, malgré

les consignes, souvent bousculées et parfois réduites à 10 mn, comme je l'ai constaté.

D'un côté, les chargés de formation (formateurs relais, régleurs..) ne sont plus disponibles pour assurer cette fonction, étant déjà suroccupés. De l'autre, l'entraide qui se faisait naturellement dans les phases d'apprentissage, n'est plus possible. Dès qu'apparaît une sous charge sur un poste, celui-ci va être optimisé et l'opérateur (déjà au maxi) n'aura plus le plaisir et le " loisir " de transmettre son savoir au nouveau collègue.

PARADOXES

Une entreprise de trente salariés dans le commerce, suivie par un confrère : sept visites annuelles effectuées, les autres convoqués deux fois ne sont pas venus, rendez-vous pour un tiers temps jamais possible. En revanche, coup de téléphone pour trente vaccins contre la grippe à faire rapidement. Personne ne doit être absent pour la période très chargée d'avant Noël !

Visite d'embauche d'un intérimaire qui vient avec son triptyque où le poste de travail est ainsi libellé : travail en hauteur, manutentionnaire, travail répétitif. Comme quoi les agences d'intérim ont dû entendre parler de quelque chose ! À quand une demande d'aptitude pour exposition au bruit, aux poussières, et aux troubles musculo-squelettiques (TMS) ou polyvalent, puisque c'est la grande mode ?

Formation CHSCT dans un cadre syndical pour deux salariés d'une entreprise où il y a beaucoup de TMS (vraiment beaucoup). Intervention d'un médecin inspecteur du travail dans ce stage qui demande aux stagiaires ce qui ne va pas dans leur usine ou dans leur atelier. Les deux délégués, dont je suis le médecin du travail, lui parlent du gros problème de trichloréthylène, de la gêne occasionnée pour les salariés et de leur inquiétude à ce sujet. À aucun moment n'est évoqué le travail sous contrainte de temps et les tendinites qui en résultent (dont souffre une des déléguées présente au stage). La présentation qui est faite par les délégués laisse penser que le médecin du travail ne fait pas grand chose.
- Avec leur accord, le médecin inspecteur du travail me contacte et m'explique. Je donne les résultats de l'exposition du trichloréthylène, qui est 50 fois au dessous de la valeur limite (mesures effectuées au moment le plus défavorable, c'est-à-dire lors de la vidange, le lundi matin). Les résultats ont été communiqués au CHSCT où étaient présents les délégués !
- Moralité : une mauvaise odeur est plus facile à appréhender que des douleurs qui ne se voient pas, qui ne sentent pas.
Je suis souvent frappé par le silence quasiment " fautif " des délégués CHSCT lorsque la question des TMS est abordée.

Madame Durand est volontaire pour effectuer un remplacement de quelques semaines sur une ligne de montage dans un autre atelier. Les salariés changent de poste toutes les heures dans une équipe et toutes les trente minutes dans celle où arrive notre ouvrière. L'équipe est soudée et la nouvelle essaie de se mettre au diapason du rythme de montage et des rotations de poste. Les collègues lui montrent comment faire, mais rapidement, car il faut sortir la production. D'ailleurs, Mme Durand est connue pour être rapide, polyvalente et " bosseuse ". Elle retarde quand même un peu la ligne le premier jour surtout qu'une des pièces est un peu plus dure à monter depuis peu. Le lendemain, elle ne veut pas retarder la cadence, ni embêter les collègues en demandant leur aide. D'ailleurs, celles-ci lui font comprendre qu'elle doit y arriver maintenant. Le soir, Mme Durand a horriblement mal à son bras : arrêt – opération – reconnaissance au tableau de maladie professionnelle n°57 (TMS).

TMS encore : nous avons tous eu des salariés en visite annuelle (parfois de reprise) qui nous apprennent alors leur opération d'un canal carpien, survenue il y a quelques mois alors que lors de la visite précédente on n'avait rien vu, ni rien noté. Et combien se sont arrangés pour se faire infiltrer la veille d'un départ en vacances, pour ne pas prendre d'arrêt ?

Un cas extrême m'a quand même interrogé :
- Lors d'une visite d'embauche d'une salariée sur des postes à risque TMS, je me suis aperçu de deux petites cicatrices, très discrètes, au niveau des poignets témoignant d'opérations du canal carpien et qui n'avaient pas été citées lors de la recherche d'antécédents chirurgicaux. Pour couper court à la gêne ressentie par la salariée devant mon intrusion dans son intimité, je lui explique qu'il y a beaucoup de salariés dans son cas dans l'entreprise où elle vient travailler et que cela ne va pas poser le problème d'aptitude. Soulagement de la salariée qui m'apprend qu'elle a été opérée il y a sept ans du canal carpien droit, il y a six ans du canal carpien gauche, à chaque fois à la fin d'un contrat de travail pour ne pas être arrêtée.
- Elle m'explique très bien les travaux antérieurs qui lui ont occasionné ces troubles pour lesquels elle a souffert et consulté généraliste, neurologue… chirurgien. Elle parle, elle a besoin de parler. N'ayant pas de dossier antérieur, je lui demande si elle en a parlé aux médecins du travail qu'elle a vus. La réponse est négative. Effectivement, lorsque je reçois les dossiers précédents, rien n'est noté à ce sujet dans les sept visites médicales qu'elle a eues pour des CDD, ou surtout des missions d'intérim. Je signe la fiche d'aptitude sans restrictions malgré une petite épicondylite qu'elle a présentée lors des premiers jours de travail et je remplis une fiche de maladie à caractère professionnelle pour les deux canaux carpiens qui n'avaient pas été déclarés, la salariée n'étant d'ailleurs pas au courant que c'était possible.

Procédures / normes ISO / traçabilité / qualité-autocontrôle / polyvalences / changements de gammes fréquents… nous savons les contraintes en particulier mentales que cela entraîne sur les salariés. Mais parfois les salariés s'en emparent pour résister.

- Exemple : sur une ligne de montage, les quantités demandées sont difficiles à sortir et, de plus, il faut taper avec un maillet sur une pièce pour la mettre en place, ce qui n'est pas prévu dans la procédure affichée sur le poste (découpage de chaque poste en d.m.h : dix millième d'heure). Les salariés arrêtent de travailler, se rendent dans le bureau du chef et imposent que cette mise en place difficile soit effectuée hors ligne.

_____

_

TROIS HISTOIRES ORDINAIRES

Elisabeth Delpuech

HISTOIRE D'UN MALAISE

Monsieur D… V…, a 21 ans. Il a passé son permis poids lourd à l'âge de 20 ans. Il est vu en visite d'embauche quelque temps après avoir débuté dans une entreprise de transport national. Un mois avant cette visite, il a présenté un malaise au volant de son camion, entraînant une perte de contrôle du véhicule, sans lésion corporelle heureusement, malaise que le cardiologue lui a diagnostiqué comme étant vagal.

Le salarié est satisfait de son travail, il aime ce métier qu'il désire poursuivre, il considère cette embauche comme une chance, après plusieurs mois de recherche de travail .

Au dire de l'ensemble des salariés de l'entreprise, les conditions de travail au niveau des horaires sont acceptables, les temps de repos durant la conduite respectés .

Le médecin du travail lui délivre son aptitude. Il explique néanmoins au salarié que, s'agissant d'un poste de sécurité, il désire le revoir après avoir obtenu plus d'informations sur la pathologie qu'il a présentée. Avec l'accord du salarié, il écrit à son cardiologue qui, dans sa réponse, ne lui donne pas d'éléments médicaux mais lui conseille d'adresser le salarié à un cardiologue faisant partie de la commission préfectorale du permis Poids-Lourds. Le médecin du travail estime qu'il ne peut pas faire une telle demande ; il prie alors le salarié de se rendre en consultation d'aptitude professionelle spécialisée afin de faire superviser l'avis qu'il a prononcé .

L'histoire en est là. Plusieurs questions se posent au médecin du travail qui, au moment de sa décision, ressent lui-aussi un profond malaise et laisse chez le salarié un flou quant au sens de cette consultation.

Le Code du travail demande au médecin de rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs et donc d'établir une fiche d'aptitude en se préoccupant, lorsqu'il s'agit d'un poste de sécurité, de la sécurité des tiers et non plus seulement de l'intérêt du salarié pour sa santé. Peut-il en toute conscience être en même temps le médecin qui décide, en tant qu'expert, si ce salarié peut conduire ou non, et le médecin qui se positionne sur le plan de la santé au travail, c'est-à-dire dont l'objectif est de promouvoir des conditions de travail favorables à sa santé ?

La confiance établie au fil de la consultation, au fil des années entre le salarié et " son " médecin du travail ne peut s'accommoder du rôle d'expert dévolu à ce dernier .

Le Code de déontologie lui impose de se situer clairement vis-à-vis de la personne (art. 107).

Le salarié doit savoir à quelle question le médecin du travail répond en prononçant son aptitude.

Même si nous essayons lors de nos consultations de clarifier notre position, même si souvent lcs salariés comprennent cette position vis-à-vis de la sécurité des tiers, il n'en demeure pas moins que notre rôle, dans ce cas, s'avère difficile et peut transformer la relation de confiance établie.

C'EST LE METIER QUI VEUT ÇA

Lorsqu'il voit entrer ce jeune boulanger dans son cabinet pour la visite annuelle, le médecin du travail est surpris : le salarié est visiblement fatigué, pâle, amaigri ; " crevé " par ces horaires qui ne lui permettent plus le repos, démotivé, c'est très tendu au travail…

Le médecin contacte l'inspecteur du travail qui propose d'intervenir dans l'entreprise pour ce qui est de la législation sur les horaires. Puis il écrit à l'employeur afin d'obtenir une répartition du travail permettant un repos plus récupérateur :

Monsieur le directeur,
J'ai rencontré votre salarié X., le…, en visite médicale du travail. En tant que médecin du travail, je m'attache avant tout aux problèmes de santé pouvant survenir du fait de l'activité professionnelle.
C'est au titre de conseiller en matière de santé au travail que j'interviens auprès de vous.
Le fait que le poste de boulanger comprenne des heures de travail certains après-midi, de 15 h 30 à 19 h 30, après une journée de travail le matin (débutant trois jours à 3 h, un jour à 4 h, deux jours à 5 h, et se terminant à 10 h 30 minimum), ne permet pas une bonne récupération, tant au niveau sommeil qu'au niveau de la fatigue liée au travail de nuit.
En conséquence, je vous demande un réaménagement des horaires de ce poste afin que le repos de l'après-midi ne soit pas fractionné.
Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

LE CAMPING COTÉ COUR

Avril, monsieur D… vient de trouver un emploi à l'entretien d'un camping. Lors de la visite médicale d'embauche, le salarié explique au médecin qu'il est très satisfait de ce travail ; il a du bon matériel, des kilomètres de charmilles à tailler, du gazon à tondre, des caravanes à réparer, tout cela lui plaît bien. Pas de problèmes au niveau des horaires.
Août, le médecin se rend au camping pour une visite d'entreprise. L'employeur lui annonce qu'il vient d'envoyer une lettre de licenciement à son salarié car, selon lui, celui-ci n'est pas capable de supporter le stress d'un camping l'été. Le médecin lui fait préciser le contenu du travail et les horaires. Ceux-ci se révélent très flous, le salarié étant seul pour faire face, à toute heure, aux multiples demandes des campeurs. Ainsi, pour être disponible, il doit passer ses nuits dans une caravane du camping. Le salarié intervient durant l'entretien et demande une entrevue avec le médecin. Cette entrevue confirme la nocivité des conditions de travail et l'impact qu'a eu ce travail sur l'état psychologique du salarié. Celui-ci a d'ailleurs " craqué " quelques jours auparavant et dit tout haut " ses quatre vérités " à l'employeur.
Le médecin du travail oriente le salarié vers l'inspecteur du travail et adresse à l'employeur le courrier suivant :

Monsieur le directeur, suite à l'entretien que j'ai eu avec vous, puis avec votre salarié employé à l'entretien du camping, j'ai une compréhension plus globale des problèmes qui se sont posés. Il s'agit d'un problème de santé au travail : dans un but préventif, j'interviens dans ce domaine en tant que conseiller, tant auprès des employeurs que des salariés .
Lors de mon premier contact avec M. D…, à la visite médicale d'embauche du…, je n'avais pas noté de problèmes particuliers concernant les conditions de travail ; les horaires étaient à ce moment-là bien précis (8 h/12 h, et 14 h/18 h) et bien respectés. Or, il apparaît que durant la période d'accueil des campeurs, pour ce poste de travail d'entretien, la conjonction d'horaires de travail excessifs, de repos pris dans une ambiance sonore élevée et insuffisant au niveau de sa durée journalière, d'absence de repos hebdomadaire, a eu un effet nocif sur la santé du salarié. Il semble d'ailleurs, que durant cette période, les horaires de travail soicnt assez flous. Or, ceux-ci doivent être notés sur le contrat de travail de façon précise ; les heures supplémentaires, dans la limite autorisée par le Code du travail, doivent également être notées.
Je sais que votre activité est très intense durant l'été, et que vous avez donc besoin de salariés très disponibles pour les différentes interventions d'entretien. Il est très probable qu'en respectant les horaires prescrits par le Code du travail, un seul salarié soit insuffisant pour couvrir ces grosses journées de travail.
En espérant que ces quelques réflexions permettront une approche différente des problèmes qui se sont posés et une amélioration des conditions de travail de ce poste d'entretien, je vous prie d'agréer, monsieur le directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Y-A-T'IL UN MÉDECIN DU TRAVAIL DANS L'AMPHI ?

Mireille Cellier

J'ai souhaité me spécialiser en médecine du travail, car cette discipline, mal connue et souvent sous considérée, est en pleine voie de développement. La médecine du travail n'a pas mauvaise réputation, mais plutôt fausse réputation. Bien des personnes considèrent que les médecins du travail n'ont pas pu s'installer en médecine générale, ni choisir une autre discipline. Ils pensent que cette spécialité est subie plus que choisie. Alors pourquoi ce choix qui nécessite comme toute spécialité le passage du cap d'un concours, des études prolongées et des examens à la clé. Alors est-il maso ? non~motivé !

Une fois cette décision prise, on prend son cartable et on fonce sur les bancs de la fac pour se remplir la tête de toxicologie, de risques professionnels, de législation, de tableaux de maladies professionnelles. Quelques notions d'ergonomie, un peu d'épidémiologie, et on croit tout savoir. Risques chimiques, risques physiques, conduite à tenir et le tour est joué.
Les études médicales comportent dans un premier temps les sciences fondamentales qui nous expliquent comment l'homme fonctionne en bonne santé. Puis la sémiologie nous enseigne les dysfonctionnements possibles, la physiopathologie en recherche l'étiologie et enfin, la thérapeutique nous donne les recettes pour soigner, soulager ou guérir de façon plus ou moins complète cette complexe machine.

En médecine du travail, on oublie une partie des sciences fondamentales en omettant de nous enseigner le monde du travail. On part du principe que le monde du travail fonctionne bien. À partir de cette base pipée, on nous explique ce qu'il faut faire pour pallier aux risques professionnels, comment préserver la santé des salariés face aux nuisances C'est simple : prévention primaire, secondaire, tertiaire. Modifier les process, proposer des protections collectives et individuelles ; faire de l'éducation sanitaire. Beaucoup de théorie…

Les étudiants écoutent leurs enseignants (persuadés de leur science) avec intérêt en ayant intégré que le chef d'entreprise tout autant que les salariés n'attendaient qu'eux pour améliorer les conditions de travail et éviter tout aussi scientifiquement qu'intelligemment l'émergence des maladies professionnelles et des accidents du travail.

Après quatre années d'internat, ils arrivent frais et dispos avec leur savoir pour protéger salariés et patrons de tous risques professionnels. Combien grande est leur déception

en découvrant que le monde du travail ne les attendait pas. Bien souvent, reçus par le chef d'entreprise qui s'habille d'un sourire condescendant, ils comprennent que ce qu'ils ont appris sera difficile à mettre en pratique. Ils commencent à réaliser que le canevas de leur connaissance avait des mailles filées. Cela leur paraissait pourtant simple.
Récapitulons : tel risque, telle conduite à tenir. Ils n'avaient pas assimilé que l'investissement financier sous-jacent à leur demande représentait un gros handicap pour la réalisation de leurs conseils. Difficile de mettre en pratique ce qu'ils ont appris. Bien souvent d'ailleurs, ils n'ont pas toutes les données, la visite d'entreprise est guidée et certaines portes difficilement franchissables. Il faut rendre toutefois justice à certains responsables d'entreprise qui nous reconnaissent et nous aident. Mais l'impression de gêner domine et les invitations à participer à la vie de l'entreprise sont rares. Les questions se mettent alors à les perturber : n'aurions-nous pas compris ?
Sommes-nous mauvais ? Comment font les autres confrères? .
Certains confrères, d'ailleurs, regardent les jeunes avec un regard plein de compassion ce qui augmente encore les doutes quant à leurs capacités. N'aurions-nous pas fait l'impasse sur un épisode de notre formation ? Ils se grattent la tête, se remettent en question et finalement décident du chemin à prendre.
Certains, butés et persuadés qu'ils sont là pour accomplir une mission en laquelle ils croient, redoutent les appels téléphoniques de chefs d'entreprise leur demandant des comptes ou de leur direction qui leur fait part du mécontentement de certaines entreprises à leur égard. Mais ils continuent à tenir bon s'ils veulent garder le cap. Certains choisiront la voie parallèle de la santé publique. On leur barre le chemin pour faire évoluer favorablement les conditions de travail, soit, ils tâcheront de ne pas faire trop mal en jouant la carte prévention à l'échelle publique. D'autres, de façon plus catastrophique, aboutiront à la médecine d'entreprise. Pour ce qui me concerne, la question a été posée. De l'incrédulité devant les conditions de travail, à la persévérance pour essayer de faire passer un message dont j'étais seule persuadée, à l'envie de baisser les bras devant la déception de mes défaites, le Zorro avait perdu épée, cheval et panoplie pour assurer sa propre survie. Continuer seule dans l'incompréhension de l'échec me minait. L'autocritique est sévère à ce stade.

Fort heureusement, criant à l'aide, mon SOS a été perçu par un groupe de médecins. Il m'observait peut-être d'ailleurs de loin depuis quelque temps et m'a généreusement lancé une bouée que j'ai saisie avec une profonde reconnaissance. Je me suis hissée dans leur galère et ne le regrette pas. Car si leur conception de l'exercice de notre spécialité engendre parfois de lourds conflits, j'ai retrouvé une conviction. Ils m'ont rassurée quant au fait que je n'étais pas folle. J'ai repris confiance et conscience du fait que la médecine du travail telle que je l'appréhendais pouvait s'exercer.

Au terme de ce récit, j'aimerais lancer un autre SOS, adressé cette fois à nos enseignants. Ne shuntez pas le terrain ! La théorie est indispensable comme base de travail, mais inapplicable, elle ne sert à rien. L'environnement du monde du travail est hostile et, sans l'aide de mes confrères, j'aurais vraisemblablement repris le chemin des visites à domicile et abandonné cette spécialité qui ne demande qu'à s'épanouir. Bien sûr, nous répondront les enseignants : le terrain, l'expérience, cela ne s'apprend pas en fac et ils auront raison. Mais il faudrait que, pendant nos études, nous entendions parler des difficultés, de la précarité des conditions de travail. Il faudrait aussi dire aux étudiants : voilà ce qu'il conviendrait de faire dans telle situation. Il faudrait, de plus, parler au conditionnel et non à l'impératif qui est un mode de conjuguaison que le chef d'entreprise n'a pas l'habitude d'entendre. Prévenir aussi les étudiants que tout ce qu'il faut faire n'est pas réalisable et que si ils ne le font pas, ils ne seront pas forcément mauvais.
En toute humilité, je profite de cette confession pour remercier le collectif des médecins de Bourg pour m'avoir accueillie et m'avoir évité de sombrer dans une dérive professionnelle bien éloignée de notre vocation première.

DE LA SINGULARITÉ A LA PLURALITÉ

Martine Gozlan-Savaro, Christine Agboklu

L'objet de la médecine du travail, est d'éviter toute altération de la santé du fait du travail.

Soyons utopistes !
Si notre mission est réussie, tout individu qui travaille, donc, apte à son poste, est un individu normal, en bonne santé.
Rappelons la définition de la santé selon l'OMS : *La santé est un état de bien être physique et psychique.*
Pour beaucoup, elle semble être un point de mire, un idéal jamais atteint.
La maladie reste du côté de la passivité, tandis que la santé est, elle, dans la dynamique intersubjective.
La normalité, de ce fait, constitue un état de lutte permanent, équilibre entre santé et maladie mentale ou physique.

Reprenons l'histoire du travail à travers le temps, très brièvement.
Après le travail (*tripallium*, torture), le labeur, esclavage, apparait au moyen-âge, la notion de travail, métier, par exemple ceux du compagnonnage.
Le métier est alors conçu avec ses règles instituées et transmises horizontalement d'abord, à ses pairs artisans, verticalement ensuite, de génération en génération. Ces règles sont reconnues par tous avec la notion du savoir faire.

Le jugement d'utilité d'abord, hiérarchie et salaire, de beauté ensuite par les pairs, constituent la reconnaissance du travail au sens de l'œuvre.

Par exemple au " temps des cathédrales ", les règles des tailleurs de pierre :
- Chacun termine le caillou qu'il a commencé.
- Chacun travaille avec ses propres outils.
- Chacun travaille à son rythme, ni trop vite, ni trop lentement, règle de l'horloge biologique
- Chacun doit pouvoir voir le travail de l'autre, règle de la visibilité dans l'atelier par la libre circulation, etc.

Ainsi ces règles aboutissent à une structuration de l'individu, à une réelle identité au travail. L'individu devient unique, capable de donner sa marque, son empreinte propre au faire. Par là, faisant, il se fait grâce au travail accompli et au regard des autres sur son travail.

Cette reconnaissance de son originalité est source de bien-être, d'épanouissement susceptible de lui faire occulter sur le théâtre du travail certains de ses maux ou au minimum de les diminuer. Le travail lui procure au plus une sensation de plaisir créatif, au moins une sensation de mieux-être physique et de bien être mental.

Aujourd'hui, la mutation de notre société par rapport au passé entraîne un paradoxe, il y a rupture, par rapport à l'accélération des restructurations des entreprises sous la pression des logiques libérales de mondialisation et continuité cependant, en rapport avec l'évolution des technologies.
Cette société nouvelle, en perte de référence à l'unicité, ne vit que par la règle des pluriels.

Ainsi, il n'y a pas une église mais des spiritualités, pas un contrat de travail mais de multiples contrats, pas une entreprise mais des entreprises, pas un temps de travail mais des temps hâchés de multiples travaux.

La notion de travail rejoint alors celle de l'emploi, avec la polyvalence des postes.
L'individu doit sous peine d'exclusion s'adapter à l'entreprise.
Compétence, performance et résultat en sont les maîtres mots.

Il n'est dès lors plus question de parler de métier, ni de carrière, du reste mais d'emploi, de fonction, de *job*. D'un mot pour définir sa tâche, l'individu est souvent obligé d'utiliser une phrase pour tenter de définir ce qu'il a à faire. Du point centré de l'individu unique dans sa pratique, nous passons aux cercles à contours imprécis de multiples fonctions standardisées, où l'originalité n'est plus de mise, seules l'élasticité, la souplesse des savoirs sont exigées.

Pour étayer cette idée de société plurielle, dans le monde du travail et partout du reste, quelques réflexions sur les obligations des salariés actuellement.
- Les tâches sont de plus en plus morcellées. La question posée, reste souvent : qui fait quoi ? À qui s'adresser ? Malgré des organigrammes en apparence bien établis, quel travail se cache derrière un titre, une fonction fût elle honorifique ?
- De plus l'augmentation du secteur tertiaire entraîne un flou de l'œuvre accomplie par rapport au secteur secondaire où le travailleur voit encore le résultat de son travail.
- Il existe actuellement une majoration des responsabilités en rapport avec l'augmentation de la charge mentale et son retentissement sur la charge physique .
- La vie professionnelle d'un individu est morcellée par une multiplicité d'employeurs souvent dans un même temps : ainsi les techniciens de surface des sociétés de nettoyage.
- Au cours d'une vie professionnelle, le même individu change d'entreprises et multiplie aussi les périodes sans emploi : chômage, formation, stages de qualification, etc.
- Il existe une multiplicité de lieux géographiques, d'exercice professionnel, pour un même individu, en France et dans le monde entier, avec parfois télétravail constituant une réelle intrusion du travail dans l'espace privé.
- Les voyages d'affaires avec décalage horaire perturbent les rythmes biologiques naturels. Si l'homme avait rêvé d'une machine à remonter le temps, l'aviation lui en donne les moyens, pas toujours cependant avec les effets bénéfiques espérés.
- L'individu consulte souvent pour sa santé, plus du tout le médecin de famille, le généraliste, mais de multiples médecins spécialistes, souffrant non plus d'un organe mais de multiples maux. Cette constatation, amène à une multiplicité d'examens complémentaires demandés par ces multiples praticiens, générateurs d'une angoisse grandissante.
- Et si nous envisageons encore plus loin ce scénario catastrophe, ce modèle de vie aboutit souvent à un éclatement des familles mêmes, avec les familles recomposées, les familles mosaïques. Comment permettre aux générations de se construire quand les enfants ne peuvent nommer en un mot le métier de leurs parents, se représenter dans leur imaginaire ce travail et quand ils n'en ont pour image que la souffrance de leur parents à exécuter ce travail et non à l'accomplir, avec de surcroit la peur de le perdre ?
- De plus, il y a obligation à cette adaptation car, le moteur essentiel reste la peur de perte d'emploi, avec cette parole si souvent entendue au cabinet médical: *" Si je ne sais pas ou ne peux pas faire, (en terme de restriction d'aptitude), un autre le fera à ma place… "*

Alors si nous reprenons l'équilibre précaire qu'est la santé d'un individu et notre inégalité potentielle de départ, il existe deux schémas possibles :

- Le premier, l'individu, qui sur le lieu du travail est capable d'occuper différents petits rôles successifs.
- Le second, l'individu qui pour exister a besoin d'un rôle bien défini, (à défaut du rôle principal), et d'une reconnaissance du public.
L'un semble capable de jouer dans le quotidien de son espace privé ses fantasmes, compense apparemment sa souffrance originelle, donnant une image d'équilibre en fait précaire dans le monde du travail. L'autre, souvent mal à l'aise dans le quotidien de son espace privé, à défaut de s'exprimer dans le monde de l'entreprise, décompense en de multiples maux, aggravés par cette peur paralysante de perte d'emploi. Et là nous trouvons au cabinet médical, le cortège de signes traditionnels: gastralgies, nausées, vomissements, anorexie, sueurs, syndrome dépressif, céphalées, mal de dos, etc.

N'avons nous pas tous besoin d'une vie rythmée par nos aspirations essentielles, une sorte d'harmonieuse valse à quatre temps, un temps personnel, un temps professionnel, un temps familial, un temps social, celui de notre vie dans la cité ou dans les associations ?
Le paradoxe domine cependant notre existence, ceux qui travaillent veulent du temps libre, ceux qui ont du temps libre aspirent à un emploi.
Alors la vie n'est pas un long fleuve tranquille car elle n'a plus de fil conducteur. L'aspect démantelé du travail, la non concrétisation de la tâche entraîne une décomposition des individus.

Alors, comment remplir notre mission de médecin du travail ?
- Devons nous servir seulement de réceptacle, un paquet de kleenex sur notre bureau et panser les plaies, l'espace d'un entretien ?
- Ou alors, devons nous tenter de critiquer l'organisation du travail, pour que chacun même de passage, (précarité oblige), y trouve sa place, y imprime sa trace et emporte avec lui, en sa mémoire, une parcelle de ce faire qu'il a donné à l'entreprise ?

N'est-il pas urgent que le travail participe à la construction de l'identité individuelle, et que de ce fait un individu équilibré et en bonne santé puisse poser sa pierre à l'édifice de l'entreprise ainsi revivifié ?

Plus que tout autre partenaire de l'entreprise le médecin du travail peut intervenir comme relai entre l'individu au cabinet médical, et le collectif de travail lors des visites dans son activité sur le terrain. Il recueille tant par la parole que dans le non-dit, la souffrance ou le plaisir de l'individu et du groupe. Pouvant agir sur l'un comme sur l'autre, le médecin du travail pourrait être une sorte de trait d'union entre eux.

Pour ce faire, il appartient au médecin de repenser la relation travail-santé, en redonnant un sens au travail, d'abandonner l'idée de profil de poste pour un type d'individu posé préalablement afin d'adopter l'image d'un individu avec son savoir, son savoir-être et son savoir-faire à son poste de travail et y construisant sa santé ; cela pourrait être un des objectifs de notre mission.

VIOLENCES SILENCIEUSES ET RÈGLES DE MÉTIER

Denise Parent

Je veux parler de ces violences insidieuses, feutrées, qui se font si peu remarquer qu'elles sont parfois difficiles à reconnaître et s'installent en toute légitimité : elles font partie de l'air ambiant.
Tantôt, aussi discrètes que les corps qui les dénoncent, de ceux qui s'effacent tant et si bien que cela devient suspect (corps arrondis autour de la tâche, ainsi soustraite au regard du visiteur) de ceux qui sont " effacés " par décision venue des bureaux : ouvriers, ouvrières promus, puis dépromus, avec retour à la case départ qu'ils n'auraient du quitter et qualifiés dans l'après coup " d'erreurs " mais aussi secrétaire éloignée de la vitrine de l'entreprise vers les zones plus grises des ateliers. Tantôt plus théâtrales mais toujours silencieuses lorsqu'elles empruntent les déplacements devenus signifiants du chef d'atelier auprès de tel ou tel pour créer de l'inquiétude, " parade calculée " m'explique-t-on, et qui sera source d'interrogations et d'hypothèses pour le reste de l'atelier.

Violence du poste le plus déqualifié attribué à cet ouvrier en chaussures qui vient de suivre une formation (cotisations obligent) parce qu'il doit bien comprendre que ce n'est pas à prendre comme argent comptant (il n'empêche qu'il a peur " à force ", de " s'abêtir ").
Violence des signaux de reconnaissance savamment distribués pour mieux gommer ceux qui n'en sont pas destinataires.
Violence de l'indifférence, celle qui vous rend " transparent " au regard du chef qui passe… et fait dire à l'un d'eux après une altercation avec son chef d'équipe : *" Je suis heureux que tu "m'engueules" parce qu'au moins ça veut dire que j'existe "* .
Violence de la loterie qui sélectionne les intérimaires, ceux qui s'étaient tenus prêts (comme les scouts) depuis des années, même s'ils faisaient mine de ne pas croire à l'embauche *" Tous les sales boulots, c'étaient pour nous, et le samedi et la nuit… "*, alors même si ce jour là, quelques uns d'entre eux sont venus chercher une heure de repos et un cachet (" ça tournait un peu "), la violence n'a pas fait grand bruit.

Et que dire de celles des courriers de licenciements chargés de félicitations pour ceux et celles qui en " acceptant " cette regrettable mesure ont contribué au redressement de l'entreprise … Enfin il y a celle qui " fait mouche " dans cette culture de l'excellence chez le cadre moyen de plus de 50 ans lorsqu'il découvre qu'il ne

bénéficie plus des mêmes gratifications que ses collègues plus jeunes, après un entretien ou il a été question de baisse de performance liée au vieillissement : *" Dans un premier temps on refuse cette idée comme on résiste contre la fatalité de l'âge, et puis elle s'insinue et on la reprend à son compte. "* Toutes ces violences là font long feu et il est des lieux devenus interdits pour cause de mauvaise cicatrisation *" Je ne peux plus passer dans la localité de l'entreprise où j'ai tenu deux ans avant d'être démissionnée. "* me disait une secrétaire cinq ans plus tard.
Lorsque ces violences là nous reviennent, quelle que soit leur force d'impact, elles nous provoquent aussi… mais nous avons appris à maîtriser nos élans " d'artagnanesques " d'en découdre avec le premier responsable venu et nous nous accrochons (violemment) à cette consigne du parfait sauveteur-secouriste du travail " d'abord ne pas nuire ".

Oui, mais comment ? Quelle règle remontée du fond de nos expériences (y compris négatives), allons-nous utiliser pour " alerter " sans compromettre ? (problématique qui nous est désormais familière)

Savoir renoncer à l'observation du poste de ce monteur en chaussure qui préfère décompter le nombre de ses coups de marteaux dans le secret de la consultation plutôt que de se laisser ainsi désigner…

Au contraire, pouvoir s'attarder auprès de cette encolleuse qui n'en peut plus de réguler l'approvisionnement de son poste, en dents de scie, mais sans parvenir à se justifier parce que trop émotive *(" C'est bête mais j'ai tout de suite les larmes au yeux "*, s'excuse-t-elle)

Nous savons bien qu'une traversée d'atelier ne s'improvise pas… Mais partager toute cette violence " tue ", c'est prendre le risque de se laisser piéger par la complicité d'un silence à double emploi ou silence-boomerang qui se voulait stratégique et nous enferme : sauf à lui aménager des issues en portant nos constats hors d'atteintes individuelles…

Que ce soit avec nos partenaires médicaux, bien plus demandeurs de ces éclairages là *" que d'informations sur les hypertensions qu'ils connaissent déjà "* nous disent-ils parfois. Ou encore, dans des lieux de parole, d'action et de recherche, sans oublier l'outil du témoignage écrit : il nous faut d'abord créer ces espaces de reconnaissance " de la violence établie " avant de pouvoir s'en saisir collectivement.

_

AMIANTE : LES LECONS À TIRER

Marie Pascual

- 2 000 morts en 1996 et bien davantage dans les années à venir.
- 6 000 médecins du travail en France.

NON, on ne peut pas dire, comme sur le plateau de *La Marche du Siècle* le 11 juillet 1996, que les médecins du travail n'ont rien à se reprocher, qu'ils ont rempli leur mission…
Auprès de ceux au service desquels elle devrait être, la médecine du travail n'a guère bonne presse. L'affaire de l'amiante ne le révèle pas mais elle le confirme tragiquement. Contre les médecins du travail, les témoignages des travailleurs de l'amiante-ciment, dans le reportage d'*Envoyé Spécial* du 19 septembre 1996, sont sans appel : *" Ils sont complices "*, accusent-ils.
Bien sûr, il ne s'agit pas de rechercher des responsabilités individuelles. Ce serait trop facile et bien réducteur. Malheureusement, c'est plus grave que ça. Et nous savons bien, nous qui sommes sur le terrain tous les jours et depuis des années, comment cela fonctionne : dans l'institution médecine du travail, le risque amiante a été traité comme le reste, ni plus, ni moins. Demain, les mêmes causes produisant les mêmes effets, d'autres dangers, d'autres toxiques seront négligés, minimisés, dissimulés, étouffés…

Certes, cela dépasse, et de loin, les seuls médecins du travail et tout le monde l'a bien compris. Mais, tout de même, ce métier est au cœur du dispositif de prévention des risques professionnels et il va bien falloir se poser quelques questions…
Le scandale de l'amiante met les médecins du travail le dos au mur.
Inutile de sortir les vieilles défenses pseudo-indignées : *" Je ne peux pas laisser dire ça !… "*, dérisoires : *" On ne savait pas. "*, voire malhonnêtes : *" Il ne faut pas exagérer et on ne pouvait rien faire de plus… "*, qui ne convaincront d'ailleurs personne.
Mieux vaut essayer d'analyser les faits et les pratiques, les mécanismes qui ont conduit à cette situation.

L'ORGANISATION DES SERVICES ET L'APTITUDE :

L'activité du médecin est strictement organisée, encadrée, surveillée, dans des services dont l'objectif essentiel est le nombre de visites réalisées (directement proportionnel aux cotisations engrangées) et qui répondent à la seule demande réelle : la détermination de l'aptitude.
D'emblée, on est très loin d'une démarche de prévention primaire et même de " veille sanitaire ", puisque tout se joue à travers ou à partir de l'aptitude des salariés, c'est-à-dire de leur affectation ou non à un poste de travail donné.

Ainsi, devant des plaques pleurales chez un travailleur de l'amiante, le problème que doit résoudre le médecin du travail est le suivant :
- C'est un simple signe d'exposition, mais ça ne l'empêche pas de continuer ; taisons-nous et mettons-le apte. Qu'en

pensera le salarié quand il découvrira qu'on l'a laissé travailler à l'amiante avec la plèvre déjà enraidie de fibres cancérogènes ?
- C'est une maladie professionnelle : je la déclare, DONC je le mets inapte. Qu'en pense le salarié qui se retrouve au chômage, avec l'indemnité ridicule (9 000 F au grand maximum), versée par la sécurité sociale ?

Le médecin est enfermé dans l'activité clinique, routinière, voire tatillonne et, s'il en sort pour s'occuper des risques ou des conditions de travail, entreprendre une action de prévention primaire, les pressions ne sont même plus déguisées : changement d'affectation immédiat, rappels à l'ordre directs, etc. et licenciement si besoin.
Tout le monde le sait et, à la grande cérémonie d'autosatisfaction organisée par le ministère public pour le cinquantenaire de la loi de 1946, on choisit d'en rire niaisement.

LA SOUS-DÉCLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES :

Il est effectivement beaucoup moins coûteux de minimiser et de rassurer, que d'affronter l'inévitable conflit que représente la visualisation du risque par la déclaration de maladie professionnelle.
D'autant que le médecin devra le plus souvent affronter tout à la fois l'angoisse du salarié atteint dans son intégrité physique (surtout quand il s'agit d'un cancérogène), la contradiction entre santé et emploi, la tension sociale dans l'entreprise. Ce n'est pas facile, surtout si on est seul.
En effet, l'isolement du médecin est un handicap considérable pour la prise en charge de ces questions.
De plus, son action est limitée dans le temps : la durée de passage des salariés dans l'entreprise, et dans l'espace : elle s'arrête aux murs de l'entreprise.
Dans un tel cadre, l'autocensure est quasi-inévitable.

Au contraire, on peut penser que la motivation des médecins du travail en matière de maladies professionnelles, comme en prévention primaire, serait toute autre s'ils avaient concrètement connaissance des pathologies présentées par les salariés qui ont quitté l'entreprise (exactement comme les visites de reprise du travail aprèsaccident de travail sont un outil essentiel pour engager des actions de prévention).
Si les médecins du travail sont les professionnels de la santé au travail, pourquoi n'assurent-ils pas le suivi post-professionnel ?

Le métier de médecin du travail : un déficit de sens… *?*
C'est l'impression dominante qui émanait des journées de Paris, des débats du groupe de préparation du thème *Le métier de médecin du travail* (à partir de la lecture de nombreux textes), comme de l'enquête sociologique qui nous y a été présentée…
Etonnant ?
Non, quand on connaît l'ambiguïté dans laquelle se situe, en permanence, l'intervention des médecins, quand on sait quelle a été leur formation et comment fonctionnent les services médicaux du travail.
Les médecins du travail ne savent pas bien à quoi sert leur métier, ils " ne sont pas persuadés de leur utilité, ni de leurs compétences " (*Enquête d'analyse psychodynamique de la situation des médecins du travail* - Ph. Davezies et D. Leboul).
Or, l'affaire de l'amiante montre à quel point ce métier devrait avoir du sens. Et d'abord, un sens social.
Les enjeux de santé publique engagés dans le monde du travail sont considérables : ambiances physiques et chimiques, rythmes de travail et organisations, précarisation, etc.
Dans les dizaines de dossiers, individuels ou collectifs, rassemblés par l'ANDEVA, les victimes ne disent pas : *" La médecine du travail ne sert à rien "*, mais demandent : *" Pourquoi n'ont-ils rien dit ? "*

Maintenant, il est urgent de proposer une vraie réforme.
D'abord, mettre sur la table le problème de l'indépendance, discuter et obtenir les bases d'un service capable d'assumer une mission de santé publique.
Ensuite, construire des propositions autour de deux grands objectifs :
- la prévention primaire et l'amélioration des conditions de travail : il est indispensable de travailler en équipes pluridisciplinaires (" transprofessionnelles ", dit H. Seillan), de travailler en coopération ouverte avec les services des CRAM et ceux de l'inspection du travail (au fait, je ne vois d'ailleurs pas pourquoi le médecin devrait absolument être le chef de ces équipes ?…) ;
- le suivi médical des populations : là encore, il faut mettre en place des structures qui facilitent le travail en coopération avec les autres médecins et les différents travailleurs sociaux et qui permettent d'assumer les questions d'orientation professionnelle, de reclassement, d'insertion et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, et enfin l'organisation du suivi post-professionnel.

Pour chacun de ces objectifs, il faudrait privilégier l'organisation par branche professionnelle.
Le savoir-faire que nous avons acquis dans ce métier doit nous pousser à proposer les réformes indispensables, même si elles sont radicales (le statut des services) et audacieuses (le suivi post-professionnel…). Nous savons qu'il n'y a pas d'autre voie et il en va de l'avenir de ce métier et de sa crédibilité.
" Il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain " me dit-on régulièrement. Certes, il faut garder le bébé : " éviter toute altération de la santé du fait du travail ", mais il faut changer le bain. Et vite, avant que le bébé soit définitivement asphyxié.

_

DE NOUVELLES PRATIQUES CLINIQUES POUR PRÉPARER L'APRÈS-TAYLORISME

Marc Galand

SANTÉ ET TRAVAIL : DES ÉVOLUTIONS INQUIÉTANTES

Comment évoluent, depuis une vingtaine d'années, les conditions et l'organisation du travail, dans leur impact sur la santé ? Quelques études statistiques (DARES)[68] et épidémiologiques (SUMER, ESTEV…)[69] [70] permettent d'esquisser quelques réponses.

La pénibilité physique du travail persiste, ainsi que les risques physiques et chimiques (SUMER 87-94) : Pendant le travail, 61 % des salariés ont des contraintes posturales, 42 % des contraintes visuelles (travail sur écran ou avec des appareils optiques), 38 % font de la manutention manuelle de charges, 31 % conduisent un véhicule, 28 % subissent des contraintes articulaires (répétition d'un même geste à cadence élevée, position forcée d'une ou plusieurs articulations), 27 % sont exposés au bruit (bruit supérieur à 85 dB, chocs et impulsions supérieurs à 135 dB, bruit gênant), 19 % aux nuisances thermiques (intempéries, froid, chaud, milieu humide), 9 % utilisent des machines-outils vibrantes et enfin 2 à 3 % des salariés sont exposés aux radiations et rayonnements ou encore travaillent dans des locaux où l'air est contrôlé. Un salarié sur dix est exposé à des agents biologiques, un sur trois à des agents chimiques. 8,5 % de l'ensemble des salariés, soit un million, sont exposés à des produits reconnus cancérogènes pour l'homme. Le travail posté, après avoir plafonné dans les années quatre-vingt, a repris sa progression, et touche un ouvrier sur cinq… Les ouvriers sont ceux qui sont le plus fréquemment exposés à chaque type de contraintes physiques, et souvent à plusieurs d'entre elles.

Le travail s'intensifie.
Les contraintes de rythme augmentent entre 87 et 94. Du point de vue des rythmes de travail, deux groupes spécifiques de salariés se distinguent en fonction du type de contrainte de rythme qu'ils subissent.
- Le premier est composé de salariés soumis à des contraintes de production (travail à la chaîne, déplacement automatique d'un produit ou cadence automatique d'une machine, contraintes techniques, dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues, normes de production à respecter en une journée au plus). C'est le cas de 67 % des ouvriers, de la moitié des professions intermédiaires et de 40 % des employés ou cadres. Ces contraintes s'observent principalement dans l'industrie et dans le transport (68 % et 63 % respectivement). Ce sont les salariés des gros établissements qui sont le plus souvent soumis à ce type de contraintes de rythme.
- Dans le deuxième groupe, les salariés voient plutôt leur rythme de travail imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate ou à un cumul de tâches. C'est le cas de 79 % des cadres supérieurs, professions intermédiaires ou employés, mais c'est encore le cas de près d' un ouvrier sur deux. 74 % des salariés du tertiaire vivent sous ces contraintes de rythme. C'est particulièrement vrai dans le secteur du commerce et de réparation automobile, dans l'hôtellerie et la restauration. Les activités financières, les services rendus aux entreprises, aux particulier et aux collectivités et enfin dans le secteur de la santé.

Des contraintes nouvelles apparaissent, liées à la qualité et aussi aux " flux tendus " : accroissement des contrôles et auto-contrôles; polyvalence visant à permettre la réduction des effectifs et des temps morts. Comme le dit le Dr Touranchet[71]:
- la pression temporelle retentit sur l'ensemble des conditions de travail : même une plus grande autonomie, généralement considérée comme un avantage, peut être source de charges supplémentaires si elle s'accompagne de contraintes temporelles fortes. Un ouvrier sur deux ne peut quitter son travail des yeux ; cette attention soutenue caractérise les postes industriels. Les nouvelles technologies renforcent la charge mentale liée au travail : elles requièrent une vigilance accrue, qui se traduit par un état d'alerte, par l'obligation de se concentrer sur des sources d'information sélectionnées, de traiter plusieurs problèmes à la fois. Cette situation se rencontre dans l'industrie, mais également dans le tertiaire, avec les nouveaux moyens de communication. Certains aspects de la charge mentale sont ambigus : " Retenir beaucoup d'informations à la fois " ou " abandonner fréquemment une tâche pour en effectuer une autre plus urgente " sont des facteurs potentiels de stress, mais aussi des composantes de la qualification, de l'identité professionnelle.

Pour obtenir cette intensification du travail, le " management " tente d'obtenir une " implication ", une " responsabilisation " des salariés, qui sont utilisés, non plus seulement comme des exécutants, mais comme des sources d'information sur la variabilité des processus de production, et éventuellement comme agents de régulation

[68] Enquêtes sur les conditions de travail publiées par la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques, ministère du Travail, 1984 et 1991

[69] SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) : Enquête sur les nuisances auxquelles sont exposés les salariés pendant leur travail, mise en place par le ministère du Travail, conçue et réalisée par la DARES, les directions régionales du travail et les inspections médicales du travail, effectuée par des médecins du travail

[70] ESTEV (Enquêtes santé, travail et vieillissement), réalisée par le réseau INSERM de santé publique, des médecins inspecteurs du travail, des médecins du travail

[71] Annie TOURANCHET : Communication aux Journées ADEREST, Toulouse, mars 97

de cette variabilité. Le clivage " prescription/activité réelle " subsiste, mais il est déplacé. On n'est donc plus dans une situation typiquement taylorienne, malgré les contraintes rappelées ci-dessus. On peut parler, avec la sociologue D. Linhart, de " taylorisme hybride "[72].

La progression du chômage (avec son propre lot de souffrances : troubles mentaux doublés ; mortalité triplée)[73], la menace qu'il fait peser sur la majorité des salariés, la précarité, permettent de tourner une bonne partie de la réglementation du travail, et la peur du chômage remplace souvent le " juste salaire " préconisé par Taylor comme moyen de pression sur les salariés. Et il y a une réalité difficile à appréhender par les statistiques : la cruauté quasi-esclavagiste de certaines situations de travail.

AVANCÉES RÉCENTES DANS LA THÉORIE DES RAPPORTS SANTÉ-TRAVAIL

Les médecins du travail sont massivement confrontés à cette situation, qui rend plus difficile leur tâche de préventeurs. De nombreux salariés expriment leur souffrance dans le cabinet médical. Soyons clairs : de nombreux salariés également tirent satisfaction de leur travail, et ceci à tous les niveaux de la hiérarchie. Le travail peut constituer pour eux un facteur d'équilibre, de construction de l'identité et de la santé. Peu importe à ce stade de la discussion si le travail ne permet ces satisfactions que " par accident ", de manière " dérivée ", et non par sa finalité, comme l'affirme D. Méda[74]. Le fait est qu'en tant que médecin c'est bien la souffrance qui nous interpelle, même si l'existence de ces satisfactions est utile à la compréhension de ces souffrances.
Des médecins du travail qui avaient intégré la démarche ergonomique à la fois pour mieux comprendre l'activité réelle et pour être plus efficaces dans l'entreprise redoutent maintenant de faire des propositions, de peur d'être finalement nuisibles. La psychodynamique leur permet de tenter de donner un sens à la souffrance exprimée par les salariés. Il faut citer Ch. Dejours[75] : *" Les risques psychiques et somatiques engendrés par les contraintes de travail peuvent parfois être l'occasion pour le sujet de mettre en cause sa sensibilité, son intelligence et sa créativité, c'est-à-dire d'apporter une contribution à la transformation du travail lui-même et de son organisation. Cette dynamique toutefois exige un engagement puissant du sujet dans les objectifs de l'organisation du travail. Et cet engagement pour être efficient et durable est suspendu à la transaction symbolique qui confère en contrepartie de cette contribution à l'organisation du travail, une rétribution. La forme fondamentale de cette rétribution est la reconnaissance. Reconnaissance dans les deux dimensions du terme, à savoir :*
- reconnaissance au sens de constat par autrui de la réalité de l'apport du sujet à l'organisation réelle du travail;
- reconnaissance au sens de gratitude, cette dernière étant soumise à des formes expressives extrêmement rigoureuses.

La reconnaissance en effet, porte sur le travail accompli et passe par des jugements sur son utilité (économique, sociale ou technique) d'une part, sur sa beauté (c'est-à-dire sa conformité aux règles de travail et au-delà éventuellement sur l'originalité de son style). (...) Les conditions de possibilité de ces jugements passent par la qualité des relations intersubjectives à l'intérieur des collectifs de travail. Le jugement d'utilité implique les relations avec autrui dans la ligne hiérarchique, cependant que le jugement de beauté implique des relations avec autrui dans la ligne horizontale, celle des collègues et des pairs. (...) Aucune situation de travail n'est neutre au regard de la santé : ou bien la dynamique de la reconnaissance peut fonctionner convenablement et alors le travail joue en faveur de l'accomplissement de soi, de la construction de l'identité et de la conquête de la santé; ou bien la dynamique de la reconnaissance est entravée, et alors le travail ne peut pas acquérir de sens subjectif. Il ne permet pas de subvertir la souffrance qu'il occasionne, il joue alors contre l'accomplissement de soi, contre l'identité et il devient essentiellement pathogène ".

Résultat qui n'était pas évident a priori, les enquêtes épidémiologiques de grande envergure dans lesquelles se sont investis des centaines de médecins du travail, en utilisant des concepts différents, notamment celui *de job strain* (Karasek)[76], (forte demande psychologique du travail, faible latitude de réponse, faible support social…), ont abouti à des conclusions convergentes:
- Un *job strain* élevé correspond, tous autres facteurs étiologiques écartés, à une fréquence plus élevée de pathologies cardio-vasculaires, endocriniennes, psychiques, etc.[77]
- Les contraintes organisationnelles jouent un rôle important dans la survenue des troubles musculo-squelettiques qui prolifèrent depuis quelques années[78]…

[72] Danièle LINHART, Le torticolis de l'autruche, l'éternelle modernisation des entreprises françaises, Le Seuil, Paris, 1991
[73] J. K. MORRIS, D. G COOK, A. G SHAPER, Loss of employment and mortality B. M. J., 1994, 308 : 1135-1139
[74] Dominique MEDA, Le travail, une valeur en voie de disparition, Aubier, Paris, 1995
[75] Christophe DEJOURS, Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ?, Le Travail Humain, tome 50, n° 1, 1995
[76] R. A. KARASEK, initiateur aux Etats-Unis des études sur le stress professionnel
[77] Régis DE GAUDEMARIS, Intervention au colloque ADEREST, Toulouse, mars 1997
[78] Affections péri-articulaires des membres supérieurs et organisation du travail : Enquête épidémiologique nationale, ANACT, Unité 88 INSERM, INRS, DARES, CCMSA, avec la .../...

Parmi les premiers résultats de l'enquête ESTEV, on peut lire ceci[79] : *" Pour les troubles du sommeil comme pour la santé ostéo-articulaire, des facteurs relatifs à la perception du travail pourraient intervenir d'une façon non négligeable : il s'agit de la perception des moyens disponibles pour faire un travail de bonne qualité, mais aussi de la possibilité de choisir la façon de procéder dans son travail, le fait de ne pas avoir choisi sa profession. (...) Nombreuses sont les études qui suggèrent que la santé perçue est un prédicateur de la mortalité et par conséquent de la composante survie qu'il ne faut pas ignorer dans le vieillissement. S'intéresser à la santé perçue, c'est aussi essayer de prendre en compte ce qui est infrapathologique, ressenti par le sujet et qui peut être de l'ordre des signes et symptômes signalant une perturbation, physique ou mentale. (...) Ce n'est pas tellement la perception de l'existence ou non des contraintes (du travail) qui modifieraient la santé perçue, mais plutôt leur degré de tolérance ; c'est parmi les sujets qui disent éprouver des difficultés à supporter ces contraintes que la santé perçue est nettement plus dégradée, ceci dans toutes ses composantes, physiques ou psychiques, qu'il s'agisse des salariés "cols blancs" ou "cols bleus". De sorte qu'il apparaît très important d'examiner le travail non seulement à la lumière classique de ce qui est objectivement nocif mais aussi du rapport subjectif que les salariés établissent avec leur travail. (...) Par delà la complexité des relations travail-santé on peut trouver un argument de nécessité pour prendre en compte les trajectoires professionnelles dans l'espace des possibilités offertes par le travail, et s'interroger à la fois sur les marges de choix compte tenu des contraintes sociales, économiques, et sur ce qui permet ou non dans le champ de travail de contrebalancer ce qui n'a pas pu être choisi. "*

Ces quelques conclusions convergentes :
- la validité de la verbalisation de la santé perçue et du vécu du travail,
- le caractère prédictif des ces indicateurs sur la santé,
- l'importance des facteurs psycho-organisationnels,

représentent un acquis théorique majeur pour la médecine du travail; certaines pourraient trouver un écho dans d'autres disciplines proches.

VERS DE NOUVELLES PRATIQUES CLINIQUES

Les médecins du travail confrontés massivement à la souffrance qui s'exprime dans leur cabinet, et à la difficulté de plus en plus grande d'intervenir en milieu de travail s'interrogent sur leur pratique. D. Huez résume ainsi leur dilemme : *" Dans bien des cas, particulièrement dans les PME-PMI, il n'y a pas de dynamique sociale favorable à l'amélioration des conditions de travail et de son organisation, et la demande sociale subit tellement le poids de la répression de son expression et de l'autocensure que le médecin du travail reste un observateur essentiel, mais de plus en plus solitaire. (...) La clinique de la santé au travail en devenir prend son point d'ancrage dans l'approche compassionnelle des médecins, mais elle se propose de la tirer vers des règles professionnelles. La construction d'une éthique de témoignage dans l'espace public externe au-delà de nos entreprises, nécessaire aussi pour se dégager d'une compassion "subie" et douloureuse, permet rapidement de retrouver "sens" à notre métier, de nous reconnaître, et d'écarter ainsi les portes de l'entreprise qui enclavent la souffrance qu'elle génère trop souvent.*[80] *" " "*

Un des produits les plus marquants de cette " éthique de témoignage " est l'ouvrage collectif *Souffrances et Précarités au travail, Paroles de médecins du travail*[81].
S'il est indispensable de porter sur la place publique le débat sur l'organisation du travail et les souffrances qu'elle peut engendrer, qu'il faut arriver à l'imposer dans le débat politique, l'éthique de témoignage laisse insatisfait. On peut s'interroger avec Ph. Davezies[82] : *" Attitude compassionnelle et témoignage dans l'espace public ne constituent pas une aide à la pensée des salariés. Du point de vue de la psychodynamique, l'abandon de la perspective d'un espace public interne à l'entreprise pose problème. Si tout espace de coopération constitue un espace de confrontation de valeurs et de construction de règles alors il constitue un espace public potentiel. Et l'émergence de cet espace public dépend au premier chef de la capacité des agents à mettre en mots les valeurs qui sous-tendent leur engagement dans le travail. (...) Les salariés expriment leur souffrance au cabinet médical, mais la plainte est en même temps affirmation de valeurs, affirmation d'un projet sur le monde même si celui-ci se heurte aux évolutions de l'organisation du travail. Compassion et témoignage saisissent les salariés sous l'angle de la souffrance. L'œassistance à la pensée est plus exigeante : elle est attentive à la souffrance de l'agent mais aussi à sa capacité de pensée et d'action. (...) Aider le ou les salariés à penser suppose un changement de registre. Il faut passer de l'interrogatoire [lmédical traditionnel] à l'écoute du récit. (...) La fonction du récit, c'est l'élaboration d'un traumatisme, le travail de liaison qui permet de passer de la répétition du vécu douloureux à la*

participation de médecins inspecteurs et de 39 médecins du travail, Documents pour les médecins du travail, INRS, n° 65, 1er trim.1996

[79] Francis DERRIENNIC, Annie TOURANCHET, Serge VOLKOFF : Age, travail, santé. Etudes sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV 1990, Les éditions de l'INSERM, Paris, 1996

[80] Dominique HUEZ, Les Cahiers SMT, n° 10, mai 1997

[81] Souffrances et précarités du travail, paroles de médecins du travail, (Collectif), Syros, Paris, 1994, p 7-11

[82] Philippe DAVEZIES, Intervention au Colloque International de Psychodynamique du Travail, Paris, janvier 1997

construction du souvenir, à l'intégration de l'événement vécu dans une histoire personnelle ".

Nous souhaiterions prolonger la démarche de Ph. Davezies, à laquelle nous adhérons, en rebondissant sur une citation qu'il fait de P. Ricœur : *" Le récit est un pont jeté entre la mémoire individuelle et la mémoire collective. .*
Il faut selon nous que le salarié puisse confronter son récit à un autre récit : celui que le médecin du travail aura pu reconstruire, au fil des années, à partir de données éparses qu'il aura pu rassembler sur l'entreprise et les salariés : récits d'autres salariés, mais aussi non-récits, refus de récit, plaintes somatiques diverses, souffrances psychiques exprimées ou déniées, mais encore pathologies en rapport avec le travail, évolution de conduites addictives, des troubles du sommeil, de la nutrition, évolution des chiffres de pression artérielle ou d'autres données métaboliques, analyses d'accidents du travail, études de postes, mais encore événement de l'histoire de l'entreprise, etc.

Seule une minorité de salariés s'exprimera peut-être de façon explicite sur la souffrance liée au travail. Seul peut-être un individu " décompensera ", sous une forme franchement pathologique : dépression, accès de violence, pathologie psycho-somatique, etc. Il pourra s'agir de salariés plus " fragiles ", en raison de leur histoire personnelle ou de leur place dans l'organigramme, et que l'on doit considérer comme des sujets " sentinelles " du point de vue de la psychopathologie du travail.

Seules certaines périodes de " crise " dans l'entreprise occasionneront une bouffée de symptômes.
Si le médecin du travail a déjà ébauché son " observation clinique collective " de l'entreprise, il sera en mesure d'aider les salariés à élaborer leur propre récit, à replacer leur souffrance dans un cadre collectif, à lui donner un sens.

Nous illustrerons ceci par une expérience personnelle :
- Dans une entreprise menacée de liquidation, la tension est à son comble, la charge de travail intense, la communication nulle. Bien des ouvriers et ouvrières exprimeront de manière variée leur souffrance. Une jeune secrétaire qui est venue travailler ici faute de mieux dira : *" Je croyais que ça n'existait plus, des usines comme ça ".* Plus tard, une autre ouvrière qui avait passé plus de dix ans dans l'usine et retrouvé ailleurs un emploi dans des conditions plus humaines, exprimant sa satisfaction de ce changement, dira : *" Je croyais que ça n'existait plus, des ateliers comme ça, où on ne nous traite pas comme du bétail ".* Mais c'est le chef d'atelier, la quarantaine, qui manifeste le plus de plaintes somatiques diverses, et une anxiété diffuse. Je lui demande de me parler de ses fonctions : *" Je surveille les gens, j'ai des objectifs à remplir, quantitatifs et qualitatifs ; je m'occupe des relations humaines. J'assume. "* Je lui dis *: " Il y a une certaine pression actuellement. " – " Ah bon, les gens vous en parlent ? " – " Ca dépend, chacun réagit à sa façon. Et vous, vous la ressentez comment, cette pression ? " – " Oh là… J'ose pas vous le dire, parce que s'ils voient le dossier, là-haut… "* Rassuré sur mon attachement au secret médical, il se détend un peu. Je lui suggère qu'il est comme entre le marteau et l'enclume : Il approuve.. Il me parle de ses cauchemars, de ses fréquents réveils nocturnes, de ses douleurs d'estomac, de ses douleurs lombaires… L'examen clinique confirme l'inflammation gastrique, les contractures musculaires rachidiennes… Il semble tout de même satisfait d'avoir pu évoquer un fil conducteur à tous ses maux, autre chose que " ses nerfs " ou le " stress de la vie moderne " qu'il avait d'abord invoqués, comme pour éluder les motifs de sa souffrance.

Si cette confrontation des récits, dans un cas de souffrance majeure, a déjà un rôle thérapeutique, les cas extrêmes permettent de réinterpréter une foule de faits et propos en apparence anodins, voire de silences, de " non-faits ". Là encore, nous voudrions citer une expérience personnelle.
- Dans une petite usine agro-alimentaire, deux " accidents " particuliers surviennent dans l'atelier conditionnement. Dans cette usine où des licenciements sont intervenus quelques mois auparavant, et où la production augmente sans changement technique notable, la fin de l'année a été particulièrement éprouvante. En janvier, une ouvrière d'une cinquantaine d'années, ayant plus de vingt ans d'ancienneté dans l'entreprise, est avisée par le chef d'équipe, à la prise de poste à 6 h., qu'elle est convoquée au bureau du directeur. Celui-ci lui reproche des insuffisances dans son travail. Revenue à son poste de travail, après quelques minutes, elle a un malaise et tombe évanouie. Elle est évacuée par les pompiers. Son médecin lui fera un arrêt de travail de plusieurs mois pour dépression nerveuse. Elle me dira plus tard avoir péniblement ressenti un " manque de respect " de la part du directeur, et surtout une injustice : à cette période (et ça continue, dit-elle), les machines tombent souvent en panne, il a fallu jeter une bonne partie de la production ; et elle pense que le chef d'équipe lui a imputé cette mauvaise performance, qui serait due à son " manque de motivation ". Plusieurs mois plus tard, elle n'a toujours pas " digéré " cette accusation ; mais elle refuse de s'expliquer avec le directeur ou le chef d'équipe, avec lesquels elle estime qu'on ne peut pas parler.
Deuxième accident, quelques semaines plus tard : c'est le chef d'équipe qui en est la victime: M. C…, il n'a pas trente ans. Le compte rendu d'accident stipule: *" En voulant entraîner les cartouches à la sortie de la machine J., le doigt de M. C… s'est coincé. Plaie et pincement du majeur droit. Sans arrêt de travail. "*
En fait, il s'agit d'un accident qui aurait pu être grave, sur une machine dangereuse ; ce risque a été régulièrement dénoncé par C… lui-même, notamment au CHSCT où il a siégé un temps. Les carters préconisés n'ont jamais été posés, ou ne sont jamais restés longtemps en place. Mais interrogé sur cet accident, C… affecte de le prendre à la légère, en souriant : *" Ca ne vaut même pas la peine d'en parler ".* C'est vrai qu'il effectue couramment cette

manœuvre dangereuse, ce qu'il justifie par la nécessité de ne pas perdre de temps. On pourrait évoquer les " arènes de virtuosité " décrites par N. Dodier[83].
Mais le contexte semble donner un " sens " tant à cet accident qu'à sa minimisation par la victime. Cet accident " bénin ", sans arrêt, survenu au jeune chef d'équipe masculin, survient après plusieurs accidents graves dont ont été victimes les ouvrières de l'équipe, souvent âgées, accidents dûs notamment à des chutes, imputables tant au sol glissant qu'à la précipitation et à la surcharge de travail ; il faut y ajouter des arrêts maladie assez longs, largement imputables au surmenage. Le chef d'équipe joue son rôle d'intermédiaire de la direction. La prise de risque qu'il assume signifie qu'il n'est pas épargné par l'intensification du travail, et justifie sa position de chef. L'affirmation du caractère bénin de l'accident, le refus d'un arrêt de travail, réinstaure la distance vis-à-vis des ouvrières qui ont des arrêts de travail prolongés.

Ce type d'observation clinique reste rudimentaire, car fondé sur un petit nombre de cas, sur une période courte. Cette " clinique " n'est pas simple : les éléments pertinents ne sont pas évidents a priori, c'est après-coup qu'on peut les organiser en récit, en " observation clinique collective ", ou en " chronique d'entreprise ". Mais cette confrontation des récits, celui des salariés et celui du médecin, permet selon nous de " réinjecter " des éléments de réflexion dans l'espace de débat informel du collectif de travail, elle permet aux différents opérateurs d'avoir une référence commune de réflexion, et facilite par là leur réappropriation du débat sur les conditions et l'organisation du travail.

POUR LA RÉDACTION D'OBSERVATIONS CLINIQUES D'ENTREPRISE

Au cours de sa pratique clinique, le médecin du travail recueille des " signes ", de nature extrêmement variée :
- survenance d'une pathologie aiguë,
- poussée d'une maladie chronique,- apparition ou aggravation d'une maladie professionnelle,
- accidents du travail,
- plaintes plus ou moins précises, somatiques, ou portant explicitement sur la situation de travail.

Pour prendre sens, ces signes doivent être replacés dans leur contexte:
- synchronique : comment, à un moment déterminé, chaque membre du collectif de travail vit (éprouve, subit, affronte…) une situation de travail donnée, et comment s'exprime ce vécu (verbalement, par des manifestations pathologiques, par un trouble du comportement…)
- diachronique : comment évoluent dans le temps, en fonction de l'histoire de l'entreprise et de celle du collectif de travail, ces différents signes.La cohérence du signe avec le contexte permet de faire l'hypothèse d'une relation de type étiologique entre le symptome et une situation de travail particulière.

Toutefois, il nous manque encore, à ce stade de la réflexion, une véritable étiopathogénie : la psychodynamique du travail, la psychosomatique, les développements neuro-endocriniens et immunologiques de la théorie du stress apportent chacun des éléments de réponse, mais ils ne permettent pas de répondre à la question: pourquoi un tel présentera tel symptome dans telle situation ? De plus, l'articulation entre ces diverses disciplines est récusée par leurs tenants respectifs.

La mise en évidence de cette relation étiologique impose une action correctrice du médecin du travail :
- soit, dans les cas les plus simples ou les plus urgents, une intervention directe auprès de la direction ou de la hiérarchie,
- mais, dans la plupart des cas, cette action correctrice nécessite un travail du collectif sur lui-même, une réflexion collective, dont les conditions sont difficiles, voire impossibles à réunir. Le rôle du médecin du travail est alors de communiquer à des membres du collectif de travail les éléments de compréhension qu'il aura pu tirer de sa confrontation avec chaque salarié, et de favoriser ainsi, par la confrontation des différents points de vue, un débat interne au collectif, éventuellement la formulation d'une exigence quant à la modification de l'organisation du travail.

Dans une optique taylorienne, la prévention repose sur l'obligation d'appliquer des règles édictées par des spécialistes. Les nouvelles pratiques cliniques, les nouvelles pratiques de prévention sont celles qui s'adressent à l'opérateur comme sujet du processus de travail, pas seulement comme exécutant.
Elles sont un élément de réponse au défi majeur qui nous est lancé, à nous et à tous les intervenants en milieu de travail : que pouvons-nous faire pour faire évoluer les organisations de travail ?

Mais cette question en appelle inévitablement une autre : Est-il possible de sortir de ce taylorisme abâtardi qui domine aujourd'hui ? Est-il possible d'arriver à une organisation du travail qui repose sur l'implication des opérateurs, implication qui serait " reconnue " ? De la réponse à cette question dépend le bien-fondé des nouvelles pratiques cliniques, mais surtout l'amélioration de la santé au travail. Mais de cette réponse dépendent aussi l'emploi, la productivité, la place de la démocratie dans notre société…
Notre réponse est oui. Mais la discussion de cette affirmation, des conditions de sa réalisation, dépasse largement le cadre de cette contribution..

EN RÉSUMÉ, EN GUISE DE CONCLUSION

Il faut souligner l'importance :

[83] Nicolas DODIER, Les Hommes et les Machines, Métailié, 1995

- du " vécu du travail " et de la " santé perçue " comme indicateurs dans le cadre d'une pratique préventive ;
- de prendre en compte les dimensions organisationnelle et relationnelle des entreprises ;
- de permettre la verbalisation des expériences subjectives, de les aider à se constituer en " récit ";
- de renvoyer au collectif de travail des éléments de réflexion sur les problèmes psycho-organisationnels auxquels ils sont confrontés.

Une telle démarche peut préfigurer une organisation post-taylorienne du travail.

CINQUANTE ANS DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Jocelyne Machefer, Denise Parent, Nicole Lancien

Dans les années 70, nous abordions l'homme au travail du fond de l'espace confiné et très sombre de nos camions. Espace rapidement élargi et éclairé par la suppression de nos appareils de radioscopie : beaucoup plus qu'un confort, c'était une prise de distance avec le médecin du travail dépisteur de tuberculose. (La nostalgie de la radio en a été parfois le prix à payer…). Si nous faisions de la clinique médicale, les embauches massives ne nous disaient pas grand chose du réel du travail, duquel d'ailleurs nous n'attendions rien pour signer nos avis d'aptitude. (Apte à quoi ? À tout ? Bons pour le service ? plaisantaient les aptes…). Nous attestions de la bonne santé pour l'emploi.

Très vite, le désir d'aller voir pour comprendre nous est venu. Nous nous sommes aventurés sur le terrain, sans y être toujours invités… pour apprendre encore que l'observation ne suffisait pas et que le bon sens pouvait nous conduire aussi à des contresens. Alors, nous nous sommes accrochés avec enthousiasme au train de l'ergonomie et nous découvrions notre Amérique avec cette fameuse différence et ses grandes conséquences, celle du décalage entre le travail prescrit et le travail réel. Cette découverte augurait déjà de bien d'autres émotions dans le champ de la souffrance et du plaisir au travail.

À noter toutefois que certains d'entre nous parlaient déjà du syndrome d'épuisement somatopsychique, que Le Guillan avait décrit la névrose des téléphonistes et que nous avions un doute sur la maladresse systématique des accidentés du travail. " L'Erreur Humaine ! ".

Nous voici passés du seul souci de protéger l'individu de son travail à grand renfort de casques, bottes, gants, bouchons d'oreilles, à la prise en compte des effets pathogènes des conditions de travail dans leur dimension collective. Nous soupçonnions l'analyse purement objective d'être nécessaire mais non suffisante et il nous fallait revenir du " tout terrain ", du " tout ergonomique " vers nos cabinets comme espaces privilégiés de parole.

Chemin faisant, nous arrivons au seuil des années quatre-vingt : le sujet est encore en confiance avec son droit au travail (celui d'en trouver un, de le garder, ou d'en changer…) et le médecin avec celui de faire prévaloir le point de vue de l'homme (même si ses marges de manœuvre sont déjà très variables). Mais cette confiance est progressivement malmenée sous la poussée d'une précarisation " annoncée "… (par une sous-traitance de moins en moins larvée et l'éclosion d'entreprises de travail temporaire).

Partis de l'adéquation santé-travail, nous voilà confrontés au choix entre santé ou travail. Si nous voulions continuer à tenir ce fil rouge de la santé au travail (qui d'autre ?) comment ne pas nuire ? Quelle garantie offrons-nous à ceux que nous écoutons de ne pas devenir des outils de sélection ? Quand la peur de perdre son emploi recouvre ou sous-tend tout le discours jusqu'à devenir parfois la seule parole audible…

Dans ce sauve-qui-peut l'emploi, nos pratiques sont soumises à la " question " et il y a beaucoup à entendre. Nous découvrons l'écoute intersubjective, qui ne saurait être une mise à plat ni expertise dans le respect de l'opacité du sujet si souvent frappé de transparence, d'invisibilité… Mais une écoute compréhensive qui ne peut avaliser toutes les dérives qu'ouvrent les injonctions de l'économique, auxquelles il faut bien " se rendre "…
Comprendre ? Combien de fois nous serons nous demandés : comment peut-on tenir face à la dureté, la cruauté de certaines relations de travail, dans le sentiment d'indignité (nous avons tous tellement d'exemples pour illustrer). Nous savons bien qu'il n'y a pas de droit à la santé sans droit à la dignité. L'écoute compassionnelle est-elle une fin en soi ? Si elle donne " acte ", il nous faut passer comme le dit si bien H. Arendt *" du diseur de paroles au faiseur d'acte "* et nous sentons l'urgence de comprendre toutes ces brassées d'informations, ces *" récits pour advenir "*, dit P. Ricœur, et nommer les choses pour qu'elles existent, pour rendre visible (P. Romito).

C'est donc bien de notre pratique que nous est venu ce besoin de nous former pour comprendre et nous avons voulu nous saisir de tout ce qui faisait écho à nos questions et pouvait leur donner forme (ah ! le premier colloque de psychopathologie du travail organisé par l'AOCIP). Nous faisions alors feu de tout bois (formation CNAM à Paris ou à Nantes, publications…). Dans ce même temps, nous avions envie de frotter ces acquisitions toutes neuves, même mal digérées, à l'expérience de nos pairs, médecins du travail mais aussi psychiatres qui se disaient aussi demandeurs de partager toutes ces paroles engrangées dans le désordre à longueur de consultation, mais dans le respect du sujet, car c'est lui qui produit du sens et de la connaissance, nous dit M-C. Carpentier-Roy
Quels outils pouvions-nous nous donner pour comprendre, montrer et dire ?

POUR COMPRENDRE, DES GROUPES DE PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Confrontés à la souffrance psychique, des psychiatres nous disent avoir été interpellés à l'envers, mais comme nous, à partir de leur pratique, sur l'importance de la question du travail quant aux problèmes de la santé mentale… Ils ont voulu croiser leur questionnement sur l'articulation santé psychique et travail : il s'agit donc bien d'un groupe de pairs dans le sens où ils ne veulent pas être les spécialistes qui enseignent mais ceux qui partagent leurs questions sans présupposé de savoir, à la frontière de nos deux disciplines (aucune ne pouvant imaginer à elle seule répondre aux questions santé mentale par rapport au travail).

Dans leur désir de " savoir ", dans l'impatience de " cerner l'homme au travail ", disent-ils, dans la tentation encore d'une approche scientifique " objectivante ", ce n'est pas ce portrait robot sur écran de l'homme au travail qu'ils ont vu se dessiner (encore moins la boîte noire qui s'est ouverte), mais plutôt pas à pas, association d'idées par association d'idées, ils ont fait l'expérience du dedans d'un collectif de travail qui se construit en mettant en discussion les réponses que chacun a tenté d'apporter aux questions qui ont trait à la santé mentale/travail, qu'ils se sont posées dans leur pratique au quotidien (avec ses tâtonnements et ses erreurs). De la psychodynamique, en réalité !

Dans l'écoute intersubjective ils découvrent toutefois leur vécu subjectif et celui des hommes et des femmes qu'ils rencontrent dans leur travail. Écoute risquée de leurs règles de métier, de celles qui les agissent parfois et qu'ils veulent mettre à l'épreuve de la parole. Ils découvrent aussi, qu'au travers de chaque histoire singulière, si le sujet échappe à l'expertise, gardant seul l'autorité de ce qu'il dit de son travail, il leur renvoie de façon diffractée l'importance de la symbolique des lieux, du passé, de l'histoire collective de l'entreprise. Et au-delà des questions ainsi posées, croisées, s'ouvrent des pistes de recherche vers de possibles écritures.

Sur un plan plus général, d'autres groupes de psychodynamique et psychopathologie du travail ont vu le jour. Dans leurs échanges, l'intersubjectivité ouvre la voie à l'exploration d'un réel douloureux et impossible à transformer. La mise en mots permet alors le langage commun et l'élaboration progressive de règles de métier qui permettent de trouver une issue à la souffrance. Mais les rencontres sont autant de questions et non des réponses sur l'universalité des connaissances de l'homme au travail. Ce sont alors d'autres mises à l'épreuve des points de vue, retournement de perspective, mise à mal d'idées reçues ; *" Ce qui résiste à la compréhension, ce reliquat "* – nous dit Ph. Davezies –, *" est dans son opacité même, le foyer à partir duquel peut se tracer un cheminement personnel, non réductible à ce que laisserait prévoir le savoir sur le sens des conduites*[84]*. "*

DES PRATIQUES COOPÉRATIVES ET DES TÉMOIGNAGES POUR DIRE ET MONTRER

Le livre *Souffrances et Précarités au travail, Paroles de médecins du travail* est lui aussi le fruit de pratiques coopératives de médecins du travail. Dans le secret des cabinets médicaux, sur les lieux de travail nous entendions parfois l'intolérable, l'indicible, nous partagions la souffrance des salariés. Sans vouloir parler à leur place, se substituer à eux, les soixante médecins du travail qui ont pris part à la rédaction de ce livre ont voulu mettre en mot et en débat dans l'espace public externe ce que les hommes et les femmes ne pouvaient dire tout haut dans les entreprises. Le travail d'écriture ne fut pas facile mais il y avait le désir impérieux d'authenticité, désir tellement fort d'ailleurs qu'il a du l'emporter sur la crainte : celle de ne pas trouver les mots, de ne pas être à la hauteur du projet, de ne pas cerner avec suffisamment de justesse l'histoire singulière des salariés dans toutes leurs dimensions.

Ces textes rassemblés permettent de comprendre ce qu'est l'éthique du témoignage et en quoi une pratique coopérative entre médecins du travail peut, comme le dit Ph. Davezies *" transformer en questions pour la collectivité les difficultés exprimées au cabinet médical ".* De nombreux médecins ont exprimé le désir de poursuivre ce travail collectif et coopératif sous forme du réseau *Paroles de médecins du travail sur la précarisation* réseau qui a constitué en son sein trois groupes de réflexion : épidémiologie, intérim et précarité du travail et santé des femmes

Ces groupes ont la particularité d'un fonctionnement en réseau basé sur la confiance, en dehors de toute autorité hiérarchique, de façon volontaire.

Sous un autre angle, mais toujours dans l'approche de la santé mentale au travail, l'épidémiologie, à travers les données ESTEV, s'est intéressée au poids des conditions de travail sur la souffrance psychique. C'était après la formation CNAM à la psychopathologie du travail et pendant le travail d'écriture pour l'ouvrage *Souffrances et Précarités,…* , un outil supplémentaire pour rechercher les liens entre certaines formes d'expression de la souffrance psychique et l'auto-évaluation des contraintes du travail. Nous ne sommes plus dans la psychopathologie du travail ! Mais nous montrons le lien entre le vécu subjectif de l'organisation du travail et l'expression de la souffrance en lien avec :
- l'absence de travail varié,
- le travail ne permettant pas d'apprendre,

[84] Ce texte a bénéficié de la large contribution d'un psychiatre qui tenait à apporter son témoignage sur l'intérêt de ce langage pluridisciplinaire

- le manque de moyen pour faire un travail de bonne qualité,
- ne pas pouvoir s'organiser dans le travail.

Or, d'autres études ESTEV montrent le lien entre ces contraintes et plus précisément leur degré de tolérance ou non, avec des pathologies comme les troubles musculo-squelettiques, les troubles du sommeil, l'hypertension artérielle Enfin, une étude suédoise montre que l'organisation du travail, le vécu des salariés par rapport à cette organisation peuvent constituer des facteurs de risque pour la santé. Dans cette étude, un lien statistiquement significatif existe entre la mortalité générale et plusieurs indicateurs portant sur le support social (relations entre les collègues et les supérieurs), et sur le degré de latitude dans le travail (ce qui concoure aux marges de manœuvre).

C'est dire l'intérêt d'études épidémiologiques mettant en évidence les liens entre vécu subjectif des contraintes et souffrance, dans un but préventif en santé publique.

" Bien sûr – nous dit F. Derriennic – *il faut faire aussi l'hypothèse que les études sur les rapports entre le travail et la santé, tout particulièrement s'il s'agit de la souffrance psychique, resteront incomplètes si elles ne s'interrogent pas sur le sens du travail et sur la place de l'investissement de la personnalité toute entière dans le travail, personnalité qui peut se détruire ou se reconstruire dans le travail. […] Ces travaux par les ponts lancés entre des disciplines à priori éloignées comme l'épidémiologie et la psychopathologie du travail, permettent de discuter aujourd'hui, sans vouloir chercher une synthèse à tout prix, d'une certaine congruence de résultats. "*

Vous avez reconnu dans ce récit marathon l'évolution du métier à laquelle vous avez été vous même confrontés. Parties de la clinique médicale et de la prévention individuelle, nos observations tant au cabinet médical qu'à l'atelier nous auront prouvé la nécessité d'un regard global sur les collectivités au travail. L'ergonomie elle-même, au-delà de la différence travail réel/travail prescrit, n'aurait pas résisté à l'absence de prise en compte d'une nécessaire coopération des acteurs. Les conditions de travail, dont l'organisation, le bien-être ou le mal-être, la construction ou la déconstruction de la santé qui en découlent, concernent bien la collectivité.

Avec la montée de la précarisation et sous la pression du " tout économique " et parfois en l'absence de consensus social, nous avons dû réinventer le métier. Les monographies, l'épidémiologie, sont autant de prises de position de ne pas dissimuler le réel. Et puisque " dire, c'est déjà agir ", ces pratiques coopératives en réseau basées sur la confiance auront permis de redonner du sens au métier en disant nos difficultés à mener à bien les missions et atteindre les buts règlementairement fixés.

Mais l'éthique du témoignage, si elle permet d'alerter la société et les pouvoirs publics, ne peut et ne doit nous faire oublier la source même de nos témoignages, c'est-à-dire l'écoute intersubjective, car aujourd'hui encore se déverse en confiance le cortège des souffrances exprimées.
Mais alors, se pose la question de l'utilité de notre écoute en entreprise. Que construisent donc ces salariés qui nous parlent ? Dans le colloque singulier, nous cherchons d'abord à partager puis à rassurer et à redonner sa dignité au sujet. Mais quel " après " ? Il a certes dépassé le non-dit. Il a pris la responsabilité d'exprimer sa souffrance mentalisée ; la mise en mots a pu, dans et par nos échanges, permettre au sujet de comprendre le sens à donner à son travail. Nous l'aurons accompagné, il sera resté acteur. Peut-on dire pour autant qu'il se sera réapproprié du pouvoir sur sa vie ? Peut-on affirmer que la consultation transforme les gens du côté de l'action ? Ne serait-ce pas une légitimité du métier ?

Nous abordons là l'éthique de discussion au cœur même de l'entreprise. Car la souffrance, qui diffère d'un sujet à l'autre dans son expression, a bien souvent une origine commune. C'est pourquoi nous ne porterons pas seuls ces confidences. Les motifs de la souffrance, que chacun porte dans sa sphère privée mais qui trouvent leur origine dans l'organisation du travail pathogène, doivent être transformés en questions, pour les partenaires sociaux dans l'entreprise. Il nous semble en effet que nous devons soutenir ce débat légitime auquel les directions ne peuvent se dérober pour la simple raison qu'elles sont composées d'hommes et de femmes qui se reconnaissent dans une commune humanité.

Nos pratiques nouvelles, orientées vers une visibilité sociale d'une part et l'éthique de discussion en entreprise d'autre part, devraient permettre l'espoir d'une meilleure prise en compte du point de vue de la santé au travail. Car, là aussi se joue la santé de notre société.

CHAPITRE 3 :LA MONTÉE DES PÉRILS : ATTEINTES À L'INDÉPENDANCE ET MÉDECINE D'ENTREPRISE

LA MONTÉE DES PÉRILS: ATTEINTES À L'INDÉPENDANCE ET MÉDECINE D'ENTREPRISE

*Des récits de médecins du travail témoignent de pressions récurrentes exercées par des employeurs. Procès, mises à l'index sont employés dans ce domaine. Dans ces circonstances la volonté et l'engagement du médecin doivent rencontrer le soutien des salariés pour lui permettre de tenir. (**" Un "après licenciement" : résister, persévérer, tenir pour ne pas décevoir "**)*

*C'est en défendant leur indépendance que les médecins du travail pourront reconquérir des marges de manœuvre. (**" Propos sur l'indépendance du médecin du travail "**)*

*Dans le contexte actuel, exercer correctement la médecine du travail devient parfois un acte de résistance. (**" Exercer la médecine du travail "**)*

*Ce phénomène atteint aussi les services autonomes de médecine du travail des grandes entreprises où les médecins du travail sont directement soumis au pouvoir des donneurs d'ordres. (**" Conduire des études épidémiologiques comporte un risque pour le médecin du travail : le licenciement "**)*

*L'un des procédés utilisé consiste à accroître la pression temporelle. Ceci se pratique institutionnellement en multipliant les missions tout en refusant de mettre à disposition les moyens indispensables pour les remplir. (**" Pression temporelle et médecine du travail "**)*

*Les médecins doivent s'engager individuellement pour s'opposer au jour le jour à ces pressions qui tentent de les faire travailler à **"** l'abattage **"** . (**" Sur "la durée exagérée" des visites médicales "**)*

*Leur responsabilité individuelle est engagée dans leur exercice professionnel.(**" Sur la responsabilité de l'action du médecin "**)*

*Aujourd'hui ce phénomène est devenu quasi général. Il touche aussi les services interentreprises de médecine du travail des petites et moyennes entreprises, où l'organisation même à été pliée pour servir ces desseins (**" La vie dans certains centres interentreprises "**)*

*Les médecins du travail doivent s'opposer aux pressions temporelles mais aussi aux injonctions de sélectionner les salariés, en particulier sur leur comportement, résister aux facilités de la prévention des risques généraux pour la santé et à la complicité de dissimuler les accidents du travail (**" Stratégies pour la déclaration des accidents du travail "**).*

Il s'agit, pour certains employeurs, d'empêcher que les médecins puissent être les témoins des atteintes à la santé qui se perpétuent dans les entreprises ou sinon de les faire taire.

*Restreindre leur visibilité a été l'objet d'interventions concertées de leurs représentants. (**" Attention! Manœuvres autour de la médecine du travail "**)*

*Car tout est en effet tenté pour transformer les médecins du travail en instruments dociles de la gestion économique de l'entreprise. (**" Sélection, comportement et dépistages aveugles, comment instrumentaliser les médecins du travail "**)*

Plus grave encore, dans certains services des médecins du travail abandonnent les bases de leur déontologie et cèdent aux sirènes de l'efficacité économique à tout prix.

*Ces médecins en viennent à subordonner leur exercice à des objectifs de gestion et transforment la médecine du travail en médecine d'entreprise. (**" Le médecin du travail, le mensonge et le management "**)*

Pour contrôler la médecine du travail, l'objectif de certains employeurs est de restreindre voire d'abolir l'indépendance professionnelle des médecins.

*Comme nous le rappelle opportunément un inspecteur du travail, l'indépendance n'est pas un droit du médecin mais un droit du patient. Le médecin a donc le devoir déontologique et réglementaire de la défendre. Tout abandon est passible de poursuites. (**" L'indépendance du médecin du travail "**)*

Mireille Thévenin

UN " APRÈS-LICENCIEMENT " : RÉSISTER, PERSÉVERER, TENIR POUR NE PAS DÉCEVOIR

COMMENT ON SE FAIT LICENCIER ET COMMENT ON TRIOMPHE DU LICENCIEMENT

1982, je vais avoir 35 ans. J'étouffe dans ce service interentreprises de petite province où je suis devenue *persona non grata* ; pourtant, comme les collègues, depuis mon embauche en 73, j'ai toujours vu en visite tous les salariés de mon secteur, effectif récemment réduit de 2 300 à 2 100 ; " on " n'a pas pu alléger davantage, puisque, c'est évident, en mi-temps on travaille moins… Mes relations avec la plupart des employeurs que je suis censée conseiller sont plutôt bonnes. Seulement l'erreur, c'est mon comportement, je suis déléguée du personnel depuis 78, et revendique en commission de contrôle de meilleures conditions de travail pour les médecins et le respect de l'indépendance professionnelle. Ca a suffi pour alourdir les rapports avec la direction ; et puis il y a quelques mois je me suis affrontée à l'une des entreprises les plus influentes, qui avait élaboré une " procédure d'absentéisme " où l'infirmière devait jouer le rôle principal dans la conduite des entretiens menant droit au licenciement des " profiteurs ". Je me suis formellement opposée à ce que l'entreprise change de médecin, et à partir de ce moment là, la guerre était ouverte : contrôle serré d'emploi du temps, persécution téléphonique par le directeur du service et autres mesquineries qui donnent mal au ventre et doivent fatalement amener la victime à démissioner.

C'est une collègue d'un service autonome de la même ville, qui va me proposer la porte de sortie : elle ne supporte plus l'atmosphère conflictuelle de cette usine de fabrication de projecteurs. Elle préfèrerait un boulot tranquille dans un service interentreprises ; quant à moi il me semble qu'en cas de désaccord, " il vaut mieux avoir à faire au bon dieu plutôt qu'à ses saints ". Nous ferons donc l'échange… Les directeurs de nos services réciproques ont chacun l'impression de faire une bonne affaire !

Mes premiers contacts avec mon futur employeur et son directeur des ressources humaines sont excellents ; ils répondent avec empressement à mes suggestions de modifications de mon contrat de travail ; le 1er janvier 83 j'entre en fonction, sereine, confiante. Dans les ateliers où je déambule sans arrière-pensées, l'accueil est chaleureux ; les ouvrières m'appellent pour m'expliquer leur travail et en profitent pour me montrer ce qui ne va pas. Les représentants syndicaux, qui avaient demandé à me rencontrer avant l'embauche, ont aussi pris des renseignements auprès des copains qui m'avaient vue à l'œuvre ; visiblement le message est bien passé. Je vais enfin pouvoir pratiquer la médecine de travail de mes rêves ! !

L'état de grâce a duré deux mois…

Le 8 mars le directeur me convoque, il a la moustache nerveuse, il me reproche mon comportement, *" Vous avez un sens trop large de l'équipe "*. Abasourdie, je finis par comprendre : huit jours plus tôt, lors de mon premier comité d'hygiène et de sécurité, je n'ai pas caché mes bonnes relations avec l'inspecteur du travail et celui de la CRAM – depuis des années, on a fait du bon travail ensemble et les employeurs en redemandaient… Je n'ai pas eu non plus davantage de réserve vis-à-vis des représentants du personnel, légitimant en outre certaines de leurs revendications, j'avais signé mon camp !

Le 23 mars, nouvelle convocation : *" Le 8, c'était l'entretien préalable, aujourd'hui nous vous faisons part de notre intention de mettre fin à votre période d'essai "*. J'explose, et en larmes je les traite de " beaux petits salauds ", ça soulage… Dispensée d'effectuer le préavis, je suis priée de quitter les lieux. Dans l'usine, c'est la consternation.

Le soir même je contacte le président de mon syndicat, " le plus représentatif des médecins du travail " : il est très pessimiste, je n'aurais pas du " mettre tous mes œufs dans le même panier ", la seule solution est de changer de métier ! C'est le coup de grâce, le désespoir, la solitude ! Mais très rapidement l'inspecteur du travail m'appelle, puis les vieux copains de différents syndicats – *" Ce n'est pas cuit, on va t'aider "* – et la chaîne de solidarité se met en branle – interventions diverses, tracts à l'usine, articles dans la presse, et on me donne la marche à suivre – je dois contester ce licenciement illégal et rester en poste.

Je tiens jusqu'au 31 mars ; ce jour là le directeur des relations humaines (DRH) m'interdit l'entrée dans l'usine. Le lendemain, je demande un référé prud'homal. Le trouble et l'urgence sont justifiés par l'empressement de l'employeur à adhérer au service interentreprises, il n'a d'ailleurs pas hésité à forcer mes classeurs pour récupérer des dossiers médicaux, je porterai plainte auprès du conseil de l'ordre des médecins. L'inspecteur du travail, après conseils puis menaces à la direction, dresse procès-verbal pour licenciement abusif de médecin du travail, entrave au fonctionnement du comité d'entreprise, adhésion illégale au service interentreprises, le procureur de la République va poursuivre et le comité d'entreprise, les syndicats de médecine du travail et le Conseil de l'ordre des médecins se porteront partie civile au procès.

Le 14 avril, les prud'hommes ordonnent ma réintégration sous astreinte ; aucune période d'essai n'était mentionnée dans mon contrat de travail, il s'agit bien d'un licenciement irrégulier, sans l'avis du comité d'entreprise ; dès le lendemain, je retourne à l'usine, les ouvriers sont massés pour m'accueillir, je suis l'héroïne, le symbole du succès de leur action ; il ne faudra pas les décevoir…

COMMENT ON TIENT PARCE QU'ON NE DOIT PAS DÉCEVOIR

Disons qu'au début, on n'a pas le choix ; un médecin licencié est grillé pour un autre emploi, ce genre d'information circule bien et loin dans les milieux d'employeurs. On retient votre candidature pour voir la tête que vous avez et on vous remercie le sourire en coin. Alors il faut tenir et j'ai tenu quatorze ans.

83-87, le temps des procès. Référé prud'homal et condamnation pénale du directeur, appel, cassation pour chaque juridiction, et toujours confirmation de la première instance. Puisque la Justice ne suit pas, il faut tout mettre en œuvre pour déstabiliser ce médecin qui s'incruste :

modification de mes horaires de travail, interdiction d'aller librement dans les ateliers, contrôle de la prescription des examens complémentaires, annulation de commandes de matériel médical ou pharmacie, tentatives de subversion de l'infirmière, pressions sur le secret médical et pièges divers pouvant conduire à la faute professionnelle. Ma vigilance ne doit pas flancher, je dois répondre par écrit à chaque attaque et ne pas hésiter à recueillir l'avis de l'inspection du travail, du médecin inspecteur régional du travail, voire du Conseil de l'ordre des médecins. Ne pas baisser les bras, résister, constituer un dossier et… ne pas tomber dans la paranoïa. Conclusion, une dépression, deux mois d'arrêt et quelques années de psychanalyse !

J'aurais probablement démissionné sans le soutien des infirmières, des ouvriers et des représentants syndicaux. L'infirmerie qui était une vitrine s'est transformée en une véritable forteresse. La direction ne peut plus contrôler les trop fréquents passages du personnel dans ce lieu où l'on vient parler de ses souffrances et de la maltraitance, où l'on dénonce en toute discrétion les mauvaises conditions de travail ; le docteur interviendra, c'est sûr… Et le docteur va dans les ateliers, observe, questionne, écoute, fait des rapports parce qu'il faut répondre aux attentes et qu'il n'y a plus rien à perdre, ou plutôt il y a quelque chose à prouver, c'est de l'ordre de la reconnaissance et la reconnaissance, les ouvrières me la témoignent tous les jours.

En juin 87, nouveau passage aux prud'hommes, je suis mise à pieds huit jours. DRH n°2, un pro du licenciement, est sûr, lui, d'avoir ma peau ; il m'a imposé une modification non motivée de mon planning. Mon refus d'obtempérer a été qualifié " d'insubordination à l'employeur ". Pour cette dernière maladresse, le directeur est remercié ; il n'est plus le maître dans l'entreprise qui s'est fait phagocyter par une multinationale et le P-DG n'admet pas le désordre. Le nouveau directeur propose, la veille du procès, une transaction acceptable.

Et si j'allais enfin, comme dans les textes, devenir " le conseiller de l'employeur " pour les conditions de travail ?

87-93, les illusions. Le directeur 3e génération privilégie le dialogue et moi je vais montrer ma bonne volonté et revendiquer mon statut de cadre, pas comme les autres, mais cadre quand même ; j'assiste aux réunions d'information, aux formations " qualité totale ", il faut se faire une opinion. Comme je suis en pleine période de formation en ergonomie, je ne me contente pas d'assister, je participe avec ma spécificité, mais j'ai l'impression que mes questions déstabilisent les autres cadres. J'en ai confirmation lorsque je suis convoquée par le DRH du groupe ; il est curieux, courtois, ne fait aucune remarque sur ma pratique professionnelle et me parle essentiellement des craintes que j'inspire ; cet entretien n'aura aucune conséquence… apparente. Pour ma part, j'ai compris que je perdais mon temps à essayer de convaincre ceux qui fonctionnent dans une autre logique ; je ne ferai plus que quelques apparitions aux réunions des cadres. Cette intrusion dans un domaine jusque là inexploré m'a fait gagner une forme de respect et la confiance de quelques uns, c'est important pour la crédibilité.

Crédible, il faudrait l'être en cette période de mutation de l'entreprise qui doit absorber un changement complet de technologie, une forte automatisation et son corollaire, une succession de plans sociaux. La santé du personnel, fragilisé par les licenciements, ne résiste pas au manque de maîtrise des nouveaux procédés ; je vois apparaître une véritable épidémie de troubles musculo-squelettiques et surtout de syndromes respiratoires. J'alerte très précocément les dirigeants et les représentants du personnel, les premiers y voient un excès de zèle, les seconds n'en mesurent pas les conséquences et ne reprennent pas mes arguments. C'est avec un grand sentiment de solitude que je vais mener mon enquête, d'autant que les aides extérieures sont difficiles à trouver quand on n'est pas vraiment dans un réseau. Finalement un centre de recherche accepte d'apporter son concours ; les résultats de l'étude prouvent l'existence d'un risque réel. S'appuyant sur ces résultats et sur le dossier que j'ai constitué depuis trois ans, le personnel se met en grève et obtient les modifications réclamées. C'est ma première vraie victoire, la réappropriation de mon travail par les salariés.

Cette fois encore je n'ai pas gagné sur tous les plans, cette bruyante affaire de maladies professionnelles ravive les vieilles rancœurs. DRH n°5, fraîchement débarqué, applique sa méthode de rétorsion, le bloquage de salaire ; ça tombe bien, je viens de leur rappeler, contrat à l'appui, que mes dix ans d'ancienneté me font prétendre à une augmentation substantielle. Fi du contrat, aucune intervention, aucune menace ne le fera céder. Je n'ai vraiment pas envie de récidiver aux prud'hommes, mais c'est la seule issue possible – l'enjeu est d'importance ; s'attaquer au salaire d'un médecin du travail, c'est une atteinte à l'indépendance professionnelle, un appel à la démission, une mesure de dénigrement.

COMMENT ON PRÉPARE SA SORTIE

C'est comme dans la maladie, après la guérison apparente, on ne supporte pas la rechute ; on ne se bat plus de la même manière quand la survie n'est plus en jeu. Et puis dans l'usine, je n'ai plus rien à jouer. La fabrication a figé ses procédures, le personnel est résigné et se plie sans broncher au laminage des dernières techniques d'organisation du travail. Je suis complètement sur le créneau du " compassionel " que j'avais tendance à rejeter lors des réunions de psychodynamique avec mes collègues médecins du travail. Je me voyais d'avantage dans l'action. Je suis réduite à l'impuissance, ma prestation est terminée, je dois partir. Ce n'est pas si simple de se couper de ses attaches affectives, quatorze ans de confidences, ça crée des liens, et dans les deux sens. Mais je dois sauver ma peau, j'ai besoin de reconstruire, ailleurs.

Le conseil des prud'hommes me donnera gain de cause fin 95. Six mois plus tard, j'ai trouvé un nouveau poste. Mon

départ est très facile à négocier avec DRH n°6, ça va lui éviter de faire preuve d'imagination pour se débarrasser de celle qui n'a pas voulu collaborer pour règler quelques dossiers d'inaptitude.
Avant de partir, j'apporterai mon soutien actif au comité d'entreprise qui souhaite maintenir le service autonome de médecine du travail et s'oppose à l'adhésion au service interentreprises ; le ministère confirmera la position favorable du directeur régional du travail, et à ce jour, l'entreprise a fait appel…

MORALITÉ DE L'HISTOIRE

- on ne se retrouve jamais seul quand on a su partager… ou… gagner la confiance des salariés c'est gagner leur soutien.
- la réglementation et le Code de déontologie : à respecter scrupuleusement, ils ne vous lâcheront pas le moment venu.
- garder ses illusions, être persévérant et jusqu'au bout, et pour sa sortie, viser la grande porte.
- sii l'on veut bien sauver sa peau, commencer par s'occuper de celle des autres, ça aide… ou… les bienfaits de la reconnaissance.

PS **:** je coule des jours heureux dans un pays ensoleillé où l'on prend son temps. Mon poste est une création et je peux le modeler à ma convenance ; j'explique aux agents ma conception de la médecine du travail, ça les intéresse, j'ai l'impression qu'ils vont bientôt avoir besoin de mes services…

–

PROPOS SUR L'INDÉPENDANCE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Jean Michel Domergue

La raison d'être des médecins du travail est de tout mettre en œuvre dans l'entreprise pour que le salarié soit le moins possible malade de son travail, pour que durant toute sa vie de salarié, quelle que soit l'entreprise où il travaille, il ne contracte pas de maladie ou ne soit pas victime d'accident professionnel, pour qu'il préserve au mieux sa santé.

Cette mission est d'une part très technique, par l'amélioration des conditions de travail et par la vigilance médicale, et d'autre part médico-sociale quant aux conditions de vie des salariés. Elle touche à tous les rouages de l'entreprise. L'indépendance technique du médecin du travail apparaît donc primordiale. Bien que solidement établie à la fois dans le Code de déontologie médicale et dans le Code du travail, bien que garantie par les partenaires sociaux (entre autres par les commissions de contrôle, les comités d'entreprise ou les délégués du personnel), elle doit être en permanence revendiquée par le praticien. C'est cette quête d'indépendance qui fonde la crédibilité du médecin du travail dans l'entreprise. Pourtant, sur le terrain, bien des obstacles peuvent s'interposer et mobiliser l'énergie du praticien. C'est ce que nous verrons plus loin au travers d'un exemple vécu.

Le Code du travail garantit en principe le maintien du médecin dans l'entreprise dès lors qu'il y existe un consensus social sur sa présence. Ainsi l'employeur ne peut changer de service médical interentreprises si le comité d'entreprise ou les délégués du personnel s'y opposent[85]. Et la lecture attentive du texte permet de déduire que même sans changer de service médical, l'employeur ne peut exiger de changement de médecin sans l'avis des partenaires sociaux réunis dans la commission de contrôle[86]. En cas d'opposition entre les représentants du personnel et l'employeur, c'est le directeur régional du travail qui tranche après avis du médecin inspecteur du travail. Si l'employeur reste sur sa position, il introduit un recours devant le ministre du travail et au-delà devant le tribunal administratif, voire en Conseil d'État.

Dans ce service interentreprises parisien, l'article 8 des statuts de l'association précise que : *" L"adhérent qui entend démissionner doit informer l"association par lettre recommandée avec avis de réception. La démission prend effet à l"expiration de l"année en cours. ".* Cette association à gestion très patronale confond donc la médecine du travail, qui a incontestablement une mission de service public sous la tutelle du ministère du travail, avec une société de service comme la sécurité ou le nettoyage. Dénoncé de longue date par les praticiens en commission de contrôle ou au conseil d'administration, cet article 8 n'a pourtant jamais été modifié. Seule une assemblée générale extraordinaire composée des employeurs de l'association convoquée spécialement peut modifier les statuts, leur dit-on, et finalement ils n'ont obtenu qu'une vague promesse de note d'information destinée aux adhérents qui apparemment n'a jamais vu le jour.

La société P. est adhérente à ce service interentreprises. Elle emploie une trentaine de salariés et a pour objet la fabrication d'ustensiles en matière plastique. Les salariés utilisent une cinquantaine de produits chimiques différents et sont exposés à de multiples aérocontaminants (vapeurs toxiques et poussières). Lors du premier contact avec l'entreprise, il est vite apparu que les expositions étaient importantes en l'absence de tout système de protection collective valable. Au fil des ans, le médecin du travail s'est beaucoup investi dans cette PMI. Un long travail d'évaluation, de concertation, avec les directions successives de l'entreprise, de recherche (étude épidémiologique avec le service de pathologie

[85] Art. R. 241-10-1, al. 2 du Code du travail
[86] Combinaison des art. R. 241-30, R. 241-31-1 et R. 241-14 du Code du travail

professionnelle) y a été entrepris. Progressivement, un contrat de prévention avec la collaboration étroite du contrôleur du service de prévention de la caisse régionale d'assurance maladie a pris corps. Il a abouti à la réalisation d'un système d'aspiration et de ventilation efficace entre autres. D'abord très conflictuelles, les relations entre le médecin du travail et l'employeur se sont normalisées et, chacun restant dans sa problématique, des contacts fréquents ont été établis, à l'occasion notamment de l'introduction de nouveaux produits ou procédés, pour avis technique de prévention. Par ailleurs, un véritable esprit de concertation s'est établi avec les salariés, favorisée par la direction de l'entreprise. Dernièrement, suite à une décision brutale des gestionnaires de l'entreprise, le directeur a été remplacé.

Son successeur, animé d'un esprit autoritaire et opposé à toute forme de concertation, a d'emblée remis en cause le consensus qui avait eu tant de mal à se construire dans l'entreprise, entre autres dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité. Rapidement, un conflit s'est ouvert avec le médecin du travail que l'employeur trouvait trop présent. En décembre 1995, il faisait donc part de sa décision de cesser d'adhérer au service interentreprises évoquant les difficultés personnelles entre lui et le praticien. En janvier 1996, sans en avoir averti le médecin, le service interentreprises entérinait cette démission en application des statuts exposés plus haut.

Ayant par hasard appris cette radiation, le médecin du travail a aussitôt contacté le directeur de cette PMI pour tenter de faire valoir ses arguments, notamment la qualité du travail effectué sur les dix dernières années. Mais il s'est vu opposer une fin de non recevoir. Un courrier s'en est suivi où le praticien rappelait à l'employeur les dispositions du Code du travail. Parallèlement il a mené une action vigoureuse auprès de la direction du service médical. Les délégués du personnel de la PMI ont été contactés pour les informer des événements et de l'éventualité de leur intervention. Enfin, le médecin du travail a contacté l'inspection du travail qui fin février a écrit à cet employeur pour exiger sa réadhésion provisoire et la réunion des délégués du personnel pour consultation et avis. À l'unanimité les délégués du personnel ont voté contre cette cessation d'adhésion et une pétition signée par l'ensemble des salariés a été adressée à l'inspecteur du travail. Dès lors, celui-ci a saisi l'inspection médicale et la direction régionale du travail pour faire aboutir fin mai 1996 une décision administrative du maintien de l'adhésion au service médical interentreprises et implicitement le maintien du médecin dans l'entreprise. Après réception de la décision du directeur régional du travail, l'employeur a saisi le ministère du travail et la procédure semble en cours à ce jour.

Cette histoire illustre parfaitement la place du médecin du travail dans l'entreprise. Sa mission n'est en rien conditionnée par un simple contrat de service qui serait librement négocié entre employeurs (chef d'entreprise et président de service interentreprises qui a appuyé cet employeur dans sa démarche, sans même en avoir référé au médecin du travail). Sa mission, sa raison d'être est bien d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail tout au long de leur carrière, quel que soit le nombre parfois important de leurs contrats de travail successifs et de leurs conditions de travail très diverses. Ajoutons que cette mission ne s'arrête pas à la mise à la retraite du salarié puisque de nombreuses expositions professionnelles peuvent ne s'exprimer que des années plus tard.

On est donc bien dans le cadre d'une mission de service public où les partenaires sociaux jouent un rôle primordial. Il leur appartiendrait sans aucun doute de s'emparer plus souvent de ces questions.
Enfin la tutelle des services du ministère du travail en faisant appliquer les prescriptions de la loi votée par l'Assemblée nationale en octobre 1946, vient garantir le fonctionnement démocratique de l'institution.

EXERCER LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Gilles Seitz

La médecine du travail connaît actuellement, dans notre société en crise, une période troublée. La crise est certes économique mais aussi surtout politico-idéologique. L'économie capitaliste européenne et mondiale se restructure. Le marché commande tout, le marché c'est-à-dire le profit. Les maîtres mots sont déréglementation, productivité, concurrence, rentabilité. Nous constatons dans les faits que la conséquence du libéralisme est chômage, exclusion, précarisation, précarité et ainsi pathologies psychiques et organiques.

Ainsi la médecine du travail est traversée par cette crise de plusieurs manières :

- les médecins du travail, humanistes, ayant pour mission la non altération de l'état de santé des salariés du fait de leur travail, se trouvent en contradiction avec les conséquences pour la santé du système socio-économique actuel ;
- leurs actions se voient extrêmement limitées car posant des problèmes fondamentaux au niveau de l'organisation et des conditions de travail. Malgré certaines avancées au bénéfice du salarié individuel, ils ont le sentiment d'une certaine idée d'impuissance ;
- le manque de contrepoids des syndicats ou des institutions représentatives ou de mobilisation des salariés ne font que renforcer ce sentiment ;
- l'augmentation de la psychopathologie, la précarisation individuelle des salariés n'est pas sans effet sur les médecins du travail ;
- le projet patronal de mise en place d'une médecine d'entreprise sans indépendance et assujettie à l'économique ne fait qu'accroître ce malaise.

Les médecins du travail, se trouvant ainsi déstabilisés dans leur mission et leur fonction, se remettent en cause : faut-il une médecine du travail ? Quel est le sens de notre métier ? Comment mieux valider nos interventions professionnelles ? Comment contribuer à une meilleure prise en charge par les organisations de salariés, des questions de santé au travail ? Avant de développer cette partie, il nous faut revenir sur l'histoire de la médecine du travail.

La médecine du travail a ses racines historiques dans le mouvement convergent de l'analyse des maladies dues au travail (*cf.* l'histoire du cancer du scrotum chez les ramoneurs, les maladies dues à l'amiante) et dans la découverte des conséquences du travail sur la santé (rapport Villermé), cela dès le XIXe siècle. Nous y trouvons, dans les observations décrites, le fondement de la clinique du travail élaborée par des médecins. Ce mouvement s'est prolongé jusqu'à la libération, où le Conseil national de la résistance a posé les jalons de la loi de 1946. Ce texte législatif est le véritable acte fondateur de la médecine du travail. Le but en est clair *: " éviter l'altération de l'état de santé des salariés du fait de leur travail ".* Ainsi était reconnue la possibilité que le travail pouvait avoir des conséquences, ici néfastes, sur l'état de santé des salariés.

Aujourd'hui, qu'en est-il des moyens donnés aux médecins du travail pour appliquer dans la réalité ces intentions ? Ils sont effectivement limités. Le tiers temps, notion fourre-tout, n'est pas suffisant, les effectifs par médecin du travail sont trop élevés, le temps de formation n'est pas mis en évidence… L'indépendance du médecin du travail est trop souvent mise en cause quand nous constatons les effets néfastes de l'organisation du travail actuelle, du tout économique.

La médecine du travail se situe fondamentalement du côté de la défense de la santé des salariés. Ainsi ont procédé des médecins du travail à travers le livre *Souffrances et Précarités au Travail, Paroles de médecins du travail.* Dans leur cabinet, dans leur visite du milieu du travail, des médecins du travail ont rassemblé un certain nombre de données que nous pouvons qualifier de clinique.

La visite médicale est un temps important et fort, d'autant plus que la confiance du salarié a été acquise grâce à l'écoute et au respect du secret médical. Le médecin conduit un " interrogatoire " comme tout autre médecin, à la recherche de symptômes et de signes, un " examen clinique " précisant l'interrogatoire et orientant des examens paracliniques et ou des orientations de spécialistes permettant ainsi un diagnostic avec discussion d'autres diagnostics. Des questions doivent se poser :
- les causes sont-elles organiques, psychiques ?
- quel est le lien avec le travail ?
- existe-t-il une étiologie en dehors du travail ? Mais cette cause n'a-t-elle pas de lien avec le travail ?

La visite médicale est un temps important dans l'activité du médecin du travail. Celui-ci rencontre un salarié, constate son vécu. À travers ce dialogue se noue une relation de confiance, basée sur le respect de l'autre. La subjectivité de l'un et de l'autre joue un grand rôle. Le médecin du travail doit savoir écouter ce que dit le salarié : sa souffrance ou son plaisir au travail, les conséquences du travail sur sa santé, sur sa vie… Il doit savoir distinguer à travers sa propre subjectivité, son propre vécu, l'enjeu véritable. Lors de la consultation médicale, le médecin du travail note les symptômes, constate les signes cliniques et débusque les signes infracliniques. Il doit les relier à une cause ou à un faisceau de causes s'entrelaçant et s'activant d'où il est difficile de délier les nœuds (ceci est surtout vrai pour la psychopathologie). Il apprécie ainsi le vécu, la souffrance de l'homme au travail. Nous pourrons décrire des tableaux cliniques individuels et ensuite nous pourrons rassembler ces tableaux cliniques individuels en un tableau collectif au niveau d'un atelier, au niveau d'une entreprise, ce qui permettra d'y établir un diagnostic de la santé au travail.

Le tiers temps servant alors en partie à la vérification de ces données par la visite du lieu de travail, par la tenue d'études épidémiologiques et d'études de poste. Inversement, lors de ce tiers temps, nous pourrons constater l'existence de situations dangereuses pour la santé. Dans certains cas l'origine de l'atteinte professionnelle peut-être facilement trouvée, comme celle du mésothéliome pleural dans l'exposition à l'amiante ; elle est généralement plus complexe avec les cancers sans spécificités professionnelles, et pourtant de nombreuses études démontrent la réalité professionnelle de ces pathologies. Dans d'autres cas elle est plus difficile à retrouver, notamment dans le cas des pathologies psychiques qui interfèrent avec le professionnel et l'extra-professionnel.
Notre rôle sera, dans la discussion avec le salarié, de pointer les problèmes autour du travail, de son organisation et de ses conditions. Nous devons lui donner les éléments en notre possession pour qu'il puisse devenir le véritable acteur de sa vie et de sa santé – définie comme un phénomène dynamique et évolutif – acteur parmi d'autres acteurs que sont les salariés de son entreprise, de la société.
Cette action doit être poursuivie non seulement au niveau individuel mais aussi au niveau collectif, devant les instances représentatives de l'entreprise et les organisations des salariés.
Le traitement, ici, est constitué par le témoignage du médecin du travail dans l'entreprise. Le traitement curatif échappe aux médecins du travail car les seuls à même de l'appliquer sont ceux que nous appelons, les partenaires sociaux. Le témoignage se fonde sur les faits constatés par le médecin du travail que l'ergonomie, la psychodynamique et l'épidémiologie pourront contribuer à décrypter.
Notre rôle sera, à travers la connaissance de ces risques pour la santé des salariés, obtenue lors des visites

médicales et du tiers temps, d'alerter les partenaires sociaux à l'intérieur de l'entreprise, tout en reconnaissant les limites de notre action. Il nous faut aussi alerter la société, car ce que nous constatons dans une entreprise, existe à l'échelle de la société.

Le traitement en médecine du travail n'est pas le traitement en médecine de ville. Le traitement se pose ainsi : que devons-nous faire pour éviter que la pathologie empire et pour la faire disparaître ? L'éviction du risque, la transformation du poste, de l'organisation et des conditions du travail font partie de cette réflexion. Nous pouvons constater trop souvent que ce traitement est extrêmement difficile à effectuer, car il touche au noyau même de l'entreprise actuelle. Il peut passer par le certificat d'aptitude, certificat extrêmement difficile à remplir, car pour le salarié, il s'agit de son avenir professionnel et donc de son avenir tout court, dans une société où l'exclusion est facilement pratiquée. Le médecin du travail remplissant ce certificat en discutant avec le salarié, prend donc une très grande responsabilité morale et individuelle. Il se trouve souvent devant le choix ou bien de garder le salarié à son poste et de voir donc évoluer sa pathologie, ou de proposer des transformations, ou enfin de le déclarer inapte et, dans ce cas, de risquer de voir la société l'exclure.

Le médecin du travail a aussi besoin de coopération avec d'autres médecins du travail, et aussi avec des ergonomes, des psychodynamiciens. Ainsi devons-nous aller vers une pluridisciplinarité coopérative ? Quel est l'apport spécifique du médecin du travail ? Le médecin doit rester ce salarié à part ayant un contrat basé sur le Code du travail et sur le Code de déontologie, veillant à son indépendance professionnelle. Son apport spécifique est justement d'être médecin. Mais qu'est-ce qu'une pluridisciplinarité coopérative ? En présence d'une question posée, d'un problème, d'une étude à mener, les différents spécialistes doivent se regrouper – ainsi qu'il en est d'une coopération – chacun apporte au débat sa compétence et ses moyens. Conjointement, ils discutent à tout moment des résultats, partiels ou définitifs et en tirent les conclusions. Ces spécialistes doivent être indépendants de l'employeur.

Nous, médecins du travail, nous devons résister, faire œuvre de témoignages, être les veilleurs des salariés, de leurs organisations et des instances représentatives. Nous devons veiller à garder notre statut de salarié protégé avec un contrat basé sur le Code du travail, le Code de déontologie – il fonde notre exercice. Notre apport spécifique se fonde sur notre qualité de médecin, spécialiste de l'homme et de sa santé, et notre qualité de médecin du travail, spécialiste de l'homme au travail. Notre distinction sera celle que nous reconnaîtront les salariés en nous accordant leur confiance pour la construction de leur santé que nous nous efforçons d'accompagner.

CONDUIRE DES ÉTUDES ÉPIDEMIOLOGIQUES COMPORTE UN RISQUE POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL : LE LICENCIEMENT

À propos d'un cas de licenciement de médecin du travail

Francis Derriennic
Épidémiologiste - chercheur à l'INSERM

Celle que nous appellerons M.T. est médecin du travail dans une grande entreprise publique. M.T. a été licenciée en 1996 par son entreprise, puis réintégrée à l'issue d'une série de procès et d'une large campagne de soutien en France de la part de ses collègues, des chercheurs et universitaires dans le domaine santé-travail, l'ensemble des composantes syndicales et des associations scientifiques spécialisées.

L'HISTOIRE DE M.T.

M.T. a quatorze ans d'ancienneté dans l'entreprise dont neuf ans comme chargée de mission en épidémiologie dans un service central de médecine du travail où elle a la responsabilité de conduire des études épidémiologiques sur la santé des salariés de l'entreprise en relation avec le travail. Ce qui, jusqu'en 1996 était considéré à juste titre comme une originalité exemplaire dans le contexte français.

Le bilan de son activité est éloquent :

- 17 publications scientifiques dans les grandes revues scientifiques, dont certaines aussi prestigieuses et exigeantes que l'*American Journal of Epidemiology* ;
- 24 rapports détaillés sur les conditions de travail et leurs effets sur la santé dont certains avec des coopérations internationales ;
- plus de 30 communications dans des congrès scientifiques et de médecine du travail ;
- une activité permanente de formation des médecins du travail et des personnels des services médicaux de l'entreprise aux techniques et aux analyses épidémiologiques, outils de base indispensables pour détecter les facteurs de risques professionnels et pour fonder des politiques de prévention.

Bref, l'ensemble de ses travaux est non seulement reconnu par ses pairs, médecins du travail, mais aussi par les milieux scientifiques. Malheureusement pour M.T., s'intéresser avec précision à la santé des salariés amène à soulever des questions sur les expositions professionnelles, sur l'organisation du travail et cela devient insupportable pour la direction de l'entreprise.

Les médecins du travail ayant un statut de salarié protégé, comment la direction de l'entreprise va-t-elle s'y prendre pour amener M.T. à se considérer comme un cadre soumis à la politique de communication de l'entreprise ou bien à se démettre de ses fonctions ? Comme souvent en pareil cas, la direction entreprend en 1995 un travail de " sape ", caricature de ce qu'un employeur peu versé sur la morale

s'autorise à mettre en œuvre pour conduire un employé à la dépression, au renoncement et finalement à la démission volontaire.
Un véritable cas d'école qu'on n'oserait pas inventer pour faire comprendre comment l'équilibre psychique d'un salarié peut être détruit :

- à coup de brimades (suppression des moyens de travail, interdiction de participer à des congrès scientifiques et professionnels où M.T. s'inscrit, inventaire de ses affaires de bureau sous contrôle d'huissier…) ;
- ouverture de courrier (il s'agit en plus de courrier médical) ;
- mise au ban des personnels avec injonction à quiconque dans le service de lui parler (au besoin par chantage à l'emploi en rappelant au personnel sous contrat à durée déterminé la nature de leur contrat) ;
- interdiction de continuer les travaux en cours, en proposant de nouvelles tâches sans rapport avec ses compétences et donc inacceptables, etc.

Les brimades n'ayant pas suffit, la direction n'hésite pas à ordonner la transmission des fichiers nominatifs de ses enquêtes épidémiologiques. M.T. bien entendu refuse avec l'appui du conseil de l'ordre des médecins et de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) qui rappellent par écrit que M.T. ne faisait qu'obéir à l'éthique et à la loi concernant le secret médical et le droit des personnes (du reste, après son licenciement la CNIL a procédé à des mesures conservatoires par la mise sous séquestre des fichiers en question).
En définitive, pas de chance pour la direction de l'entreprise, M.T. a la foi du médecin du travail chevillée au corps. Elle ne cède en rien, sa mission avant tout, et de ce fait, elle oblige sa hiérarchie à abattre sa dernière carte : ce sera le licenciement. C'est bien " la peau " de M.T. que la direction visait.
À nouveau, comment présenter la chose puisqu'il n'y a rien à lui reprocher, auquel cas la direction se serait empressée d'invoquer la faute grave ? Comment court-circuiter le comité d'entreprise puisque son statut de médecin du travail oblige sa consultation ? La réponse est simple : puisque M.T. fait des travaux épidémiologiques, elle ne doit plus être considérée comme médecin du travail. De l'idée, la direction passe à l'acte en licenciant M.T. sans l'avis du comité d'entreprise. M.T. se retourne vers le conseil des prud'hommes qui va ruiner la théorie de la direction consistant à dire qu'un médecin du travail qui fait de l'épidémiologie n'est plus un médecin du travail.
Le comité de soutien salue la sage décision de l'ordonnance de réintégration de M.T. tout en regrettant qu'il ait fallu avoir recours à une décision de justice pour rappeler des évidences.

Les malheurs de M.T. ne s'arrêterons pas là. La direction, bien obligée de s'exécuter, va réintégrer M.T. mais en la confinant dans un " placard ", c'est-à-dire hors du service central de médecine du travail avec interdiction de poursuivre les enquêtes en cours et en mettant sous séquestre ses affaires personnelles. Ainsi, vraisemblablement la direction espère obtenir quand même, à la longue, l'épuisement psychologique de M.T. par un départ volontaire
En attendant le service central de médecine du travail a été désintégré. Les enquêtes en cours ont été stoppées, les coopérations internationales également, bref dix ans de travail qui commençaient à porter leurs fruits se trouvent anéantis. Parallèlement, l'entreprise qui compte plus de deux cent médecins du travail a créé le climat délétère qui ruine les pratiques coopératives entre médecins en matière d'épidémiologie.
Finalement, n'était ce pas cela le véritable but recherché par la direction de l'entreprise ? Mais comment comprendre un tel but, quelles peuvent en être les motivations ? Quel est le véritable fond du problème, avec quels enjeux, apparemment considérables tant la détermination de la direction de l'entreprise est grande ?

CE QUE RÉVÈLE L'HISTOIRE DE M.T.

L'entreprise avait créé il y a dix ans un département épidémiologie au sein du service central de médecine du travail et y avait affecté un médecin du travail, M.T., au double titre de sa compétence de spécialiste en santé et travail et d'épidémiologiste.
Il y avait tout à créer, la mise en place des méthodes, l'établissement des relations de coopération avec les quelques deux cent médecins du travail de l'entreprise mais aussi avec les personnels de santé, pour construire l'outil permettant aux médecins du travail de suivre la santé des salariés en même temps que l'évolution des conditions de travail. Tout cela a été fait et bien fait. Le département épidémiologie était l'exemple, unique dans notre pays, envié et cité comme modèle possible de ce qu'il fallait faire en médecine du travail.
Pendant huit ans, aucun problème, l'entreprise tirait même les bénéfices d'une politique d'ouverture et de prévention qui valorisait son image. Les études publiées avaient un fort caractère méthodologique et leur réputation était acquise et cela était parfaitement admis. Mais petit à petit ce sont des questions relatives à des expositions à des facteurs cancérogènes (y compris l'amiante), et à des formes d'organisation du travail mises en œuvre par l'entreprise avec un recours massif à la sous-traitance qui semblent avoir mis le feu aux poudres. En effet, n'était ce pas là s'aventurer sur des terrains que la direction voulait tenir à l'écart de toute curiosité ? N'était ce pas là, surtout avec un département épidémiologie écouté, donner prise à des interrogations sur les méthodes de gestion, sur les priorités de la politique sociale interne de l'entreprise, bref n'était ce pas là l'intromission d'un regard sur la nature de l'exploitation des hommes dans leur travail, via les répercussions potentielles sur leur santé ?
Du coup, l'outil fait peur : la démarche épidémiologique apparaissait comme un révélateur potentiel des dysfonctionnements dans le travail. En tout cas en retirant, comme l'a montré le sort réservé à M.T., la capacité pour

la médecine du travail de mener des études épidémiologiques, c'est de fait retirer un des moyens parmi les plus puissants pour répondre à l'objectif fondamental, celui que le législateur en 1946 dans un esprit visionnaire avait assigné à la médecine du travail : *" éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail ".* En une synthèse percutante, tout est dit : les mots clés de l'épidémiologie sont en place et articulés avec précision. L'objet est fixé : les altérations de la santé – le but est désigné : la prévention primaire, car il s'agit d'éviter – la population cible est indiquée : les salariés – de même que les déterminants de la santé : ce sont ceux qui relèvent du travail. Enfin l'expression capitale " du fait " implique très clairement la recherche des causes ou des facteurs de risque dans le travail. Ce " du fait " conduit nécessairement à la mise en œuvre de la méthodologie qui permettra de dire s'il y a un lien entre telle caractéristique ou exposition professionnelle et telle altération de la santé. Cette méthodologie s'appuie sur des enquêtes avec des protocoles précis et rigoureux pour collecter des données individuelles, cas par cas, concernant d'une part le travail, d'autre part la santé (d'où la nécessaire protection des fichiers d'enquête) pour procéder à des analyses fondées sur le calcul probabiliste au niveau de l'ensemble des sujets enquêtés, afin d'instruire la question sous-tendue par l'expression " du fait ".

C'est bien par ce moyen, le seul concevable, que l'amiante a été reconnu il y a plus de trente ans comme un facteur de risque de certains cancers (même si le bannissement de l'amiante ne date dans notre pays que de quelques mois). En dehors des altérations de la santé qui surviennent brutalement et soudainement, du type accident du travail, intoxication aiguë, dermatose, allergie par exemple, où l'observation d'un seul cas permet parfois de déchiffrer l'arbre des causes, pour la quasi totalité des affections physiques ou mentales, et notamment celles qui peuvent survenir longtemps après la première exposition comme les cancers ; ou celles pour lesquelles de multiples facteurs ont la potentialité d'agir, comme les maladies musculo-squelettiques, la méthode épidémiologique par voie d'enquête sur des groupes professionnels est l'unique recours.

Quand on remarque encore que le législateur a bien précisé que le médecin du travail ne délivrait pas de soins et que sa vocation était tout entière dans la prévention, on comprendra sans peine que le médecin du travail qui fait des enquêtes épidémiologiques remplit complètement sa mission. C'est pourquoi un décret de 1986 indique que l'épidémiologie fait partie des missions de la médecine du travail (article R. 241-58 du Code du travail). C'est précisément le cas de M.T.. C'est ce que la direction de l'entreprise ne veut pas reconnaître. Du coup, si la position de l'entreprise devait devenir la règle, dans l'entreprise, mais aussi ailleurs, autant dire que sonnerait le glas pour la médecine du travail. Il ne resterait, tout au mieux, que ce que certains appellent une médecine d'entreprise, au service exclusif de l'employeur, confinée à une surveillance de routine. On imagine parfois que les enquêtes épidémiologiques en milieu de travail pourraient être menées par des organismes extérieurs aux entreprises. Ce serait gravement limiter l'intérêt des études épidémiologiques, parce que s'il n'y a pas, dans les entreprises, de mémoire insoupçonnable sur les expositions, sur les conditions de travail et sur la santé ; s'il n'y a pas la veille et l'interrogation d'un spécialiste en première ligne pour soulever les bonnes questions, c'est-à-dire s'il n'y a pas un médecin du travail indépendant et lui même rompu aux méthodes épidémiologiques, ce ne sont pas des équipes issues d'organismes extérieurs aux entreprises, déconnectées de la réalité du terrain qui pourront poser les bonnes questions.

Reste à savoir si au niveau des directions d'entreprise on souhaite poser ces questions. Là encore l'affaire de M.T. est éclairante puisqu'il y a deux ans sa direction avait déjà interdit qu'elle mette son nom sur la publication des résultats d'une enquête épidémiologique sur la santé des salariés en sous-traitance pour la maintenance de ses installations. On est par conséquent en droit de penser que les enjeux profonds portent sur le contrôle par l'employeur de l'information scientifique et du questionnement sur la prévention des risques professionnels. La démarche épidémiologique menée par des spécialistes dotés de l'indépendance professionnelle apparait alors comme un obstacle.

Voilà pourquoi on peut comprendre ce qui anime la direction de l'entreprise en pleine phase de réorganisation de ses services de médecine du travail quand elle écrit que seuls, à l'avenir, pourront prétendre au statut de médecin du travail que les médecins à plein temps sur les visites médicales. Que ceux amenés à travailler dans un autre cadre, épidémiologique notamment, ne pourront plus prétendre au statut de salarié protégé. Ils deviendraient des experts de la direction, c'est-à-dire forcément des cadres au service de la direction. Experts d'un côté, liés à la direction, médecins du travail confinés aux visites réglementaires de l'autre, s'en serait bien fini de la cause de la prévention primaire sur les lieux de travail.

La véritable " affaire M.T. " est là. Et c'est bien ce qui a été perçu dans les milieux professionnels qui, à un titre ou à un autre, interviennent dans le champ de la santé et du travail. En un mois, plus de 1 500 signatures individuelles, et plusieurs milliers d'adhérents des organisations syndicales, professionnelles, savantes et de défense des principes déontologiques ont été rassemblées sur l'appel lancé par le comité de soutien à M.T.. Des centaines d'appels téléphoniques ont fait état des mêmes craintes dans d'autres entreprises.

En ces temps de chômage et de précarisation du travail, où tout incite à ravaler sa peine par peur de perdre son emploi, on peut saluer le courage de M.T. à résister, pour l'honneur du métier, pour le respect des règles morales et du droit.

_

PRESSION TEMPORELLE ET MEDECINE DU TRAVAIL

Alain Carré

L'intensification générale du travail entraîne pour les salariés une pression temporelle accrue destinée à assurer une productivité maximale et une diminution des coûts. Elle constitue aussi en synergie avec la précarité institutionnalisée, un moyen de contrôle social. La médecine du travail souffre depuis sa création d'un déficit de temps, devenu traditionnel, qui rend difficile au médecin du travail l'accomplissement de toutes ses missions. Notre hypothèse est que la pression temporelle en nette augmentation est, comme pour les autres salariés, destinée à peser sur l'exercice des médecins, et par ce biais à contrôler l'institution, en compromettant son indépendance. Le but de cette analyse est de valider cette hypothèse, en explorant les raisons traditionnelles et récentes de la surcharge et en montrant comment celle-ci a été artificiellement entretenue.

Peut être conviendrait-il, en préambule, de rappeler les principes de l'exercice en médecine du travail, l'importance également de l'articulation de l'individuel et du collectif et dans ce cadre l'apport irremplaçable de la visite annuelle. Ces aspects, ainsi que les principes fondateurs de la déontologie médicale, de l'indépendance du médecin, et du contrôle social, ont fait l'objet d'autres articles auxquels nous renvoyons le lecteur profane. Pratiquement, pour les médecins, la pression temporelle débute par la détermination de la durée de son activité. Dans ce cadre, la notion de surveillance médicale particulière (SMP) revêt une singulière importance. Le choix entre activité clinique et activité en milieu de travail constitue le moment d'élection où s'applique cette pression. Elle est encore aggravée par des tâches annexes imposées au médecin. Le Code du travail (article R. 241-32) définit un temps minimal d'exercice, inchangé depuis 1979, afin de permettre à la fois l'activité clinique et en milieu de travail ; ce temps minimal, inadapté aux nouvelles réalités du monde du travail, est considéré comme étant la norme, et parfois même retenue pour telle par les médecins. Ceci constitue le premier mécanisme de la pression temporelle sur le médecin. Le calcul de l'activité est encore réduit du fait de la minoration habituelle du nombre des surveillances médicales spéciales (SMS) qui constituent une part importante des SMP.

Comme en témoignent la circulaire DRT n°10 du 29 avril 1980 du ministère du Travail relative à l'application de l'arrêté du 11 juillet 1977, c'est au médecin de préciser, ce qui est habituel et peut conduire à la SMS, du fait de sa connaissance du milieu de travail et de l'état de santé de chaque salarié. La détermination unilatérale fréquente par les employeurs du nombre de SMS constitue le deuxième mécanisme constitutif de la pression temporelle.

En 1993, en Ile-de-France, alors qu'il est de notoriété publique que les conditions de travail revêtent un caractère plus délicat dans les entreprises de petite taille qui sont plus spécifiquement surveillées par les services médicaux interentreprises, ces derniers déclarent surveiller 14 % de salariés à SMP, contre 39 % pour les services autonomes de médecine du travail. Il faut noter au passage l'importance que revêt le contrôle social en général mieux exercé dans les services autonomes, contrôle qui permet, par un calcul moins défavorable, d'alléger la pression temporelle. La disparité de la surveillance médicale devient criante : le nombre de salariés par " médecin équivalent temps plein " augmente dans les services interentreprises de médecine du travail (+ 2,15 % par rapport à 1992) et est supérieur de 58,5 % à celui du nombre de salariés par " médecin équivalent temps plein " dans les services autonomes qui diminue au contraire de 1,4 % par rapport à 1992.

Un médecin du travail se doit de consacrer le tiers de son temps à ses missions en milieu de travail (article R. 241-47 du Code du travail). Malmené par un calcul d'activité défavorable, le médecin investit rarement le tiers de son temps dans ses missions en milieu de travail. Choisir entre l'obligation d'effectuer les visites annuelles et l'obligation du tiers temps est impossible et coince le médecin dans un système d'injonctions paradoxales. Cela déclenche, quel que soit le choix, un sentiment de culpabilité déstabilisant qui intériorise la pression temporelle. Le contenu du tiers temps lui même n'échappe pas à la pression. Il est conditionné par la multiplication des tâches supplémentaires obligatoires dont l'institution réglementaire progressive n'a donné lieu à aucune compensation en temps (augmentation des réunions de CHSCT et des visites qui y sont liées, documents réglementaires : fiche d'entreprise, plan d'activité, implication dans la prévention des risques liés à l'interférence entre salariés des entreprises utilisatrices et extérieures). Le contenu du tiers temps est aussi parfois envahi par des tâches de prévention de risques généraux sans lien direct avec le travail. Ayant bénéficié d'incitations officielles (Congrès de santé au travail de Nice), la santé publique (Sida, tabac, toxicomanies, maladies cardiovasculaires…), coupée du travail, tend à pénétrer le champ de la prévention de la santé au travail, au détriment des véritables missions.

Dans la contradiction entre visite et tiers temps, le médecin peut toutefois utiliser certaines dispositions du Code du travail pour placer les employeurs en situation délicate. En effet, la déontologie fait obligation au médecin de disposer des moyens propres a assurer un exercice normal. Or, ces moyens sont attribués, sous contrôle du comité d'entreprise, au médecin du travail, par l'employeur. L'obligation du médecin consiste donc ici à demander les moyens nécessaires, leur fourniture incombant à l'employeur. En ne fournissant pas au médecin les moyens de son exercice, l'employeur est responsable de leur carence. Ainsi, la responsabilité de la

visite incombe à l'employeur (article R. 241-48 du Code du travail) mais l'article R. 241-47 lui impose aussi, nommément, de prendre toutes mesures pour que le médecin consacre à sa mission en milieu de travail le tiers de son temps. Le législateur a bien confié aux employeurs la responsabilité de l'une et de l'autre de ces deux obligations. Ceci n'est bien sûr valable que si le médecin à fait prendre acte de ces difficultés dans le cadre réglementaire soit auprès de comité d'entreprise soit auprès de l'inspection du travail. D'où l'intérêt d'évoquer ces difficultés lors du rapport annuel et de préciser ses désirs en matière d'action en milieu de travail, dans le plan d'activité.

À l'ensemble de ces difficultés il faut également ajouter un autre phénomène qui vient augmenter la pression du temps sur l'activité. Le temps consacré à chaque visite individuelle est parfois augmenté du fait de la nature psychique de la pathologie, induite par l'organisation du travail. Celle-ci impose, plus encore, un temps d'écoute accru. Elle rend également plus complexe la prise de décision en matière d'aptitude du fait de la situation sociale à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise. Imposée au médecin par un calcul minoré du temps d'activité nécessaire, et par l'intermédiaire de la double injonction de l'activité clinique et du tiers temps, la pression temporelle rend l'exercice du métier de médecin du travail de plus en plus difficile.

Le temps qui lui est alloué est constitutif des moyens de l'exercice, l'objectif étant d'assurer à la fois les visites et le tiers temps. La pression temporelle exercée sur les médecins du travail constitue donc une forme clinique de " l'autonomie contrôlée " que le système managérial impose actuellement aux salariés au péril de leur santé. Il s'agit en effet d'un mode tacite de contrat léonin " moyens-objectifs " sans négociation explicite et équitable, où, comme d'habitude, les moyens sont insuffisants pour permettre d'atteindre les objectifs.

Le garrot temporel ne pourra être desserré si, d'une façon ou d'une autre, on n'augmente pas le temps d'activité des médecins. Le coût supposé de telles mesures est très souvent mis en avant pour refuser toute amélioration. L'objet de cet article n'est pas d'engager une discussion sur ce sujet qui mériterait sans doute mieux que les habituelles polémiques qu'il déclenche habituellement. Qui en effet fixe le prix de la santé et de la vie dans une véritable démocratie, sinon le débat entre les citoyens ? Pour rester dans notre sujet, si l'on se réfère au simple domaine des maladies professionnelles indemnisables, on peut considérer que le poids du coût des atteintes à la santé dues au travail est scandaleusement sous-évalué dans le coût global de la santé publique. C'est trop souvent la communauté, à travers l'assurance maladie, qui prend en charge les atteintes à la santé dues au travail pour le plus grand bénéfice (au sens propre) des véritables responsables. Il est maintenant admis que les pollueurs doivent être les payeurs ; n'y aurait-il pas lieu de transposer cet aphorisme du domaine des ressources naturelles à celui des ressources humaines ?

L'augmentation du temps d'activité des médecins implique l'augmentation du nombre des médecins du travail. Or, une pénurie est savamment entretenue, sous des prétextes fallacieux de qualité, par la formation d'un nombre insuffisant de médecins du travail. Cela permet aux employeurs de proposer des solutions qui vont à l'encontre du principe même de la médecine du travail et de ses fondements déontologiques et réglementaires. La solution ne réside ni dans l'espacement de l'intervalle des visites, ni dans la diminution du tiers temps. Il est possible de trancher ce nœud gordien soit par une refonte complète des filières de formation afin d'augmenter leur capacité numérique de formation, soit plus simplement, en ouvrant largement le " concours européen ". Cette dernière proposition implique également d'assurer à ceux qui empruntent cette filière, des conditions de rémunération attractives pendant leur études. Cela permettrait plus facilement à des médecins pratiquant déjà d'autres spécialités de se réorienter, en conservant leur acquis financier, vers la médecine du travail. De telles mesures permettront à terme d'assurer un calcul d'activité moins défavorable. Cela rendra l'exercice de la médecine du travail plus attractif et permettra d'assurer une augmentation du nombre de candidats au concours.

La situation actuelle compromet aussi la mise en place de pratiques nouvelles adaptées à la situation de l'organisation du travail. Faute de solution, l'exercice du médecin du travail devenant de plus en plus problématique du fait de la pression temporelle, la qualité de la médecine du travail le deviendrait également ; l'institution serait mise en cause et sa survie compromise.
Il appartient donc aux médecins du travail d'interpeller la puissance publique dans l'espace social afin qu'elle mette fin à cet état de pénurie.

SUR LA " DURÉE EXAGÉRÉE " DES VISITES MÉDICALES

Fabienne Bardot

Réponse à un employeur qui se plaint d'une durée exagérée des visites médicales.

Monsieur
Le 16 septembre 1997, une de vos employées a passé sa visite médicale annuelle de médecine du travail dans le courant de la matinée.
Les impondérables qui se déroulent au cours des consultations médicales ont fait que cette jeune femme a été reçue avec environ une heure de retard.
Vous m'avez appelée à midi (en pleine consultation évidemment puisque j'étais en retard !) pour me faire part de votre colère déclenchée par le coût supplémentaire

qu'a occasionné la longueur du temps d'absence au travail de votre salariée.

Ce qui est surprenant, c'est que, après m'avoir démontré durant environ dix minutes que la médecine du travail était trop coûteuse, inutile et, qu'augmenter la perte du temps de travail des salariés par un retard " abusif " était financièrement inadmissible, vous avez omis de m'informer que vous veniez d'appeler le directeur de notre association afin de " dénoncer " mon écart par rapport au temps prescrit,ce que vous considérez comme scandaleux.
Cet acte de délation s'analyse comme une volonté délibérée de provoquer une sanction ou une remontrance.
Par ailleurs, il me paraît particulièrement peu courageux.
Ce comportement est profondément choquant mais il est surtout condamnable juridiquement. En effet, une telle intervention touche directement à l'indépendance du médecin du travail. Le lieu des consultations médicales est un lieu régit par le Code de déontologie : article 95 – " …en aucune circonstance le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical, de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivitésoù il exerce ".

En conséquence il m'est absolument interdit de refouler des salariés (en l'occurrence deux personnes ce jour là) chez qui des problèmes de santé ***gravissimes*** *m'ont obligée à des consultations plus longues, au prétexte d'impératifs économiques (cependant modérés) d'un employeur qui compte les minutes.*
Si je cédais à de telles pressions, j'encourais des sanctions pénales graves, au titre de l'article 223-6 du Code pénal " quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement de 50 000 F d'amende ". *Refuser l'écoute, l'analyse clinique et du travail à l'issue d'une consultation pour satisfaire à des objectifs marchands, pourrait me faire tomber sous le coup de la non assistance à personne en danger.*

Sur un autre plan de droit, la " faute " dont vous m'accusez ne serait déontologiquement et éthiquement concevable qui si je m'étais absentée durant le temps normalement consacré aux consultations. À mon avis, donc, votre intervention peut être considérée comme une tentative de violation de mon indépendance technique.
Subsidiairement, je me permets par ce courrier, de vous éclairer sur les objectifs de la médecine du travail. Cette médecine " consiste à éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des salariés " *(article L. 241-2 du Code du travail). C'est bien l'objectif de ma pratique puisque au cours des entretiens médicaux sont consignés, dans le dossier médical, les éléments de santé, de travail, et éventuellement l'influence de l'un sur l'autre. Ainsi, un suivi dans le temps permet, lorsqu'un événement ou des difficultés surviennent, qu'elles soient d'ordre médical ou liées à l'activité de travail, d'élaborer des stratégies de réajustement sauvegardant la santé et le travail dans les meilleures conditions possibles. Dans le cas particulier de votre métier, avoir à l'esprit le risque de maladie professionnelle n°65 du régime général, le travail en atmosphère humide, parfois au froid, etc., est indispensable.*

Évidemment, tout cela peut être raccourci. On peut, comme vous le sous-entendiez effectuer une " visite médicale " sans prise d'informations, sans examen… en cinq minutes. Ainsi la boucle serait bouclée : la médecine du travail ne servirait à rien (et vous auriez raison), et elle prendrait peu de temps, n'accumulant pas de retard (et vous seriez satisfait).
Il ne s'agit pas de ma pratique habituelle.
Je souhaite que cette petite explication vous donne une autre représentation de ma profession, et je reste à votre disposition pour tout renseignement relevant de la santé au travail.
Croyez, je vous prie, Monsieur, à l'expression de mes meilleures salutations.
Ce courrier sera transmis pour information au médecin inspecteur du travail.

SUR LA RESPONSABILITÉ DE L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Réponse à un directeur de service interentreprises

Odile Chapuis

Monsieur le Directeur,

Votre courrier du 28 septembre semble vouloir me rappeler à ma responsabilité professionnelle, laquelle serait de " suivre " à 100 % un effectif non précisé à taux constant puisqu'il faudrait être à 50 % au 30 juin ! J'essayerai de vous répondre rapidement sur les chiffres puis de combler le fossé qui sépare votre représentation de mon activité de ce qu'elle est vraiment (en l'éclairant aussi de quelques chiffres).

Je suis médecin au CHI à 104 heures par mois soit trois jours par semaine. Mon activité est effectivement centrée sur deux pôles géographique : Bourg et Chatillon. La séparation s'arrête au niveau géographique. Pour les besoins inhérents à l'activité, il est impossible d'avoir un équilibre constant jour par jour sur les deux endroits qui ne sont d'ailleurs deux que sur papier (centre annexe, centre fixe, centres en entreprise, camions à Bourg, Chatillon, Lent, St Just, Neuville-les-Dames…). Grossièrement mon activité est plus intense à Chatillon en

début d'année, à Bourg en fin d'année. Bref, je vous répondrai donc sur l'ensemble de mon effectif.

Vous me parlez d'un pourcentage d'effectif " suivi ". Vos services administratifs ne ressortent aucun critère chiffré correspondant à ce terme. Pour moi, le suivi au cabinet recouvre l'ensemble des visites médicales légales :
De ce point de vue :
- effectif déclaré par les employeur : 1662
- effectif convoqué : 801
Pour vous, il s'agit peut-être des premières visites ?
Effectif vu : 732. Selon le critère je suis donc entre 44 % et 48 %

Mais bien sûr cela n'est pas si simple.
- effectif réel 1662 auquel on rajoute au minimum 200 CDD chaque année.
J'ai vu 96 CDD au 30 juin.
Vous connaissez le problème des visites relatives aux déclarations uniques d'embauche ; aucune solution n'est en vue aujourd'hui.
- visites assurées en remplacement de confrères, n'étant pas sur " nos effectifs ", elles n'apparaissent pas dans les comptes.
- délégation de secteur, j'ai déjà assuré cinq demi-journées de réunions depuis janvier pour une présence de trois jours par semaine ; ce n'est pas négligeable.
- enfin, moyens légaux en temps.
Selon le calcul – Employés, Ouvriers, Surveillances médicales particulières –, il me faudrait 126 heures par mois, j'en ai 104. La plupart de mes surveillances spéciales sont sur Chatillon (ce qui explique aussi que j'y ai passé plus de temps).

De quel retard faut-il donc parler si ce n'est celui des moyens que l'on me donne ?
D'autre part si l'activité de la visite est primordiale, elle ne doit pas s'arrêter là. Il y a le fameux tiers temps souvent considéré du point de vue comptable comme du temps " libre "… alors que sans lui la visite médicale serait comme une consultation sans ordonnance, sans traitement.
Regardons, si vous le voulez bien, de plus près : la loi me demande de travailler à éviter l'altération de la santé des salariés du fait de leur travail. Cela implique :

- *un diagnostic de pathologies ou de risques de pathologies,*
- *la recherche de corrélation avec les conditions de travail,*
- *l'analyse des causes, ou du moins les conjoncturer,*
- *le choix de moyens appropriés pour remédier à la situation.*

Pour ce faire, la loi se repose sur les médecins du travail qui ont une formation spécifique et dont le Code déontologie garantit leur indépendance dans leurs rapports avec le secteur économique.
Le diagnostic se fait au cours de la visite médicale (non seulement annuelle mais aussi visite de reprise, visite à la demande du salarié, visite après accident de travail, maladie…) après dialogue et examen ; il est confirmé par la connaissance des conditions de travail – sur le terrain, à travers des documents, des rencontres avec d'autres salariés ou l'encadrement…

" L'ordonnance " du médecin du travail est de deux types :
1) la fiche d'aptitude individuelle doit permettre un premier niveau de protection puisqu'elle est sensée être un moyen de conseil, de proposition d'aménagement ou même de changement de poste. Dans le contexte actuel, elle demande de plus en plus un travail préalable extrêmement vigilant car ces modulations peuvent aboutir à une perte d'emploi, également préjudiciable à la santé. Son apparente banalité cache un grand nombre de discussions, de réflexions, d'interventions.
Une croix sur le folio informatique peut correspondre à vingt minutes de visite médicale mais aussi à une heure, à des déplacements, à des contacts téléphoniques aboutissant à de nouvelles visites. De plus en plus les risques, les situations de travail difficiles, les problèmes de santé sollicitent de nouvelles visites ou des visites plus longues.
2) les rapports, courriers, fiches d'entreprises relèvent eux " de l'ordonnance collective " au niveau de l'entreprise. Cela conduit le médecin à se reporter à l'ensemble des données de ses dossiers médicaux pour en tirer une analyse claire, à faire l'étude des situations de travail et à rapprocher les deux.
*Puisqu'il faut **éviter** les altérations de la santé, il se doit de donner au moins des orientations de recherche. Enfin, puisqu'il est conseiller du chef d'entreprise et des salariés, il doit s'associer à la réflexion et aux débats pour aboutir aux transformations souhaitées.*

Prenons l'exemple, extrêmement parlant à plus d'un titre, de l'une de mes plus grosses entreprises (sur Chatillon) et qui est au cœur de mes préoccupations actuelles : 203 salariés répertoriés, en réalité 320 à 330 avec 100 à 150 CDD chaque année car il s'agit d'un choix de fonctionnement de l'entreprise : tous à surveillance spéciale, avec la plupart du temps plusieurs risques inhérents à l'entreprise. Il ne s'agit pas de faire uniquement une série de visites annuelles et de s'en aller, mais d'assurer une présence régulière, " un véritable suivi " -
- le " turn over " des CDD nécessite de faire des visites d'embauche, c'est-à-dire de voir des salariés précaires, en situation sanitaire et sociale souvent difficile. Il faut faire l'ensemble des examens liés aux risques (audiogramme, exploration fonctionnelle respiratoire, prise de sang, bilan des antécédents médicaux et professionnels). Il faut les informer des risques et des comportements préventifs à avoir.
- les risques génèrent des pathologies ou des accidents du travail pour lesquels il faut réexaminer les salariés.

J'ai pris le parti d'assurer une présence de deux jours par mois uniquement pour les visites médicales, ce qui est

insuffisant du point de vue de cette entreprise mais obligé du fait des exigences des autres entreprises.
Inquiète, j'ai dû récemment compulser l'ensemble de mes dossiers pendant mon tiers temps (donc en plus de ces deux jours) pour en extraire les constats et faire un rapport aux responsables et au CHSCT (rédigé faute de temps pendant mes vacances). Quand vous rédigiez votre lettre, j'attendais avec appréhension la réaction de la direction de l'entreprise.

Le courrier aurait pu rester dans un tiroir, vous auriez pu recevoir une lettre demandant mon changement d'entreprise. Ce sont malheureusement des situations que nous connaissons. En fait, la réactionfut positive. J'ai été reçue dès mon retour par le directeur général qui s'est déclaré très intéressé, et souhaitant ma participation à la réflexion sur les problèmes de prévention dans l'entreprise. Bien évidemment j'ai accepté. Or, je reçois votre lettre et, regardant (rapidement car je ne peux perdre beaucoup de temps à ces comptes) les résultats informatiques, je remarque qu'au 30 juin, il ne me reste plus que 40 personnes à voir dans cette entreprise. Donc à partir de fin juillet, d'après ces chiffres je n'y remettrai plus les pieds !
Cette éventualité est bien entendu inacceptable.
Voilà un genre significatif de problématique, il y en a bien d'autres : que dire de nos difficultés dans les petites entreprises !

Collectivement, nous cherchons des issues toujours dans le souci d'améliorer la santé " dans la mesure de nos possibilités ". Très marqués par les problèmes de santé des très jeunes apprentis (15, 16, 17 ans) dans les métiers de bouche, nous avons élaboré des protocoles de sensibilisation, adressés aux employeurs sur les horaires excessifs ; nous avons travaillé en collaboration avec les inspecteurs du travail et nous avons décidé de revoir tous ces jeune apprentis dans six mois. Il a fallu prendre le temps des réunions, le temps d'écriture ; il faudra le temps de nouvelles visites.

Vous m'avez dit un jour en réunion d'expression que je perdais mon temps dans les CHSCT. Ce lieu où salariés, employeurs, préventeurs peuvent réfléchir et débattre des questions de santé est essentiel et malheureusement trop rare dans nos PME. Le législateur prévoit que le médecin du travail en est membre de droit. En ce qui me concerne, sauf cas de force majeure, j'assiste à toutes les réunions. Mes rapports sur les problèmes de santé liés aux conditions de travail sont à l'origine de la créations de deux CHSCT. Il est vrai que nous avons des entreprises où ils fonctionnent très mal et où le chef d'entreprise ne voit pas toujours d'un bon œil notre présence. Ce n'est pas une raison pour ne pas y assister. J'ai quatre entreprises qui ont des CHSCT, deux d'entre elles fixent la date de réunion systématiquement avec mon accord et la changent si je ne peux pas y asister !
Dans l'une d'entre elles le directeur qui a crée le CHSCT, suite à un de mes rapports en 1994, m'a demandé cette année de refaire le point. Je lui ai redonné une évaluation chiffrée des pathologies et de leur retentissement professionnel. Tout cela a été pris sur le temps médical puisque la secrétaire est surchargée et n'a aucun moyen informatique, pas même un logiciel de traitement de texte.

Tous ces exemples vous montrent que, plus on s'efforce d'améliorer la santé au travail, plus on a de sollicitations, plus on doit assumer de tâches. C'est exactement la même chose lorsqu'on s'occupe individuellement des problèmes de santé et des problèmes d'aptitude.
Il serait extrêment simple de réaliser ce que vous me proposer : visites rapides, ne soulever aucun problème de santé et travail, " J'aurai terminé mon effectif " sans aucun doute. Seulement alors, je n'aurai pas essayé d'éviter cette altération de la santé du fait du travail, je serai en tort vis-à-vis de ma responsabilité professionnelle et vis-à-vis de ma responsabilité juridique alors qu'aucune loi ne dit que l'activité du médecin du travail se borne à assurer 2 800 visites annuelles.

Je fais des visites, beaucoup de visites, mais dans l'unique objectif d'essayer d'éviter l'altération de la santé du fait du travail. Je n'ai pas pour cela la conscience parfaitement libre : effectivement, l'ampleur de la tâche impose de faire des choix, des priorités au détriment d'autres. Mais là, je crois que je ne peux pas résoudre seule le problème.
Dans notre service, comme dans les entreprises, j'essaie de faire comprendre par mon activité le sens réel de la médecine du travail, mais c'est un cercle vicieux. Moins nous avons de temps, plus ce sens échappe à nos interlocuteurs. La visite médicale s'impose au médecin du travail, mais elle doit avoir un sens. Je vois bien que dans les entreprises où j'ai pu exercer mon activité en totalité, la démarche préventive est beaucoup plus avancée, ma fonction est beaucoup mieux respectée. C'est pourquoi, j'ai besoin que vous me donniez les moyens et le temps nécessaires.

Bien sûr, il y a les contingences financières qui rendent difficiles notre tâche et probablement la vôtre. Mais les difficultés ne nous autorisent pas à transformer les moyens en objectif. Il me semble que nous devons vous comme moi, chacun dans notre rôle, essayer d'obtenir ces moyens en expliquant le pourquoi, en ne renonçant pas, à rappeler que, légalement, l'employeur est le premier responsable de la santé des salariés.
Je ne sais pas si je suis seule à avoir reçu un courrier de cet ordre, mais je sais que les questions de fond traitées dans notre échange concerne nt l'ensemble de mes confrères.
Je souhaite avoir leur avis sur la question. C'est pourquoi, j'adresse cette lettre à mes confrères délégués. Elle tache de vous expliquer ce que je fais pour assumer ma responsabilité dans sa globalité et aussi ce que je ne peux pas faire, soit parce que je n'en ai pas les moyens, soit parce que la déontologie me l'interdit.

Les solutions me paraissent devoir être recherchées du côté d'une révision du financement et de la gestion pour aboutir. Si vous-même êtes pris dans une contradiction insoluble, il nous faut en débattre avec les instances de tutelle – en interne avec la commission de contrôle, en externe avec la direction régionale du travail.
Je vous ai répondu longuement car je souhaite sincèrement que notre service évolue, pour que tous nos interlocuteurs reconnaissent la cohérence et la dignité de la mission qui lui est confiée.

PS : Ce courrier reflétant parfaitement la problématique de la médecine du travail en interentreprises, je l'adresse également au médecin inspecteur du travail.

LA VIE DANS CERTAINS CENTRES INTERENTREPRISES EN 1997

Véronique Régance, Betty Paniol

Jusqu'à ces dernières années, les services interentreprises parisiens paraissaient chacun à leur façon avoir sa propre personnalité en fonction de son secteur géographique et professionnel, de son historique, de sa taille, de son directeur, de l'âge de ses médecins, de son personnel administratif et médical. Depuis peu apparaît semble-t-il un mouvement d'uniformisation des pratiques des centres, parallèlement à la mise en place de directeurs gestionnaires ainsi qu'une tendance vers le regroupement des centres.

MISE EN PLACE DES DIRECTEURS GESTIONNAIRES

Beaucoup de directions actuelles semblent avoir des objectifs uniquement financiers avec comme seul souci la rentabilité, la productivité. On constate une non prise en compte actuellement des objectifs premiers de la médecine du travail. Ce qui est valorisé c'est l'efficacité par rapport aux chiffres. Les directions s'efforcent donc de diminuer la masse salariale, de rentabiliser au maximum les locaux, d'augmenter les effectifs de chaque médecin en diminuant les SMP. Le calcul des SMP est souvent fait n'importe comment et ne correspond à aucune réalité (dans les meilleurs des cas il est évalué en fonction des moyennes nationales). Il faut augmenter le nombre d'adhérents et il est rappelé aux médecins qu'ils doivent plaire aux directeurs des ressources humaines (avant de convenir aux salariés…). D'ailleurs l'habitude est prise de changer le médecin d'une société dès la moindre réclamation de celle-ci…, le plus souvent sans concertation préalable avec les médecins concernés et bien sûr sans jamais consulter comité d'entreprise ou commission de contrôle.
Certains centres forment déjà des projets de journée continue six jours sur sept. Le tiers temps est souvent peu valorisé. Les directions pensent que pour plaire aux sociétés adhérentes il faut " vendre " de la santé publique (électrocardiogramme, bilans biologiques, radiographie pulmonaire, bilans de santé…), d'où parfois des examens complémentaires inutiles dans le cadre strict de la médecine du travail, quelque fois réalisés d'ailleurs par du personnel mal ou non formé avec un matériel peu performant, dans le seul souci de l'apparence de l'image de marque du centre. On constate dans plusieurs centres le même discours interchangeable des directions qui se réunissent, s'entendent pour uniformiser les centres et vendre la médecine du travail comme elles vendraient des savonnettes.
Cette politique gestionnaire a une répercussion directe sur l'organisation et la qualité du travail des secrétaires médicales prises entre les exigences des directions et celles des médecins. Les médecins du travail deviennent des figurants qui dans parfois doivent être mis au pas, voire " être cassés ", en tout cas se plier aux exigences de leurs directions, dans certains services, au mépris de leur indépendance professionnelle.

LES SECRÉTAIRES MÉDICALES

Il est rare qu'elles soient recrutées avec l'accord des médecins, d'autant que dans quelques centres, elles sont polyvalentes et s'occupent de l'ensemble des collectivités sans être attachées à un médecin en particulier.
Dans d'autres centres, elles sont spécialisées dans une fonction (prise de rendez-vous, accueil, secrétariat). Leur nombre est parfois calculé en fonction des deux tiers de l'équivalent temps plein médecin (sans tenir compte du tiers temps), ce qui aboutit à un sous-effectif.

Leur travail dans certains centres, du fait de cette organisation morcelée perd alors tout son sens et elles sont souvent démotivées, d'autant plus que certaines direction dévalorisent auprès d'elles le travail des médecins qui ne servent qu'à prendre des pressions artérielles et à signer des aptitudes… Elles n'ont aucun plaisir à s'occuper d'une salle d'attente, à réaliser des plannings en tenant compte des exigences des sociétés et le cas échéant des desiderata des médecins. Il devient très difficile d'avoir la participation des secrétaires pour la réalisation d'enquêtes par auto-questionnaires. Auto-questionnaires que le médecin serait bien en peine de faire passer lui-même, compte tenu du temps médical calibré qui lui est imparti pour chaque salarié.
Du fait des restructurations actuelles dans les centres, elles ont une vive inquiétude pour leurs postes de travail. On note aussi parfois une accentuation des rapports de force entre secrétaires et médecins et entre secrétaires elles même.

LES MÉDECINS

Actuellement se dessine une tendance à recruter des médecins " sans expérience " c'est-à-dire sans ancienneté dans la profession de médecin du travail. Les directions parlent de " vacations à pourvoir " et on voit apparaître une certaine " nomadisation " des médecins du travail

(CDD, intérim, temps très partiels), qui paraît convenir à quelques directions.

Quant aux conditions d'exercice sur le plan matériel, on note une certaine dégradation : il arrive que les médecins ne disposent pas à défaut d'un bureau personnel ou d'une salle réservée aux médecins, d'une armoire personnelle où entreposer leur documentation, leurs rapports concernant les sociétés… Il leur est parfois demandé d'éviter de personnaliser leur bureau. Les médecins, étant changés de bureau au bon gré des directions, passent le temps rechercher leurs affaires. Il se pose également un problème de manque de place pour archiver les dossiers (d'où des dossiers égarés). C'est une bataille pour avoir des conditions minimales assurant confidentialité et possibilité d'examens médicaux corrects dans les petites entreprises. Les directions demandent aux médecins de faire passer les visites médicales sur place pour ne pas perdre d'adhérents. Pour avoir du matériel correct, il faut souvent réclamer dix fois la même chose (agrafeuse, scotch, échelle de Parinaud pas trop usagée…).

En dehors des questions matérielles, nous constatons une absence de reconnaissance du médecin du travail. Il lui faut d'abord défendre son métier tel qu'il est défini légalement auprès de la direction du service, métier qu'il lui faudra défendre aussi auprès des employeurs. Tout est fait pour culpabiliser et rappeler à l'ordre les médecins trop lents dans leurs consultations : coups de téléphone des secrétaires pendant les visites, observations des directions qui allèguent de plaintes venant des sociétés.
Aucune discussion n'est en général alors possible sur l'organisation des visites médicales : le quart d'heure par salarié est considéré comme une règle absolue. Demander à disposer de plus de temps pour des visites que l'on prévoit difficiles exige beaucoup d'insistance de notre part.
Certains médecins qui n'adoptent pas le profil du " bon médecin " souhaité par leur directions se méfient de tout ce qui peut être rapporté à leur direction. Ils contrôlent ce qu'ils disent à leurs confrères, aux secrétaires. Une ambiance délétère et qui nuit à la sérénité nécessaire à un bon travail s'installe ainsi. Certains médecins en arrivent à noter tout ce qui peut être cause de retard dans le déroulement des visites médicales : retard des salariés, conversations téléphoniques reçues… afin de parer à d'éventuelles accusations de lenteur.

Pour casser le collectif de travail, la direction privilégie le plus souvent les relations individuelles avec les médecins et freine toute velléité de réflexion commune sur l'organisation du service. Elle essaie de décourager les représentants des médecins, délégués du personnel de s'investir dans leur fonction en ne leur accordant aucun temps supplémentaire, le temps nécessaire devant être pris sur le tiers temps, " cadeau de l'administration " aux médecins, pour certains directeurs. Un sentiment d'impuissance alors apparaît. Certains médecins ont l'impression d'être des OS dans leur service. Ils voient poindre dans un avenir très proche un portrait du médecin du travail robotisé que semblent imaginer les directions :

Le bon médecin, serait celui qui sait faire des vacations " calibrées ", " ne fait pas de vagues ", même au niveau des aptitudes (il sait accéder aux demandes d'inaptitude des employeurs…) dont les sociétés bien entendu ne se plaignent pas, voire même apprécient la collaboration et l'écoute compréhensive…, qui ne " bavarde " pas avec ses confrères entre deux consultations, mais reste dans son cabinet pour attendre le patient suivant (ou au choix fait la navette entre son bureau et la salle d'attente pour chercher les patients), qui ne demande rien aux secrétaires (permutations de tiers temps pour assister à un CHSCT ou faire une visite de poste, ou plus simplement photocopies, recherches de dossiers…), qui bien sûr n'essaie pas de former lui-même les secrétaires ou de leur expliquer comment faire un visiotest correct (tous ces examens n'ayant pas pour vocation d'être " interprétés " mais plutôt de faire " modernes "), épouse les objectifs de rentabilité de sa direction au même titre qu'un cadre salarié du privé, qui éventuellement collaborera avec sa direction quand il s'agira de médire d'un confrère moins doué, et surtout enfin, qui a l'air malheureux (mais reste néanmoins enjoué avec les salariés)…

STRATÉGIES POUR LA DÉCLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Jocelyne Machefer

Équipementier automobile
Industrie chimique
500 salariés auxquels s'ajoutent de 40 à 120 intérimaires. C'est selon !

L'entreprise est confrontée depuis quelques années aux statistiques comparatives en matière d'accidents du travail. Des tableaux de chiffres, par trimestre, à l'année, permettent de comparer les résultats des sites français, européens et de la planète en général. Il faut donc s'améliorer. Deux solutions : la prévention, ou alors… l'entreprise s'organise. Les déclarations d'accident du travail indiquent systématiquement en caractères gras et soulignés : ***" L'entreprise émet toute réserve quant à l'origine professionnelle de l'accident du travail "***. Mais aussi si possible : *" absence de témoin "*, et/ou *" a déclaré son accident du travail le lendemain ".* Dans la formulation, le salarié est rendu responsable… la connotation est culpabilisante. Dès lors, les pressions s'exercent insidieusement sur les salariés qui deviennent coupables d'être victimes d'accident du travail. Les témoins sont des suspects. Les débats passionnels et partisans se résument à une culpabilisation massive des victimes accidentées du travail ou du chef de groupe, du technicien d'atelier. Le système se verrouille assez vite,

les chefs de groupe étant les seuls secouristes de l'entreprise.
En cas de nécessité d'arrêt de travail, contact est pris par le responsable des ressources humaines (RRH) avec le médecin qui effectue les soins, afin de laisser le salarié en congés quelques jours, aux frais de l'entreprise. On rase gratis. J'apprendrai plus tard que l'entreprise ponctionne la caisse servant à financer les journées légales attribuées pour événement familial (naissance, mariage, décès).
En quelques années, les accidentés du travail passent plus de temps au bureau du RRH qu'à l'infirmerie pour les soins. Il n'est pas rare que le pansement soit défait au bureau du RRH, afin de vérifier la nécessité de l'hospitalisation, des points de suture, de l'arrêt de travail et d'en prédire, voire prescrire la durée.
Mes annotations sur le registre des visites médicales n'y font rien. Exemple : *" C'est un accident de travail. Ces quinze jours d'arrêt maladie après trois jours de repos au frais de l'entreprise sont à prendre en compte au titre de l'accident de travail ".*
En 1996, au retour de mes congés annuels, trois accidents identiques en huit jours, dans les mêmes circonstances au même poste, vont conduire à trois contestations. Il s'agit de personnel intérimaire ! Autant dire que l'analyse des circonstances des accidents de travail est quasi absente. Donc, point de prévention ! L'un des blessés est évacué sur brancard, puis transporté couché, en ambulance… Mais l'entreprise conteste l'origine professionnelle de l'accident de travail ! La situation, en trois ans, tourne au ridicule !

J'ai en tête tous les cas litgieux – telle cette intérimaire que l'on pouvait suivre à la trace (de sang) dans l'atelier, recousue par le généraliste le plus proche, ayant réintégré son poste dans l'heure qui suivit. Les fils ont lâché. Elle s'est recousue elle-même l'éminence thénar au fil orange ! ! Ca n'a pas tenu non plus ! Mais aussi ce salarié ayant subi un violent traumatisme en regard des côtes flottantes et de la rate, mis en congé exceptionnel sur simple radiographie du gril costal, le radiologue ne l'ayant ni interrogé, ni examiné, ayant conclu à l'absence de lésion visible sur le cliché. Je devrais moi-même informer le médecin généraliste que ce " client malgré lui " est à surveiller de très près. Je crains l'hémorragie interne Or, le salarié, traumatisé et intimidé par un entretien " musclé " avec son RRH, n'a pas osé consulter. C'est le médecin qui devra se déplacer… pour conclure à une lésion du cartilage costal et prescrire quinze jours d'arrêt… maladie !
Je dus rencontrer le RRH et le directeur d'établissement et faire un cours d'anatomie improvisé, parler urgence, hémorragie interne et demander que désormais, chacun se cantonne dans son rôle. Or, les circonstances de cet accident de travail n'étant toujours pas analysées, cela permettait à ces deux " responsables " de minimiser l'importance du choc en regard du gril costal. Peu importe si le salarié disait avoir été soulevé du sol lors de l'impact.
Je décidai d'informer les membres du CHSCT. L'analyse des circonstances de l'accident de travail démontra qu'une fausse manœuvre du technicien en était à l'origine. Il n'y eut jamais de compte rendu. J'en étais à mes débuts dans l'entreprise. Il me fallait sensibiliser les salariés aux problèmes posés par la non déclaration des accidents de travail (faible coût à court terme ; absence de prévention et pour corollaire des accidents de plus en plus graves ; ambiance de tricherie où paradoxalement le RRH téléphone aux salariés en arrêt maladie pour lutter contre l'absentéisme mais propose parfois aux généralistes de prolonger les arrêts en l'absence de postes doux ; offrant aux accidents de travail non déclarés de se mettre en congé exceptionnel).

Pendant trois ans, les membres du CHSCT apprendront au cas par cas, à se mobiliser, rechercher les accidents de travail cachés (Qui n'est pas à son poste ? Pourquoi ? A-t-on des nouvelles ?), mais toujours sans compte rendu écrit, et donc sans déclaration. De même, ils vont s'indigner des feuilles de " presqu'accident du travail " passant aux oubliettes.
Avec le temps, la tricherie apparaîtra insupportable, y compris aux yeux des salariés qui en parlent en consultation, certains en chuchotant, d'autres dans l'indignation.
Il arrive un moment, même si le ridicule ne tue pas, où ma responsabilité pourrait être éclaboussée. Le RRH et le technicien de sécurité ne sont-ils pas allés chercher une salariée à son domicile un matin, alors qu'elle travaille l'après-midi, parce qu'elle s'est blessée la veille à l'entreprise. L'infirmière doit effectuer les soins. La plaie n'est pas fameuse. L'infirmière rase les murs. Mais obtempère. Je ne suis présente qu'un jour par semaine. Elle m'annoncera son geste le lendemain, sachant qu'elle aurait du adresser cette salariée à son médecin. Pour protéger l'infirmière, j'écrirai un courrier à la direction de l'entreprise afin d'expliquer qu'en dehors des heures de travail, les soins sont effectués par les médecins de ville, choisis par les blessés valides. Et que je n'assumerai ni ce détournement de clientèle, ni les complications éventuelles des blessures.

Trois années de galère. Le ton monte. L'entreprise envoie son infirmière en préretraite et traîne les pieds pour la remplacer, tente de m'imposer ses choix. On me marginalise en refusant de me remettre les résultats de prélèvements et analyses (toxiques, bruit, vitesse d'air). Les cotisations au service de médecine du travail ne seront plus versées pendant plusieurs mois… Mon rapport annuel sera lu en octobre, après plusieurs demandes écrites du comité d'entreprise qui s'inquiète et se mobilise.
Le comité d'entreprise m'appuiera quant au choix de l'infirmière remplaçante, posera une question écrite à l'employeur quant au retard du paiement des cotisations, indiquant clairement son désir d'éviter le recours au service médical autonome en cas d'hypothétique radiation de l'entreprise du service médical interentreprises.

Quant à la réunion du CHSCT de l'après-midi, elle aura été minutieusement préparée :
1ère étape : rencontre avec un délégué du personnel pour lui exposer mon " ras le bol ".
2e étape : celui-ci informera le délégué syndical.
3e étape : j'écrirai à l'inspection du travail et soulèverai les points cruciaux !

- non déclaration des accidents de travail, absence de prévention,
- absence d'infirmière et tentative de m'imposer le choix de l'entreprise,
- refus de me remettre les résultats d'analyses,
- non paiement des cotisations.

4e étape : préparation du CHSCT par téléphone entre ses membres, l'inspecteur du travail et le médecin du travail.

Le CHSCT constatera la présence inhabituelle du délégué syndical. L'inspecteur du travail sera là et l'un des membres du CHSCT apportera un gros classeur… avec trois ans de déclaration d'accident de travail. Le CHSCT aurait pu être convivial. Mais je n'ai pas décoléré de 14 à 19 h. J'ai dénoncé un à un les accidents de travail non déclarés depuis trois ans. L'inspecteur s'est étonné à chaque cas. Tout le monde évoquait les détails en mémoire, à chaque cas… Mais dans le classeur… RIEN !

Alors ! Quelle solution ? Si ce n'est un *protocole* écrit, à faire paraître dans le compte rendu du CHSCT ! Ensuite, s'il n'est pas respecté, on pourra agir : *entrave* au CHSCT !
Voici ce petit texte, classé " divers " dans le compte rendu du CHSCT : *" Les membres du CHSCT sont mal informés des accidents de travail depuis le départ de l'infirmière.*
En présence de l'inspecteur du travail, du médecin du travail, des membres du CHSCT, il a été convenu qu'en cas d'accident de travail ou presqu'accident de travail, un membre du CHSCT serait prévenu immédiatement, ou qu'en son absence, un représentant du personnel assisterait le blessé.
Les membres du CHSCT demandent que les feuilles d'accident de travail soient toujours disponibles au poste de secours pour tout personnel blessé (dont intérimaires, entreprises intervenantes, sous-traitance sur le site).
L'inspecteur du travail déclare que les dossiers accident de travail circulent mal et qu'il faut refaire l'information des chefs de groupe afin que la déclaration systématique de ces accidents de ou presqu'accidents soit effectuée, afin de ne pas pénaliser les salariés blessés ".
Venait à la suite de ce protocole, une remarque sur les cotisations impayées et le risque de radiation, puis l'intervention de l'inspecteur du travail expliquant le rôle du médecin du travail, toujours positif car le personnel est une richesse pour l'entreprise.
Enfin, les résultats de mesures de toxiques et autres allaient être remis au médecin et aux membres du CHSCT…

Je commençai à respirer. L'infirmière choisie par mes soins se révèlera fiable et elle saura trouver ses repères, prendre ses responsabilités. Bien que nouvelle dans cette spécialité, agée de 27 ans, elle saura se positionner. Les cotisations ont été payées. Les analyses en atelier m'ont été remises. Le taux d'accident de travail " progresse ", car en réalité les accidents de travail sont mieux déclarés.
Mais six mois plus tard, l'entreprise fera une nouvelle tentative de manœuvre autour d'un accident de travail ; l'infirmière m'informera dans la minute qui suivra, par téléphone. Voici ma réponse dans la demi-heure suivante, par télécopie :

Monsieur le RRH
Entreprise de 500 personnes
Monsieur,

M. Dupont a été victime d'un accident du travail… alors que j'étais présente dans l'entreprise. Il a été soigné par votre infirmière en ma présence et nous avons choisi de l'orienter vers l'hôpital de la ville .
La COUPURE de la PAUME était une BELLE ENTAILLE, assez profonde, de 4 cm de long, ayant nécessité 6 points de suture et 10 jours d'arrêt de travail.
Sans m'en parler, alors que je vous ai moi-même informé des 10 jours d'arrêt de travail prescrits, vous avez souhaité le mettre en congés exceptionnels de 5 jours, et lui attribuer un poste dès le …
Cette décision va à l'encontre de l'arrêt de travail préconisé par le spécialiste. Cette décision se ferait sans avis d'aptitude et engagerait votre responsabilité.
Votre infirmière, qui dépend du service du personnel pour les tâches administratives et du médecin du travail en matière de soins, se verrait en situation d'injonction paradoxale ingérable.

En cas d'aggravation, votre infirmière pourrait être mise en cause et c'est du coup la responsabilité du médecin du travail qui serait en jeu.
De plus, passer outre l'avis du spécialiste en matière de durée d'arrêt de travail est pour moi déontologiquement inconcevable. Je pensais que nous avions suffisamment débattu avec l'inspecteur du travail de ce problème lors du dernier CHSCT. Je me vois dans l'obligation d'adresser à l'inspecteur du travail double de ce courrier, ainsi qu'aux membres du CHSCT, pour information et afin que ce point soit revu lors du prochain CHSCT.
Je souhaiterais par ailleurs connaître plus précisément les soins médicaux dont M. Durand a du bénéficier, après brûlure des extrémités des dix doigts, et pour lesquels je n'ai trouvé aucune feuille de soins. Cet accident montre la nécessité, à mon avis, de rajouter au protocole de soins, la mise à disposition des secouristes de feuilles de soins pour les salariés blessés en dehors de la présence de notre infirmière. À mon avis ce deuxième point devrait également être reprécisé lors du prochain CHSCT.
Veuillez agréer l'expression de mes salutations distinguées.
Le médecin du travail.

Sommes-nous au bout de nos peines ?

Il y a quelques semaines encore, un chef de groupe blessé à l'œil resta quelques jours sans soins. Venu consulter un jour de présence du médecin du travail, il affirma qu'il verrait (enfin !) l'ophtalmologiste mais qu'il ne déclarerait pas l'accident de travail. Je répondis froidement : *" Vous êtes chef de groupe et donc secouriste. En tant que tel vous venez de faire deux erreurs. Vous avez pris à la légère l'accident de travail à l'œil, alors que vous aviez appris à être prudent dans ce domaine. Vous n'avez pas déclaré l'accident de travail, ni même de presqu'accident de travail. Si vous maintenez votre position, je ne signerai pas votre recyclage secouriste. Ce petit jeu est trop dangereux ".*

Si la direction a trouvé mon attitude inélégante, en revanche l'information circule. Et elle est répétée aux chefs de groupe, lors des recyclages. L'infirmière veille. Je lui dis un grand merci. Aux généralistes aussi. Après quatre ans sur le secteur, les langues se délient. Ils m'apprennent qu'ils avaient eu la visite de la direction il y a quelques années, afin de diminuer la durée des arrêts de travail. Aujourd'hui, ils sont beaucoup moins dociles.

Alors, l'entreprise a trouvé ces derniers jours une dernière parade. Un peintre au pistolet en nuit fixe s'étant blessé (12 jours d'arrêt prescrits) s'est laissé influencer : il a mis l'arrêt de travail au panier, pour faire du *classement*. J'ai prévenu le directeur que " les gens de nuit " rigolaient : 12 jours de classement, c'est 12 jours payés à ne rien faire ; ça ne correspond pas à l'ambiance de flux tendu habituelle.

Lors du CHSCT suivant, j'ai fait le même exposé. Le RRH m'a demandé gentiment si " j'avais mangé du lion ! ! J'ai répondu en souriant que si on trouvait sur l'heure 12 jours de classement de nuit pour un accidenté du travail, alors je ne voulais plus entendre parler de l'absence de postes doux, ni du reclassement difficile des salariés victimes de troubles musculo-squelettiques déclarés en maladie professionnelle au tableau n°57.

QU'ON SE LE DISE…

ATTENTION : MANŒUVRES AUTOUR DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Odile Chapuis, Yusuf Ghanty, Philippe Davezies

Le texte ci-dessous a été écrit en 1994, en réponse à une proposition du CNPF de fin 1993, qui sous prétexte de vouloir soulager la surcharge de travail des médecins et trouver une issue à leur pénurie, proposait de les cantonner au cabinet médical en faisant effectuer une partie de leur activité de tiers temps par des " spécialistes " non médecins directement sous dépendance de l'employeur.

Si cette proposition a été retirée grâce à une levée de boucliers des médecins et des syndicats, il persiste régulièrement des tentatives (même au sein de la profession), pour mettre les médecins du travail à distance du terrain, au nom d'une amélioration de l'efficacité. Or, la globalité de l'activité qui seule, permet au médecin du travail d'accéder à l'intelligibilité des atteintes de la santé au travail est un enjeu toujours éminemment crucial. C'est pourquoi ce texte qui défend le sens profond de notre activité paraît toujours aux auteurs extrêmement actuel.

Sous prétexte d'améliorer la pluridisciplinarité des services de santé au travail, le CNPF a proposé, par la voix de ses représentants au Conseil supérieur des risques professionnels de remplacer une partie du temps du médecin du travail par du temps de techniciens qui seraient embauchés à l'initiative de l'employeur et se verraient confier des tâches de mesure des risques en milieu de travail. Le CNPF appuie sa proposition sur une directive européenne qui vise à améliorer la prise en compte des problèmes de santé au travail. Mais l'utilisation qui est faite de ce texte est sans rapport avec cet objectif. La proposition du CNPF réalise en effet un tour de passe-passe qui vise à diminuer le temps consacré à la prévention des atteintes à la santé par le travail.

Pour bien comprendre la manœuvre, il faut savoir qu'à l'heure actuelle, les efforts de prévention imposés par la loi au chef d'entreprise sont de deux ordres.

D'une part le chef d'entreprise doit évaluer et prévenir les risques présents dans son entreprise ainsi que ceux qui pourraient découler de ses décisions. Il doit pour cela faire appel aux compétences présentes dans l'entreprise ou, à défaut, à des compétences extérieures. Cette responsabilité propre du chef d'entreprise en matière d'évaluation des risques est rappelée dans les textes concernant les risques particuliers. Il est bien précisé, par exemple, que l'évaluation des expositions au plomb ou au bruit relève de la responsabilité du chef d'entreprise.

D'autre part le chef d'entreprise à pour obligation d'organiser un service de médecine du travail ou d'adhérer à un service interentreprises. Le médecin du travail n'est pas dans la position du technicien de sécurité ou de l'organisme agréé auquel l'employeur demande de réaliser des mesures. Le médecin est le conseiller non seulement du chef d'entreprise, mais aussi des salariés et de leurs représentants, pour tout ce qui concerne les conditions de vie et de travail dans le milieu professionnel.

Pour remplir ces fonctions, il dispose de trois sources d'informations complémentaires : les visites médicales, le libre accès au milieu de travail et les informations sur les analyses, études, mesures réalisées dans l'entreprise ainsi que sur les projets de transformation.

Le temps de santé au travail comporte donc le temps du médecin et le temps des études techniques menées sous la responsabilité du chef d'entreprise. Dans la réalité, les risques étant très généralement non ou sous-évalués, le médecin doit bien souvent prendre sur son temps pour mener seul l'analyse des risques spécifiques et tenter de convaincre l'employeur de l'urgence des mesures préventives. La proposition du CNPF vise à entériner cet état de fait et à confondre le temps des études techniques

avec le temps du médecin du travail, afin d'amputer ce dernier temps.

La proposition n'est donc pas faite à coût constant comme le laisse croire le rapporteur mais à coût dégressif.
La question du coût semble représenter, pour le CNPF, l'argument d'autorité par excellence : *" Il est clair* – écrit le rapporteur de la proposition – *que, dans le contexte économique actuel, pour le moins préoccupant, notre système de santé au travail devrait être redéployé à coût au plus constant ".* Cette position peut sembler logique de la part de représentants chargés de défendre les intérêts du patronat, mais il est non moins clair qu'elle est très contestable. En effet, les coûts réellement investis dans la prévention de la santé au travail sont, de fait, déjà terriblement serrés. Les difficultés rencontrées par les médecins du travail pour faire financer les examens complémentaires indispensables ne sont qu'un exemple parmi bien d'autres. Prendre prétexte du non respect par le patronat d'un certain nombre d'exigences légales pour réduire ces exigences c'est s'engager dans une spirale dangereuse pour la santé des salariés.
De plus, le rétrécissement du noyau de personnel stable, le développement de la précarité, le désarroi croissant des salariés et la dégradation des conditions de vie d'une partie de la population ne devraient-ils pas conduire à penser qu'il est nécessaire non pas de réduire mais de renforcer la médecine du travail ?

L'intérêt, pour le CNPF, d'une réduction du temps médical ne se limite pas à une question de coûts. Le médecin du travail est la seule personne dans l'entreprise qui soit dispensée, en droit, de la prise en compte des intérêts de l'entreprise. Son rôle consiste à soutenir les exigences de prévention, même si la prise en compte de ces exigences entre en contradiction avec les contraintes techniques et économiques. Envers et contre tout, il a le devoir de témoigner sur les atteintes à la santé. Il dispose pour remplir cette fonction d'une indépendance technique appuyée sur la garantie que procurent la loi et le Code de déontologie.

Il n'est pas question de laisser entendre que les autres professionnels de la santé au travail auraient des exigences éthiques moins respectables que celles des médecins du travail. Mais nous savons, nous observons quotidiennement dans les entreprises, ce qu'exige de qualités personnelles le fait de tenir à ces exigences lorsque l'on ne bénéficie pas d'un statut protégé et qu'on se trouve intégré dans une ligne hiérarchique de l'entreprise. La pression est extrêmement forte, qui vise à canaliser, à instrumentaliser l'intervention de ces professionnels, en fonction des intérêts des directions. La législation du travail et le Code de déontologie instituent le service médical du travail comme témoin et symbole de ce qui, dans l'homme, ne peut être plié à la logique de l'entreprise. Il est tentant de remplacer cette interrogation dérangeante par le recours à des professionnels dont le rôle serait limité à l'apport de réponses techniques aux questions qu'accepteraient de se poser les directions.

Enfin, la proposition du CNPF véhicule une conception de l'action en santé au travail qui fait l'impasse sur la majeure partie des acquis scientifiques des vingt ou trente dernières années. Dans ce modèle, des techniciens assurent des tâches d'analyse en milieu de travail, alors que le médecin surveille, au cabinet, des salariés dont le nombre à été augmenté en proportion des tâches dont il se trouverait déchargé par les techniciens. Ce modèle témoigne d'une incompréhension de ce que sont les activités du médecin du travail, tant en milieu de travail qu'au cabinet médical.

En ce qui concerne l'action sur le milieu de travail, nous savons depuis longtemps que la métrologie ne conduit pas automatiquement à la transformation des conditions de travail. Mettre l'accent sur la mesure laisse penser que c'est par défaut d'information que la prévention n'est pas mise en œuvre, ce qui est manifestement inexact dans la plupart des cas. Une telle attitude conduit, de plus, à se focaliser sur les dimensions physicochimiques de la situation alors que les obstacles à la prévention sont d'un tout autre ordre. En réalité, le problème est beaucoup moins la mesure des facteurs de risque que la compréhension de la façon dont s'articulent les différentes contraintes qui pèsent sur la situation de travail.

Pour ce qui est de l'activité clinique, le rapporteur du CNPF en a une représentation tellement méprisante qu'il s'inquiète à l'idée que l'on puisse exercer une telle activité sa vie durant. On voit, à travers ce discours, poindre la tentation d'articuler une activité technique, assurée par des professionnels intégrés dans les lignes hiérarchiques de l'entreprise, avec une activité médicale assurée par des médecins de passage qui n'auraient pas l'intention de faire de la médecine du travail un véritable métier. Nous connaissons ce point de vue. Dans le quotidien, nous sommes confrontés à cette tentation d'une partie du patronat de faire de la médecine du travail une médecine de dispensaire qui ne vienne plus mettre son nez dans les questions du travail. Une telle représentation de l'action du médecin du travail, au sein d'instances chargées de réfléchir sur le devenir de la médecine du travail, représente une grave risque de régression.

La médecine du travail a été instituée par la loi. La question de la construction du métier de médecin du travail ne s'est posée qu'après la mise en place de l'institution. Même si beaucoup reste à faire, nous avons construit un métier fondé sur l'articulation d'une clinique indididuelle au cabinet médical et d'une action au sein de la collectivité de travail. Sauf à bouleverser le système français de prise en charge de la santé au travail, ces deux aspects ne peuvent plus être disjoints.
Dans le secret du cabinet se révèlent des atteintes à l'intégrité physique et psychique dûes au travail. Mais face à ces problèmes, les solutions ne relèvent pas de la

clinique individuelle. L'action impose de construire une intelligibilité de la situation dans sa globalité – non pas seulement saisir ce qui représente un risque pour la santé, mais comprendre, pour pouvoir les dépasser, les raisons qui s'opposent à la transformation. Cette construction implique de passer du temps dans le milieu de travail, de se familiariser avec l'activité, avec ses difficultés, avec le style de mobilisation déployé pour y faire face, avec les relations sociales de travail. C'est la construction d'une compréhension globale de la situation qui permet éventuellement de poser le problème d'une façon suffisamment élaborée pour que les différents partenaires puissent entrevoir des pistes de solution. L'activité en milieu de travail est donc très loin de se limiter à la métrologie. Bien souvent, si le médecin du travail fait de la métrologie, ce n'est pas par fétichisme de la mesure, mais parce que le mesurage permet d'échapper à la visite accompagnée et légitime une présence prolongée dans l'atelier.

Dans l'activité du médecin du travail, les problèmes s'expriment donc au cabinet médical, tandis que les solutions ne peuvent être recherchées qu'à l'extérieur de ce cabinet, lors du tiers temps. Pour des raisons évidentes, cette recherche est très difficile. Il faut bien souvent déployer des trésors de compétence et d'imagination pour arriver à faire entendre aux directions les problèmes d'organisation et de conditions de travail repérés dans l'activité clinique. Nous ne fuyons pas pour autant nos responsabilités. Nous savons que nous avons des progrès à faire pour trouver les voies qui permettent d'avancer sur les problèmes rencontrés. Une intense activité est déployée dans ce sens par de nombreux confrères.

La voie proposée par les représentants du patronat est toute autre. Le CNPF mise sur le fait que certains de nos confrères souffrent de cette situation et sont tentés par le repli sur le cabinet médical. Il est grave de constater que les représentants de la principale organisation patronale considèrent qu'il est de leur intérêt d'encourager ce mouvement et de nous tirer vers le bas.
Il faut bien voir le risque : augmenter les effectifs surveillés en diminuant le tiers temps, cela signifie, de fait, augmenter le volume de souffrance qui vient au cabinet médical et diminuer dans le même temps les possibilités de recherche de solutions.
On entrevoit alors pourquoi le rapporteur du CNPF s'inquiète de voir des médecins engagés à vie dans le piège qu'il leur prépare…

–

SÉLECTION, COMPORTEMENT ET DÉPISTAGES AVEUGLES

Comment instrumentaliser des médecins du travail

Dominique Huez

La médecine du travail bénéficie d'une définition réglementaire de son objet (prévenir et dépister les altérations de la santé au travail), de ses modalités d'exercice (contrôle social par les partenaires sociaux : syndicats et patronat – contrôle par l'état : inspection du travail et inspection médicale du travail). Du fait de la position du médecin du travail de " veilleur de la santé au travail ", une partie du patronat est tentée de transformer la médecine du travail en " médecine d'entreprise ", c'est-à-dire d'en subordonner les objectifs, les priorités, et l'accès aux informations qu'elle produit exclusivement aux intérêts économiques de l'entreprise qui la finance directement ou indirectement. Pour ce faire, il n'est pas toujours besoin de faire transgresser par les médecins du travail le secret médical auquel le respect du Code de déontologie les contraint, mais seulement " d'encadrer " leur exercice progressivement et insidieusement de telle façon qu'il soit de plus en plus subordonné aux décideurs économiques.

Ainsi dans le secteur nucléaire, en jouant sur l'opacité d'une réglementation, les médecins du travail du donneur d'ordre se voient contraints par leur employeur, au nom de la protection de la santé des salariés sous-traitants prestataires qui reçoivent en moyenne trois à cinq fois plus de doses d'irradiation que les salariés du noyau stable de l'entreprise, de limiter de façon prescriptive les doses mensuelles maximales que les salariés trop exposés pourraient recevoir. En la matière, il ne s'agit pas ici de respecter les seuils réglementaires, pour lesquels l'attitude à suivre est pour le médecin du travail normalisée et offre des garanties partielles pour l'emploi des salariés, mais de mettre en œuvre des seuils dosimétriques arbitrairement définis par le donneur d'ordre, sans offrir aucune garantie pour l'emploi des salariés concernés. Conclusion, le contrat de travail de salariés précaires (intérimaires et CDD) proches de ces limites arbitraires pourra ne pas être renouvelé par leur employeur, gêné par ces nouvelles contraintes dosimétriques. Les salariés pénalisés dans leur emploi ne disposeront d'aucun recours, ne disposant d'aucune preuve du rapport entre non renouvellement de leur contrat et surexposition professionnelle. Il s'agit pourtant de gestion de l'emploi en fonction de la dose d'irradiation. La question de la santé des salariés prestataires est mise en avant par l'exploitant nucléaire qui génère pourtant lui-même les contraintes dosimétriques, entraîne la prolifération des emplois précaires du fait des appels d'offre au " moins-disant " et s'oppose aujourd'hui à la réglementation de l'exposition dans de tels emplois.

Les suites de " l'affaire amiante " entraînent des conséquences du même type : par exemple des entreprises du secteur de la chimie enjoignent à leur médecins du travail de refuser à l'embauche des salariés porteurs de plaques pleurales, qui en la matière sont plus des stigmates d'exposition passées à l'amiante que les signes d'une maladie invalidante pour leur travail. Même dans cette dernière hypothèse qui est erronée, la prise en compte de cette pathologie par le médecin du travail ne

serait être licite que si elle interférait avec l'aptitude à un poste de travail, ce qui ne saurait se poser ici. En réalité, il s'agit pour l'employeur de se prémunir d'un sur-risque de cancer chez un nouvel embauché, mécanisme du même ordre que serait le refus d'embaucher un ancien fumeur. Il est d'ailleurs à craindre que le désir d'un certain nombre de syndicats de salariés de voir se développer des carnets d'exposition professionnelle, souci légitime pour préserver les droits de ces derniers devant des pathologies de survenue à moyen terme, ne soit détourné d'une façon ou d'une autre comme système de sélection à l'embauche de salariés non exposés à des risques cancérigènes auparavant. Aujourd'hui le certificat délivré par l'employeur et le médecin du travail aux salariés quittant leur entreprise, indiquant la réalité d'une exposition à l'amiante – ce qui est compréhensible pour en assurer le suivi médical ultérieur, mais aussi le niveau d'exposition à l'amiante, qui médicalement n'est d'aucun intérêt – risque, si cette information est connue d'un nouvel employeur, d'entraîner un refus d'embauche. Or, rien ne protège aujourd'hui le salarié d'un tel risque (comme l'interdiction pour un employeur de consulter un tel document). Ajoutons, mais cela ne vaut pas argument dans le cas contraire, que la preuve médico-légale de l'existence de plaques pleurales préexistant à l'entrée dans une entreprise, garantit la nouvelle entreprise au contraire contre le risque d'avoir à assurer la prise en charge en maladie professionnelle d'un hypothétique cancer bronchopulmonaire, qui sera justement dans ce cas, mutualisé au niveau de l'ensemble des employeurs. Ici l'employeur ne se prévient même plus d'un risque pour la santé dont il aurait à assumer la charge, mais il rentre dans une pratique de pure sélection au regard de pathologies en écart à la norme sociale du moment, c'est-à-dire de pathologies boucs émissaires comme le sont aujourd'hui le cancer, le Sida, les dépendances aux drogues illégales et à l'alcool. Remarquons au passage que l'État organise une sélection de type " assurantiel " pour la titularisation dans la fonction publique au travers d'une liste limitative de pathologies, sélection du ressort non pas des médecins de prévention, mais des médecins assermentés et embauchés pour ce faire. Il n'est pas certain que le fait que les personnes (sans marges de manœuvre) soient volontaires pour s'y soumettre, rende ces pratiques, de même que celles des médecins des compagnies d'assurance, compatibles avec la déontologie médicale.

L'instrumentalisation des pratiques des médecins du travail peut se rencontrer aussi à l'occasion de la question du dépistage systématique des prises de drogues illicites chez des personnes exposées à des postes de sécurité. En France, le législateur s'est refusé à définir juridiquement les postes de sécurité, définition qui seule pourrait autoriser de tels dépistages par les médecins du travail, dépistages assortis alors de contraintes réglementaires. Seuls à notre connaissance, des accords d'entreprise ont organisé de tels dépistages réguliers par des centres de médecine d'expertise pour certaines catégories de personnels aériens. De tels dépistages ici, ne sont donc officiellement pas effectués par leur médecine du travail. Pourtant dans le secteur nucléaire, on voit des tentatives de généralisation de tels dépistages. Cette approche s'inscrit dans la généralisation de la sous-traitance de la maintenance nucléaire. De plus en plus, les salariés qui effectuent la maintenance de terrain sont étrangers à l'entreprise qui exploite les centrales nucléaires. Ils peuvent même être intérimaires pour une entreprise intervenant au troisième ou au quatrième niveau de sous-traitance en cascade. L'éloignement des donneurs d'ordre que sont les exploitants des centrales du travail réel, comme la précarisation multiforme des conditions de l'emploi et de travail des salariés sous-traitants, amène le développement de politiques de défiance envers les hommes. Considérés non plus comme l'ultime recours face à une éventuelle défaillance technique imprévue, les hommes sont maintenant dans un tel système le maillon faible de la sécurité et de la sûreté. C'est dans un tel contexte que récemment l'exploitant nucléaire français a décidé en dehors de tout débat social dans son entreprise, que tout agent travaillant dans le secteur nucléaire de l'installation relevait d'un poste à risque pour la sécurité-sûreté. Les médecins du travail se devraient donc de procéder à des dépistages systématiques des drogues chez ces agents, le médecin n'ayant le loisir que du choix de la technique employée et de sa fréquence. Concernant les agents sous-traitants, il sera indiqué dans les documents contractuels que leurs entreprises devront pouvoir justifier de la réalité de tels dépistages, sinon leurs agents pourront perdre leurs habilitations à travailler dans le secteur nucléaire. Nul besoin ici de transgresser le secret médical. Il suffit de mettre en œuvre un système qui instrumentalise les médecins du travail des entreprises sous-traitantes, en les rendant responsables de l'éventuelle perte de l'emploi ou de marchés, s'ils ne veulent pas certifier qu'ils procèdent à de tels dépistages systématiques.

Faut-il rappeler que l'exercice de la médecine du travail repose sur la confiance qui s'établit progressivement avec les salariés ? Même en matière de prise de drogues, c'est à partir de la relation clinique confiante d'un sujet inséré dans un collectif de travail, que le médecin connaît d'ailleurs aussi, que des questions aussi difficiles pourront être prises en charge. Même dans l'industrie nucléaire aujourd'hui, les médecins ne procèdent pas autrement pour prendre en charge la question de l'alcoolisme ou des maladies mentales. Pourtant, sur ce dernier point on a vu se développer dans l'industrie nucléaire une tentative de prise en charge managériale des troubles du comportement (définis comme écart à la norme sociale), qui visait à gérer les parcours individuels de tels agents par un trio regroupant employeur, responsable des ressources humaines et médecin du travail. Pour l'instant, les médecins du travail ont su résister à une telle dérive.

On peut pourtant être inquiet du développement de ces multiples tentatives de prescription du social, de la santé ou des comportements. Nous faisons partie des médecins du travail qui pensent que le travail est un élément

essentiel de construction de la santé de " sujets-acteurs " de leur destinée, du lien social, de la citoyenneté, même si trop souvent celle-ci peut s'y perdre devant la montée de la précarisation multiforme du travail. On voit mal pourtant comment les professionnels placés en entreprise pour prendre en compte le seul point de vue de la santé pourront résister aux pressions phénoménales que représente en ces lieux la seule légitimité économique. Sont-ils destinés à ne pouvoir qu'accompagner du côté du moindre mal un tel processus, ou à n'être qu'alibi social impuissant d'une dérive totalitaire interne aux entreprises dont on connaît les risques de contagion pour la société ?

Pour contribuer à l'accompagnement de la construction de la santé des sujets individuellement et collectivement, du point de vue de la rationalité professionnelle du praticien que je suis, je vois au moins deux élément fondamentaux à développer : d'une part la capacité des professionnels " en situation " à développer des " règles de métier entre pairs " prenant en compte la réalité de l'organisation du travail d'aujourd'hui ; d'autre part, dans le même temps, à apprendre à rendre visible et à mettre en débat ces questions dans les espaces publics internes de leur entreprise et externes au niveau de la société, l'un nourrissant l'autre et réciproquement. C'est à ce prix que les professionnels de la santé au travail pourront contribuer à une nouvelle conception de la santé publique dont l'objet n'est pas de gérer au " moins-disant " des individus, mais d'accompagner la construction de la santé de " sujets-citoyens ".

LE MÉDECIN DU TRAVAIL, LE MENSONGE ET LE MANAGEMENT

Alain Carré

LIBÉRALISME ÉCONOMIQUE ET DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Le libéralisme économique apparaît, sous une forme opératoire, d'abord en Angleterre, puis dans le reste de l'Europe dans la seconde moitié du 19e siècle. Il dérive directement du libéralisme politique, mouvement né aux 17e et 18e 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. Alors que le libéralisme politique reposait sur trois principes : refus de la tutelle de l'Église, refus de l'emprise des préjugés moraux sur le Politique, limitation des pouvoirs de l'État, le libéralisme économique préconise que l'Économie doit également 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 tenir compte d'autres considérations, 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 constitue le meilleur agencement social possible et le dispositif le plus apte à prendre en charge l'organisation et l'évolution de la société.

Selon la philosophe Hannah Arendt[87], une idéologie est très littéralement ce que son nom indique : c'est la logique d'une idée qui a la prétention de constituer une philosophie scientifique. L'idéologie traite de l'enchaînement des événements comme si celui-ci obéissait à la même loi ; tout peut être expliqué, jusqu'au moindre événement en le déduisant de ses seules prémisses. Celles-ci sont devenues un instrument d'explication avec sa logique propre ; aucun facteur extérieur n'influence leur déroulement. Aucune expérience ne peut enseigner quoi que ce soit parce que tout est compris dans une progression cohérente de la déduction logique. Hannah Arendt estime que les idéologies prédisposent à l'oppression et à la dictature. Elle les implique spécifiquement dans la survenue du totalitarisme qu'elle définit comme la greffe de la terreur sur une idéologie. Elle explique ces dérives par les trois caractéristiques cardinales d'une idéologie :

- sa prétention à tout expliquer,
- son affranchissement de la réalité,
- sa méthode inductive à partir de ses seules prémisses.

Ceci explique qu'une fois les prémisses énoncées, le point de départ défini, les expériences ne peuvent plus venir contrarier la pensée idéologique unique[88], pas plus que celle-ci ne peut tirer d'enseignement de la réalité.
Or, le libéralisme économique vise à interpréter toute réalité, y compris la réalité sociale, à l'aide d'un mécanisme " naturel ", *le marché*. Ce mécanisme s'impose à l'être humain dans le monde entier, et ceci jusqu'à la fin

[87] Hannah ARENDT, Le Système Totalitaire, les origines du totalitarisme, Le Seuil, Paris, 1972
[88] Ignacio RAMONET, La Pensée Unique, Le Monde Diplomatique, janvier 1995

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.

En tant que citoyen on peut mettre en cause l'idéologie libérale économique au nom de ses convictions personnelles. En tant que professionnel de la santé, ce serait prêter le flanc à des accusations de partialité. En situation professionnelle l'opinion personnelle doit s'effacer. Pour les médecins du travail un avis professionnel sur le libéralisme économique, affranchi de toute référence à une quelconque opinion, est possible, légitime et souhaitable, puisqu'ils sont confrontés chaque jour au système, à travers le management duquel sont impliqués les atteintes à la santé qu'observent les médecins. Le libéralisme économique fait une large part à l'individualisme. Ce concept est en discordance avec l'humanisme. Être individualiste c'est être égocentrique, être humaniste c'est être ouvert aux autres.

Le libéralisme économique considère d'autre part la société comme une juxtaposition d'individus sans compétence sociale et sans aspiration morale, celle-ci étant réservée à la vie privée et ne devant pas s'appliquer à la vie publique. Certains[89] considèrent même que ce système *" est l'ennemi d'une démocratie forte, pleine, vivante où la lucidité et la participation des citoyens serait requise pour régler la bonne marche de la cité ".* Cette sévère appréciation est confirmée par les partisans même du système ; ainsi Alain Minc déclare, au nom du " réalisme " et du " pragmatisme " que : *" Le capitalisme ne peut s'effondrer, c'est l'état naturel de la société. La démocratie n'est pas l'état naturel de la société. Le marché oui ".* En une seule phrase, il oppose Capitalisme et Démocratie et donne la prééminence au premier au nom de la loi " naturelle " du marché.

Or, comme professionnel, tout médecin est un humaniste. En effet il peut l'être aussi par conviction mais celle-ci n'est pas nécessaire. L'humanisme n'est pas ici une morale liée à une histoire personnelle, mais une notion à la fois culturelle et méthodologique qui ne s'apprend pas, bien qu'elle soit enseignée, en tant que telle, dans certaines facultés de médecine. Elle découle d'un processus d'appropriation authentique et personnalisé. Indépendamment du savoir scientifique, la formation médicale implique un véritable mûrissement culturel à l'issue duquel la réflexion humaniste se sera incorporée indissociablement à la personnalité du médecin qu'elle aura contribué à enrichir[90]. C'est cette valeur qui permet au médecin de construire un modèle de l'être humain où celui-ci n'est pas un objet qu'on manipule mais au contraire un sujet, acteur de son histoire personnelle. Cet être, dans son cheminement vers le bien être que constitue la santé, doit pouvoir exercer son libre arbitre au plan physique, mental et social. Tout patient, quel qu'il soit, s'adressant à un médecin, quel qu'il soit, attend que celui-ci respecte sa dignité et qu'il vise en toute circonstance à préserver son autonomie. Ceci constitue le fondement de la confiance sans lequel il n'est pas d'acte médical possible.

Les valeurs du libéralisme économique sont donc en opposition avec une partie de celles de la médecine. Cela devrait inciter tout médecin à prendre ses distances avec ce système. Pour les médecins du travail les raisons déontologiques sont confortées par les liens étroits et directs de ce système avec les atteintes à la santé au travail. L'intensification du travail, la dégradation des conditions de travail, fruits de la précarisation, compromettent la santé des salariés.
Les marchés nationaux du travail sont devenus les principaux lieux des ajustements économiques internationaux. C'est à ces marchés de s'adapter pour absorber toutes les tensions économiques qui existent par ailleurs. Ce fonctionnement à court terme du marché du travail revient à le gérer, comme un marché financier gère le " capital humain ", d'où la floraison de services des ressources humaines. Il faut rationaliser ce capital, abandonner les valeurs " inutiles ", d'où les licenciements des moins qualifiés, des plus âgés (à partir de 30 ans !), des malades et des handicapés, etc. Il faut aussi obtenir le rendement maximum des " valeurs " restantes, au moindre coût, d'où l'intensification du travail et la dégradation de ses conditions.

Comme le chômage, la précarisation dans toutes les entreprises, dont sont issues les pathologies nouvelles qu'observent les médecins du travail, n'est donc pas une conséquence malheureuse d'effets périphériques et améliorables du libéralisme économique. L'exclusion et la crise du travail ne sont pas des mécanismes extérieurs au système. Elles en sont le moteur intime. Les atteintes à la santé au travail observées depuis sa mise en place, et le libéralisme économique sont donc consubstantiels. Celui-ci à travers ses conséquences sur le travail et sur l'emploi, est donc un facteur prépondérant de dégradation de la santé au travail

Devant intervenir le plus en amont possible, pour la prévenir, les médecins du travail doivent donc interroger, du point de vue de la santé, le libéralisme économique, non pas philosophiquement ou selon leur conviction, mais pour des motifs strictement professionnels et dans le cadre de leurs missions. Pour augmenter leur pertinence ils ont entrepris de modifier leurs pratiques professionnelles et de mener une réflexion sur leur métier. C'est, en particulier grâce à leur témoignage dans l'espace public, à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise, que pourront être connus des éléments de la situation réelle de la santé au travail, susceptibles d'éclairer le débat social.

[89] R. LESGARDS, Trompeuses sirènes au cœur froid, Le Monde Diplomatique, janvier 1994

[90] De TOFFOL, BAGROS, GOUAZE, L'humanisme peut-il s'enseigner à la faculté ?, Le Concours Médical, 11 et 18 décembre 93

LE MENSONGE

Nous tenons pour acquis le caractère idéologique du libéralisme économique. Or, *" dans (son) pouvoir de tout expliquer, la pensée idéologique s'affranchit de toute expérience, dont elle ne peut rien apprendre de nouveau, même si il s'agit de quelque chose qui vient de se produire. Dès lors, la pensée idéologique s'émancipe de la réalité que nous percevons au moyen de nos cinq sens, et affirme l'existence d'une réalité "plus vraie" qui se dissimule derrière les choses sensibles…*[91] *".*
L'idéologue qui bride la réalité, et la transforme pour la faire entrer dans son cadre étroit, et donc en donne une image fausse, commet-il un mensonge ? En effet : *" dire mensonge c'est dire chose fausse mais qu'on a prise pour vraie (...) la définition du mot mentir en latin ne touche que ceux qui disent contre ce qu'ils savent*[92] *"*
Il est nécessaire pour mentir d'en avoir conscience ; c'est émettre une assertion sciemment contraire à la vérité. Cette définition est reprise dans le neuvième commandement du décalogue. La distinction essentielle entre le mensonge et le mentir a disparu à notre époque ce qui laisse une large place à la subjectivité. Mensonge et vérité sont des antonymes et sont marqués tous deux au coin de la subjectivité. Ainsi peut être considéré comme un mensonge ce qui apparaît à un autre comme tel.

Pour les pratiques idéologiques il faut distinguer ce qui relève de la doctrine et est un mensonge induit par la mécanique impitoyable de la logique du système. Mais il faut également savoir reconnaître les stratégies qui visent à convaincre ou à contraindre qu'on nomment manipulations et qui relèvent du mensonge conscient. Ce dernier type de mensonge est ici au centre de notre propos. Il a des liens étroits avec le langage puisque ce sont des paroles qui le véhiculent.

En idéologie le vocabulaire joue un rôle central. Les mots servent tout d'abord à définir la doctrine qui est au cœur du système. Pris dans le langage commun ils reçoivent une nouvelle définition et prennent alors une acception différente. Ce dernier sert de signe de reconnaissance pour les initiés seuls à même de le discerner. Les mots servent également à étayer la logique du raisonnement.
La première manipulation consiste à dissimuler sous la polysémie des mots les véritables concepts, ce qui permet, en jouant sur l'effet de répétition, de les introduire dans l'espace social. Ensuite sur la logique des mots se greffe la logique des idées ce qui induit une adhésion progressive, au départ inconsciente, à la vulgate idéologique. La duplicité a investi l'espace de la politique, ce qui n'est sans doute pas nouveau ; néanmoins ce n'est plus seulement l'écart entre les programmes des candidats et les actions des élus qui relève du mensonge. Celui-ci se glisse dans le vocabulaire qui est employé : *" Désormais un droit est un privilège, une avancée sociale un archaïsme, le salaire minimum une rigidité et la réforme c'est la contre-réforme. La vérité c'est le mensonge*[93] *".*
Une " novlangue " s'est mise en place.
Pour expliquer que des responsables politiques libéraux, dont certains dans le privé se comportent avec moralité, soient dénués de tout scrupule dans leurs activités publiques, certains font remarquer que l'économie revendique, dans le système libéral, son indépendance vis-à-vis de la morale.[94]

LE MANAGEMENT

À l'idéologie du libéralisme économique qui guide la politique libérale correspond dans l'entreprise le management qui planifie l'organisation du travail. Comme son modèle politique, le management procède des mêmes principes, ou plus exactement, pour emprunter le vocabulaire à la mode, il les " décline " au niveau des rapports de production.
Pour le management le noyau humain de l'organisation n'est plus le groupe mais l'individu. C'est la compétition entre chaque salarié régulée par la loi " naturelle " du " marché " du travail qui assure le dynamisme de l'entreprise.

Au centre du dispositif du management, la " communication " d'entreprise est semblable à la propagande dans un système politique. Plus la réalité place le système devant ses contradictions et plus la communication devient manipulatrice.
Là encore les mots étayent l'édifice. La communication est l'art de jouer sur les mots. Parfois le jeu ne fait plus illusion. L'on sait maintenant qu'un " plan social " ou une " restructuration " sont synonymes de suppression de postes, de licenciement et d'intensification du travail. " Autonomie ", " responsabilisation " dans un contexte où la contrainte de l'employeur va jusqu'à la " corvéabilité " ne dupent plus grand monde. " Ambition ", " défi ", " enjeu " font encore illusion.
Certains mots se sont substitués à d'autres et cette substitution est significative. Ainsi plutôt que de parler de morale on évoquera " l'éthique ". Ce concept désigne l'adaptation à un contexte précis (personnel, professionnel…) des principes moraux. Cela permet au nom du contexte de s'affranchir de certain d'entre eux.
L'égalité est une tentative de compenser grâce à la solidarité les inégalités du sort, de l'origine sociale, du handicap ; elle a été remplacée par " l'équité ". Or, être équitable c'est répartir en fonction des mérites ; dans le

[91] Hannah ARENDT, Le système totalitaire, les origines du totalitarisme, Le Seuil, Paris, 1972
[92] MONTAIGNE, Les Essais, Livre I, Chapitre IX, Arlea, Paris, 1992
[93] C. DE BRIE, A bas le contrat social, Le Monde Diplomatique, octobre 1995
[94] R. LESGARDS : Trompeuses sirènes au cœur froid, Le Monde Diplomatique, janvier 1994

monde libéral seuls les gagnants sont méritants. Être un perdant n'est pas un coup du sort. Il n'existe pas d'injustice sociale. Les victimes du système sont en fait des " insuffisants " qui n'ont pas su exercer *" leur aptitude à se procurer par eux mêmes les biens et les services dont ils ont besoin*[95] *".* Ce sont des indigents. Il ne leur reste plus que la charité que leur assure le principe de " subsidiarité ".

Un autre succès de la communication d'entreprise est le concept de " qualité ". Cette " qualité " que l'on évoque à tout propos fait maintenant l'objet d'une norme ISO. Elle y est définie comme *" l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ".* Sous cette pseudo-rigueur on découvre que le caractère subjectif des " besoins " et leur " implicite " permet toutes les dérives. L'organisateur du travail peut donc fixer arbitrairement les critères de qualité et les faire varier dans le temps. Au passage, ce concept institue de façon pseudo-rationnelle le seul rapport existant entre les acteurs de l'entreprise libérale que permette le marché, celui de client à fournisseur. La mission d'un salarié (fournisseur) est sa raison d'être auprès de son employeur (client interne) ou des usagers (clients externes). Le client est celui qui consomme les produits ou services fournis par le travail du salarié.
Les sociologues donnent à ce type d'organisation le nom " d'autonomie contrôlée ". Nous savons ce qu'il en est de cette autonomie dans un système de pénurie de travail et de concurrence entre les salariés.
Examinons ce qu'il en est du contrôle. Outre un contrôle de gestion le management a prévu un contrôle du respect du cadre de " cohérence ". Il s'agit de la cohérence aux principes du management c'est-à-dire la conformité des conduites à l'idéologie. Si celle ci se heurte à la réalité il peut en découler des contradictions qui transforment les instructions en injonctions paradoxales.
Un exemple de ce phénomène pervers est la politique de prévention des accidents du travail dans certaines entreprises. Justifié par des motifs économiques, le principe idéologique est celui du " zéro accident ". Tel est l'objectif dans ce domaine de tout " manager ". Il doit toutefois coexister avec celui du " moindre coût ". Or, certaines actions de prévention imposeraient des investissements substantiels dont certains sont incompatibles avec la doctrine même (augmentation des effectifs, suppression de la sous traitance…). Plus simplement, la prévention passe par l'analyse des accidents, donc leur mise en avant dans l'espace public, c'est-à-dire leur déclaration. Mais toute déclaration compromet l'objectif " zéro accident ".
En fait la seule cohérence dans une idéologie est celle de la logique d'un système tournant en vase clos. La cohérence à la réalité est par définition problématique. Or, travailler est avant tout prendre en compte la réalité. Le salarié est donc en permanence écartelé entre la réalité et l'idéologie et gère en fait au détriment de son capital émotionnel et affectif les contradictions du système. C'est ce transfert que vise à obtenir la manipulation communicationnelle.
Cela explique en partie la pathologie psychique que génère l'organisation du travail.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL

- Salarié protégé exerçant dans un cadre réglementaire strict dans une période de déréglementation ;
- spécialiste indépendant, alors que le lien de subordination à l'employeur à été renforcé ;
- contrôlé par un organisme paritaire, alors que le contrôle est un privilège patronal et que le paritarisme se meurt ;
- observateur privilégié des atteintes à la santé dues à l'organisation managériale du travail et ayant le devoir de les relater dans l'espace public ;
- parfois cadre supérieur, ne pouvant par profession adhérer aux mécanismes défensifs de cette catégorie.

On peut comprendre pourquoi le métier de médecin du travail est l'objet de projets de réforme des la part des employeurs. Chacun de ces niveaux de confrontation mérite à lui seul un long développement.

Si nous abordons ici la question des rapports entre le médecin du travail et le mensonge des manipulations managériales, c'est pour montrer que cette question est le couteau de la balance sur lequel doit se juger notre exercice si nous voulons que notre métier survive.
Notre attitude professionnelle face au mensonge conditionnera l'avenir de la médecine du travail. Nous ne pouvons rester indifférents à ce mensonge car il est à l'origine de la pathologie induite par l'organisation mais il est aussi déontologiquement et techniquement perturbateur pour les médecins que nous sommes avant tout.
" En vérité le mentir est un mauvais vice. Nous ne sommes hommes et nous ne nous tenons les uns les autres que par la parole. Celui qui la fausse trahit la société publique[96] *".* En effet le mensonge annihile la confiance. Or, la confiance occupe une place centrale en médecine : *" Il n'y a pas de bonne médecine sans confidences, pas de confidence sans confiance, pas de confiance sans secret ".* La confiance du patient est une donnée fondamentale de l'acte médical quelqu'il soit. Elle est plus précaire en médecine du travail. Le libre consentement à un acte, devenu une obligation légale, n'est obtenu qu'à travers l'accord d'une instance représentative. Les moyens dont dispose le médecin, et dont il doit s'assurer qu'ils lui

[95] DELSOL, Agir jusqu'aux limites de ses capacités, quelques éléments sur le principe de subsidiarité, Bulletin d'information des cadres, EDF-GDF, n° 28-2, 1995

[96] MONTAIGNE, Les Essais, Livre I, Chapitre IX, Arlea, Paris, 1992

permettent un exercice efficace et indépendant, lui sont consentis par un tiers.

La déontologie réprouve le mensonge. L'article 35 du nouveau Code en traite maintenant directement : *" Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose "*. Seul l'intérêt du patient excuse une transgression quand le diagnostic ou le pronostic sont graves et c'est " en conscience " que le médecin apprécie la nécessité de cette transgression. Pour préserver la confiance le médecin doit s'abstenir de mentir dans son exercice. Relayer les mensonges de l'idéologie de management expose à ce risque.
L'exercice médical est un exercice avant tout pragmatique. S'il fait aussi appel à notre subjectivité, celle-ci, et n'est ce pas le but de l'apprentissage de la clinique, doit aussi s'effacer devant les faits. Ce sont eux qui structurent la démarche diagnostique. Or, il ne peut y avoir d'idéologie pragmatique puisque toute idéologie tend à déformer les faits pour les rendre conformes aux règles de fer du système, à plier la réalité aux limites étroites du dogme.
Pour un médecin du travail faire preuve de complaisance voire de complicité envers l'idéologie managériale serait prendre le risque de compromettre la confiance indispensable à son exercice. Avoir une approche managériale des situations de travail compromettrait techniquement l'acte médical.

Pourtant autour de l'idéologie managériale et de ses manipulations s'est produit un clivage de notre corps professionnel.
Théoriquement trois attitudes face au mensonge peuvent se concevoir : on peut le refuser et donc le combattre ; on peut l'intégrer tout en essayant de faire que ses effets soient le moins pernicieux possibles ; on peut tenter de l'éviter, c'est-à-dire de quitter le terrain où il sévit.
Cette typologie est artificielle et sans doute émargeons nous tous plus ou moins à l'une ou l'autre de ces tendances. Toutefois à chacune d'elles correspond un mode d'exercice de la médecine du travail face au mensonge du management.

Le premier se réfère à la lettre et à l'esprit de la loi de 1946. Les deux piliers fondamentaux en sont l'indépendance professionnelle qui impose une attitude impartiale vis-à-vis des acteurs sociaux, et le contrôle social équilibré des employeurs et des salariés. Du fait de l'organisation du travail manipulatrice, l'exercice clinique fait maintenant une part importante à la subjectivité et à une approche compréhensive de la santé et des situations de travail. L'activité d'expertise est tournée vers la défense d'une cause, celle de la santé. Cet exercice vise aussi à réintroduire la santé au travail dans le champ de la santé publique.

Un deuxième exercice s'éloigne des fondements de la loi de 1946, et fait référence à une médecine d'entreprise. Celle-ci prétend mettre en pratique un postulat fondamental : *" Ce qui est bon pour l'entreprise est bon pour les salariés et la collectivité "*. L'observation de ce qui se passe dans les entreprises actuellement contredit cette maxime optimiste.
Dans le meilleur des cas, il s'agit pour le médecin de sauvegarder l'intérêt des patients en tentant d'infléchir les tendances destructrices de l'organisation du travail considérée comme perfectible. Il s'agit de ruser avec elle d'en calquer les aspects extérieurs au profit de la santé. Cela est souvent vain face à une machine idéologique de cette ampleur. La tendance est de s'investir dans le domaine des relations publiques, d'utiliser son pouvoir de conviction pour porter aux salariés la part du discours managérial qui paraît aller dans le sens de la santé.
Dans le pire des cas le postulat est pris au pied de la lettre et le médecin subordonne son exercice aux intérêts de l'entreprise, avec parfois le zèle prosélyte d'un nouvel initié. Dans un service de santé au travail une médecine d'entreprise serait une organisation dans laquelle le médecin deviendrait un expert " scientifique " exclusif du chef d'entreprise. Ainsi : *" Le médecin du travail verrait sans inconvénient s'alléger le carcan réglementaire qui fait de lui un décideur trop exclusif en matière d'aptitude. Il lui appartient essentiellement de rechercher l'adéquation entre l'homme et le poste de travail. Cela n'implique pas nécessairement que l'on associe au caractère consultatif de son appréciation la redoutable responsabilité, sans appel, du licenciement. Il faut laisser aux médecins leur pouvoir d'appréciation et rendre aux dirigeants d'entreprise dans le domaine de l'emploi l'intégrale responsabilité de leur décision.*[97] *"*
Dans ce cas la pratique médicale est finalisée par les objectifs managériaux d'une démarche qualité, elle s'organise sur le mode client-fournisseur formalisé par un encadrement contractualisé des pratiques, elle est contrôlée par l'évaluation sur des critères managériaux d'une obligation de résultat.

Une troisième attitude consiste à quitter le champ trop brûlant de la santé au travail pour se réfugier dans le cadre plus calme de la santé publique. Il ne s'agit pas, comme dans la première tendance de réinvestir le champ de la santé publique à partir de la vision spécifique de préventeur en santé au travail, mais bien plutôt de diluer la santé au travail dans un océan de santé publique. Toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, troubles nutritionnels, sont tour à tour l'objet des interventions de ces praticiens[98]. Une telle démarche relève d'une prévention au travail de la santé et non de la prévention de la santé au travail.

---

[97] Jean LORIOT, La médecine du travail française face à l'Europe, Le Concours Médical, 21 mai 1988

[98] ALCOUFFE et al., Le médecin du travail, conseiller de santé, Le Concours Médical, 20 mai 1995

Notre propos n'est pas de jeter l'anathème sur tel ou tel exercice mais de faire prendre conscience à chacun d'entre nous des incohérences qui perturbent nos exercice respectifs. Notre responsabilité de praticien nous impose de peser les conséquences qui découlent des choix entre ces différentes tendances.
Or, nous venons de montrer que l'appartenance exclusive à chacun de ces trois courants suppose une prise de position professionnelle sur les rapports de la santé avec l'organisation du travail managériale. Il n'existe donc pas d'attitude médiane qui permette de concilier ces courants.
Trois métiers distincts se confrontent :

- Celui de médecin du travail, métier s'exerçant dans le cadre réglementaire actuel, organisé autour de la notion d'aptitude, reposant sur un exercice clinique compréhensif, faisant une large part à un abord subjectif des problèmes de santé, et sur une expertise engagée du point de vue de la santé.
- Celui de médecin d'entreprise, sous sujétion des employeurs, organisé autour de la notion de sélection, l'exercice clinique et l'expertise ayant pour fonction d'aider à la décision des responsables, l'intérêt des salariés étant subordonné à celui de l'entreprise.
- Celui de médecin de prévention, dont le domaine concerne l'ensemble de la santé, en dehors de tout contrôle hormis celui du bailleur de fond.

Le contrôle sur l'expression des médecins du travail et donc sur leur indépendance devient un objectif prioritaire des employeurs. Pour y parvenir, les employeurs favorisent donc une médecine d'entreprise.
Comme le salarié de l'entreprise libérale doit gérer personnellement les contradictions de l'organisation du travail, principalement en compromettant sa santé, c'est au médecin d'entreprise d'assumer les contradictions entre intérêts économiques et objectifs de santé. Placé dans une situation inextricable le médecin d'entreprise va se réfugier dans une attitude défensive en rejoignant la position de l'encadrement. Cela conduit à la naissance du deuxième courant de la médecine d'entreprise, celui qui conduit à subordonner les objectifs de santé aux objectifs économiques.
Sous la sujétion de l'employeur et devenu son expert exclusif, rattaché à la gestion des ressources humaines, ayant troqué l'intérêt de son patient contre l'intérêt de l'entreprise, sa déontologie contre l'éthique d'entreprise, le point de vue de la santé contre le point de vue de la rentabilité, le médecin d'entreprise, privé de ce fait de la confiance des salariés ne serait plus qu'un faire valoir de la communication avant de devenir un alibi juridique comme dans l'affaire de l'amiante ou du sang contaminé.
Or, cette attitude déroge aux principes de la déontologie médicale qui est la référence essentielle de toute activité médicale.
La médecine d'entreprise ne permet aucune prise de position du médecin dans l'espace public autrement que comme expert de l'employeur c'est-à-dire du seul point de vue de la rationalité économique. Cette attitude coupe le médecin du débat social et le laisse sans légitimité.
Les visites individuelles peuvent bien être rendues obligatoires : le silence de l'examiné ou son mensonge éventuel en annihile en partie la valeur.
Comment le médecin d'entreprise pourrait-il pratiquer une " écoute compréhensive " ?
L'activité du médecin en milieu du travail ne peut dans un tel contexte avoir d'autres caractéristiques que l'observation du travail prescrit et la dissimulation du travail réel.
Toute l'activité informelle du médecin : conversations, confidences, devient conventionnelle et sans intérêt. Sur quoi, malgré toutes ses compétences théoriques, le médecin d'entreprise pourrait-il construire un avis professionnel en prise avec la réalité ?

Déontologiquement incorrecte, techniquement impuissante, la médecine d'entreprise serait tout au plus un alibi médical à une certaine image de marque de l'entreprise libérale, en attendant de servir d'alibi juridique à sa responsabilité.
Machine à remonter le temps vers une situation de subordination totale à l'employeur que la loi de 1946 a tenté d'alléger, la médecine d'entreprise ne saurait donc être l'avenir de la médecine du travail, elle la conduirait à sa perte.

Le métier de médecin du travail est le seul qui ait actuellement une cohérence déontologique, technique et réglementaire. Il nous appartient donc de le défendre en traçant les limites qui le séparent d'autres métiers, dont l'un met en péril la déontologie et dont l'autre est hors du champ de la santé au travail. Ce n'est pas entre spécialistes que le débat sera tranché.
Médecine du travail et santé au travail sont, dans notre pays étroitement liées. Faire un choix entre ces différentes médecines " au travail " aurait des conséquences immédiates et primordiales sur la santé au travail. Il s'agit d'un choix de société. Il appartient donc à la société toute entière de se prononcer.
Notre devoir est d'argumenter notre position et d'alimenter le débat public afin que les citoyennes et les citoyens puissent exercer leur choix politique en connaissance de cause

---

L'INDÉPENDANCE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Bernard Grassi
Inspecteur du travail

Face aux enjeux économiques et à l'influence du pouvoir patronal, l'indépendance du médecin du travail est une donnée essentielle d'une bonne médecine du travail.

Pourtant ce principe fondamental n'est pas clairement énoncé dans le Code du travail qui se contente de renvoyer au Code de déontologie médicale, et il faut une lecture attentive et rapprochée de ces deux codes et du Code pénal pour retrouver les éléments épars et souvent diffus des moyens de cette indépendance. Sans doute doit-on voir dans cette situation, le résultat de compromis difficilement élaborés avec le pouvoir patronal, mais aussi et très certainement l'absence d'une expression suffisamment forte des médecins du travail.

Quoi qu'il en soit, même mal affirmée, même mal organisée, l'indépendance du médecin du travail n'en demeure pas moins une réalité juridique d'importance primordiale. Elle est sans conteste un droit dont les violations peuvent être sanctionnées. Mais elle est aussi pour lui un devoir dont les manquements peuvent également conduire à des sanctions. Au-delà, il convient de rappeler que la force d'une règle de droit, dans la réalité, ne vaut que par l'exigence de ceux qui s'en prévalent.

LE DROIT À L'INDÉPENDANCE

C'est le Code de déontologie médicale, par renvoi de l'article R. 241-30 du Code du travail qui affirme le principe. Son article 95, stipule : *" Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé, n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.*
En aucune circonstance le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical, de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce".

La conséquence de ce principe est l'exonération du médecin du travail du devoir d'obéissance à son employeur, de la subordination juridique qu'implique le contrat de travail, dans l'exercice de ses prérogatives médicales.
Directement ou indirectement le Code du travail assure cette indépendance au plan de la liberté des actes médicaux, du droit d'entrée dans les entreprises, d'une certaine autonomie d'organisation et d'une protection spécifique.

La liberté des actes médicaux
Le médecin du travail tient directement de la loi et non du contrat de travail le pouvoir de réaliser certains actes. Il n'a donc pas de compte à rendre à son employeur sur le contenu de ces actes, ni sur la production de ceux qui dépendent de sa volonté. C'est ce qui fonde sa liberté. Cette liberté ne cède le pas que pour les actes rendus obligatoires par la loi, dont l'employeur peut exiger la production, sans en contrôler le contenu.

Les actes médicaux concernés par cette liberté sont nombreux : avis d'aptitude (R. 241-57), propositions de mutation ou de transformation de poste (L. 241-10-1), prescription d'examens complémentaires (R. 241-52), prescription de la fréquence et de la nature des examens des surveillances médicales spéciales (R. 241-50), prescription de prélévements et de mesures aux fins d'analyses (R. 241-44), établissement de la fiche d'entreprise (R. 241-41-3), établissement du rapport annuel (R. 241-33 et 34), avis sur le document ou la déclaration annuels d'entreprise ou service interentreprises (R. 241-25).

Hormis la réalisation des documents obligatoires, l'employeur ne peut sanctionner ni l'existence des actes qui dépendent de la décision du médecin du travail, ni le contenu de l'ensemble de ses actes. Une telle sanction serait non seulement abusive, mais nulle et sans effet car contraire à un droit fondamental.

Ceci étant, dans un certain nombre de cas où la liberté sans limite du médecin du travail pourrait générer des abus, une possibilité de recours est organisée. Il s'agit de l'avis d'aptitude, des propositions de mutations ou de transformation de poste, des prescriptions d'examens complémentaires, de prélèvements et de mesures, de l'avis sur le document annuel d'entreprise au service médical interentreprises. Ce recours est porté selon le cas devant l'inspecteur du travail ou le médecin inspecteur régional. Il n'a pas pour objet de mettre en cause l'indépendance du médecin du travail, mais d'assurer que cette indépendance s'exerce dans le cadre de sa finalité, c'est-à-dire préserver la santé de l'homme au travail.

La liberté d'entrée dans les entreprises
Le principe est clairement affirmé dans l'article R. 241-41-2 du Code du travail. Notons, que cette liberté n'a été formellement introduite dans notre droit qu'en 1986, bien qu'elle soit le corollaire

indispensable de l'action du médecin du travail sur le milieu du travail.

Désormais le médecin du travail a donc libre accès au lieu de travail. Cette liberté ne peut être conditionnée, son exercice n'a pas à être justifié puisque la loi ne prévoit aucune limite particulière. Toute entrave à cette liberté constitue une infraction pénale que l'inspecteur du travail peut relever par procès-verbal.

L'autonomie d'organisation.
Bien que la loi ne soit pas expresse dans ce domaine, il apparaît que le médecin du travail doit disposer d'une certaine latitude dans l'organisation de ses activités.

C'est lui qui planifie ses activités conformément à l'article R. 241-41-1, c'est à lui qu'il appartient de gérer son tiers temps conformément à l'article R. 241-47 et de décider de participer en liaison avec le médecin inspecteur régional à toute recherche, enquête, étude conformément à l'article R. 241-58 du Code du travail. La Cour de cassation a déjà jugé qu'il relevait de la seule initiative des médecins du travail de participer à une réunion, organisée par l'inspecteur du travail, destinée à informer les salariés des règles d'hygiène non respectées (Cass. Crim. 15/10/85).

Naturellement cette autonomie est en réalité largement tributaire du nombre de salariés qu'il a en charge. Mais ce nombre ne devrait pas excéder celui qui découle du calcul défini à l'article R. 241-32 du Code du travail. Le fait d'imposer au médecin du travail un nombre de salariés supérieur à celui défini par les critères légaux constitue, après mise en demeure, une infraction pénale. Toutefois, pour une bonne application des critères légaux, il importe que les médecins du travail jouent pleinement leur rôle dans le recensement des catégories de salariés et des surveillances spéciales, lors de l'établissement des documents et déclarations annuels aux services interentreprises.

Les limites à cette autonomie se retrouvent dans sa finalité même. Il s'agit de permettre au médecin d'orienter son action, dans le cadre légal, vers ce qui lui paraît le plus important pour la santé des salariés. Pour le reste, la subordination du contrat de travail reprend ses droits. L'employeur peut bien évidemment contrôler le temps de travail du médecin, comme il est en droit de savoir à tout moment où il se trouve, etc.

La protection du médecin du travail
Il n'existe pas de " délit d'entrave " général à l'action du médecin du travail, mais seulement quelques infractions concernant sa liberté d'intervention. Ainsi en va-t-il de l'obstacle au droit d'entrée dans les lieux de travail et du refus de réaliser certaines prescriptions ou de laisser réaliser certains prélèvements ou mesures. Malheureusement, l'absence d'un délit défini d'une manière générale, ne permet pas de sanctionner des pressions qui viseraient non à faire obstacle aux prérogatives du médecin du travail, mais plutôt à le faire renoncer à l'exercice de celles-ci.

Il s'agit certes d'une carence de la loi. À défaut, plusieurs moyens devraient normalement permettre d'assurer une protection relativement efficace contre ces pressions.

Le premier d'entre eux consiste à rendre transparent le fonctionnement même de la médecine du travail. Le comité d'entreprise, le comité interentreprises, le conseil d'administration, la commission de contrôle, la commission consultative de secteur, sont autant d'instances où les atteintes à l'indépendance du médecin du travail peuvent être dénoncées. L'influence de ces instances sur les relations entre les partenaires sociaux et sur le contrôle administratif de l'agrément, n'est pas négligeable, même si en réalité, elle est peu utilisée.

Le deuxième moyen concerne les garanties offertes contre le changement intempestif de secteur. L'article R. 241-131-1 rappelle que le changement de secteur d'un médecin du travail ne peut s'opérer qu'avec l'accord du comité interentreprises ou de la commission de contrôle du service interentreprises. Il y a lieu de faire une interprétation extensive de ce texte – toute modification de secteur même mineure, qui se ferait contre le gré du médecin du travail, doit être soumise à l'accord du comité ou de la commission. Le changement opéré sans cet accord constitue à notre avis une infraction pénale.

Le troisième moyen est du ressort tout simplement du droit commun du contentieux disciplinaire contractuel. Toute sanction abusive autre que le licenciement peut être annulée par le conseil de prud'hommes sur action du salarié. Or, toute sanction qui viserait l'exercice normal du pouvoir du médecin du travail serait, non seulement abusive, mais nulle, comme nous l'avons déjà noté (I - 1).

Elle encourait donc à double titre l'annulation par le conseil de prud'hommes.

Le quatrième moyen est bien évidemment la protection contre le licenciement. L'article R. 241-31 du Code du travail précise que le médecin du travail ne peut être licencié qu'avec l'accord, selon le cas, du comité d'entreprise, du comité interentreprises, de la commission de contrôle ou du conseil d'administration. À défaut d'accord le licenciement ne peut être opéré que sur autorisation expresse de l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur régional. Celui-ci ne peut autoriser le licenciement qu'après avoir constaté qu'il est fondé sur un motif réel et sérieux et donc après avoir vérifié qu'il ne concerne pas l'indépendance du médecin du travail. La protection est importante, mais elle présente le même défaut que celle relative aux représentants du personnel avant 1982. En effet, lorsque l'instance de consultation donne son accord, le recours à l'inspecteur du travail n'est plus nécessaire et le licenciement peut être réalisé, même si l'instance en cause, pour des raisons propres, a " ouvert " une atteinte à l'indépendance. Dans cette hypothèse, et sauf revirement par rapport à la jurisprudence qui prévalait antérieurement pour les représentants du personnel, le médecin du travail qui se pourvoirait en contentieux, ne pourrait de ce fait qu'obtenir des dommages et intérêts et non plus sa réintégration. Il serait donc souhaitable d'œuvrer pour l'alignement de la protection des médecins du travail contre le licenciement sur celle des représentants du personnel, où l'autorisation de l'inspecteur du travail est systématiquement nécessaire. Ceci étant, lorsque l'instance de consultation joue pleinement son rôle, la protection est réellement efficace, ainsi que l'a démontré l'affaire Imbernon, puisqu'en l'absence d'accord, le licenciement du médecin du travail est nul et qu'il doit être réintégré dans ses fonctions.

LE DEVOIR D'INDÉPENDANCE

La question de l'indépendance est habituellement soulevée sous l'angle d'un droit du médecin du travail qu'il convient de préserver. Peut-elle l'être sous l'angle d'un devoir du médecin du travail ? Et d'un devoir susceptible d'être judiciairement sanctionné en cas de défaillance ?

À notre connaissance la question n'a pas encore été soumise aux tribunaux, mais l'affaire de l'amiante et certaines enquêtes pénales en cours laissent penser qu'elle le sera prochainement. Il apparaît donc opportun de faire un état du droit.

En clair, un médecin du travail qui en connaissance de cause et en raison de pressions exercées sur lui renoncerait à faire usage de ses prérogatives pour mesurer un danger, le révéler aux personnes dont il est le conseiller ou limiter la liberté de l'employeur en matière de conditions de travail, commet-il une infraction pénale et à fortiori une faute civile susceptible d'entraîner sa responsabilité civile ?

À notre point de vue la réponse doit être positive. Au plan civil, la réponse ne souffre pas d'ambiguité puisque la jurisprudence à déjà admis la responsabilité du médecin du travail dans le cas d'une faute dommageable, or en application de l'article 75 du Code de déontologie, le médecin commettrait une faute s'il cédait aux pressions exercées sur lui. Au plan pénal, deux voies nous paraissent susceptibles dans certains cas de permettre une recherche de la responsabilité du médecin du travail : le délit d'imprudence et la non assistance à personne en danger.

Le délit d'imprudence

Il est défini à l'article 221-6 du Code pénal pour l'homicide involontaire et 221-19 pour les atteintes à l'intégrité physique : *" Le fait de causer, par maladresse, imprudence inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, la mort d'autrui (une incapacité totale de travail pendant plus de 3 mois)… est puni…. "* de peines correctionnelles.

Ce délit suppose trois conditions : une faute personnelle, une atteinte à la vie ou à l'intégrité physique et un lien de causalité entre la faute et l'atteinte. Le fait pour un médecin du travail de ne pas faire usage de ses prérogatives face à un danger grave et certain dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions, par peur des pressions qui seraient susceptibles de s'exercer sur lui ou en raison de pressions exercées, caractérise la faute pénale des articles susvisés par manquement à ses obligations déontologiques. L'atteinte involontaire à la vie ou à la personne d'autrui peut être caractérisée dans notre hypothèse par un accident du travail ou une maladie professionnelle. La question essentielle est bien évidemment celle du lien de causalité. Peut-on considérer que l'accident du travail ou la maladie professionnelle peut être causé par l'inaction du médecin du travail ?

Même si les tribunaux n'ont jamais eu à trancher un tel cas, l'examen de la jurisprudence générale permet de répondre positivement. Celle-ci a en effet une conception extensive du lien de causalité. Ainsi il n'est pas nécessaire que ce lien soit direct, ni immédiat, ni exclusif. Il suffit d'une faute ayant créé ou contribué à créer la situation à l'origine du dommage, de ne pas avoir pris les mesures nécessaires pour l'éviter alors qu'on pouvait ou qu'on devait le faire, d'avoir simplement concouru à la réalisation du dommage. S'agissant plus spécifiquement d'une faute constituée par un manquement à un devoir de conseil, dont les effets sont par nature aléatoires, les tribunaux affirment, comme dans l'affaire Furiani, que l'on doit considérer que le dommage aurait été évité si le conseil opportun avait été donné. Enfin il faut prendre en compte une tendance contemporaine de la jurisprudence à faire prévaloir la gravité de la faute sur la force du lien de causalité, notamment à l'égard de ceux qui ont la charge de la sécurité de leurs concitoyens, c'est-à-dire les décideurs économiques ou administratifs d'une part et les " sachant " d'autre part dans lesquels on peut classer les médecins.

C'est pourquoi nous considérons qu'un manquement du médecin du travail à son devoir d'indépendance peut entraîner des poursuites pénales sur le fondement du délit d'imprudence, s'il en est résulté une atteinte à la vie ou à l'intégrité physique, en parallèle à la poursuite principale de l'employeur.

Le délit de non assistance à personne en danger

Il est défini à l'article 223-6 du Code pénal : *" Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ".*

Ce délit peut donc être constitué par l'inaction en présence de deux situations, caractérisées, la première, par l'imminence d'un crime ou d'un délit contre l'intégrité de la personne, la seconde, par la situation de péril d'une personne que la jurisprudence a eu l'occasion de définir comme une situation de danger grave et imminent.

Le médecin du travail peut être confronté à ces deux situations : la première, lorsque l'employeur commet un délit de mise en danger délibéré du salarié, la seconde, lorsque le salarié se trouve placé dans une situation de danger grave et imminent.

Bien que la jurisprudence n'ait pas eu à connaître pour l'instant de ces hypothèses, nous considérons que dans les deux cas, la responsabilité du médecin du travail pourrait être engagée s'il n'usait pas de ses prérogatives en connaissance de cause. La question de la relativité de l'effet de ces prérogatives n'est pas de nature à justifier son inaction, puisque ce n'est qu'après les avoir utilisées qu'on peut connaître de leur efficacité. La réserve du péril pour l'acteur potentiel du devoir d'assistance ne concerne que le risque d'atteinte à l'intégrité physique et non de simples pressions d'ordre professionnel.

Mais ce devoir d'assistance va-t-il jusqu'à une obligation de dénonciation à l'autorité ? La jurisprudence a déjà eu l'occasion de préciser qu'en matière de délit, l'obligation d'assistance ne créait pas pour autant un devoir de dénonciation (Cass. Crim. 7-11-90) qui n'existe que pour les crimes. Jusque là les pénalistes considéraient que les relations de travail ne pouvaient pas engendrer de crimes, mais plusieurs dépôts de plaintes en crime d'empoisonnement dans l'affaire de l'amiante sont en cours d'enquête et méritent qu'on soit attentif aux suites judiciaires qui leur seront données. Pour l'instant donc, le médecin du travail n'est pas concerné par un devoir général de dénonciation. Toutefois cette réponse doit être nuancée par le Code du travail, puisque l'inspecteur du travail a accès à la fiche d'entreprise et au rapport annuel sur lesquels le médecin du travail est tenu de faire état des risques qu'il constate. Sur ces terrains, le médecin du travail qui se serait sciemment abstenu de mentionner le risque ou qui sciemment n'aurait pas constitué ces documents, commettrait dans les hypothèses susvisées le délit de non assistance à personne en danger.

LA RÉALITÉ DE L'INDÉPENDANCE

Par expérience, nous savons que l'indépendance du médecin du travail demeure une problématique d'une grande acuité.

À cet égard, l'existence et l'adéquation de la règle de droit est une garantie certaine. Mais encore faut-il qu'elle soit mise en œuvre pour être une réalité. Dans notre système juridique, sauf exception concernant les plus faibles socialement, il appartient à chacun de revendiquer la règle de droit pour faire respecter ses prérogatives et garanties. Il ne faut pas attendre de l'inspection du travail qui n'en a pas les moyens qu'elle fasse spontanément respecter les règles de l'indépendance. L'inspection du travail ne peut être qu'un recours, qu'il faut solliciter.

Par leur nombre et leur statut les médecins du travail ont les moyens de faire respecter leur indépendance. L'affaire Imbernon démontre que lorsqu'ils s'organisent pour revendiquer et agir, ils sont en mesure de l'imposer. La recherche et l'affirmation de l'indépendance ne relèvent pas du seul confort professionnel, elles constituent une exigence morale. Au-delà même, on l'a vu, toute défaillance sur ce terrain peut conduire à la responsabilité pénale. Au vu d'affaires récentes du sang contaminé, à Furiani, la tendance des juges est de rechercher la responsabilité des décideurs et des " sachants " dans un monde qui se complexifie et que seuls ces derniers sont à même de maîtriser. L'affaire de l'amiante pourrait illustrer cette tendance et conduire à rechercher cette responsabilité pénale du médecin du travail sachant et muet.

L'indépendance de la médecine du travail est donc plus que jamais d'actualité.

_

II° Partie ; DES RÈGLES DE MÉTIER EN DÉLIBÉRATION

CHAPITRE 1-CONSTRUCTION D'UNE CLINIQUE, ET INTERVENTION DANS L'ESPACE PUBLIC

CONSTRUCTION D'UNE CLINIQUE
ET INTERVENTION DANS L'ESPACE PUBLIC

*Le retentissement des rapports sociaux sur la construction de la santé au travail de chaque salarié ainsi que l'influence de l'organisation dans ce domaine sont au premier plan de toute observation des médecins du travail. (**" Travailler sans moyens… c'est déprimant "**)*

*De ce fait les médecins du travail abordent de façon différente les questions de santé au travail. Il leur faut en effet considérer la manière dont le sujet se confronte à la normalité, sa quête de sens. En prenant pour base le vécu des salariés confrontés à l'organisation du travail les médecins tentent alors d'induire un débat sur les questions de santé au travail dans l'espace public. Ce débat a pour finalité la mise en discussion des rationalités qui se confrontent dans ce domaine. (**" Clinique, visibilité sociale et espace public "**)*

*La complexité des situations impose au médecin d'aider son patient à construire son récit dans une perspective temporelle. Cette mise en scène, dans la durée, de l'influence de l'organisation sur la construction de la santé du sujet doit permettre d'en identifier les lignes de force et de favoriser la perception du sens de l'événement. (**" Manager sans casser… le cœur du cheval "**)*

*Ce qui se joue au travail pour l'individu est si important et l'action du milieu si essentielle, que le drame est toujours possible. (**" À propos d'un suicide sur le lieu de travail "**)*

*L'organisation du travail retenti aussi sur les groupes de salariés. Cette influence sur les collectifs peut engendrer des comportements irrationnels, à première vue, des salariés qui en sont membres. Cette irrationalité n'est qu'apparente et dès lors que le médecin du travail met en place une démarche compréhensive, celle-ci éclaire la situation et permet une mise en débat social. (" **Une situation de décompensation psychopathologique collective aiguë "**)*

*Parfois l'activité du médecin du travail relève de la défense des individus. Toutefois celle-ci repose avant tout sur une analyse qui replace la situation individuelle dans le contexte de l'organisation du travail dans l'entreprise afin de lui donner sens. (**" Handicapé ; et alors**! **"**)*

*Il s'agit parfois de quitter le cabinet médical pour animer des structures collectives, avec l'aide d'autres acteurs, qui puissent permettre d'ouvrir de véritables débats entre organisateurs du travail et opérateurs. (**" Pratiques professionnelles "**)*

*Ces réalités de l'exercice induisent chez les médecins du travail des réflexions sur leurs pratiques. Un consensus existe entre eux sur la nécessité de témoigner des difficultés rencontrées par leurs patients pour construire leur santé au travail (**" Perte d'emploi et santé "**). Certains sont partisans d'un recentrage sur la clinique médicale et circonspects quant à l'activité de témoignage dans l'espace public externe à l'entreprise. (**" Pour un recentrage sur la clinique "**)*

*D'autres considèrent que la spécificité de l'exercice plaide en faveur d'une autre approche. Ils recommandent un abord différent en milieu de travail puisque certaines pathologies ne sont classiques qu'en première analyse, un examen particulier en révélant la complexité. (**" Troubles musculo squelettiques, autre écoute, autre approche "**)*

*Ce n'est pas à un abandon mais bien à une relecture des approches cliniques traditionnelles qu'ils invitent. (**" Pour une clinique plurielle en médecine du travail "**)*

*En effet, en médecine du travail, la médecine n'est plus seulement un art (poïésis) mais aussi et surtout une pratique dans l'espace public (praxis). Cela impose un exercice très différent de l'exercice médical habituel. (**" Un exercice médical entre écoute et action ", " Question(s) de métier "**)*

*La clinique médicale classique est toujours utile dans nombre de problèmes de santé au travail. Les médecins du travail la complètent par une clinique spécifique nouvelle: la clinique de la santé du sujet. Ce retour aux sources de la démarche clinique autorise les médecins du travail à interroger la santé publique du point de vue de cette clinique nouvelle. (**" Clinique en médecine du travail, espace public et santé publique "**)*

TRAVAILLER SANS MOYENS… C'EST DÉPRIMANT

Jean-Yves Dubré

L'activité de travail, lorsqu'elle permet l'élaboration de coopérations basées sur la confiance entre collègues, et lorsqu'elle donne lieu à une reconnaissance tant par les pairs que par la hiérarchie, est une activité humaine qui, par le sens qu'elle prend ainsi, se place du côté de la construction de l'identité, tant individuelle que sociale. Elle constitue donc un apport très positif dans la construction de la santé.

Inversement, une organisation du travail qui ne permet pas aux hommes de faire le travail demandé quelque soient leurs efforts, a des effets tout à fait dévastateurs sur la santé individuelle et sur le tissu social.

Ceci peut être illustré par l'observation clinique suivante :
Jean-Jacques, jeune homme de 32 ans, plombier chauffagiste de métier, intérimaire depuis peu de temps, est adressé au médecin du travail pour sa visite médicale d'embauche comme le prescrit le Code du travail. Lors de l'entretien précédant l'examen clinique, le médecin du travail chargé de la surveillance des intérimaires du BTP, a l'habitude de reconstituer la carrière professionnelle du salarié s'il le voit pour la première fois, ou de faire la liste des missions et des postes de travail occupés entre deux visites médicales s'il s'agit d'un salarié déjà connu.

Ainsi donc le médecin du travail note pour ce plombier chauffagiste, qu'il a été précédemment ouvrier chef d'équipe pendant huit ans, en contrat à durée indéterminée (CDI) dans une entreprise de la région. Compte tenu du marché du travail actuel, il est apparu important au médecin de comprendre pourquoi ce salarié en CDI se retrouvait aujourd'hui en intérim :
" J'ai démissionné, dit-il, et aujourd'hui je me sens beaucoup mieux, je me sens comme libéré d'un grand poids ! "

C'est ainsi qu'il explique que les derniers mois, plus rien n'allait. Il n'avait plus envie d'aller au travail et même il vomissait chaque matin avant de partir ; sans compter les crises de larmes incompréhensibles dans le lit avant de se lever qui inquiétaient tellement sa femme, d'autant qu'il ne pouvait pas lui-même l'expliquer en dehors du fait " qu'il en avait marre ".

Il a consulté son médecin traitant qui lui a prescrit des anxiolytiques puis des antidépresseurs légers. Le diagnostic posé était : dépression par surmenage. Mais ça n'allait pas mieux. Au travail, ça n'avançait pas, il devenait agressif avec tout le monde et le responsable de l'entreprise était toujours sur son dos en lui disant qu'il n'allait pas assez vite, et que si ça continuait comme ça…

Jean-Jacques a fini par " craquer " et a donné sa démission. Et là, c'est ce qui l'a le plus étonné, il s'est senti tout à coup heureux et soulagé.

Et pourtant, Jean-Jacques estime que partir dans de telles conditions après huit ans dans une entreprise est un échec dont il pense être responsable et qui lui donne un sentiment de culpabilité. *" Je n'ai pas été à la hauteur, je n'ai pas su faire face. Mes compétences étaient sans doute insuffisantes pour suivre l'évolution et assumer des responsabilités de chef d'équipe. Quelque part, j'ai perdu confiance en moi. "*

Le médecin du travail, percevant la gravité de ce qui venait de lui être confié, voulut cependant en savoir plus sur l'activité de travail de Jean-Jacques avant sa démission.

Tout de suite, la question des moyens disponibles pour faire le travail prescrit est venue au premier plan : il s'agissait de travaux de rénovation dans des appartements parfois occupés par les locataires, parfois vides. Le délai imposé était de deux jours par appartement pour une équipe de trois, soit un chef d'équipe et deux ouvriers. Mais de nombreux problèmes se posaient, comme par exemple les délais qui avaient été calculés pour des appartements vides. Or, dans les appartements occupés, il fallait déplacer les meubles (sans les abîmer bien entendu). Il manquait également du matériel pour effectuer le travail. Quand il faut attendre que le collègue ait fini d'utiliser un outil pour pouvoir soi-même travailler avec, on comprend tout de suite que les délais sont difficiles à tenir, sans compter l'énervement que cela provoque.

Jean-Jacques explique que le responsable des travaux à qui il avait affaire directement, ne connaissait pas vraiment le travail de plombier chauffagiste : " *C'est un commercial qui voit des clients et qui décroche des chantiers, mais n'ayant jamais travaillé lui-même comme ouvrier sur le terrain, il ne se rend pas compte qu'avec les délais qu'il accepte, le travail ne sera possible qui si tout se passe bien, sans incident. Au moindre problème, c'est la catastrophe car il n'y a aucune marge de manœuvre… "*

De son côté, le conducteur de travaux dit qu'il fait ce qu'il peut pour avoir du travail pour les gars. Ce qui compte, c'est de décrocher les chantiers, après il faut se débrouiller. Si les gars n'y arrivent pas, c'est qu'ils n'y mettent pas de la bonne volonté. Avec les difficultés économiques du marché du bâtiment en ce moment, il ne faut pas faire le difficile, il faut foncer, c'est tout… C'est ce qu'il a répondu à Jean-Jacques qui lui demandait des moyens supplémentaires.

N'ayant pu être entendu dans sa demande, Jean-Jacques a essayé de faire face, malgré le manque de moyens. " Il a

pris sur lui " comme il dit, il a forcé, fatigué, il a pris des risques, un des compagnons a " attrapé un tour de rein " (des lombalgies) en manutentionnant des radiateurs. Comme il est le chef d'équipe, il a une " responsabilité " et doit endosser celle de l'accident du travail vis-à-vis de l'entreprise. Il sait bien que les accidents du travail " ça coûte cher à l'entreprise ", combien de fois ne l'a-t-il entendu dire par les responsables de l'entreprise !

Jean-Jacques se sent un peu plus coupable chaque jour. Pour remplacer le compagnon en arrêt de travail, le conducteur de travaux embauche un intérimaire. Rien n'est changé quant aux délais, il faudra livrer en temps et en heure l'ensemble du bâtiment. Heureusement, l'intérimaire travaille bien et rapidement, mais Jean-Jacques doit malgré tout lui expliquer le chantier et surveiller ce qu'il fait, car il ne le connaît pas. Il ne peut pas lui faire confiance d'emblée sans savoir ce qu'il est capable de faire. On ne peut pas travailler avec un " nouveau ", même expérimenté mais qu'on ne connaît pas, comme on travaille avec un collègue que l'on côtoie depuis plusieurs années. À la fin, plus besoin de se parler : en voyant, même du coin de l'œil, le geste et l'attitude de l'autre, on sait déjà ce qu'il va faire et comment il va s'y prendre. Cela va plus vite et c'est sécurisant. Avec un nouveau ce n'est pas possible, il faut s'observer, ça prend du temps.

Bref, les choses ne font qu'empirer. Le sommeil s'en ressent. Jean-Jacques commence à se réveiller la nuit – alors qu'il avait toujours été un bon dormeur jusque là – et déjà sa tête retourne au travail. Il ne se rendort qu'au petit matin, au moment où il faut se lever. Il n'a plus le plaisir de penser à la journée de travail qu'il a devant lui. Il essaie de ne pas penser ; mais c'est plus fort que lui. Ca le tient là, au creux de l'estomac. Il faut pourtant bien manger le matin, pour tenir le coup jusqu'à midi. Mais rien à faire, ça ne passe pas.

Le médecin qu'il a fini par consulter, sur l'insistance de sa femme, lui a prescrit des traitements pour dormir, pour les nerfs… Rien n'y a fait. Les vomissements le matin, c'était insupportable…
On connaît la suite.

Ce qui peut être dégagé à partir de cette histoire singulière, c'est qu'une difficulté dans le travail, due à un problème d'organisation du travail, n'ayant pu être solutionné *au niveau du travail*, a débouché sur une pathologie *au niveau individuel*. Dans le cas précis, l'issue s'est faite du côté de la maladie psychique mais d'autres observations montrent que cette issue peut se faire au travers du corps.

L'étude épidémiologique ESTEV (Enquête Santé, Travail et Vieillissement) dont les premiers résultats en 1990 ont été analysés, a montré que le niveau de douleurs ostéo-articulaires dans le BTP était sensible à l'existence ou non de moyens pour faire un travail de bonne qualité.

L'action de prévention du médecin du travail sera donc d'une part de resituer le problème au niveau du travail pour le salarié, d'autre part d'attirer l'attention des responsables de l'entreprise sur le fait qu'une organisation du travail trop rigide et incapable d'évolution en fonction de la situation concrète de travail débouche forcément sur des atteintes à la santé des salariés, soit sous forme d'accidents du travail, soit même de maladies professionnelles. Cette situation est évidemment dans ce cas tout à fait préjudiciable et intolérable pour les salariés mais devrait l'être aussi pour l'entreprise.

Dans le cas de Jean-Jacques, qui avait une expérience de huit ans de métier dans cette entreprise, il s'est agit d'une perte pour l'entreprise de savoir-faire non compensable et d'une désorganisation temporaire du chantier, plaçant l'entreprise dans une position difficile vis-à-vis du client, hypothéquant peut-être ses chances d'être retenue sur de futurs chantiers.

CLINIQUE, VISIBILITÉ SOCIALE, ET ESPACE PUBLIC

Dominique Huez

PRENDRE EN COMPTE LA NORMALITÉ AU-DELÀ DE LA CLINIQUE DE LA MALADIE

L'intervention du clinicien de la santé au travail qu'est le médecin du travail est plus de déplacer les questions, d'intervenir là où on ne l'attend pas, de surprendre par les terrains qu'il choisit et où il construit un professionnalisme. L'intervention du médecin du travail est riche quand il sort des " rôles convenus ". Le premier pas sur un terrain à défricher est le plus difficile, car il s'agit de " s'autoriser professionnellement à ". Et comment s'autoriser, s'il n'y a pas de réflexion sur le sens du métier de médecin du travail, s'il n'y a pas de construction de règles de métier, où se conjuguent savoir-faire de prudence par rapport aux personnes qui nous ont confié ou permis de comprendre leurs difficultés, et inventivité validée par nos pairs et construite dans nos collectifs de travail. Les règles de métier se construisent et font écho à cette " clinique de la santé au travail ", tournée vers la prévention primaire, qui nourrit principalement nos consultations, à côté de la clinique médicale traditionnelle, tournée vers la prévention secondaire. De nouveaux espaces d'exercice de notre professionnalisme sont à conquérir à partir des questions en attente d'élucidation et de mise en débat repérées dans nos consultations.

L'intervention du médecin du travail est du côté de la légitimation des questions de santé au travail, de l'accompagnement de la recherche du sens du travail pour les personnes qui s'y construisent et en pâtissent.
Mais nos " règles de métier " peinent à se construire pour socialiser la question de la souffrance. Nous ne pourrons

longtemps comme professionnel faire l'économie de cette question.

Les observations des médecins du travail naissent dans les consultations, particulièrement lors de la mise en œuvre d'une " clinique de la santé au travail " à la construction de laquelle chaque médecin du travail se doit de participer. Celle-ci prend en compte la normalité et la souffrance, pierre angulaire d'un exercice professionnel pour être en prise, au-delà de la compassion, sur l'action, clinique en construction radicalement différente de la clinique médicale traditionnelle ou de la clinique de l'activité de travail issue de l'ergonomie, qui sont les deux autres cliniques habituellement déployées par les médecins du travail. Chr. Dejours a bien montré en effet concernant les rapports santé-maladie, que la description de la santé est différente de la description de la maladie, santé et maladie ne constituant pas un seul et même processus, et comment la description des processus salutaires et morbides suggèrent l'une et l'autre des mesures pratiques bien différentes.

ACCOMPAGNER LA CONSTRUCTION DU SENS DE LA SOUFFRANCE

La prise en compte des problèmes psychopathologiques en rapport avec le travail doit transformer la démarche clinique, mais aussi la façon d'intervenir en prévention collective, en substituant à une approche normative, une approche compréhensive. L'écoute intersubjective peut permettre la déculpabilisation de la souffrance, car elle donne acte et esquisse le début d'une démarche de socialisation de celle-ci. Bien évidemment il s'agit de respecter dans le cadre de la clinique individuelle les procédures défensives de chacun. Aider le sujet à penser suppose de passer de l'interrogatoire à l'écoute du récit parce que celui-ci est une occasion de travail pour celui qui raconte (Ph. Davezies). Il s'inscrit ainsi dans une continuité biographique et s'inscrit en même temps dans la collectivité.

Il faut savoir alerter, sans compromettre les salariés qui se sont confiés. Comment ne pas nuire et respecter les éventuelles stratégies du silence, sans naturaliser des situations insupportables ? La mise en évidence, la socialisation de la souffrance en rapport avec l'organisation du travail est pourtant nécessaire, avec des stratégies appropriées et différenciées qui réfèrent aux savoir-faire de prudence, et qui font partie des règles de métier à construire par les praticiens pour rendre visible les effets pour la santé des contraintes organisationnelles.

La parole des sujets est aussi un appel, pour qu'au-delà d'une situation particulière elle puisse être entendue. Permettre la construction du sens de la souffrance au travail, individuelle et dans un deuxième temps collective, c'est donner la possibilité de faire émerger les problèmes liés à l'organisation du travail. Le sujet souffrant la confie à un professionnel " pour qu'il la mette en travail " dans le colloque singulier de leur relation de confiance, mais aussi dans l'espace public de son exercice professionnel. Les témoignages recueillis ne s'inscrivent pas dans une démarche de preuve mais de sensibilisation. Construit comme des puzzle, le rassemblement de monographies cliniques par les praticiens permet de donner visibilité aux articulations complexes de la précarisation de la santé au travail. Il permet leur mise en travail entre eux, mais aussi de prendre socialement visibilité et de pouvoir être instruit dans les différents espaces public concernés, principalement dans l'entreprise. Il ne s'agit donc pas de dénonciation, mais de témoignage, d'en permettre la visibilité sociale.

Mais l'accès au sens des situations de travail pour chacun, permettant la construction d'une signification collective des évènements n'entraîne pas automatiquement de mobilisation à visée transformatrice individuelle et collective. En effet l'accès au sens des situations présente un important risque de fragilisation des postures là où les sujets ont justement de moins en moins de marges de manœuvre. La socialisation de la souffrance peut entraîner en parallèle un effondrement des modes traditionnels de résolution des contradictions. Pourtant la démarche compréhensive est un passage obligé pour redonner sens au travail.

La socialisation de la souffrance n'est pas suffisante en elle-même pour espérer transformer les situations de travail. La transformation de l'organisation du travail ne peut résulter que d'un travail du côté de l'action incluant tous les acteurs. L'activité du praticien ne vise donc pas à apporter des réponses, mais à poser des questions encore et toujours sur l'énigme de nombre de situations de travail, sur l'inhumanité grandissante de trop d'entre-elles.

COOPÉRER EN EXTERNE À NOS ENTREPRISES POUR AGIR EN INTERNE

L'écoute compréhensive et la mise en œuvre d'une clinique de la santé au travail sont de nature à permettre aux médecins du travail de construire et renforcer une professionalité appuyée sur des règles de métier sur le continent d'une clinique qu'il rencontrait sans pouvoir l'identifier ni en faire un objet professionnel. Ils peuvent ainsi accéder au sens des conduites élaboré par les sujets qu'ils accompagnent pour en faire un élément de transformation de l'organisation du travail.

La clinique de la santé au travail en devenir prend son point d'ancrage dans l'approche compassionnelle des médecins, mais elle se propose de la tirer vers des règles professionnelles. La construction d'une éthique du témoignage dans l'espace public externe au-delà de nos entreprises, nécessaire aussi pour se dégager d'une compassion " subie " et douloureuse, permet rapidement de retrouver " sens " à notre métier, de nous reconnaitre, et d'écarter ainsi les portes de l'entreprise qui enclavent la souffrance qu 'elle génère trop souvent. Cette démarche de

reconnaissance professionnelle, de communauté d'appartenance, nourrit des collaborations pour élaborer des règles de métier utilisables dans la quotidienneté de chacun, une fois subverti le sentiment de honte que nous pouvons avoir de l'écart entre les ambitions de notre métier, et la réalité de notre exercice.

Appuyée sur une clinique de la santé au travail en construction, rien ne s'oppose alors à la mise en œuvre d'une éthique du témoignage dans la multiplicité des espaces publics internes, formels ou informels, des entreprises où nous " agissons ".

La clinique de la santé au travail prend en compte tous les aspects de l'action, action pour et par les autres. S'ouvrent ainsi des horizons d'intervention ou d'écoute, où le médecin du travail peut donner acte, permettre aux sujets d'accéder au sens en essayant de ne pas entraver les solutions qu'ils construisent., et peut-être ainsi s'armer un peu plus comme " citoyen social ".

_____

_

MANAGER SANS " CASSER… LE CŒUR DU CHEVAL "

Jocelyne Machefer

ACTE I

UN LAD UN PEU LAS

Il est marié, 55 ans, fils unique. Ses parents vont bien, sa femme et son unique fille aussi. Bien que souriant, ce petit homme longiligne un peu rigide a su se rendre à sa visite annuelle obligatoire chaque année, non pour parler, mais parce que ne sachant, n'osant s'y soustraire, tout en restant distant, pour ne pas dire fermé.
Il **A SU CONDUIRE** sa vie, et il a tout fait, ou presque, avec ses CAP chauffagiste, CAP chauffeur P-L, CAP palefrenier lad. S'il fut lad de 14 à 27 ans dans l'élevage familial, puis plombier chauffagiste jusqu'à 34 ans, il se retrouva *entraîneur* de chevaux pendant six ans puis occupa des emplois saisonniers, dans le domaine agricole, (*conducteur* de machines à cueillir) et enfin conduisit des cars 7 jours sur 7 à l'âge de 46 ans.
Cette année là, je le rencontrerai pour la première fois au *contrôle* tuyauterie dans l'aéronautique, et le suivrai d'année en année, m'étonnant de l'absence de protection de l'opérateur à son poste… jusqu'à une projection de produits irritants dans les yeux – " une broutille "… – dit-il. Nous débattrons du problème de la cuve de dégraissage en 95 ; il semble en maîtriser l'usage et en connaître les risques.
Tout va bien, donc. Quelques fractures, qui ne l'impressionnent pas, ont jalonné ses activités de lad : épaule droite, omoplate droite, clavicule droite, genou gauche, humérus droit… Une hernie inguinale gauche à 41 ans…
" RAS "…
" RAS "…
" RAS "…
Rien ne semble arrêter sa course à cheval, en car, ou à pied à travers les ateliers.

1996 : IL FRANCHIT NÉANMOINS UN OBSTACLE INATTENDU EN DÉBUT D'ANNÉE

Et son corps se cabre, renâcle :
Opéré d'une hernie inguinale droite conduisant à onze jours d'hospitalisation, il revient chez lui et est littéralement emporté en pleine nuit par une embolie pulmonaire qui entre sans frapper mais à grand bruit (de galop…) au seizième jour.
Lors de la visite annuelle et de reprise du travail (deux visites en une comme souvent en service interentreprises), c'est une autre homme qui consulte. Je l'écoute. En silence. Médusée… Bien sûr, une embolie des segments antérieur et moyen du lobe inférieur gauche, ça se note sur le dossier médical. Il a apporté les documents nécessaires à ma compréhension. Bien rangés dans une pochette. Impeccable !
Je l'examine avec sérieux. Il y tient beaucoup. Je note : frottement pleural résiduel de la base gauche. Je pratique scrupuleusement l'exploration fonctionnelle respiratoire qui, comme on pouvait s'y attendre, " signe " nos conclusions : " amputation " de CVF (capacité vitale fonctionnelle) de 400 ml par rapport à l'examen antérieure. Il acquiesce. (Il lui manque quelque chose, le terme d'amputation lui convient).
Nous aurons ce jour-là un débat sur son approche de l'embolie qui a bien failli le foudroyer. Il a connu la peur, l'a exprimée dans la dramaturgie. Je lui fait savoir que j'ai perçu cette peur, que le je vois aujourd'hui différent. Nous convenons ensemble qu'il a frôlé la mort et qu'il n'oublie pas, aujourd'hui encore… qu'il en est resté ce regard attentif, qu'il porte sur lui-même.
Vient le temps de la fiche d'aptitude. Je me souviens alors des consultations antérieures, de mes questions sur le métier, sur les produits employés, autant d'investigations en forme d'incursions inadmissibles dans un domaine réservé ! Toute quête d'informations pendant cette période était suspecte à ses yeux.
Vais-je aujourd'hui le laisser repartir respirer les solvants de dégraissage, quand il reprend un peu vite, pour se mesurer à la vie, au travail et ses contraintes… ? Je propose une aptitude au contrôle avec contre-indication d'exposition aux solvants, peintures et aux acides. Il est spontanément d'accord avec mon appréciation des risques et le soin que j'ai pris pour lui venir en aide.

1997 : LA CONSULTATION SUIVANTE SERA PRESQUE UNE URGENCE

Onze mois plus tard. Elle sera organisée par ma secrétaire, en fin de journée, en fin de semaine car ce monsieur a eu

des ennuis avec son employeur, et il souhaite me le faire savoir sans trop attendre. Ca lui paraît important. Il désire en débattre avec moi assez longuement, et maintenant ! Il est en arrêt depuis deux mois.

L'entretien démarre à 18 h. Je lui explique ma façon de procéder : des prises de notes au fil du dialogue, que nous relirons si besoin et interpréterons après ensemble… C'est parti :

Il parle d'abord de son corps, de ses douleurs lombaires et des hanches, qui durent depuis longtemps. Après l'embolie, il a repris un peu tôt et sans formation à l'expédition…. pendant deux mois. Ses vacances, en août, ont été les bienvenues. Mais ça n'a pas suffi à enrayer la fatigue, et les congés de décembre furent très attendus… Toujours ces arthralgies, cette fatigue. Le retour au poste, après les congés de fin d'année, a été assez laborieux. Il a redoublé d'efforts. Malgré ça, son chef d'atelier lui a dit qu'il était convoqué au bureau du directeur. Et là, il s'est retrouvé, outre le directeur, en face du chef de fabrication et du chef d'atelier. L'engueulade en forme d'effraction psychique a été si brutale, l'injustice si grande, que face à ces trois hommes, " EN FORCE ", il n'a su répondre et se justifier. Accusé de faute professionnelle et de ralentissement inadmissible dans le travail… Il s'est mis à pleurer. Il fallait pourtant qu'il aille chercher sa femme à la sortie de l'usine, à l'autre bout de la ville… Mais après, il a encore fait deux cent mètres au volant, puis s'est écroulé.

M. LAD : *" Je suis rentré chez moi. Je me suis remis à pleurer, le médecin est venu car j'ai explosé (pleuré). Ma femme a appelé le médecin en urgence. Je voulais me suicider. On m'a dit à l'usine que j'étais un boulet de canon. Vous faites ce qui vous pouvez et on vous rentre dedans. Je ne sais plus où j'en suis pour l'instant. "*

D^r^ X… : *" Après l'embolie, est-ce que j'aurais du vous laisser à l'ancien poste au contrôle ? "*

M. LAD : *" J'étais déjà fatigué. La hernie, qu'on m'a opérée en 96 avant l'embolie, était due au travail. J'ai toujours mal, je ne sais comment me coucher…Je suis encore* ***désemparé****. Je disais non : je ne voulais pas admettre que je vieillis. Je ne vais pas pouvoir travailler fort comme avant … Le responsable m'a dit de me reposer, de ne pas le pousser à me licencier, de me mettre en longue maladie.* ***Désemparé****, j'ai pleuré. Ils étaient trois, j'ai pas pu me défendre… "*

" Pourtant, je ne suis pas du genre à me plaindre, à profiter des arrêts de travail … Je ne m'attendais pas du tout à ça, car je faisais mon possible pour le travail. "

Nous sommes d'accord sur un point : les lombalgies, les arthralgies ne sont pas seules en cause dans sa difficulté à envisager un hypothétique retour au travail dans cette entreprise. Il a très souvent utilisé le terme ***désemparé*** au fil du récit. Nous reprenons en flash back ce dossier. Nous évoquons le virage pris avec l'embolie, la peur de la mort en 96, la difficulté à admettre le vieillissement. –

Vient ensuite l'examen clinique qui confirme la " normalité " de l'approche neurologique, musculo-squelettique – notamment du rachis – l'absence de diminution d'amplitude des mouvements des hanches, de rabot rotulien, d'hydarthrose… et les membres supérieurs dépourvus de tendinite, rien du côté cardio-vasculaire non plus… ni dyspnée, ni angor…

Mais il ne cesse de dire : *" Je n'ai plus de jus … Je ne peux reprendre ainsi. "* Il a maigri de 6 kg et de longiligne il est devenu aussi tenu que le fil du rasoir sur lequel il tient à peine en équilibre.

Il ne saurait me dire précisément son traitement, car n'est pas venu pour ça ! Vraisemblablement des antidépresseurs… L'appétit est modéré, le sommeil nécessite un traitement, sinon – dit-il –, il pense au travail. Il est debout à 6 h tous les matins alors qu'il est en arrêt de travail.

Le temps passe… et nous n'avons rien dit encore de ce travail à l'expédition qui l'a mis au tapis. Nous avons fait le tour du petit homme : je l'ai d'abord longuement écouté puis examiné. Nous tournons alors la page et parlons des difficultés responsables du sermon.

M. LAD : *" Pour livrer le client (une centaine d'adresses répertoriées), il y a des codes produits et ainsi, par code, on fait des lots de 1 à 50 pièces identiques. On peut les ensacher, par exemple. On les livre avec un document par lot appelé le "dossier"… J'ai fait moi-même un cahier. Je ne m'y serais jamais retrouvé. …*

Par exemple : Merdrignac, il y a 80 adresses. J'ai un aide mémoire. J'ai aussi les sous-traitants.

Alors quand on me dit : "tu envoies à Merdrignac", à telle personne, je me dis – tiens ! c'est là bas, au bâtiment B –, on est obligé de se mettre dans le bain…

On fait des caisses en bois qui vont jusqu'à 200 kg, avec les grandes tuyauteries et les petits sachets. C'est les lots. Les planches sont prêtes. On reprend celles qui servent à l'emballage d'arrivée des tuyauteries… "

J'évoquerai alors avec lui la variabilité dans le travail liée non seulement à la diversité des lots, mais aussi à l'heure à laquelle on les lui apporte. Comme je m'y attendais, c'est au dernier moment, en fin de journée, qu'il en arrive le plus, quand le chauffeur attend à quai… précipitation ! Tension maximum !

Il explique le travail d'équipe à l'atelier pour les manutentions lourdes.

Je propose alors en forme d'hypothèse l'interprétation suivante : les contractures diffuses dues aux surcroîts de travail par à coup, en dernière minute, ne sont-elles pas la source des arthralgies ?

J'évoque la direction et ses intransigeances… Mais la direction, dit-il, ne lui fait pas peur. Ce sont ses limites à lui qui le tracassent. *" Je suis vidé. Je n'ai plus de jus. "* répète-t-il encore…

M. LAD : *" À la fin 96, je n'avançais plus. L'hiver, j'étais au lit à 19 h 30. Je ne faisais plus de marche à pieds le week-end. Je n'allais plus à la pêche… "*

Mais il ne désespère pas… se compare, au contraire, aux intérimaires qui l'ont remplacé au contrôle en 96, depuis l'embolie. Il en a rencontré un par hasard ce soir, en venant me voir. Son visage s'éclaire. Le regard est lumineux :

M. LAD : *" Ils ont essayé deux ou trois intérimaires. Le dernier n'a pas mieux tenu… Il vient de me le dire. Ils*

l''ont viré… – mais quand même – *J''ai rien vu arriver. Et j''ai compris que j''étais un numéro. "*
Et cette dignité retrouvée : *" Je n''ai plus peur de parler, à cause de la façon dont on me considère …Je ne vais pas me laisser faire ; on me dira ce qu''on voudra, mais je m''arrêterai si j''en ai besoin… "*
Et encore cette interrogation en forme de surprise : *" Je n''ai jamais eu de reproche. Je n''ai rien vu venir. "*

20 h déjà, c'est OK. J'écris au médecin traitant pour lui demander une prolongation d'arrêt de travail, pour que M. LAD se reconstruise. Mais je prends aussi rendez-vous avec les trois jeunes cadres " dynamite " que je souhaite rencontrer ensemble.

CORDIAL SOUVENIR

L'entretien aura lieu un mois plus tard. Le temps pour moi de laisser décanter ce dossier et prendre rendez-vous, un soir, de 17 h 30 à 18 h 30. Les trois cadres dirigeants âgés de 30 à 40 ans, bosseurs, sans formation au management, m'attendent avec un air interrogateur. *" On ne comprend pas. Il a des prolongations de 15 jours en 15 jours sans explication. Ca fait trois mois que ça dure. "*
Je présenterai l'affaire comme la conjonction de plusieurs éléments :
- Un salarié très, trop exemplaire, sans regard critique finalement, ni vis-à-vis de lui-même, son âge et ses limites, ni face à ses surcroîts de travail.
- Un travail fait de variabilité, source d'erreurs, du fait d'une charge de travail accrue à l'heure d'expédier.
- La discipline du salarié à l'égard de l'entreprise, son dévouement, l'ont sans doute conduit à l'aveuglement.
- On lui a ouvert les yeux par agression verbale, humiliation. La brutalité cadrant mal avec le dévouement sans borne d'un homme fragilisé par la pathologie antérieure, l'injustice ressentie a été source de déstructuration. Le soir de cette confrontation " hard ", il a bien failli mettre fin à sa vie *(sic).* Et j'insisterai sur le fait que c'est écrit partout dans ses dossiers médicaux, et que même le médecin traitant l'a écrit. *M. LAD est dans cet état à cause de son travail*. Cet aspect des choses semble avoir contrarié nos cadres " dynamite " soudain silencieux, soucieux…
Je n'ai pas fait de morale, ni joué d'autorité.
Bien sûr, ils ont discuté la variabilité, expliqué qu'il n'était pas difficile de remplir des caisses de dix pièces, d'ajouter le dossier et de fermer… qu'ils avaient fait le maximum en matière d'ergonomie (anthropométrie).
Je leur ai servi le B.A.BA de l'ergonomie, expliquant que malheureusement on ne remplissait pas une caisse quand l'autre était pleine, mais que vraisemblablement toutes étaient commencées, et pas une avec le même modèle, la même référence… et que la fabrication aboutissait à lui apporter en même temps des pièces de séries différentes, et rarement par dix… Ils n'ont pas nié.
Je suis repartie avec une promesse. Ils allaient le garder, lui trouver un poste disait le chef d'atelier, le maintenir seul à l'expédition, affirmait le directeur. Et pourquoi pas ! J'ai parlé des périodes creuses où il serait ridicule d'être deux et les phases de " surchauffe " où il serait nécessaire de lui apporter une aide tout a fait justifiée, car argumentée.
Nous avons failli nous quitter bons amis quand le directeur s'est brutalement insurgé d'avoir perdu du temps et de l'argent avec cet entretien à rallonge qui a immobilisé trois éminents cadres de l'entreprise…
Je les ai remerciés de leur écoute courtoise et fort agréable… à l'exception – ai-je précisé avec fermeté et froideur – de ces derniers instants, aussi désagréables, qu'inutiles, dont on aurait fort bien pu faire… *l''économie (sic).*

QUI VEUT VOYAGER LOIN, MÉNAGE SA MONTURE ; VISITE DE REPRISE DU TRAVAIL

Trois mois d'arrêt pour une engueulade en forme d'effraction déstructurante. Après la reconstruction, visite médicale de reprise : M. LAD, qui avait perdu 6 kg, a retrouvé son poids normal. Il est serein.
M. LAD : *" J''ai réfléchi. Avant, je ne dormais plus, parce que je me demandais comment j''allais finir la journée du lendemain.*
Là hier, au retour, on m''a demandé de mes nouvelles. J''ai fait mon travail ; mais vous m''avez expliqué, le médecin traitant aussi. Alors, je travaille consciencieusement, mais sans me tracasser. On est deux en permanence, avec Gaston, le plus ancien et le chef d''atelier a fait les bons de transport. Aujourd''hui, Gaston est parti chercher le camion. Je pensais être seul. Ils ont mis un intérimaire avec moi. "
D^r^ X… : *" Avant l''arrêt de travail, vous auriez fait tout tout seul ? "*
M. LAD : *" J''aurais été au maximum de moi-même. Mais il en serait resté sur le carreau. "*
D^r^ X… : *" C''est vous qui êtes resté sur le carreau. "*
M. LAD, sourit : *" J''étais content de revenir, en principe. Quand on a été quatre mois arrêté, c''est surtout pour le moral. On ne broie plus du noir. On ne se demande plus comment ça va se passer. "*
Nous abordons un curieux débat sur le rôle engendré par la consultation de médecine du travail en phase de détresse : je propose à M. LAD : *" On arrive, on est paumé, dans les sables mouvants, la tête à peine hors de l''eau. " " C''est tout à fait ça "*, dit-il…
Je continue mes questions : *" Peut-on dire que l''on repart avec sa souffrance d''un côté, et les causes de l''autre côté ? … Peut-on dire que l''on analyse, on classe, on est remis sur les rails, avec des repères, des règles, des lois… ? "*
Il est d'accord.
M. LAD : *" Vous avez bien fait de ne pas me rappeler après l''entretien avec la direction. Je voulais savoir. C''était à moi de vous appeler, ça responsabilise. Vous avez pris le relais pour une aide, non pour un service. J''en avais besoin. "*
L'aide lui paraît plus sérieuse, plus approfondie. Il a choisi ce terme avec gravité. Je suggère que j'ai été un peu

la mère, en reprenant contact avec l'entreprise, à un moment clé. Et il confirme, il valide… Il n'aurait pu y retourner seul.

APTE sous contrôle du médecin du travail :
Il est donc déclaré apte au service expédition. 24 heures après la reprise, nous débattons de la précision, peut-être à apporter à cette fiche : " avec aide en cas de besoin ", " avec personnel supplémentaire en cas de surcharge… " Et puis NON !
Nous concluons qu'il est assez grand pour savoir ce qu'il peut faire et l'entreprise fera le reste.
Il est " APTE sous réserve d'une consultation de CONTROLE dans un mois… ", autant dire que j'use de ma fonction pour rester vigilante quant à l'organisation du travail et ses conséquences possibles dans l'entreprise.
Petit contre-pouvoir bien maigre, mais… le terme de contrôle est mûrement réfléchi et choisi avec un brin de machiavélisme.

ÉPILOGUE

La main sur la poignée de la porte, me remerciant vivement, M. LAD me précise qu'à 55 ans, il pense à la retraite future, qu'il s'est renseigné et que s'il était licencié, ma foi, ce ne serait par un drame financier… ni psychologique non plus, à ce que je vois… Je n'ai pas trouvé l'attitude cavalière. C'est… son " cheval de Troyes " *(sic)* !

ACTE II

REFUS DE L'OBSTACLE

DIX JOURS PLUS TARD ; L'APPEL AU SECOURS

L'appel téléphonique de M. LAD sera de courte durée. Il est explicite. Il ne peut pas continuer à travailler comme ça – son *" mal au dos le reprend "*. Il a eu une entrevue avec sa direction : *" Ils vont me licencier "*… Il tient à préciser : *" Ils ont été très polis, sans aucune agression, le débat a été très correct. "*
Toutefois il veut me voir car il est à nouveau en arrêt de travail : *" Si je ne peux plus travailler, je ne peux plus ! Mais je n'ai que 55 ans, je ne connais aucune loi. Je ne veux pas les attaquer au tribunal… Y a que vous qui pouvez m'aider… Faut pas que je me laisse faire, cette fois-ci… "*
La demande est pressante. Il voudrait venir dans la journée. Mes réunions de fin de soirées à venir nous contraindront à fixer le rendez-vous six jours après, à 45 km de chez lui, au service lui-même et non au cabinet médical de sa commune d'habitation. Il est invité à se présenter à 18 h.

FLASH-BACK MARATHON SUR UNE VIE AU GALOP

Il arrivera à l'heure, à nouveau amaigri, les traits tirés, le visage soucieux, le regard interrogateur.
Je souhaite d'abord des précisions quant aux événements responsables de ce nouvel arrêt de travail :
M. LAD : *" J'ai travaillé cinq jours sans problème, mais j'étais crevé le cinquième jour. La deuxième semaine, j'ai été maintenu à l'expédition le lundi et le mardi. Le chef d'atelier m'a dit : "quand le camion est passé l'après-midi, t'avais plus le moral, je l'ai vu à ton visage". "*
(M. LAD précise que le chef d'atelier était conscient des problèmes et s'était montré gentil dès la première semaine de reprise du travail). Le mardi après-midi, M. LAD dut faire une livraison à la ville voisine ; ça s'est plutôt bien passée. Dès le mardi soir, on lui a proposé une livraison sur Paris le lendemain.
M. LAD : *" Moi, je ne peux pas faire ce truc là… Y a des choses que je peux vous faire, d'autre pas. Le patron m'a dit : "La médecine du travail a écrit que vous étiez APTE à 100 %, sans restriction". Il n'était pas agressif. Là, on peut dire que l'entretien que vous avez eu a servi. Et ça servira pour les autres. D'ailleurs le directeur a dit que vous aviez bien défendu mon dossier ".*
Je rediscute avec M. LAD de cette fiche d'APTITUDE à la reprise rédigée avec son accord, puisqu'il avait pensé pouvoir argumenter avec eux s'il n'arrivait pas à tout faire.
D^r^ X… : *" Vous semblez avoir buté sur leur expression : "APTE à 100 %". "APTE sans restriction". Car la phrase revient à plusieurs reprises dans vos explications. "* Il acquiesce. Il réfléchit…
M. LAD : *" Des petits parcours et de l'emballage, je peux le faire. Mais Paris, je ne vais pas y arriver, avec mon dos. Déjà, je fais 100 km, je suis obligé de m'arrêter. "*

J'essaie d'analyser la situation par rapport au droit du travail.
D^r^ X… : *" Que dit votre contrat d'embauche ? Mentionne-t-il le poste de chauffeur ? Et les bulletins de salaire ? "* Mais encore : *" La fiche d'aptitude précisait bien le poste : EMBALLAGE, EXPEDITION. Actuellement, après visite de reprise, vous êtes bel et bien devenu chauffeur, tout au moins à temps partiel, sans avis d'aptitude. "*
Je tente de lui faire préciser les difficultés quant au poste de chauffeur livreur en région parisienne :
- Viennent les arguments kilométriques par rapport aux lombalgies.
- J'évoque la manutention de charges, ce qui ne semble pas être le cas.
- J'aborde le " stress " : la réponse est la suivante : *" Je ne suis jamais allé livrer à Paris. "*

Et puis le discours s'emballe :
M. LAD : *" Je leur ai dit : je ne peux plus faire votre travail. Vous n'avez qu'à me licencier, je suis allé jusqu'au bout. "*
Mais le voici en arrêt de travail et…

M. LAD : *" Mercredi, jeudi, vendredi, je n'ai pas mangé, je ne dors plus. Je suis bourré de cachets. "*
Dr X… : *" Vous avez vous-même proposé le licenciement ? "*
M. LAD : *" Le directeur m'a répondu : "Le licenciement, il n'en est pas question quand même. On n'en n'est pas là …!" Ca les gêne. Ils ont précisé que je devrais signer une décharge. "*
Dr X… : *" Vous n'avez rien signé, j'espère ! "*
M. LAD : *" Non, non ! Je ne signe pas ça… Mais je ne peux continuer comme ça. Si je reste chez moi, je passe de l'autre côté… "*
Dr X… : *" Ca veut dire quoi ? "*
M. LAD : *" … "*
Dr X… : *" Vous souhaitez rester chez vous, mais au chômage, pas en arrêt de travail ? "*
M. LAD : *" On ne peut rester à penser à la peur de reprendre, tout le temps. "*

Je repense à la fiche d'aptitude sans restriction à l'expédition, à cette mutation chauffeur sans avis médical.
Je lui redemande alors, tout en promettant de rencontrer sa direction, de bien vouloir rechercher ce qu'indiquait son contrat, et ses bulletins de salaire. Car sur son dossier et ses fiches d'aptitude, depuis huit ans, il a été contrôleur, puis a occupé le poste d'emballage. C'est tout !

Après ce petit retour sur un passé récent et douloureux, je me décide à ouvrir le courrier du médecin traitant :
Celui-ci doute des lombalgies ou du moins de leur organicité. Il souhaite un réel aménagement du poste de travail. Mais le courrier m'apprend que M. LAD avait cessé son traitement tout en reprenant son activité professionnelle, quinze jours plus tôt ! !
M. LAD : *" C'est vrai, j'avais fini mes boîtes de médicaments, je ne suis pas allé en chercher d'autres.* "
Dr X… : *" Il est indispensable de reprendre et conserver ce traitement aussi longtemps que votre médecin le jugera utile. Ca peut durer un an. Un jour, vous n'en aurez plus besoin. Mais c'est votre médecin qui en décidera avec vous. "*
Il promet.
Il m'annonce qu'en plus, il n'a pas mangé depuis huit jours.

Je commence à tracer quelques grandes lignes directrices vers… demain :
- reprendre le traitement ;
- faire prolonger l'arrêt de travail ;
- se ressourcer, manger ;
- j'envisage, quant à moi, de négocier un aménagement de poste.

M. LAD m'arrête soudain, se lève, s'agite, plonge les mains crispées dans les poches du pantalon, rentre la tête dans les épaules et s'exclame :
" NON ! je vais me flinguer à la fin… "
Je pose la plume, me cale sur ma chaise, croise longuement et soutient son regard, l'invite à s'asseoir.

Dr X… : *" Vous avez là des paroles assez précises. "*
M. LAD : *" … "*
Dr X… : *" Vous semblez déterminé. Avez-vous des idées, des projets de suicide ? "*
M. LAD : *" J'en ai eu ; pas maintenant. Mais quand on est longtemps arrêté, ça arrive ; on a des idées noires ; ça m'est arrivé. Je tenais à cause de ma femme, ma fille. "*
Dr X… : *" Et maintenant vous pensez au suicide ? "*
M. LAD : *" Non ! c'est fini ! "*
Il est soudain calmé.
Moi, aussi. Nous venons d'échapper à l'internement d'office.

Mais nous sommes loin de la reprise du travail :
Dr X… : *" Je vous ai dit que je travaille beaucoup par l'écoute des gens et la prise de notes. Savez-vous que j'ai présenté votre dossier pour avis à un groupe de collègues et un psychiatre. "*
M. LAD : *" C'est très important pour moi ce que vous faites. Ca m'aide beaucoup. "*
Dr X… : *" L'étude des problèmes de santé psychique, dépression, ou autre, qui sont dus au travail, est assez récente. Le psychiatre a été très intéressé par mes notes et m'a demandé de les écrire pour les diffuser. "*
M. LAD comprend, m'encourage à écrire.
Dr X… : *" Mais, j'ai mis un titre un peu bancal :* UN LAD UN PEU LAS *… En fait, vous n'êtes plus dans le métier des chevaux. Mais j'ai l'impression que votre premier métier a pu influencer votre vie ; le psychiatre qui nous guide insiste sur le métier de lad… Pouvez-vous m'expliquer le rôle du lad ? "*

Le regard s'éclaire. Il prend de l'assurance et moi la plume :
M. LAD : *" Le lad s'occupe des chevaux, les soigne. C'est le palefrenier. Après vient le premier garçon d'écurie ; un contremaître en somme.*
Ensuite c'est l'entraîneur. Il a un statut à part. Il est debout à quatre heures du matin. Il commande les hommes, les chevaux, il est chef d'entreprise. "
Dr X… : *" Vous avez travaillé longtemps chez vos parents ! "*

Nous reprenons sa propre histoire :
Et lui qui n'avait jamais rien à dire sur ses parents, ouvre la porte des souvenirs :
M. LAD : *" Je travaillais avec mon père. Il était dur avec nous. Il fallait se lever de bonne heure. Il me faisait travailler avant d'aller à l'école. À 12, 13 ans, je montais les chevaux car j'étais léger. Or, il fallait aller très très vite. J'allais déjà aux courses le dimanche. Les propriétaires me donnaient des sous, parce que je tenais leurs chevaux. C'est avec ça que j'ai acheté mon premier vélo. Aujourd'hui ce serait un scooter, voyez !* (il sourit) *À 17 ans, sur un coup de tête, j'ai pris le sac à dos et je suis monté à Paris. Je suis entré chez Citroën. Je montais des 2 CV* (sic). *"*
Je lui fait remarquer ce jeu de mots. Il reste sérieux, tout à son récit.

Il a retravaillé avec son père au retour du service militaire. Dans l'entreprise, ils étaient entraîneurs salariés.

M. LAD : *" Le cheval, il fallait qu'il cède… C'est pas nous ! C'est le cheval qui cédait. Des fois, j'étais au pied du mur et je ne savais plus que faire. Le cheval nous sautait dessus. "*

Il m'explique ensuite le surfait serré progressivement, suivi des sacs de sable sur le dos du cheval (25 kg de chaque côté), puis il s'accrochait à la crinière, et enfin, il montait… et tombait, parfois !

" Le cheval, si vous le loupez au départ, c'est sa carrière qui en souffre… Il fallait savoir doser, ne pas être une brute, car le cheval s'en rappelait… Si on le travaillait trop, il ne voulait pas accélérer dans la ligne droite. On disait qu'on ***"cassait le cœur du cheval"****. C'est pour ça qu'on leur met des œillères, ça cache l'effort dans la ligne droite.*

À la fin, les propriétaires n'avaient plus les moyens de nous garder, tous les deux. Mon père était trop âgé pour changer de métier. J'avais 30 ans. C'est là que j'ai appris et exercé le métier de chauffagiste. Et quand mon père a pris sa retraite, je suis revenu au métier. Mon père est resté à donner des coups de main…

Quand l'entreprise a fermé (querelle d'héritage des propriétaires), j'ai galéré, j'ai fait des stages, appris le métier de chauffeur de cars, chauffeur P-L…

Mon père ne m'a pas fait de cadeaux. Y'avait jamais de week-end. Le travail, c'est tout. Mais ma fille nous a rapproché. Il s'en est rapproché…

Ma femme aussi avait des parents très durs. Elle a eu des dimanches quand on a commencé à sortir ensemble. Et il fallait qu'on rentre le dimanche soir ; c'est elle qui devait traire les vaches…

On se comprend avec ma femme, on a été élevés pareil. On n'a même pas besoin de parler. C'est comme ça. " (Regard lumineux).

" J'ai été très content de moi… " (silence)

" Ca gaze plus… " (silence)

" Faut que j'm'en sorte. "

ANALOGIES

Je lui propose l'interprétation suivante : *" Vous avez conduit votre vie comme celle d'un cheval au galop. Vous avez été dans une course continuelle ; les œillères, ce serait cette absence de regard critique sur vous et vos contraintes professionnelles. Maintenant, les œillères ne sont plus là ; les difficultés, que vous regardez en face, sont autant de barrières devant lesquelles vous vous cabrez. "*

Il est tenté par cette proposition… qu'il tempère un peu.

Je propose " l'APTITUDE sans restriction " de l'employeur comme obstacle infranchissable aurait du argumenter. Mais il s'en est allé, refusant l'obstacle, proposant d'abandonner la course.

C'est bien ça.

Je vais alors lui poser des repères volontairement bien définis, mais modulables par lui, son médecin, son employeur et qui seront autant d'arguments, de propositions aménageables pour aboutir à un consensus acceptable par tous, le moment venu.

Cela passe par l'aménagement du temps de travail, dont le travail à temps partiel thérapeutique, flou quant aux horaires, aux jours, à la durée hebdomadaire.

Mais aussi par l'aménagement du poste d'emballage : " *à condition d'être aidé en cas de surcroît de travail – "coup de bourre" – et avec contre-indication au travail de chauffeur* ".

Nous parlons licenciement. Nous évoquons aussi la retraite progressive à mi-temps, préretraite, inaptitude. Il a déjà pris son rendez-vous avec l'assistance sociale afin de baliser ses droits actuels au chômage et le retentissement éventuel sur sa retraite future. Il repart avec un courrier pour son médecin traitant demandant un mi-temps thérapeutique. Il se dit " regonflé ", me remercie vivement. Il est vingt heures. Je ne l'ai pas examiné, ça n'était pas nécessaire…

ACTE III

DÉLIBÉRÉS – SURSAUTS D'HUMANISME

Le salarié désemparé surgit un matin au cabinet médical et je le reçois pendant dix minutes avant les consultants prévus.

De mon courrier au médecin traitant, celui-ci n'a retenu que le mi-temps thérapeutique et il s'insurge poliment mais fermement par une lettre me demandant *" un aménagement de poste ferme et définitif ou le licenciement ".*

Selon le salarié, le médecin traitant lui a affirmé que les mi-temps ne sont jamais acceptés par les employeurs. Mon travail est-il remis en cause ? Je lui promets de discuter avec l'employeur " fermement " de l'aménagement de poste avec restrictions, de bien insister sur les *limites* du salarié et le *besoin d'aide* évident. Le salarié sait qu'en cas de refus de l'employeur, c'est le licenciement. Il assume. J'accepte.

Un premier rendez-vous est annulé, puis un deuxième, par cette direction très occupée :

Puis l'employeur m'appelle pendant une consultation et s'excuse de son indisponibilité, m'invite à débattre pendant le déjeuner.

Je réponds que je mange en trente minutes avec un lance-pierres et que de ce fait, j'aurais l'impression de ne pas porter assez attention au cas de M. LAD.

L'employeur m'explique que j'ai raison, que c'est avant tout " un problème humain et non un problème de rendement " *(sic).* Il est si conciliant que nous déboucherons spontanément en dix minutes de débat téléphonique sur la solution. Ses paroles sont constructives. Je les ai prises en note. Je lui propose de les lui relire et s'il est d'accord de les retranscrire telles quelles dans le dossier, de les relire ensuite au salarié lui-même et enfin à son médecin traitant. L'employeur accepte. Voici les propos :

" Nous vivons une meilleure période sur le plan économique dans notre branche professionnelle. Je sais que les capacités de M. LAD sont diminuées. Mais nous pouvons accepter cette situation. J'en ai parlé à son chef d'équipe et ses compagnons pour m'engager avec leur accord. Et ça ne pose aucun problème. Notre production est lissée désormais. Il pourra travailler en avance de phase, l'expédition de ses colis se fera la semaine suivante. Il pourrait reprendre à mi-temps en évitant le lundi et le vendredi, où il y a trop de bousculade
C'est un super brave type. C'en est gênant (sic)*. "*
J'évoquerai sa fragilité, la nécessité de ne rien changer à l'avenir, sans m'en parler, pour ne pas le brusquer.
L'employeur évoquera sa crainte que ce salarié ne se nuise à lui-même et la prudence nécessaire à son égard.
Je proposerai que l'entreprise étudie la préretraite et la retraite progressive à mi-temps. L'employeur y a pensé et se renseigne. Pas question de nuire aux revenus, ni à la retraite de M. LAD.
Le salarié, que j'informe par téléphone à son domicile, accepte de reprendre dans ces conditions.Il évoquera alors sa position extrême face à la direction : *" Je n'ai pas reculé ; finalement je suis allé jusqu'au bout en leur disant de me licencier. Voyez ! "*
C'est vrai. Je lui fait remarquer que c'était un coup de poker quand même ! Qu'il a pu se le permettre parce qu'il s'était renseigné sur ses droits, financiers en cas de chômage. Il est d'accord et me fait remarquer que ce sont eux qui ont reculé.
Je ne peux m'empêcher de revoir l'entraîneur et son cheval : *" C'est lui qui cédait, c'est pas l'homme ! "*
M. LAD est très lucide car il continue ainsi : *" Faut être prudent quand même, avec eux on ne sait jamais. J'ai pris du recul, vous voyez. "*
Du même coup, M. LAD précise : *" Je suis fier de moi. Je me sens regonflé* – mais aussi – *je vous remercie beaucoup pour ce que vous avez fait pour moi. "*
Transfert massif.
Je corrige : *" Avec votre médecin traitant, aussi, et l'assistante sociale. "*
Réponse : *" Vous pouvez mettre la médecine du travail en première ligne. "*

À PROPOS D'UN SUICIDE SUR LE LIEU DE TRAVAIL

Chantal Bertin, Colette Pasquereau-Sahagun

Il s'agit d'une entreprise française publique de service employant plus de 100 000 personnes sur le plan national. Cette entreprise a connu de grands changements organisationnels privilégiant les services commerciaux aux dépens des services techniques. Ces derniers étaient jusque-là considérés comme " l'élite " de l'entreprise.
À cette occasion, de nouvelles unités ont été créées et, pour certaines, la hiérarchie s'est trouvée éloignée des agents d'où une perte des repères préexistants de longue date.
M. D… est entré à l'âge de 22 ans dans cette entreprise dans la région parisienne et, depuis l'âge de 27 ans jusqu'à son décès, il a travaillé au même endroit, comme technicien.
À partir de l'âge de 50 ans, M. D… a commencé à éprouver des difficultés croissantes à assumer son travail de technicien (angoisse devant les évolutions techniques et les changements de logiciels informatiques). À sa demande et avec l'appui du médecin du travail, un changement de poste a été effectué vers un service logistique où les tâches sont plus variées et demandent moins de prise d'initiative. Il exprimait ainsi sa demande : *" En conséquence, j'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance un changement de poste dans un service paratechnique afin d'assumer plus efficacement mon activité sur un poste de travail même de niveau inférieur, compatible avec mon état de santé affecté par le stress permanent que m'inflige le sentiment d'incompétence que je ressens et qui domine et détruit mes aptitudes à prendre des initiatives qui s'imposent en toutes circonstances. "*
Ce changement a d'abord provoqué une réaction dynamisante durant environ une année et, à nouveau, des difficultés professionnelles sont apparues (besoin de travailler en collaboration avec un collègue, quasi-impossibilité à la prise d'initiative) ainsi qu'un sentiment de dévalorisation et d'échec permanent.
Tout au long de cette période, M. D… a été soutenu par ses collègues et par la hiérarchie de proximité.
Cet homme de 50 ans, intelligent et cultivé a un caractère anxieux et introverti. Il est divorcé et vit seul depuis le départ de ses trois enfants vers des régions éloignées. Sa vie affective a été particulièrement difficile. Il a toujours eu des difficultés à entrer en contact avec les autres et a toujours montré une forte tendance à l'auto-dévalorisation. Ces dernières années, il a suivi irrégulièrement un traitement pour un syndrome dépressif et des troubles de l'humeur. Il a toujours remis en cause la nécessité d'un suivi et l'efficacité des traitements.

Durant les congés pascals, en milieu de semaine, M. D… se suicide sur son lieu de travail, après avoir reçu ses instructions pour la journée. Il devait se rendre seul sur un site éloigné pour guider une entreprise extérieure de chauffage. Il travaillait habituellement en binôme. Prétextant un oubli de matériel, il s'est rendu dans son atelier et s'est pendu. C'est son collègue de travail le plus proche qui l'a découvert.
Le suicide sur le lieu habituel de travail n'est pas sans signification. La confrontation à la solitude ce jour-là est également un élément troublant même si des éléments familiaux et sociaux peuvent faire penser à un acte prémédité.

L'organisation matérielle de la sépulture a été prise en charge immédiatement par le supérieur hiérarchique de proximité. Le responsable de l'unité s'est poliment déplacé pour les obsèques sans se préoccuper des

réactions et de la souffrance des membres de l'équipe. Les compagnons de travail de M. D… n'ont eu pour seul interlocuteur que l'assistante de service social qui assurait la permanence pendant la semaine qui a suivi le décès de M. D… L'assistante sociale qui suit habituellement ce service était en vacances. Leur demande était une écoute attentive de leur souffrance, de leurs questions en terme de responsabilité, de culpabilité, de leurs questions quant au rôle et à l'attitude de la hiérarchie. Ils se sont sentis très seuls pour affronter ce problème, remettant en cause l'organisation du travail et les changements récents intervenus. Ils n'ont pas abordé la situation collectivement, préférant le silence ou les dialogues à deux.

Au retour des vacances, le chef d'équipe dit que " tout le monde va bien ". Cependant, le médecin du travail et l'assitante sociale en charge du service se posent les questions suivantes :

- Peut-on laisser un collectif de travail assumer sans soutien les conséquences psychologiques d'un tel évènement ?
- Quel sens ce suicide a-t-il pour les salariés et pour l'équipe médico-sociale ?
- Peut-on laisser le silence recouvrir cette mort ?

Il est important de noter qu'il n'y a eu aucune demande ni de la part du collectif de travail, ni de la hiérarchie.

À la demande du service médical, le chef de service, bien que n'en voyant pas la nécessité, accepte la mise en place d'une rencontre entre des membres volontaires de l'équipe, le médecin du travail et l'assistante sociale.

Cette réunion a lieu un mois après le suicide de M. D…, dans la salle de prise de service de l'équipe, c'est-à-dire dans leur " territoire d'hommes ". Les deux intervenants sont des femmes.

L'organisation de cette réunion n'a pas été l'œuvre du service médical ou social mais de la hiérarchie directe. La présentation de sa finalité est restée très floue ; en conséquence, le climat de la première approche est très tendu :

- *" Que venez-vous faire là ? "*
- *" Pourquoi ne pas avoir fait ce travail avant le décès de M. D… ? "*
- *" Qui vous envoie ? "*
- *" À qui va être envoyé le rapport ? "*

La tension s'est donc exprimée d'emblée par une réaction collective de défense et des propos agressifs, surtout à l'encontre du médecin :

- *" Vous n'avez pas fait votre travail qui aurait été d'hospitaliser cette personne d'office "*
- *" Vous auriez dû provoquer cette réunion avant le décès de M. D… pour parler de lui "*
- *" Il était suivi, il n'aurait pas dû se suicider ! "*

banalisant l'acte thérapeutique et ne tenant pas compte de la volonté du sujet.

Quelques éléments moteurs de l'équipe centrent la plus grande partie de la rencontre autour du suicide et de la pathologie de M. D… pour éviter d'aborder leur vécu de cette situation. Il y a une cohésion du groupe et une " loyauté " des silencieux par rapport aux " leaders ". Quelques salariés d'un service proche ou nouveaux dans le service analysent la situation avec modération. Il faut au moins une heure d'explication, de recadrage de l'intervention, de précisions sur le rôle respectif des intervenants pour qu'enfin les salariés puissent exprimer leurs émotions, leurs ressentiments, leurs ressentis et plus particulièrement pour certains, leur culpabilité.

C'est alors que le problème du manque d'autonomie de M D… est abordé par ses collègues. Ils expriment la difficulté qu'ils avaient à le " supporter " : *" Il fallait lui dicter son travail et l'assister continuellement "*. Ses collègues les plus proches se sont étonnés de la survenue du geste ce jour-là puisque, apparemment, M. D… n'était *" pas plus mal que d'habitude "*. Ceux qui le connaissaient depuis longtemps avaient l'habitude de ses variations d'humeur. Ceux qui travaillaient tous les jours avec lui, et qui n'ont rien vu venir, expriment alors un grand sentiment de culpabilité.

Finalement, cette rencontre semble avoir été bénéfique pour les agents mais très boulversant pour les intervenants, qui en sont ressortis désorientés : *" Voulant prévenir les effets destructeurs d'un évènement presque étouffé, on s'en est pris plein la gueule… ! "*

C'est également une expérience intéressante pour la pratique future, elle permet d'analyser la manière de s'y prendre et de mieux tenir compte du contexte :

- Il aurait fallu " provoquer " la demande.
- L'intervention aurait du être plus proche de l'évènement.
- Il aurait fallu que tout soit organisé par les intervenants alors que l'organisation a été prise en charge par un tiers qui était impliqué dans la situation en tant que responsable hiérarchique proche de l'agent.
- Il aurait été préférable que la réunion se tienne hors du lieu de travail.

Cette expérience illustre aussi une des difficultés du métier de médecin du travail : un médecin pour 2 500 salariés sur trois départements, est-ce faisable ?

UNE SITUATION DE DÉCOMPENSATION PSYCHOPATHOLOGIQUE COLLECTIVE AIGUË

Dominique Huez

PREMIÈRES MODIFICATIONS ORGANISATIONNELLES IMPORTANTES CINQ ANS AVANT LA CRISE

Dans cette entreprise, les services de maintenance " noble " ont subi au début des années quatre vingt-dix une réforme " brutale " de leur organisation pour mettre en place de façon majoritaire une maintenance sous-traitée. Cette situation avait vu alors se développer une forte détérioration de la santé psychique des agents. La souffrance engendrée avait été repérée par le médecin lors des entretiens cliniques systématiques, différents services

ayant été touchés à tour de rôle. À l'initiative du CHSCT avait été mise en œuvre une enquête de psychopathologie du travail, et celui-ci a organisé par la suite des réunions de restitution visant à mettre l'organisation du travail en débat. À cette époque, ces manifestations psychopathologiques alarmantes pour le médecin du travail et visibles socialement, à travers les débats provoqués en CHSCT à partir d'une préenquête de psychopathologie du travail du médecin du travail, puis d'une enquête spécialisée, n'avaient pas eu de caractère aigu au sens de massif, localisé sur une courte période de temps, et empêchant de fait toute l'activité professionnelle et sociale d'une collectivité de travail.

LE PRÉLUDE

Le service chargé des " servitudes " n'a quasiment pas été touché par la réforme précédente. En effet il n'effectue pas de maintenance " noble ", et a été oublié dans la mise en œuvre du processus de sous-traitance; cela est significatif de la non reconnaissance organisationnelle même de ce type d'activité. On peut même dire que le processus de reconnaissance sociale du métier de servitude nucléaire est progressivement en voie d'amélioration depuis près de cinq ans. De plus un des acquis de la période de " réforme en force " précédente, est que la direction ne souhaite plus réformer de façon si brutale. Depuis début 1994 est donc à l'œuvre une réforme rampante où les structures organisationnelles ne doivent plus être touchées. Pour procéder à des restructurations-transfert de tâches, ce sont donc des activités de travail qui sont transférées d'une structure partielle des servitudes à une autre, sans prise en compte de l'histoire professionnelle des agents concernés, ni de la proximité de certains lieux de travail au regard de coopération au quotidien que cela permet. Des mutations plus ou moins forcées entre les différentes stuctures des servitudes vont engendrer des conflits individuels du fait de l'inégalité d'accès aux astreintes rémunérées hors temps de travail et à des tâches entrainant de nombreuses heures supplémentaires. Les collectifs de travail aux pratiques historiquement défiantes et très défensives, soudées autour du métier commun, résistent très mal à la stratégie d'individualisation des parcours mise en œuvre. Certains agents vont se retrouver progressivement en surcharge, du fait de l'arrivée de nouvelles tâches, les autres en sous-charge progressive dans un contexte organisationnel qui leur devient de plus en plus incompréhensible, et pour lequel ils ont perdu toute confiance dans la parole de leur hiérarchie supérieure. L'objet de ces réformes est de transférer des tâches jugées les moins nobles aux entreprises sous-traitantes, ce qui est vécu par les agents concernés comme une négation de leur histoire antérieure et de leur professionnalisme.

DEUX SUICIDES

Il est hors de propos ici de tenter d'expliquer en quoi que ce soit une décision intime, prise dans un état de détresse ultime qui échappe à notre rationalité. Notons qu'un agent, célibataire se suicide, après un arrêt pour dépression de plusieurs mois, quelques mois après la mort accidentelle d'un très proche collègue de travail fin 1993. Mais, il laisse un message écrit à sa famille où il invoque la responsabilité de deux de ses responsables hiérarchiques proches, et demande à sa famille de les poursuivre en justice. Hiérarchie, syndicats et collègues de travail refusent de rentrer dans des attaques personnelles gravissimes ; il n'y a donc pas eu débat.

Début 1995, un autre agent de ce service se suicide. Il a repris son travail avec l'accord du médecin du travail après un épisode dépressif d'un mois. Pendant son arrêt, il a été voir le médecin du travail emmené par sa femme, parce qu'il pensait qu'il avait gravement endommagé un robot de travail, et que, ce qu'il considérait comme un drame, pourrait être à l'origine de la perte de cette activité au profit de la sous-traitance. Alertée, sa hiérarchie proche l'a rassuré : en réalité, il n'avait rien endommagé. Trois semaines après sa reprise, il se suicide. Comme il a le même contremaitre que l'agent qui s'est donné la mort un peu plus d'un an auparavant et que le médecin du travail est très inquiet pour la santé psychique de ce dernier, le médecin du travail est à l'initiative d'une réunion des agents des servitudes pour dire qu'on ne peut rien expliquer dans ce drame individuel, mais que cependant cela pourtant doit nous encourager à mettre en débat les questions de l'organisation du travail. C'est dans la même période, en CHSCT, où est à l'ordre du jour le bilan de l'intervention de psychopathologie du travail dans les autre services en 1990-92, que les représentants du personnel expliquent qu'ils n'interviennent plus en CHSCT parce qu'ils n'ont plus confiance.

UNE CRISE PSYCHOPATHOLOGIQUE COLLECTIVE AIGUË

Le médecin du travail voit se dégrader la situation du vécu subjectif de la réforme auprès des agents des servitudes dépossédés de leur activité antérieure, et note la très forte surcharge des autres qui basculent dans un activisme professionnel " pour garder le travail ", pour éviter qu'il soit sous-traité. Direction et représentants du personnel sont alertés de la gravité de la situation par le médecin du travail. Mais moins d'un mois après le second suicide dans ce service, la situation se dégrade rapidement et profondément.

La crise psychopathologique aiguë que nous rencontrons alors se caractérise par son impact majeur sur la majorité des agents de ce service dont la hiérarchie intermédiaire. On constate alors de très fréquents épisodes de pleurs d'hommes tout à fait inhabituels lors de consultations spontanées ou systématiques avec le médecin du travail, l'augmentation de demandes d'agents à voir en urgence médicale en état de souffrance aiguë en rapport avec le travail, des décompensations dépressives majeures, des épisodes importants de somatisation (crise d'asthme au travail sans antécédents, épisodes lombalgiques ou gastriques), évocation de projets suicidaires, des conduites addictives en augmentation, des situations de violence

physique très difficilement contrôlées. L'ensemble du service médical du travail, se transforme en service d'urgence psychiatrique. Un mouvement de grève des agents de ce service se déclenche alors de façon peu structurée, regroupant la grande majorité des agents, mais aussi la maîtrise de proximité. Même une fois ce mouvement déclenché, crises de larmes et violences limites se multiplient.

UN CHSCT EXTRAORDINAIRE A L'INITIATIVE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Devant la gravité de la situation, le médecin du travail est à l'initiative d'un CHSCT extraordinaire. Lors de cette réunion du CHSCT, le médecin du travail déclare, devant une partie des agents des servitudes qui " avaient envahi " la séance :

" J'ai demandé que se tienne rapidement un CHSCT. Je crois qu'en quatorze ans d'exercice professionnel, c'est la première fois que je prends une telle initiative. Je voudrais faire état solennellement de l'inquiétude que j'ai pour la santé psychique et physique de la collectivité des agents des servitudes. Je constate en effet une souffrance massive qui touche ces agents; de plus certains agents sont proches de la "rupture". Le médecin du travail que je suis ne peut se contenter de passer son activité à garantir la santé mentale immédiate des agents sans faire état solennellement des interrogations qu'il entend au long de ses consultations concernant l'organisation réelle du travail. Il y a profondément aujourd'hui une crise massive du sens du travail, particulièrement accentuée par la réforme. Dans certains lieux, les tâches ont été complètement changées. Ainsi le travail d'aide à l'exploitation qui fondait/légitimait leur travail a été supprimé par des tâches dont un certain nombre posent des questions de leur propre définition. Dans celles-ci, par périodes, des agents peuvent être en sous-charge ou en situation d'injonction paradoxale.

D'autres agents peuvent se trouver en situation de surcharge de travail avec un déficit de moyens souvent humains, effectuant de très nombreux travaux postés. Les heures supplémentaires réelles sont importantes et la déclarabilité réelle du moment de celles-ci peut donner lieu à "tricherie" au sens psychopathologique de ce mot, c'est-à-dire que ne pouvant voir reconnue la réalité des contraintes horaires, on "aménage sa représentation" en les déclarant de façon décalée. À ne déclarer en effet que les heures supplémentaires ne dépassant pas les maxima réglementaires, les heures effectuées au-delà des limites légales étant arbitrairement rattachées à des journées moins surchargées, aucun débat ne peut s'instruire autour de ces dépassements horaires puisqu'ils ne laissent aucune trace. Ces écarts importants entre le travail prescrit et le travail réel, ce dernier sortant du champ de la visibilité, ne favorisent pas un débat nécessaire sur l'organisation du travail au sens de la répartition du travail entre les agents et des rapports sociaux qui s'y nouent

Il faut aussi faire état d'une crise qui touche une partie des agents à qui sont affectées progressivement des activités de chargés de contrôle. Comme on a pu le voir dans les autres services,, si les premiers agents volontaires pour ces tâches n'en ont pas forcément un vécu très négatif, les autres agents le vivent d'autant plus mal qu'ils sont contraints à cette nouvelle activité. À travers leur refus de s'engager dans ces tâches s'expriment souvent :
- un sentiment de négation de leur savoir-faire antérieur,
- un sentiment de négation de leur propre histoire professionnelle dans une activité qui a eu des difficultés à faire reconnaître savoir-faire et légitimité et pour laquelle, au moment où ceci semblait acquis, ils ont l'impression d'un effacement incompréhensible du sens de celle-ci.
Il est inquiétant que se développe le sentiment que la réalité du travail est si peu prise en compte, connue et reconnue par l'encadrement supérieur. Il est inquiétant que trop souvent les réponses soient vécues comme des slogans. Il est inquiétant de constater que les agents ont le sentiment de gérer seuls les écarts entre la qualité du travail et le manque de moyens, surtout de moyens humains.Il est inquiétant de voir monter, du fait de la surcharge de travail et des urgences, les conflits d'intérêts immédiats entre les agents des servitudes et les agents prestataires. Je me dois de faire état enfin d'une très grave crise de confiance des agents des servitudes avec l'encadrement supérieur du service, donc d'une situation où la nécessaire mise en débat de la réalité du travail actuel ne peut avoir lieu.
Cette situation inquiétante concernant la santé des agents s'est développée malheureusement avec, en toile de fond, deux suicides récents d'agents de ce service. Bien sûr ces drames appartiennent à ces agents et échappent pour toujours à notre rationalité et notre intelligibilité. Ils nous interrogent même sur notre échec à communiquer avec ceux-ci pour leur apporter une aide personnelle pour laquelle nous avons collectivement échoué.
Mais si donc aucune relation de cause à effet ne saurait être démontrée, elle nous rappelle pourtant la nécessité essentielle que soit en débat en permanence le travail réel des agents et l'évolution de son organisation. J'étais, pour ma part, très inquiet du vécu douloureux de plus en plus d'agents, non partagé et non reconnu par leurs pairs, et en parrallèle, de la disparition progressive des collectifs de travail. Du point de vue de la santé, toute forme de collectivisation des problèmes d'organisation du travail en lien avec la santé me paraît positive. Le réveil depuis très peu de temps de ces mises en commun me paraît positif, tant pour leur santé que pour la qualité du travail. Il me semble qu'il y a urgence à ce que la Direction exprime par un geste fort le fait qu'elle acte de la gravité de cette situation. Il faut que les agents des servitudes puissent retrouver sens à leur travail ".

RECUEIL DE RÉPERCUSSIONS DES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES SUR LA SPHÈRE PSYCHIQUE : ÉLÉMENTS QUANTITATIFS

Depuis plusieurs années, le médecin du travail repère dans un outil de surveillance statistique les agents qui lui paraissent présenter un état de souffrance mentale en rapport pour partie avec le travail, à partir des entretiens cliniques qu'il a une à deux fois par an au moins avec ceux-ci. Il repère aussi les épisodes psychopathologiques réactionnels, et les épisodes dépressifs importants.
Ainsi l'incidence des agents présentant pour la première fois un état de souffrance mentale en rapport avec le travail est passée respectivement de 1993 à 1995 pour la structure des servitudes, de 4 % en 1993, puis 13 % en 1994 à 27 % en 1995 à l'époque de la crise.
En ce qui concerne le pourcentage d'agents présentant un état de souffrance mentale au travail, que celui-ci soit apparu ou non pour la première fois l'année étudiée en cours, le taux est de l'ordre de 17 % en 1994, plus élevé qu'en 1993, puis il montera à 41 % en 1995, l'année de la crise. Les chiffres de 1994 montrent ainsi déjà une augmentation de la souffrance au travail, annonçant la crise de 1995, ceux de 1996 (17 %), en diminution partielle, pouvant être interprétés comme conséquences de celle-ci. Ce début de normalisation montre à l'évidence qu'on ne peut expliquer la crise psychopathologique de 1995 par des problèmes importants de santé mentale propres à certains agents.

QUELQUES PISTES COMPRÉHENSIVES

Peut-être que l'approche par la psychopathologie du travail qui a réussi à être mise en œuvre cinq ans auparavant pour les autres services de cette entreprise, à travers préenquête, enquête et débat autour des restitutions de celle-ci, a permis de " socialiser" les problèmes de santé mentale en lien avec l'organisation du travail et ainsi d'éviter à ces services une crise aussi importante que celle des servitudes ?
Dans la reconnaissance par la hiérarchie, il y a l'expression d'un jugement d'utilité sur le travail effectué, mais il y a aussi la reconnaissance de l'existence même d'une activité de travail. Si une partie du travail n'a pas même d'existence reconnue comme cela est le cas pour certaines activités, il ne peut y avoir aucun débat dans l'espace public de l'entreprise. D'autre part surcharge comme sous-charge de travail ont toutes deux des effets dévastateurs pour la santé. Conjuguées avec un management qui individualise à l'extrême les réponses à un problème de nature collective puisque touchant l'organisation du travail et les rapports sociaux, on produit des ingrédients de vécu d'injustice, susceptibles de saper définitivement des collectifs déjà fragilisés. Dans un tel contexte de déni de la réalité même du travail, les collectifs sont en effets déstabilisés par la nécessité pour chacun de mettre en œuvre des procédures individuelles de sauvegarde.

DES INTERROGATIONS

Une démarche compréhensive mise en œuvre au moment d'une crise de cette importance est impuissante à faire progresser qualitativement le débat sur le rapport subjectif des hommes face à l'organisation du travail. Les discours de communication de la hiérarchie sont alors perçus ou comme mensonge, ou comme impuissance. Nombre d'acteurs (direction, syndicalistes) ont compris partiellement ce qui se passait mais étaient impuissants. On était en situation de perte de confiance majeure de la part des agents concernés en l'encadrement supérieur. Le service médical du travail en a été réduit à jouer les pompiers, puis à donner acte, pour faciliter l'émergence d'un sens collectif, pourtant en définitive impuissant face au sentiment de l'inéluctabilité. Le médecin du travail n'avait ici aucune responsabilité dans des modifications organisationnelles imposées. Constatons que s'il avait cautionné d'une manière ou d'une autre cette réforme pourtant moins brutale que celles qui avaient été mises en œuvre antérieurement, il aurait même eu des difficultés à jouer les pompiers ! L'écoute intersubjective a permis d'accompagner les sujets souffrants, la compréhension globale qui en est résultée a rendu possible un début de débat dans l'espace public de l'entreprise des questions d'organisation du travail. Dans une situation " de danger grave et imminent ", le médecin du travail a dû prendre position dans l'espace public de l'entreprise à partir du point de vue de la santé.

Deux ans après cette crise majeure, la question du rapport subjectif des hommes à l'organisation du travail semble pourtant avoir progressé de façon notable. Ainsi à la demande de la direction de cet établissement une information-réflexion à partir de l'apport de la psychodynamique du travail sur la question de la mobilisation des hommes dans le travail est mise en œuvre. Elle s'adresse à l'encadrement et aux délégués de CHSCT, afin de permettre de débattre aussi bien des difficultés du travail de l'encadrement qui a de plus en plus de mal à appréhender son métier, ce qui explique en partie son isolement et l'absence de collectifs de travail à son niveau, que des questions posées par le travail en sous-traitance, travail invisible qui a pourtant des conséquences majeures en terme de coopération, de reconnaissance et de sécurité.

HANDICAPÉ, ET ALORS !

Fabienne Bardot

M. T…, âgé de 50 ans est embauché, début janvier 1996, comme chef d'atelier dans une petite entreprise de cinq salariés.
C'est l'association PROMETHEE, qui, dans le cadre de la loi de 1987, a réalisé ce placement-réinsertion. En effet, M. T… est travailleur handicapé catégorie B.
D'importants accidents de santé ont parsemé sa vie : prothèse vertébrale D_9-D_{10}, zona de l'oreille gauche entraînant une surdité de perception en plateau, intervention sur discopathie L_3-L_4, intervention sur ténosynovite du cubital postérieur droit suivie d'une reprise en chirurgie plastique. Il lui reste donc une colonne

vertébrale fragilisée, parfois douloureuse et une main droite fort malhabile.
Cependant, lorsque le médecin du travail reçoit M. T… pour sa visite d'embauche, trois mois après sa prise de poste, celui-ci est particulièrement jovial, satisfait, voire enthousiaste. Grâce à ses connaissances techniques, à son expérience professionnelle, il a déjà bien augmenté la production de l'entreprise et il est persuadé de poursuivre dans cette voie par des améliorations du matériel et de l'organisation du travail.
Évidemment, le médecin du travail n'émet aucune contre-indication médicale à un travail qui semble combler les attentes de M. T…
Début décembre 1996, M. T… se présente à la consultation du médecin du travail. Il est en arrêt pour accident de travail. Toute la jubilation perçue lors de la première rencontre a disparu. Il est abattu, presque désespéré.
Tout s'est dégradé au travail.
M. T… explique alors que l'unique machine de l'entreprise n'a pas été remplacée, elle est vieille. Bien sûr, au départ l'activité a augmenté car, grâce à son savoir faire, il l'a un peu " poussée ", mais, compte tenu de son âge, elle s'est mise à tomber en panne de plus en plus souvent. De chef d'atelier, M. T… s'est tout doucement transformé en technicien de maintenance corvéable à tout moment de survenue des pannes – que ce soit de jour ou de nuit. Car évidemment, cette machine était utilisée en marche forcée… grâce à lui ! !
Et les interventions de dépannage sur la machine sont pénibles : montage, démontage, soudage. M. T… se met à souffrir du dos, mais surtout de sa main droite.
Il sent qu'il ne pourra jamais tenir ce rythme.
Il appelle le médecin du travail à l'aide.
Le médecin propose donc la stratégie suivante : négociation d'une adaptation du poste de travail de M. T… avec l'employeur dans le cadre d'une visite de pré-reprise puis visite de reprise du travail à l'issue de l'arrêt de travail.
Le courrier suivant est envoyé à l'employeur :

Le 3 décembre 1996 j"ai rencontré M. T..., actuellement en arrêt de travail pour accident de travail, dans le cadre d"une visite médicale de pré-reprise (article R. 241-51 du Code du travail).
Cette possibilité d"entretien médical a été prévue par le législateur afin de préparer des reprises de travail laissant présager des difficultés d"adaptation au poste de travail.
C"est bien le cas de M. T... qui est un travailleur handicapé et qui, à ce titre, a été embauché au poste de chef d"atelier. Ce poste de travail qui consiste à gérer l"organisation de l"atelier, à répartir le travail, à réguler les aléas des dysfonctionnement matériels qui ne manquent pas de survenir, convenait tout à fait à son état de santé. M. T... était d"ailleurs enchanté de cette activité. Cependant, il semble qu"avec le temps et surtout avec l"augmentation de la charge de travail, sa situation de travail se soit largement modifiée.
En effet, il est de plus en plus fréquemment obligé de réparer la machine à barquettes qui, compte tenu de son avancée en âge, présente des pannes à répétition.
Ces interventions répétées mobilisent fortement et durablement sa main handicapée. Les demandes d"interventions semblent se rapprocher, mais surtout l"obligent à tenir des horaires un peu hors du commun du type : 8 h-22 h sans coupure, 5 h-12 h 45 puis 17 h-0 h 15, avec retour le lendemain samedi (qui est le jour de congé) de 14 h à 16 h.

Compte tenu de son état de santé et de sa situation particulière de travailleur handicapé, les travaux de précision très contraints dans le temps, les horaires totalement bousculés, décousus et largement dépassés qui imposent un rythme de vie anarchique lui sont strictement contre-indiqués.

Ainsi, les conditions de travail qui sont actuellement offertes à M. T... ne vont pas dans le sens de ce qui devrait être proposé à un salarié handicapé, qui, par définition, présente quelques petites différences au niveau de sa capacité de travail par rapport à un salarié ordinaire.

Pour ces raisons, je vous confirme donc que M. T... est apte à un travail de chef d"atelier, mais que le travail de technicien de maintenance qu"il exerce actuellement lui est formellement déconseillé.

J"aimerais revoir M. T... à sa reprise de travail comme la loi le prévoit : " les salariés doivent bénéficier d"un examen par le médecin du travail après une absence d"au moins huit jours pour cause d"accident de travail…Cet examen doit avoir lieu lors de la reprise du travail et au plus tard dans un délai de huit jours " (article R. 241-51) afin de décider de son aptitude au poste de travail que vous aurez bien voulu me définir précisément.

Trois jours après ces événements, M. T… appelle le médecin pour lui apprendre qu'il vient de recevoir en recommandé, un courrier correspondant à une convocation à un premier entretien avant licenciement. Bien qu'il soit en arrêt, le médecin lui conseille de s'y rendre.
Lors de la visite de reprise, M. T… est mieux. Il raconte que lors de l'entretien avec son employeur celui-ci est resté muet… *" À tel point que je me suis demandé pourquoi j"étais venu ! "* dit-il.
L'explication est que les deux lettres se sont croisées et qu'à la réception des propositions du médecin, la convocation était partie. L'employeur s'est alors trouvé fort embarrassé, à décidé de stopper son action mais n'a su ou n'a pu l'expliquer au salarié.
Le médecin informe M. T… du contenu de sa négociation et la fiche d'aptitude est rédigée dans le sens d'un aménagement du poste de travail excluant les traumatismes qui étaient à la source de ses problèmes de santé.

Au bout de deux mois, M. T… rappelle le médecin pour lui annoncer qu'une procédure de licenciement à son encontre est entamée. Cette fois, il ne subit pas l'événement, il est dans une posture défensive, voire de combat. Il est décidé à contester cette action. Le médecin l'assure de son soutien pour argumenter sur ce qui n'a pas été tenu dans le contrat et qui relevait de sa santé.
Il est allé aux prud'hommes. Le médecin a apporté l'aide promise. Il a gagné.
La morale de cette histoire est, qu'à un moment donné, M. T… ne s'est plus senti seul, immergé sous le poids d'une injustice difficile à supporter puisque liée à un état physique sur lequel il y a impuissance à intervenir et que cela lui a permis de reprendre une position d'égalité par rapport à son employeur. Le médecin du travail est parfois une béquille invisible. Il se doit de tenir ce rôle car sans ce soutien, nombre de salariés abandonnent un combat où ils perdent plus qu'un emploi, plus qu'un travail mais une part de leur identité, de leur image et de leur valeur.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Odette Tencer

Lorsque le médecin du travail s'exprime dans l'espace public de l'entreprise, ses avis sont le plus souvent établis à partir du dialogue singulier, qui a lieu dans le cabinet médical. Ce qui se dit là est central, pourtant il me semble que la construction de la santé, du point de vue du médecin du travail, ne peut s'appuyer sur cette unique source.
La connaissance du terrain et l'accès au " vécu collectif " m'apparaissent tout aussi importants dans un souci de pertinence voire d'efficacité. En d'autres termes, j'ai essayé du point de vue de médecin du travail – avec cette seule compétence et légitimité – d'avoir un autre accès au travail.

En 1982, dans une entreprise de province de construction mécanique de 2 900 personnes, une expérience de prévention primaire – Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation et milieu de travail – débute, engagée par une équipe pluridisciplinaire comprenant un médecin du travail et une assistante sociale[99].
Ce travail a été riche d'enseignement. En particulier, j'ai pu mesurer l'importance du discours du groupe, différent de ce qui se dit dans le cabinet médical. Cette pratique, basée sur des règles de confiance, d'éthique, permet un échange des points de vue, une circulation de l'information et une autre compréhension des situations. Par ailleurs, l'expression est publique, les conclusions formulées et entérinées par le groupe (chaque membre est destinataire du compte rendu de la réunion), seront plus difficilement démenties. La parole publique ne peut être reprise à la différence de celle du dialogue singulier : du fameux *" Surtout docteur, ne dites rien ".*

Depuis, j'ai travaillé dans des services interentreprises et j'essaye toujours de sortir du cabinet médical. Mais rien n'est vraiment simple. Il faut d'abord " entrer dans l'entreprise " et nous savons tous que cela ne va pas toujours de soi – même si la législation nous y invite. Parfois, être dans l'entreprise en tant que médecin du travail relève presque de l'exploit.
Cette première difficulté est, à mon sens, une des raisons de l'exploration et exploitation insuffisantes du tiers temps comme aide à la construction de la clinique.
Dans l'atelier, le restaurant, sur le chantier… il n'y a plus de " bureau rempart " ni de " Sésame ouvre toi ".

En pratique, à l'heure actuelle, le stage de sauveteurs-secouristes du travail est souvent aussi un prétexte pour rencontrer le groupe. Lors de l'exposé sur les " risques spécifiques " de l'entreprise je présente mon point de vue sur les conditions de travail, les moyens de mettre en œuvre des améliorations et nous débattons avec les participants. Les recyclages sont autant de rendez-vous pris, où nous pouvons aborder ces questions et faire le point.

Je terminerai en relatant deux autres expériences et en soulignant les limites de ce type d'approche.
J'ai travaillé avec un groupe d'hôtesses de caisse dans un hypermarché. Le groupe s'est constitué à partir du " projet plaquettes ". Il s'agit d'une modification que j'avais proposée dans le but de limiter la manutention en caisse. La plaquette, il s'agit d'un morceau de plastique rigide qui mesure environ 5 cm sur 4 ; sur une de ses faces est imprimé un " gencod " – il correspond à un produit défini " lourd ". L'hôtesse scanne la plaquette correspondant au " produit lourd " que le client annonce lors de son passage en caisse ; l'article lourd pouvant alors rester dans le caddy. Auparavant, la consigne était la suivante : le client devait vider son caddy en totalité. Bien souvent alors les produits lourds (packs d'eau, de bière, terreau, etc.) étaient tendus, souvent avec mauvaise grâce, par-dessus la caisse, l'hôtesse les saisissant à bout de bras.
Le projet a été présenté, replacé dans son contexte. La pénibilité du travail en caisse n'était pas à démontrer. Pour le faire accepter, je m'étais appuyée sur les chiffres d'absentéisme et d'accidents du travail de ce secteur présentés lors d'un CHSCT. (Ces chiffres sont comparés à ceux des magasins de la même enseigne).

La mise en place de plaquettes n'avait pas la prétention de tout régler. Je savais que malgré un travail approfondi sur le terrain et dans d'autres magasins aux enseignes différentes, je ne saisissais pas tout.
J'ai demandé aux hôtesses du groupe de servir de relais avec leurs collègues (environ 150 à 170 personnes) lors de leurs rencontres formelles ou non, de leur retranscrire nos réflexions, de nous informer de leurs réactions, critiques, etc.

[99] Publiée par AIPPS (Association interprofessionnelle de prévention et de protection de la santé)

Le groupe se composait de dix hôtesses de caisses (sept en moyenne étaient régulièrement présentes, compte tenu de leurs horaires, congés, etc.), parfois de leur responsable le chef de secteur, de la chef de caisse associée au projet, du médecin du travail et de la secrétaire médicale – qui tenait le rôle de " l'observateur muet " chargé de prendre des notes et de rédiger le compte rendu, en accord avec le médecin.
Nous avons demandé aux hôtesses de définir quels produits elles souhaiteraient voir inscrits sur les plaquettes, leur nombre, le lieu de rangement qui leur paraissait le mieux adapté ; nous avons réfléchi aux nombreuses promotions et à la nécessité d'une adaptation rapide, au niveau des plaquettes, donc à la circulation de l'information dans l'entreprise, aux relations entre les différents secteurs, à la nécessaire information de la clientèle, aux réticences, à leur signification, aux inconvénients, par exemple sur la démarque inconnue, etc.
Nous avons décidé d'accompagner le projet dans sa mise en route pendant dix-huit mois. Le mode d'évaluation retenu a été l'évolution des indices déjà cités à savoir, l'absentéisme et les accidents du travail.
Le groupe a rempli sa mission sur le projet, particulièrement en ce qui concerne la circulation des informations auprès de l'ensemble des hôtesses de caisses. Il est allé bien au-delà : nous avons pu réfléchir sur d'autres questions soulevées par les opératrices et leurs propositions d'aménagement. La présence et la personnalité du responsable ont rendu ces relations possibles. Aucune proposition, aucune question ne sont restées lettre morte ; la rédaction et la diffusion systématique des comptes rendus ont aussi été des arguments de poids.
Cependant, nombre de questions sur le travail restent en suspens… ; nous avons eu accès à des pratiques étonnantes, telle la vérification des " tickets de caisse " par les agents de sécurité et certaines de leurs résolutions, le passage du client X… évaluant l'hôtesse, etc.
Nous avons convenu de nous revoir une fois par an.

Peu après, mandaté par le CHSCT, un autre groupe était constitué ; il devait réfléchir aux questions relatives à la manutention des " produits liquides ". La hiérarchie y était fortement représentée avec le chef de secteur, le chef de rayon, le responsable des relations humaines, l'observateur muet était le chef du personnel, les opérateurs n'étaient pas volontaires, le médecin du travail se cherchait une porte de sortie.
Trois réunions ont eu lieu : elles ont porté sur les questions relatives au manque de matériel, plus vaguement sur la pression temporelle… et puis ce fut tout. Et c'est très bien !
Le responsable des relations humaines a quitté l'entreprise, j'ai exposé à son successeur ma vision des conditions de ce travail en groupe et les raisons possibles de cet échec, qui selon moi n'en est pas un.

Il nous faut rester très vigilant et ne pas cautionner, par notre présence, les dérapages. Pour voir le jour, le projet a bien sûr l'aval de la direction, mais il doit aussi recueillir l'accord des salariés et des partenaires sociaux lorqu'ils existent : les objectifs et les modes d'évaluation doivent être définis avec précision.

Le médecin du travail doit savoir occuper toute sa place et donc quitter le cabinet médical, être sur le terrain, là où il a repéré des questions et où peut être envisagé une action. Il peut reformuler aux groupes les interrogations qu'il collecte, retranscrire un problème, il doit aussi savoir rester à sa place, il n'a pas " la " solution.
Rien n'est figé, rien n'est écrit.

PERTE D'EMPLOI ET SANTÉ

Marie-Odile Achard, Vincente Chastel, Pierre Dell'Accio,
Marielle Lachenal, Elisabeth Legrand
Sté de Médecine du travail Dauphiné-Savoie.

Cette étude rapporte les expériences d'un groupe de médecins du travail, ayant vécu *des plans sociaux* dans leurs entreprises. Leurs observations et analyses concernent le *retentissement humain* de ces événements.

TRANSFORMATIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES DES ENTREPRISES

Si dans les années 60, les grosses entreprises créées au début du siècle sont à leur apogée, elles connaîtront, dans les années 70-80, une réduction de leurs effectifs. Tout d'abord douce, au travers de mesures d'âges, départs anticipés à la retraite, incitations aux reconversions professionnelles, puis peu à peu plus rude au travers de licenciements surtout dans la population ouvrière (sidérurgie, métallurgie…)
Les années 90 vont se singulariser par une brusque accélération de ces phénomènes avec le fleurissement des " plans sociaux " accompagnés de toutes sortes de mesures, ayant pour seul objectif de réduire la masse salariale. Celle-ci étant reconnue comme " variable ajustable pour équilibrer les économies d'entreprises ". (J. Boissonnat – Rapport du Commissariat au Plan 1995).
Parmi ces mesures citons ce remarquable " Appel aux départs volontaires " accompagné d'incitations financières alléchantes et qui vide souvent l'entreprise de ses meilleurs éléments.
Ces plans finissent par avoir des effets néfastes sur la pyramide des âges (moyenne d'âge élevée, écart-type réduit) et la vitalité de l'entreprise.
Si les préretraites devaient favoriser l'embauche des jeunes, la réalité a été tout autre et les entreprises rapidement se sont fragilisées et appauvries :
- l'émulation entre jeunes et moins jeunes a disparu,
- les " départs volontaires " ont entraîné la fuite des plus dynamiques,
- les promotions internes " limitées " réalisées dans l'urgence ont favorisé l'ascension à des postes laissés

vacants, de personnes manquant de formation ou de compétence.

FACTEURS DE CETTE ÉVOLUTION

Dans les entreprises, les différents acteurs (et parmi eux les médecins du travail) ont perçu pendant longtemps cette évolution comme logique ou nécessaire :
- de nouveaux produits arrivent en concurrence, meilleur marché ou de meilleur rendement (le charbon remplacé par les produits pétroliers et le gaz naturel, par exemple) ;
- les besoins changent (dans l'hydraulique le parc national étant totalement équipé en turbines il faut conquérir des marchés mondiaux, travailler avec des partenaires étrangers, créer des filiales, développer la sous-traitance, enfin s'implanter dans les pays clients en créant des *joint-ventures*) ;
- les industries du papier, des matières plastiques et alimentaires ont besoin de capitaux pour se développer et seront rachetées par de grands groupes financiers. Dès lors leurs stratégies et politiques d'entreprises débordent nos frontières et échappent plus souvent à la compréhension des salariés.

TÉMOIGNAGES DES MÉDECINS

Aujourd'hui des médecins du travail sortent de leur silence et dénoncent les retentissements sur la santé, causés par les pertes d'emplois, les restructurations, les menaces de licenciement.

- Marie-Odile: *" Pendant 16 ans à la mine, j'ai vu partir des mineurs désespérés, fermer des puits modernes; j'ai assisté à la souffrance des salariés qui regardaient leur monde s'écrouler. "*

- 1990. Marielle, à la suite de la fermeture de son usine, n'hésitera pas à rencontrer 200 salariés. Elle témoignera du choc psychologique brutal qu'ils ont subi, de ses conséquences sur la santé et du véritable travail de deuil qu'ils ont à accomplir.

- 1995. Pierre assistera à une flambée de violence lors de licenciements touchant pratiquement la moitié des effectifs et Elisabeth sera le témoin de nombreux conflits et violences dans son entreprise, à la suite de la fermeture du site grenoblois.

- 1996. Une entreprise d'énergie hydraulique, rompue aux restructurations, fait l'objet d'un nouveau plan social. Cette annonce va déclencher un mouvement de résistance d'une ampleur jamais connue, réunissant, pour la première fois, ingénieurs et cadres auprès des ouvriers. La presse parlera " d'un conflit de type nouveau " et titrera *Les cadres montent au créneau*. Les salariés se fédèrent pour lutter avec l'aide des institutions judiciaires contre un plan estimé injustifié. *" L'économie financière est devenue hors de portée de la démocratie… hors de portée d'un quelconque pouvoir politique "* (I. Ramonet – directeur du *Monde Diplomatique*)
Ce plan sera annulé par le tribunal de grande instance le 29 août 1996.

TRANSFERT DES CONNAISSANCES
PERTE DES MÉTIERS

Que se passe-t-il ?
On assiste depuis vingt ans à la disparition des métiers manuels et techniques. Le savoir-faire est méprisé. L'ouverture sur le monde a favorisé les délocalisations vers une main-d'œuvre bon marché et les ouvriers se sont résignés à leur sort " d'inutiles ", de " mal-aimés " de l'économie.
Tout ceci n'est pas allé sans une profonde souffrance.
Puis ces dernières années on parle de plus en plus souvent de transferts de technologie touchant les études et les métiers de recherche et développement.
Tout s'est accéléré et dans une course poursuite où la concurrence économique domine, le savoir-faire, les connaissances, les compétences intellectuelles sont reconnus et monnayés comme des marchandises. La menace d'exclusion gravit l'échelle sociale et pèse maintenant sur les ingénieurs et l'encadrement. On en verra la tête entre les mains se questionnant sur le droit de l'entreprise à vendre leurs connaissances, à vendre " ce qu'ils ont dans la tête ".

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

On est frappé par la similitude des pathologies observées dans nos différentes entreprises au cours et au décours des plans sociaux.

La pathologie psychosomatique et mentale domine :
- Aggravation de migraines
- Troubles du sommeil persistants
- Crises de spasmophilie
- Accroissement de l'anxiété, crises d'angoisse avec apparition de phobies : " peur panique de perdre son emploi "
- Aggravation d'états dépressifs…

Dans la sphère digestive :
- Crampes gastriques, ulcère perforé
- Rectocolite ulcéro-hémorragique…

Dans la sphère dermatologique :
- Extension de psoriasis, apparition d'eczémas, crises d'urticaires géantes…

Dans la sphère cardio-vasculaire :
- Infarctus du myocarde et syndrome de menace…

Dans la sphère comportementale:
- Aggravations de l'alcoolisme et du tabagisme sont fréquents

- Violences physiques envers autrui ou envers soi-même (suicides).

Le ressenti psychologique s'exprime aussi très largement :
- Démotivation touchant peu à peu toutes les catégories sociales jusqu'au plus haut niveau
- Scepticisme s'aggravant après chaque charrette de licenciements
- Perte de l'identité professionnelle, grande cause de souffrance morale: " on est de trop ", " on est trop cher ", " on nous prend pour des cons "…
- Dénigrement envers les dirigeants
- Perte de l'estime de soi et de celle des autres
- Incompréhension sur le terrain devant l'incohérence des décisions : " on investit pour fermer derrière ".

Les salariés victimes des plans sociaux, se sentent trahis, détruits dans leur identité-même. Ils tentent de s'en sortir par le conflit, la maladie ou la fuite.

LA PERCEPTION DES MÉDECINS

Sur eux-mêmes

Il est intéressant de noter que les médecins du travail subissent eux aussi de plein fouet ces situations.

M-O… : vivra pendant seize ans " l'agonie " de la mine; un médecin parmi les cinq doit partir. Mais lequel ? Elle prendra sa décision de changer de vie à contrecœur, mais faisant le choix de nouveaux projets. : …

E… : quittera à regret le reste de son entreprise et profitera d'une opportunité de poste dans un autre service autonome.

M… : n'aura pas le choix et fera elle même le travail de deuil de l'entreprise. Elle insiste sur le devoir de témoignage du médecin.

P… : fera le choix devant la proposition de réduire drastiquement son temps de quitter l'entreprise.

V… : trouve passionnant le rôle du médecin en entreprise, mais usant de vivre une constante décroissance pendant laquelle on doit continuer à s'investir, mais jusqu'à quand ?

Alors, que faire : fuir la maladie de l'entreprise, sa menace de mort. Mais le peut-on encore et doit-on s'en contenter ? Comme tout salarié le médecin cherche à réagir, à s'adapter, à comprendre.

Que faire devant ces licenciements en masse, ces fermetures d'entreprises qui laissent exsangues des régions entières ? Que penser de ce manque criant de créations d'emplois que permettrait un nouveau départ ? Ce déséquilibre ressemble fort à un déclin.

Sur l'organisation du travail

Dans ce contexte économique très perturbé, où les restructurations sont permanentes, le médecin du travail d'aujourd'hui doit trouver une nouvelle place.

Les risques professionnels ont évolué et en observateur vigilant, il ne peut fermer les yeux sur l'émergence de risques nouveaux.

Après l'apparition de la charge mentale des années quatre-vingt, période durant laquelle l'entreprise exigeait l'adhésion de ses salariés, le " zéro " défaut, la qualité totale, l'excellence… où l'on parlera beaucoup de stress lié au surmenage par surcharge de travail, par l'adaptation dans l'urgence à de nouvelles fonctions… on assiste à présent, *à une organisation du travail devenue contraire à l'intérêt des salariés* et qui les menace en retour d'exclusion. Après l'adhésion c'est la fracture, l'opposition, *Entreprises et Salariés n'ont plus d'objectif commun*. C'est la perte de la cohésion interne. Censés améliorer la compétitivité de l'entreprise et assurer sa pérennité, *les plans sociaux font preuve de leurs limites et de leurs effets pervers.*

QU'ONT FAIT LES MÉDECINS DU TRAVAIL ?

Observé, écouté et joué leur rôle de conseiller surtout auprès des salariés. Dans un climat où règnait la méfiance, des relations de confiance pouvaient se construire dans le cabinet médical.

Puis ils ont écrit dans leurs rapports annuels, parlé aux CE et CHSCT, à leurs directeurs, à leurs confrères.

Certains ont écrit dans les journaux : les médecins de Bourg en Bresse dans *Les Liaisons Sociales* (mai 1996). D'autres ont publié : *Souffrances et précarités au travail* [100]. *Paroles de médecins du travail*. Ont communiqué : les XXIVe Journées Nationales de Médecine du Travail à Paris en juin 1996 ont été riches d'observations sur la précarité du travail et ses retentissements sur la santé.

Ils font référence de plus en plus souvent à l'éthique de leur métier et à la nécessité de se regrouper en collectifs.

Car aujourd'hui les analyses qu'ils font concernant les menaces qui pèsent sur le travail salarié, leurs observations des pathologies générées par des pertes d'emploi doivent alerter au-delà de l'entreprise la société toute entière.

QUE PROPOSONS-NOUS ?

- Notre objectif est d'ouvrir notre groupe à d'autres confrères confrontés à ces situations. Nous souhaitons partager nos expériences et enrichir notre étude de leurs observations.
- Nous pensons aussi que, dans le cadre de la surveillance médicale des salariés, les situations éprouvantes (menaces de licenciements, plans sociaux, fermetures d'entreprises) devraient être considérées comme de véritables " risques spéciaux " au même titre que le prévoit le Code du travail pour le travail sur écran,les handicapés, etc.

EN CONCLUSION

Il est dans notre mission de promouvoir la santé au travail dans ses aspects physique, mental et social.

[100] Opus cité.

Face à l'indifférence vis-à-vis des problèmes de santé provoqués par les pertes d'emploi le médecin du travail doit alerter l'opinion publique sur les conséquences sanitaires des nouveaux risques.
Partagé entre les pathologies du " surmenage professionnel " et celles du " sans travail " le médecin du travail aura besoin de mobiliser une formidable énergie s'il veut faire entendre sa voix d'humaniste et avoir quelque influence.

POUR UN RECENTRAGE SUR LA CLINIQUE

Philippe Davezies

Comme en témoigne le présent ouvrage, l'association SMT constitue un des foyers de réflexion vivante au sein de la profession. Au cours de son histoire, elle a mis en circulation, bien au-delà du milieu de la médecine du travail, des idées qui tranchent avec les discours convenus ressassés depuis des décennies. Alors que la médecine du travail est généralement traitée sur le mode de la célébration, l'existence du SMT nous offre la perspective d'un véritable espace de discussion sur la santé au travail. Mais cela implique que les propositions, avancées par le SMT, soient elles-mêmes soumises à la critique. C'est ce que je souhaite faire ici.
En effet, j'estime que la place faite par le SMT à la réflexion sur la clinique est insuffisante alors que cette réflexion est à mes yeux le principal défi auquel se trouve confrontée la profession. Expliciter ma position sur ce point me conduira à discuter la conception de la clinique qui transparaît dans les textes publiés par le SMT. J'ajouterai ensuite quelques éléments destinés à justifier mes préoccupations en ce qui concerne l'évolution du métier.
Sur chaque point, j'expliciterai d'abord la position du SMT avant d'exprimer mes objections.

L'ORDRE DES PRIORITÉS

L'objectif central affirmé et réaffirmé par le SMT depuis des années est condensé dans une formule : " *Il faut réinscrire la santé au travail dans la santé publique* ". Cet objectif est lié, dans le discours du SMT, à une certaine façon d'articuler et de hiérarchiser clinique médicale au sein de l'entreprise et intervention publique. Envisageons donc ces deux points.

Réinscrire la santé au travail dans la santé publique

La position du SMT
Les objectifs du SMT sont centrés sur une perpective : refonder l'action de la médecine du travail dans le cadre d'une démarche de santé publique afin d'enrayer le processus de précarisation et le déploiement aveugle des logiques économiques. Pour cela, il faut travailler à la mise en visibilité des problèmes de santé au travail hors de l'entreprise. Il est ainsi possible d'instruire les choix politiques et de faire pression sur les politiques publiques. Inscrire la médecine du travail dans une perspective de santé publique, cela signifie donc intervenir collectivement pour infléchir les politiques de santé dans le sens d'une meilleure prise en compte des questions du travail. Une telle démarche permettrait aux médecins de sortir de l'attitude de compassion subie et douloureuse et de redonner un sens au métier.
Cet objectif est éminemment respectable mais j'ai cependant une objection.

Objections :
L'intervention des professionnels dans le débat public et dans la définition des politiques de santé est absolument nécessaire. J'entends très bien qu'un regroupement comme le SMT puisse vouloir peser sur certaines orientations à partir de sa propre sensibilité. Je suis moi-même d'accord pour intervenir comme professionnel et comme citoyen pour peser, à propos de tel ou tel problème précis, sur l'orientation des politiques publiques. Je suis prêt à dépenser mon énergie pour convaincre un maximum de collègues du bien fondé de ma position. Mais je ne vois pas comment cela pourrait constituer un objectif pour la profession. Or, le mot d'ordre est généralement brandi comme s'il pouvait constituer un objectif programmatique pour la médecine du travail.
Le témoignage n'est pas un objectif en lui-même. La seule chose à faire dans cette direction, c'est de partir des problèmes concrets du terrain et des actions menées pour y faire face, de les analyser individuellement et collectivement, d'avancer sur cette base constats, suggestions et propositions, et enfin de les faire connaître largement. Le livre *Souffrances et précarité au travail* constituait une première amorce d'un tel processus mais aller au-delà implique de mettre en discussion de façon précise et argumentée les questions cliniques liées à la situation de précarité. Au contraire, la tendance est à revenir à un discours général sur la nécessité du témoignage dans l'espace public. Comme s'il suffisait d'aligner des témoignages pour obtenir des transformations.
Une telle perspective laisse penser que la prévention et les transformations du travail dans un sens plus favorable à la santé relèverait quasi exclusivement des pouvoirs publics et de l'action politique. C'est évidemment faux, les médecins ont des responsabilités directes vis-à-vis de la prévention des atteintes à la santé part le travail. Qu'est-ce donc qui empêche le SMT de reprendre le travail à partir de l'activité concrète et quotidienne des médecins du travail ?
La réponse apparaît dans les textes : c'est le regard très pessimiste porté sur la clinique.

La place de la clinique.

La position du SMT
Dans les textes du SMT, l'intervention au sein de l'entreprise est présentée comme peu efficace. Les espaces publics internes, à partir desquels pouvait antérieurement

(au cours de trente glorieuses) se déployer une dynamique de transformation, se rétrécissent quand ils ne disparaissent pas tout à fait. Ainsi, les clefs d'une politique de prévention ne se trouvent plus au sein de l'entreprise. Aussi bien intentionnées soient-elles, les interventions du médecin peuvent même constituer en danger pour les salariés. Elles sont en effet susceptibles de venir déséquilibrer les fragiles procédures de survie mises en œuvre par les salariés. Cette analyse de la faillite de l'action préventive à l'intérieur de l'entreprise fonde la nécessité et l'urgence du désenclavement de la médecine du travail et d'un recentrage sur la mise en visibilité des problèmes de santé au travail hors l'entreprise.

Certes, il est aussi possible de trouver dans les textes du SMT des passages qui insistent sur l'importance de la clinique mais c'est toujours dans un développement qui culmine sur la question du témoignage dans l'espace public.

Cette façon de décrire l'action des médecins du travail au sein de l'entreprise appelle plusieurs objections.

Objections :

Il faut tout d'abord poser que l'affaire de l'amiante témoigne effectivement d'une faillite du système de santé au travail. Manifestement, l'action des médecins au sein de l'entreprise n'a pas – c'est le moins que l'on puisse dire – l'efficacité souhaitable. Mais devons-nous et pouvons-nous pour autant abandonner ce terrain. Un tel constat devrait conduire, bien au contraire, à une réflexion approfondie sur les modalités de la démarche clinique au sein de l'entreprise. En effet, là où les textes du SMT voient une involution de la pratique clinique au sein de l'entreprise, il est au contraire possible d'observer tous les signes d'un déploiement. Le diagnostic porté sur la fermeture des espaces internes est, lui-même, très contestable. Si l'intervention en santé au travail était plus facile au cours des trente glorieuses, comment se fait-il que cette période soit le plus souvent caractérisée comme la période la plus sombre de la médecine du travail ?

Les préoccupations en matière de santé au travail sont montées en puissance de façon concomitante à la montée de la crise sociale. De nombreux verrous qui empêchaient la prise en compte des problèmes de santé au travail ont sauté. De nombreuses opportunités se sont ouvertes pour les médecins du travail. Leur position dans l'entreprise, la considération dont ils jouissent dans la société restent encore médiocres mais elles se sont très notablement améliorées. De plus, leurs capacités d'intervention se sont accrues de façon considérable. J'ai été médecin du travail en inter-entreprise dans la petite métallurgie à la fin des années soixante-dix et je vois aujourd'hui des collègues mener, dans ce type d'entreprise, des actions qui étaient absolument impensables à l'époque. La situation actuelle est très loin d'être satisfaisante mais je ne crois pas que l'on puisse dire que c'est nettement plus difficile qu'il y a vingt ans. Dans les entreprises, dont j'étais le médecin, les femmes et les immigrés étaient bien souvent soumis à des conditions de travail extrêmement éprouvantes vis-à-vis desquelles les possibilités de recours étaient quasiment nulles…

La période actuelle pose évidemment de très graves problèmes mais ils sont différents de ceux des périodes précédentes et il est difficile de porter des jugements globaux. Les conditions de travail, telles qu'elles peuvent être appréhendées dans une approche traditionnelle, se sont plutôt améliorées. En revanche, nous avons vu monter de nouveaux problèmes, précarité, peur du chômage, intensification du travail, souffrance liée à un décrochage croissant entre les aspirations des individus et les évolutions de l'organisation du travail.

Dans le même temps, du côté de l'action, ce qui a changé, ce qui s'est réduit, ce ne sont pas les espaces d'intervention interne, ce sont les espaces d'intervention des politiques publiques. Et ici encore, les choses ne sont pas simples car, dans la période que vous décrivez comme une période d'involution, la législation sur les problèmes de santé au travail a connu des développements tout à fait importants, et, en tous cas, sans commune mesure avec ce qui avait été fait au cours des trente glorieuses.

Alors, qu'est ce qui ne va pas ? Pour moi, c'est le fait que l'intervention de l'état est de moins en moins efficace. Nous sommes confrontés à des problèmes qui échappent de plus en plus à un pilotage par le haut. Face aux risques traditionnels, l'intervention étatique a une efficacité importante : on peut, par exemple, interdire l'amiante. Mais face aux problèmes d'organisation du travail, ce sont les capacités de résistance, mais aussi d'invention et de négociation au sein même de l'entreprise qui sont décisives. Aujourd'hui plus qu'hier, il faut soutenir le débat sur la santé au travail au sein même de l'entreprise

Or, témoigner dans l'espace public externe est facile et gratifiant. Au contraire, le travail en interne est difficile. Cela n'est pas contradictoire avec ce que j'ai dit sur les opportunités ouvertes à ce travail. Il y a des opportunités importantes mais nous avons dû apprendre chacun de notre côté à les saisir et à les travailler, alors que l'expression collective de la profession restait centrée sur les problématiques les plus traditionnelles. Nous souffrons donc avant tout d'un défaut de socialisation des pratiques professionnelles spécifiquement liées aux problèmes de la période actuelle. Au point que, dans un même service, chaque médecin ignore à peu près totalement comment se débrouille le médecin d'à côté.

Je sais bien que les animateurs du SMT tiennent pour eux-mêmes les deux versants de l'action. Il n'en demeure pas moins qu'il est problématique de valoriser ainsi dans les textes ce qui est facile au détriment de ce qui est difficile. En effet, il n'y a pas symétrie entre les deux perspectives. Il est possible de construire une authentique pratique de médecine du travail au sein de l'entreprise sans intervenir dans l'espace public externe. Il faut même dire que, bien souvent, tenir authentiquement le travail en interne impose de s'astreindre à une très grande prudence dans les prises de position publiques.

En revanche, construire une pratique de médecine du travail dans l'espace public externe sans véritable élaboration sur l'intervention au sein de l'entreprise expose

à un risque majeur : le risque de témoigner de la réalité sur le mode exclusif du malheur social. Au plan professionnel, cela ne peut conduire qu'au désespoir, et à la production de témoignages de plus en plus noirs. Au plan politique, une telle dynamique n'ouvre que sur deux issues : l'impuissance ou la violence.
Dans la ligne ouverte par l'ergonomie puis par la psychodynamique du travail, le témoignage devrait être, avant tout, un témoignage de la mobilisation, des obstacles auxquels elle se heurte et de son coût en termes de santé. Un tel témoignage, centré sur les atteintes à la santé et ouvrant sur l'organisation du travail et ses contradictions, implique une très forte élaboration au sein même de l'entreprise. Élaboration qui ne peut être renvoyée au talent personnel de chaque médecin et qui nécessite la construction collective d'une véritable clinique de médecine du travail.
Mais – cela me conduit au point suivant – manifestement, lorsque nous parlons de construction de la clinique, nous ne parlons pas de la même chose.

QU'ENTENDONS-NOUS PAR " CONSTRUCTION DE LA CLINIQUE " ?

La position du SMT

La clinique de médecine du travail, telle qu'elle est envisagée par le SMT, est une " clinique de la santé " distincte de la clinique médicale. Elle est fondée sur l'écoute compassionnelle.
Dans la relation individuelle avec le salarié, l'écoute permet de " donner acte " et de déculpabiliser. Il est possible, à partir de là, d'amorcer un début de socialisation de la souffrance. Mais au bout du compte, ce versant de la clinique n'a pas de lien direct avec l'action. La question du débouché sur des transformations dans l'entreprise n'est pas traitée. Cette question est renvoyée à la personnalité de chacun ou à l'intimité des espaces d'échanges entre médecins. La démarche clinique au sein de l'entreprise n'est évoquée qu'en tant qu'elle constitue la base non problématisée à partir de laquelle les professionnels peuvent construire un travail coopératif. La confrontation des expériences permet alors aux médecins d'inscrire leurs constats dans une continuité historique, de saisir les facteurs déterminants des processus ou trajectoires de transformation et de précarisation du travail, et d'accéder ainsi au sens des situations et des mouvements qui les traversent. Cet accès au sens des situations de travail constitue, pour le SMT, l'objectif de la clinique.
Cependant cet accès au sens ne permet pas un retour sur des transformations au sein de l'entreprise. Il présente même un risque de fragilisation des salariés voire d'effondrement de leurs procédures défensives. Le seul débouché de la clinique est donc logiquement le témoignage dans l'espace public.
J'ajouterai, à ces éléments directement tirés de la lecture des textes du SMT, une appréciation plus personnelle. Dans l'entreprise, la santé fait en permanence l'objet de compromis. Le médecin court donc en permanence le risque de servir de caution par rapport à des arrangements auxquels il devrait s'opposer. Des compromis sur la santé construits par les salariés, on passe alors à la compromission du médecin. Ce risque bien réel de compromission, fonde manifestement, la méfiance d'un certain nombre d'animateurs du SMT vis-à-vis de l'action au sein de l'entreprise. C'est probablement parce qu'elle constitue la brèche par laquelle s'insinuent tous les renoncements que l'action au sein de l'entreprise fait l'objet d'une occultation active dans les textes du SMT. Cela expliquerait que cette action soit rabattue sur la compassion ou, au mieux, sur un accompagnement dont ni les modalités, ni les liens avec la transformation du travail ne sont discutés.
Tout cela appelle, ici encore, de fortes objections.

Objections :

Disons le tout de suite, la " clinique de la santé ", " l'accès au sens des situations ", son danger ou son inefficacité, toutes ces notions sont pour moi dépourvues de signification.
Les craintes des animateurs du SMT face aux dérives de l'action au sein de l'entreprise sont évidemment fondées. Là dessus, il n'y a pas de divergences et nous avons dénoncé de concert les errements de la médecine d'entreprise. Mais à traiter un problème en l'évacuant, on s'expose à le voir revenir sous la forme du destin, de la fatalité. C'est justement parce que l'action au sein de l'entreprise expose au risque de dérives qu'il importe de traiter de cette action. Parce qu'il n'y a pas de médecine du travail sans action au sein de l'entreprise et donc pas de médecine du travail sans l'affrontement à ce risque.
Nous devons non pas fuir ce risque de compromission, mais nous armer pour l'affronter. Constituer et renforcer un point de vue propre qui nous permette de tenir l'exigence de la santé au travail sur le lieu même où se pose la question : dans l'entreprise. Une tendance répandue consiste à n'envisager comme point d'ancrage que les qualités et les convictions personnelles. C'est une erreur. Le point d'ancrage, c'est la clinique médicale. La clinique que nous devons construire n'est pas une clinique de la santé au travail. C'est une clinique médicale. Ce point de vue a été affirmé, à contre-courant, depuis plusieurs années par Odette Vivier-Tencer et Marie Pascual (1995)[101]. Je dois reconnaître que je n'ai pas saisi sur le moment l'importance de ce qu'elles disaient. Je pense aujourd'hui qu'elles ont raison et que nous sommes très insuffisamment médecins. La critique que je vais faire de notre fonctionnement est donc aussi une autocritique.
Lorsque nous évoquons les risques traditionnels (en particulier les problèmes d'intoxication), jusqu'à un certain point, nous nous comportons en médecins. Nous fondons nos avis sur des signes cliniques et paracliniques ainsi que

[101] Odette VIVIER-TENCER, Marie PASCUAL, Communication aux journées de travail des anciens élèves du module psychodynamique du CNAM, Lyon, 1995

sur les données de la littérature. En revanche, dès qu'il s'agit des contraintes imposées par l'organisation du travail, le discours change de tonalité. On ne compte plus les textes dans lesquels les médecins décrivent les contraintes auxquelles sont soumises telles ou telles professions. Mais ces textes ne comportent en général qu'un matériel clinique dérisoire. Si l'on enlève les troubles musculo-squelettiques, il n'y a quasiment plus rien. Et même dans le cas de ces pathologies, alors que l'on sait qu'elles s'inscrivent très souvent dans un tableau général d'hypersollicitation, les altérations de la santé concomitantes ne sont pas décrites.

Actuellement, le mode d'exposition spontané des problèmes du travail privilégie la description étiologique. L'accent est mis sur la situation et ses contraintes. La situation est présentée comme grave parce qu'elle pose tel ou tel problème d'organisation du travail. Quant à savoir quels sont les effets sur la santé, nous restons le plus souvent sur notre faim.

Malgré toutes ses qualités, l'ouvrage collectif *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail* souffre des mêmes limites que l'ensemble de la littérature produite dans la profession. Il suffit de lire ce qu'écrit Annie Thébaud-Mony dans la postface de cet ouvrage (p. 342 -343)[102] :

" Que constatent les médecins du travail ?

- Un recul du droit au travail et du droit à la santé au travail […].

- De multiples formes de discrimination sociale […].

- Un divorce profond entre droit et pratique du droit […]. "

Et elle ajoute un peu plus loin : *" Les visites médicales sont devenues au mieux un rite dénué de sens par rapport à la santé au travail ".*

Il y a bien là une interrogation importante sur le processus de précarisation du travail, mais comment ne pas entendre que ce constat pose aussi le problème de l'apport spécifique des médecins sur la santé au travail.

Si l'on doit répondre à cette deuxième interrogation, s'il doit y avoir une contribution des médecins sur les questions de santé au travail, alors il faut dire qu'elle ne peut pas porter sur la gravité intrinsèque des problèmes d'organisation, sur la nature des rapports sociaux ou sur les évolutions du droit. L'apport spécifique des médecins ne peut pas être centré sur autre chose que sur une analyse approfondie et argumentée des effets sur la santé. Or, si nous avons une sémiologie des atteintes par les facteurs de risque classiques, nous n'avons pas, aujourd'hui, de sémiologie des atteintes à la santé par le travail et personne ne semble s'en soucier. Nous avons une médecine des risques professionnels mais certainement pas une médecine du travail. Une médecine focalisée sur les situations de travail beaucoup plus que sur le coût en terme de santé de la mobilisation des hommes et des femmes.

Tout cela se ramène à une question simple : croit-on, oui ou non, que la souffrance liée aux problèmes d'organisation du travail a des répercussions observables en termes d'atteinte à la santé. Pour ma part, je suis sûr que oui et je sais que ces atteintes sont repérables chez les salariés en poste. De nombreux confrères ont quotidiennement l'impression, sur la base de la clinique, de rencontrer, chez les salariés, des problèmes de santé dont la science ne rend pas compte. N'est-il pas de leur responsabilité de chercher à expliciter cette impression et à décrire cliniquement les liens entre les situations dans lesquelles se trouvent ces individus et leur état de santé ? Et est-ce que cela ne passe pas par un processus d'élaboration, de formalisation, de rationalisation d'une clinique spécifique ?

Certes, les liens avec l'organisation du travail sont beaucoup plus difficiles à établir que dans le cas des facteurs de risque classiques. Mais c'est justement cette difficulté qui devrait nous conduire à produire des descriptions cliniques très fines. Au lieu de cela, l'analyse des effets sur la santé passe, au mieux, par l'utilisation des outils nécessairement rudimentaires de l'épidémiologie. C'est mettre la charrue avant les bœufs. L'épidémiologie a pour fonction de vérifier la validité statistique d'observations produites à partir de la clinique. Si les cliniciens regardent la réalité à travers les outils de l'épidémiologie, nous sommes parfaitement positionnés pour tourner en rond.

Et pourtant, quantité de signes témoignent du coût de la mobilisation au travail et de ses effets sur la santé : perturbations des comportements sociaux, modifications des habitudes alimentaires, transformations des investissements, troubles du sommeil, perturbation des façons de prendre soin de soi, manifestations de fatigue, d'angoisse, signes de la série dépressive, atteintes physiques, maladies et accidents, etc. Ces signes peuvent être mis en relation avec le travail sur un mode qui n'a rien à voir avec le lien statistique et qui leur donne une intelligibilité toute différente (*cf. L''analyse de la souffrance dans les pathologies d'hypersollicitation* – Congrès international de psychodynamique du travail, Paris 1997). Il y a là une place pour une médecine spécifique, différente de l'approche médico-légale des risques professionnels autant que de la psychologie et de la psychiatrie, dans la mesure où elle examine les atteintes à la santé dans leurs liens avec la souffrance au travail et au-delà avec les contradictions de l'organisation du travail.

Mais tout cela n'a rien à voir, pour moi, avec un quelconque " accès au sens de la situation ". Sur ce plan, je ne peux que signaler une divergence majeure. Dans tout ce que j'ai écrit et, je crois, plus largement, dans tout ce qui a été écrit en psychodynamique du travail, le sens a toujours été envisagé sous sa dimension subjective, c'est-à-dire en référence à la quête de sens qui anime les être humains. Cela n'a rien à voir avec un sens objectif auquel l'analyste accéderait. Ce dernier me paraît beaucoup plus proche de

[102] Anne THEBAUD-MONY, Postface au livre Souffrances et Précarités au travail, paroles de médecins du travail, Syros, Paris 1994

ce que vise Bourdieu[103] lorsqu'il évoque le savoir du sociologue sur l'enquêté, la maîtrise par le sociologue *" des conditionnements inséparablement psychiques et sociaux associés à sa position et à sa trajectoire particulière dans l'espace social "*. La question n'est pas ici de savoir si cette maîtrise est possible ou non, mais de savoir au nom de quoi, par quel miracle le médecin, engagé avec le sujet dans une relation compliquée, pris lui-même en otage dans les jeux stratégiques de l'entreprise, et dépourvu des ressources théoriques du sociologue, pourrait accéder à une telle maîtrise ou, pour reprendre la formulation type du SMT, pourrait " accéder au sens de la situation ".

" L''accès au sens des situations fragilise les postures professionnelles et les hommes ", est-il écrit. Mais en réalité qu'est ce qui fragilise ? L'accès au sens ? Ou bien le fait de laisser croire que l'on accède au sens ?

Enfin sur l'inefficacité de la socialisation de la souffrance, je me contenterai de dire ce que j'observe au plan pratique. Il m'arrive de travailler avec des groupes de médecins du travail sur des cas difficiles rencontrés dans la pratique. Très généralement, après que l'un d'eux ait décrit le problème auquel il se heurte, la conversation du groupe démarre sur les modalités d'action. Or, les descriptions des situations sont généralement très insuffisantes. L'analyse clinique, je l'ai dit, est sommaire et la façon de rendre compte des problèmes d'organisation n'a rien de particulièrement professionnel. En général, le discours ne permet pas de comprendre réellement le problème posé et son ressort principal réside dans l'autorité morale que confère la position de médecin. J'en arrive donc à penser que ce ne sont pas nos capacités à déclencher la mise en place de mesures préventives qui sont insuffisantes, ni même au premier chef nos capacités d'analyse – la psychodynamique du travail nous fournit pour cela un cadre de pensée particulièrement adapté –, mais, bien en amont, nos capacités de description. C'est là qu'il faut travailler. Il faut suspendre l'urgence de la recherche des solutions qui conduit à travailler sur des problèmes mal posés. Il nous faut apprendre à recueillir les signes, à les organiser, à en rendre compte à nos collègues, à discuter avec eux nos hypothèses et nos interprétations, à construire à partir de là nos interventions.

L'expérience montre que la qualité et la maturité de ce travail déterminent en grande partie la façon dont le médecin peut être entendu dans l'entreprise. Tant que nous n'aurons pas avancé sur ce point, il sera difficile de considérer que notre faible efficacité tient à une surdité particulière de nos interlocuteurs.

Au-delà, avancer dans la construction d'une clinique spécifique de la médecine du travail impliquerait de mettre en discussion la façon d'affronter les oppositions, les tensions qui structurent la démarche clinique. Il n'est pas question ici d'engager ce débat mais nous pouvons situer, à titre d'illustration, quelques-unes de ces oppositions :

- visite imposée / respect de l'intimité et de la dignité ;
- offre du médecin / demande du salarié ;
- demande du salarié / réponse du médecin ;
- écoute / investigation ;
- situation de travail / trajectoire biographique ;
- engagement dans le travail / préservation de soi ;
- formes et motifs de la souffrance / espoirs et valeurs investis dans le travail ;
- impact psychique du travail / répercussions sur le corps ;
- colloque singulier / espace public ;
- expression personnelle / conformité au rôle social ;
- point de vue de la santé / exigences de production ;
- action du médecin / action du ou des salariés…

Construire la clinique spécifique de médecine du travail impliquerait d'analyser comment et à partir de quels principes théoriques, déontologiques, éthiques, se développe la démarche clinique au sein de ce réseau de tensions et certainement pas à jeter un voile sur l'activité clinique du médecin.

Tout cela m'amène à ce qui, finalement, m'a poussé à prendre la plume : l'évolution de la médecine du travail.

L'ÉVOLUTION DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

Ma position vis-à-vis de l'état de nos compétences cliniques peut paraître sévère. Pourtant, elle repose sur une conviction : à partir des acquis de l'ergonomie et de la psychodynamique, il est possible de construire le métier de médecin du travail de telle façon que celui-ci soit en mesure d'apporter à la santé au travail une contribution précieuse. Cette contribution passe par la construction d'une clinique spécifique, certes nourrie des apports de l'ergonomie et de la psychodynamique mais distincte de l'ergonomie et de la psychodynamique.

Or, le point de vue dominant consiste à considérer que les compétences du médecin du travail sont constituées par l'accumulation d'éléments de compétences propres à une ribambelle de professionnels : médecin généraliste, spécialiste de la prise en charge médico-légale de la pathologie professionnelle, toxicologue, ergonome, épidémiologiste, hygiéniste industriel, psychologue, psychodynamicien et quelques autres. Le médecin du travail serait caractérisé par la possession d'une fraction du savoir de chacun de ces acteurs mais sans en maîtriser véritablement aucun. Le postulat sous-jacent à cette conception en mosaïque du métier de médecin du travail est qu'il n'y a pas de clinique spécifique en médecine du travail. À peu près tout le monde raisonne avec cette idée.

À partir de là, il n'y a pas trente-six solutions. La raison imposerait de remplacer cette hydre que constitue le médecin du travail par des services de santé au travail qui rassemblent de vrais professionnels des différentes disciplines, Malheureusement ces professionnels ne disposent pas du statut protecteur des médecins du travail. Et puis il y a les médecins du travail en poste… La solution alternative consiste alors à engager les médecins du travail à devenir eux-mêmes de vrais professionnels des

[103] Pierre BOURDIEU, Comprendre, in La misère du monde, Seuil, Paris, 1993. p. 903-925

disciplines voisines. Cette position est soutenue au sein du SMT. Elle est reprise et largement développée dans un texte récent de Marcel Goldberg (1997) [104].
Or, je pense que la pluridisciplinarité en médecine du travail est un leurre qui ne fait que masquer maladroitement le déficit de construction d'un point de vue propre. Évidemment, une discipline ne peut pas être pluridisciplinaire. Parler de pluridisciplinarité en médecine du travail revient à affirmer que la médecine du travail est un cadre réglementaire que l'on peut remplir de diverses choses au grès des évolutions de la société et en aucune façon une discipline. Et c'est une aberration logique que de considérer, comme beaucoup semblent le faire, que la pluridisciplinarité peut être un palliatif au déficit d'identité de la médecine du travail.
Sur cette question, nous approchons de la croisée de chemins. Les avancées des dernières décennies permettent de commencer à penser la médecine du travail comme une discipline en soi dotée d'un regard sur le travail que n'apporte aucune autre discipline. Si cette occasion était saisie – ce qui demanderait une grosse mobilisation des secteurs dynamiques de la profession – alors, nous pourrions envisager une vraie pluridisciplinarité. Non pas une pluridisciplinarité en médecine du travail mais une pluridisciplinarité des services de santé au travail. Une pluridisciplinarité dans laquelle le médecin du travail apporterait une contribution spécifique à côté de la contribution des autres professionnels.
À défaut d'une telle construction, il y a plus d'inconvénients que d'avantages à confier aux médecins le soin de la santé au travail…

Pour conclure, je voudrais rappeler le travail que nous avons effectué. Nous avons, ces dernières années, défendu la référence à la déontologie médicale contre les dérives ouvertes par une adaptation sans principes aux attentes du management. Le SMT a joué un rôle important dans ce débat. Il a montré le prix qu'il attachait à une des facettes de la position médicale : son ancrage déontologique. Mais nous ne pouvons pas nous arrêter là. De cette façon, on ne défend qu'un cadre. Il reste à savoir ce que l'on met à l'intérieur. À défaut d'une élaboration visant à doter le médecin d'un bagage technico-scientifique à la hauteur des problèmes actuels de santé au travail, la figure du médecin se trouve réduite à son versant le plus contestable : sa tendance à se comporter en " entrepreneur moral " (Freidson cité par Adam et Herzlich, 1994)[105].

TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES : AUTRE ÉCOUTE, AUTRE APPROCHE

Annie Deveaux

Dans chaque entreprise, où apparaissent des TMS, des signaux d'alerte existaient dans ce que racontaient les salariés sur leur travail, lors des visites médicales ou lors des entretiens au poste de travail. Le recoupement des histoires permet en général d'éclairer la situation.
Les témoignages bruts retranscrits ont été utilisés. Les prénoms ont été modifiés ainsi que les termes de métier pour des raisons d'anonymat. Tous ces fragments d'histoires ont été recueillis fin 1996-début 1997, dans la même entreprise.

LES AGENTS DE MAITRISE

Pierre :
C'est l'ancien agent de maîtrise du service expédition. Il vient de prendre sa retraite. Des TMS apparaissent dans ce service. Un seul cas avait été déclaré à son époque.

" Fallait en faire le double pour les agents de maîtrise et les opérateurs, qu'il y a vingt ans. J'y suis retourné. C'était un intérimaire qui tirait les tournées !!. Après ils s'étonnent qu'il y ait des erreurs et qu'on perde des clients. Les intérimaires n'ont pas l'habitude, le boulot retombe sur les autres.
Vous vous rappelez, j'avais toujours mal au dos. Vous me disiez "faut pas porter les pièces, à cause de votre dos". J'étais bien obligé d'aider les gars, il fallait courir, sinon, la tournée ne partait pas.
Avant les problèmes se réglaient entre collègues. Après, on n'arrivait plus à s'entendre entre services.
On n'allait pas voir la direction toutes les fois qu'il y avait un problème, ça c'est quelque chose que je pouvais pas faire "
Quand il manquait des pièces, il fallait toujours attendre, avant on avait les pièces rapidement. Tout est programmé, ça dérègle tout.
Des fois, je m'arrangeais pour aller faire faire une réparation à la couture, en me cachant du collègue, parce que lui, tout est programmé, son travail était fait, derrière, ça le regardait pas, il voulait pas savoir. C'est tellement programmé ! ! Tout est programmé, ça dérègle tout !
On fait le poing dans sa poche. Les réunions, ça n'apportait rien. Programmer, prévoir, y en avait. Résultat zéro. "
En réunion, quand je disais, "il faut arrêter la production pour reprendre une pièce qui devait partir". On me disait, "t'as vieux jeu". Le client était pas servi, c'est tout.
C'est tellement programmé ! ! Après c'était chacun pour soi.
Dans le temps, on n'avait jamais ces problèmes.
Des fois je passais des nuits blanches. À la fin, j'essayais de pas m'énerver, parce que deux heures après, je savais que j'avais mal au dos ".

Jean : …

---

[104] Marcel GOLDBERG, La spécialisation en médecine du travail : médecin du travail ou " expert " ? Chronique d'une mort annoncée (contribution à cet ouvrage)
[105] Ph. ADAM, C. HERZLICH, La sociologie de la maladie et de la médecine, Nathan Université, Paris, 1994

Il vient de partir en retraite. Ancien agent de maîtrise, responsable d'une partie de la chaine.

Les opératrices de son ancien service, chez qui apparaissent des TMS me disent *: " Maintenant, on s'arrache le ventre avec ces chariots qui ne roulent pas ... Jean., tout le monde le critiquait mais on n'avait pas de peine, il nettoyait toujours les roulettes. Maintenant, on le signale au chef. Il dit que c'est pas son travail et il avertit la maintenance, il y aura peut-être quelqu'un qui viendra une fois par semaine pour le faire ! ! ".*

Lui : *" Pourquoi, je faisais ça ? J'avais été ouvrier, je savais où était la peine. J'essayais d'éviter la peine en faisant la production et la qualité…*
Maintenant, c'est un peu le cirque, l'organisation est pas la même. Dans le temps, c'était pas mal organisé. Il n'y avait pas de réunion de la maîtrise, ni avec la direction. On se parlait entre collègues. On arrangeait ça entre nous, on était tous là pour que ça aille. Y en a beaucoup qui appréciaient pas ces réunions. On se parle moins. On décidait entre nous. Maintenant, les ordres viennent d'en haut ".

Bernard :
Agent de maîtrise, issu du bureau de méthodes.

" J'ai failli partir cette année, ce n'était plus possible. Depuis cinq à six ans, depuis le changement de direction, les commerciaux, de Paris, nous balancent toutes les semaines des nouveaux produits à faire. On nous demande de produire comme aujourd'hui, avec les moyens d'il y a vingt ans. Résultats, les ouvriers s'en prennent à nous. Avant, je faisais des réunions avec mon équipe pour les tenir au courant des nouveaux produits. J'ai arrêté, parce que ça changeait toutes les semaines. Personne ne m'a demandé pourquoi j'avais arrêté, ça m'a surpris.. On passe pour des guignols.
Il y a un an, avec tous les collègues de la maîtrise, à cause des problèmes de qualité, on a fait une lettre au directeur, avec double au directeur de fabrication pour qu'il intervienne auprès des commerciaux. Aucun résultat!, au contraire, c'est le directeur de production qui s'est senti visé alors que ce n'était pas le but recherché. On espère que la dernière restructuration va marcher, parce que sinon on va disparaître.
C'est pourtant simple, il y a des piles de livres écrits pour expliquer comment s'organiser, comment gérer. Il suffit de les lire et de faire ce qu'ils disent.Les américains le font, les japonais le font,pourquoi pas nous ?
Vous vous rappelez, il y a sept à huit ans, la réimplantation, j'y avais travaillé : j'ai pas osé le dire à ma femme, mais j'étais impatient de reprendre le travail après les vacances pour voir comment ça allait marcher. Cette année, je suis venu en traînant les pieds.
Les ouvriers voudraient qu'on soit toujours dans l'atelier pour pousser les chariots ou apporter les produits. C'est pas notre travail. On a aussi des choses à faire dans le bureau ".

LES OPÉRATEURS

Henri :
Poste de fermeture-finition. Dans ce service il y a eu plusieurs cas de TMS et une tentative d'aménagement par alternance de poste qui ne s'avère guère convaincante.

Le poste est dur. Il y a des difficultés à recruter. Dans les dossiers des anciens, on retrouve des traces de TMS, mais avec une moindre fréquence.
Henri dit n'avoir pas eu de problème particulier jusqu'au changement d'organisation : alternance entre deux postes pour diminuer le risque de TMS.

" On nous a présenté ça comme une amélioration des conditions de travail. Ca permettait d'embaucher le fils du chef. Personne ne veut venir à ce poste.
Il n'y a pas de cohésion de l'équipe en fermeture. Depuis le changement de direction, il y a eu un changement au niveau des chefs. Avant, on pouvait discuter plus. Maintenant, les chefs se bouffent le nez entre eux. Avant, quand on disait quelque chose, ils écoutaient d'une oreille. Maintenant, ils critiquent. J'en dis de moins en moins.
On n'a pas fait de nouveaux produits, mais les produits sont de plus en plus durs. Il y a un laisser-aller de la maîtrise. La qualité reste, mais il y a un laisser-aller dans la fabrication.
En été tout passe, en hiver on épluche tout. Maintenant, je ne dis plus rien. On ferme les produits ; après ils sont arrêtes en vérification. Avant, on disait avant de les fermer ; mais ça ne sert à rien. On travaille n'importe comment. Ca dure depuis deux à trois ans.
Ca nous gêne de faire un produit qui ne va pas. Mais le chef nous dit de laisser.
Certains préfèrent faire leur production avec des petits modèles plutôt que des grands modèles.
Le chef ne fait pas son travail de chef. On s'est fait à l'idée qu'on pouvait laisser aller. Mais certains jours, ça pète à l'intérieur. Beaucoup sont indignés.
Maintenant, les chefs sont mouillés sur la qualité, donc ils devront faire attention. Avant, les chefs étaient chefs. Ils ne sont pas reconnus comme d'anciens bons ouvriers. Ils ne savent pas prendre de décision ".
Ca fait des années qu'on essaie de faire de la qualité. Maintenant, quand on va dans les magasins, on voit bien que nos produits sont moins jolis que ceux des autres. Ils sont moins flatteurs ".

Roger :
Il n'a pas eu de problème de santé, jusqu'à sa formation de polyvalent fermeur.

" Le problème, dans ce travail, c'est la résistance des ressorts. C'est un travail manuel, tout est fait avec les mains.
À l'apprentissage, on souffre tous ; moi ça a été d'abord le poignet, puis beaucoup plus l'épaule, trois ans après.

On m"a appris rapidement et n"importe comment à fermer. J"ai voulu faire pareil que les autres en les regardant. Faut six mois pour apprendre, mais pas les ficelles du métier. C"était démerdes-toi. Aucun travaille pareil, ça c"est sûr.
Avant, on portait les pièces sur les avant-bras et on traversait la moitié de l"atelier.
On ne porte plus les produits depuis six à sept ans. Ils font tout pour nous soulager. Les conditions sont améliorées. La production est la même. Les modèles ont changé. Les machines sont modernisées. Le travail change en bien, et moi, j"ai de plus en plus mal.
L"ambiance n"est pas bonne, ça empire. Ca a failli se battre la semaine dernière. Peut-être le choix des produits…Chez les anciens, peut-être.
J"ai du m"arrêter : le tissu avait changé, c"était du non tissé, il fallait travailler autrement. Il y a eu du changement en terme de fermeté. C"est plus dur à écraser.
Les relations avec la hiérarchie ont été dures à cause de l"arrêt. On m"a presque traité de fainéant. En dehors on disait du mal de moi. Les collègues ont pris ça à la rigolade. Ca, ça affecte.
Maintenant, la douleur ne passe plus. Elle revient au bout de deux heures. Pourtant, j"aime faire ce travail, j"aime voir le produit fini. Même si c"est dur, on essaie de faire bien. Des fois, la douleur est plus violente selon le produit. Je sais d"avance. C"est un choix que j"ai fait, de tenir. Je peux maîtriser cette douleur. Maintenant, j"ai l"expérience de mon épaule. C"est le travail qui dirige.
J"aime voir mon travail fini. C"est le poste le mieux payé, mais on n"est plus respecté ".

LES SERVICES ADMINISTRATIFS

Yvette :
Secrétaire commerciale. Elle vient d'avoir une épicondylite.

" On organise la désorganisation et il faut rester opérationnel. On n"ose plus dire ce qui ne va pas. Si on dit, on a peur de ce qu"on va déclencher comme réaction. Si on dit pas, c"est pas bon pour soi.
On obéit sans discuter le bien fondé. Tout le monde a peur, on s"exécute. On finit par accepter les erreurs ; avant, on les acceptait pas. On est devenu philosophe, sinon, on serait hyper-stressé. Il y a de plus en plus d"erreurs, on ne se rebelle plus. On baisse les bras. On remplit les bordereaux de réclamations. On se pose pas de question. On ne rappelle plus les collègues. Il n"y a pas de conflits. On se tient en retrait.

Il y a une désorganisation du travail et on ne peut pas dire au chef ce qui ne va pas. C"est la réorganisation permanente qui désorganise. Je me lève le matin, je suis fatiguée, avant c"était un plaisir. On a eu du travail. Ils nous abaissent.
On tourne en rond, on ne sait plus ce qu"on doit dire. On nous dit de dire ce qui ne va pas, mais si on le dit, on nous dit qu"on est négatifs ".

Jacques :
Il occupe un poste administratif non informatisé. Il organise les tournées. Il vient d'avoir une épicondylite.

" Maintenant, à chaque camion qui part, il manque des pièces. Les stocks sont faux.
Il y a de plus en plus de travail à remettre d"aplomb. Je viens à 13 h 15 au lieu de 14 h pour faire ma tournée.
Avant, pour chaque camion de produits finis qui arrivait des autres usines, on avait une feuille par tournée. Maintenant, pour supprimer des papiers, parait-il, il n"y a qu"une seule feuille; résultat, là où on mettait 30 minutes, on met deux heures. On en a parlé au chef, ça le fait rire, il dit que ça ira mieux quand tout sera informatisé. Avec le collègue, on lui a proposé d"aller avec lui, voir le directeur de production, il ne veut pas. Des fois, on rentre chez soi, on pourrait se pendre ".

CE QUI EST MIS EN ÉVIDENCE, Ë TRAVERS CES TÉMOIGNAGES:

L'intensification du travail et l'augmentation de la variabilité.
- le nombre de pièces à produire reste le même, mais elles sont plus dures. Il n'y a que celui qui ferme le produit qui éprouve, dans sa chair cette augmentation de la fermeté. Un feutre peut avoir le même poids au mètre carré, la même épaisseur et être plus ou moins difficile à déprimer. C'est la même chose pour le tissu. L'éprouvé est forcément subjectif mais il ne peut être objectivé.
- le recours à la polyvalence et au travail précaire empêche la constitution de savoir-faire expert et augmente la charge des permanents en finition par augmentation de la variabilité.

Les exigences de qualité :
- Elles sont portées très haut par les opérateurs. Pour maintenir la qualité, les salariés se font mal. On prend sur soi mais à partir du moment, où les chefs laissent faire sur la qualité " ça pète à l'intérieur ". Cela a été prouvé par d'autres travaux : ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité rend malade.

Le problème de la maîtrise : le choc de deux maîtrises.
- la maîtrise issue de la production, parce qu'elle possède les savoir-faire incorporés des opérateurs essaie de concilier le respect du planning et les réalités quotidiennes de la fabrication avec ses aléas. Reconnue par les opérateurs, elle s'affronte à la maîtrise issue des bureaux de méthodes. Cette dernière, plus en difficulté sur la réalité de la production espère toujours en une amélioration de l'organisation qui permettrait de prévoir et de gérer tous les aléas et sera donc plus à l'aise dans les réunions.
- les aléas de la fabrication sont cogérés par les opérateurs et la maîtrise issue de la production. Ils sont ignorés ou niés par la maîtrise issue des bureaux de méthodes (ou BTS ou IUT) et donc totalement gérés, dans leurs dimensions physiques et psychiques par les opérateurs.

Avec, par exemple au niveau du service expéditions, deux conséquences : avant, l'ancien responsable essayait d'obtenir, même en se cachant de son collègue de la couture, l'interruption du programme pour reprendre une pièce qui devait partir ce jour-là. Le nouveau chef respecte plus volontiers la prescription et les prérogatives de son collègue. Les reprises sont faites en fin de journée.
- Soit le produit ne partira pas donc une conséquence en terme de qualité: un allongement des délais, une conséquence en terme de santé pour l'organisateur des tournées qui n'a pas le plaisir du travail bien fait.
- Soit le chargement de la tournée sera accéléré avec des conséquences en terme de santé pour les manutentionnaires et éventuellement pour le chauffeur du camion : départ plus tardif et contrainte temps ou tournée mal chargée et manutentions plus importantes lors des livraisons.

Certains aménagements prévus pour diminuer les manutentions (convoyeurs) limitent également les marges de manœuvre des opérateurs qui n'ont plus, en bout de chaine, la possibilité de choisir un produit en fonction de leur état interne. Seul le premier de la chaîne a le choix, d'où sentiment d'injustice et tension dans le groupe.

Les décisions de gestion prises à distance sans prise en compte des réalités de fabrication, l'absence de pouvoir de décision sur le terrain avec une direction d'usine qui ne peut faire entendre son point de vue auprès des services commerciaux, des agents de maîtrise qui n'obtiennent pas de réponse à leurs demandes sont sources d'incertitude et de tension.

Alors que l'on parle de communication, on se trouve dans une situation ou on se parle alors qu'il n'y a pas de réunion et où on ne se parle plus à partir du moment où il y a des réunions.

POINT DE VUE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

À travers ces récits, les salariés nous parlent surtout de l'organisation du travail, beaucoup plus rarement de gestes, de postures, d'outils. Ces témoignages illustrent bien l'engagement des salariés, pour tenir et faire un travail de qualité. Dans tous ces témoignages, la souffrance psychique apparaît plus importante que les manifestations physiques. Est-elle primitive, secondaire ou simultanée aux TMS ? Les TMS sont-ils une manifestation somatique de cette souffrance psychique ?
La confidentialité garantie par le cadre du cabinet médical autorise une prise de parole authentique, à condition que le médecin du travail formé à l'analyse de l'activité, tout comme l'ergonome, veuille bien " faire l'expérience chaque jour renouvellée du dénuement professionnel devant une expérience toujours singulière[106] ".

À partir de ces témoignages, le médecin du travail peut comprendre l'organisation du travail et ses conséquences en terme de santé individuelle et collective. Son travail consistera ensuite à porter à la connaissance des partenaires sociaux, lors des CHSCT ou par le biais de la fiche d'entreprise ou du rapport annuel ce qui dans l'organisation du travail peut compromettre la santé des salariés.

POUR UNE CLINIQUE PLURIELLE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

André Allemandou

Selon l'exercice qu'il privilégie, un médecin du travail peut considérer que la clinique constitue une question majeure; il peut aussi estimer qu'elle ne pose pas de problème dans la mesure ou elle constitue la base de tout exercice médical.
Et pourtant, comme l'écrit A. Thébaud-Mony, en médecine du travail *" les visites médicales sont devenues un rite dénué de sens ".*

Le sens du travail étant masqué par l'organisation du travail au salarié lui même, celui-ci peut réagir de façon insensée.
Si le médecin s'en tient au traditionnel exercice clinique, la relation médecin-malade devient à son tour insensée.
Si le médecin veut échapper au rôle de fou que lui assigne cette situation il lui faut entrer en résistance voire en rébellion.

Or, dans le contexte d'une formation médicale essentiellement scientifique et biologique, insuffisante dans le domaine des sciences humaines et sociales la tentation est au contraire de développer une forte réaction de " retour aux sources ", de s'amarrer exclusivement au " cordon ombilical " de cette première formation.
Alors que la clinique médicale exige que soient aussi pris en compte les signes subjectifs, le médecin va parfois interpréter la symptomatologie sur le mode exclusif de " l'objectivité scientifique ".

Tout l'y pousse.
Tout se rétrécit comme peau de chagrin, autour du médecin du travail confronté aux préjugés sociaux et professionnels.

---

[106] Philippe DAVEZIES, Annie DEVEAUX, Alain GROSSETETE, Odile RIQUET, Pathologies d'hyper-.../...

sollicitation, entre contraintes du travail, identité et rapports sociaux, Intervention au Colloque de Psychopathologie et Psychodynamique du Travail, Paris, 3 janvier 1997
Francis DUPONT, Jacques DURRAFOURG, L'analyse de l'activité pour travailler le point de vue du travail, Performance (hors série), 1995, 41-44

Si le patient est un lombalgique, pour l'employeur c'est normal qu'il ait mal au dos: " il construit sa maison " et puis " c'est le mal du siècle ".
Pour certains de ses confrères ce qui n'est pas compréhensible, ce qui relève d'un inavouable " je ne sais pas " est, au mieux, étiqueté " essentiel ".
Au pire la suspicion s'exerce sur l'accidenté du travail atteint du " syndrome subjectif des traumatisés crâniens " ou de " comportement sinistrosique ".

L'attitude devant la lombalgie illustre les limites et les contradictions d'un tel abord médical.
En se reportant au dossier du salarié on découvre souvent que le médecin du travail s'il " enregistre " bien les plaintes, souvent émise sur le mode d'une " polysymptomatologie ", les interprète dans un premier temps sur le registre unique d'une fonctionnalité, puisqu'il s'en tient à la recherche de signes objectifs.
On peut suivre ainsi parfois, dans les métiers exposés, au cours des années, la dégradation de la santé physique. Elle ne devient médicalement prise en compte qu'avec l'apparition des troubles objectivables.
Quand apparaissent les " faits ", le mal est fait.

Le médecin du travail devrait pourtant à la fois ne pas ignorer ce que la clinique lui enjoint en matière de prise en compte de la subjectivité mais aussi ne pas négliger la question du sens que le salarié donne à son " cheminement de santé ".

Comment ne pas avoir saisi que si le salarié se plaint de son dos, c'est aussi " qu'il en a plein le dos "?
Ce qu'on nomme sinistrose, n'est-ce pas l'incapacité du médecin aveuglé par la méthode clinique exercée de façon restrictive, à s'apercevoir du caractère prémonitoire de certaines plaintes ?
Considérant son double caractère de révélateur de pratiques cliniques obtuses et de signe prémonitoire à interpréter dans le cadre d'une nouvelle clinique spécifique, ne peut on s'écrier: " vive la sinistrose " ?

Comme l'écrit Ph. Davezies, ne nous laissons pas envahir par " la naturalisation des causes ", par une excessive objectivation.
Il ne saurait être question d'abandonner le terrain de la clinique objective sous peine de perdre une partie de notre spécificité professionnelle.
Toutefois cette objectivité ne peut être un prétexte à occulter la souffrance et à cliver l'individu pour le cantonner à une lutte contre la maladie en le coupant de sa lutte pour la santé.

Dans ce domaine chaque parole compte. " Il faut reconstruire l'unité de l'être humain et le restituer dans toute sa complexité " (E. Morin).
Le rôle du médecin du travail consiste à " reconstituer le puzzle ", à restituer une globalité.
Il lui faut aussi entendre à travers ce que dit le patient, ce qu'en fait il ne dit pas. Ainsi parole et écoute redécouvrent le sens des situations de travail du point de vue du salarié.

Dans le cadre du colloque singulier, nos patients parlent, parfois ils crient. Ils se démènent, se débattent. Mais aussi en nous présentant leur corps fatigué ou en souffrance, c'est leur âme qui s'exprime. Ses propositions d'un sens caché ne doivent pas se perdre dans un désert de froideur, de silence ou de suspicion.
Les salariés tentent de donner du sens à la construction de leur santé au travail. Les médecins du travail en refusant de les entendre participeraient à leur aliénation et s'aliéneraient eux mêmes.

_

UN EXERCICE MÉDICAL ENTRE ÉCOUTE ET ACTION

Alain Carré

Esculape, dieu de la médecine, avait deux filles, Panacée déesse de la thérapeutique, Hygiée, déesse de l'hygiène et de la prévention.
Deux branches de la médecine naquirent de cette dichotomie : la médecine individuelle de soins ou curative et la médecine de santé publique ou de prévention.
Dans notre pays, le sort de la seconde fut moins bon, au point que certains évoquent la " défaite de la santé publique en France[107] ". Le nouveau Code de déontologie tente, dans ce domaine, de rétablir l'équilibre.
Ces deux branches de la médecine ont des bases communes.
La déontologie tout d'abord. Il ne s'agit pas seulement d'un système fondé sur des considérations morales. Il s'agit de permettre l'efficacité technique d'un exercice professionnel en le fondant sur des références éthiques. Il s'agit d'une morale du " faire " ici destinée à obtenir la confiance d'un patient ou de sujets, préalable incontournable à toute activité ayant rapport à la santé.
La seconde base qui conditionne la déontologie est l'humanisme, humanisme médical qui considère la primauté de l'être humain comme individu unique sur tout autre considération et lui reconnaît le droit de choisir son destin.

Ce qui fait la spécificité de la médecine du travail, c'est qu'elle relève à la fois de l'un et de l'autre secteur de la médecine. En effet, elle a pour vocation de s'intéresser à l'aspect individuel de la santé et à son aspect collectif.
D'un côté, elle se rapproche donc des méthodes de la médecine curative, de l'autre elle émarge à celles de la santé publique. Son exercice implique d'utiliser ces

[107] Aquilino MORELLE, La défaite de la santé publique, Flammarion, Paris, 1996

références à la fois successivement mais aussi simultanément.
Les aspects individuels et collectifs, nous les verrons, sont étroitement impliqués en milieu de travail.
Dire que la médecine du travail relève des deux secteurs, cela implique donc, qu'elle ne puisse-t-être totalement réduite à l'un ou à l'autre.

UNE DÉFINITION OPÉRATOIRE DE LA SANTÉ

La santé peut elle se définir comme absence de maladie ?
Une telle définition peut paraître opératoire pour la médecine curative : *" Un homme bien portant est un malade qui s'ignore "* prophétisait ironiquement le Docteur Knock.
Elle l'est beaucoup moins pour la santé publique qui ne s'intéresse pas seulement à des questions touchant à la morbidité. Elle ne l'est plus du tout pour la médecine du travail. Tout salarié est considéré comme un bien portant. La mission du médecin du travail est de " préserver sa santé ".
L'examen clinique en médecine curative vise à détecter les signes de la maladie. L'examen clinique en médecine du travail a pour but principal de s'assurer que ces signes n'existent pas.
Le médecin du travail peut donc légitimement ressentir le besoin d'une autre définition de la santé qui lui permette de fonder sa pratique.
Conserver la santé de ses patients pose la question de la prévention. La prévention, c'est-à-dire " ce qui vient avant ", inscrit la pratique du médecin du travail dans le temps.
Comme la destinée humaine, la santé n'est pas donnée une fois pour toutes, elle se joue à chaque instant. Cet état idéal de bien être que nous propose l'OMS n'existe pas, vouloir y atteindre ne peut être qu'un exercice d'espérance puisque le résultat final est inéluctable.
Pris dans le courant du temps, chaque être humain espère contre toute attente, et tente de faire, avec ses moyens, ce qu'il pense être le plus propice pour lui permettre d'atteindre le bien être.

" Laissées à elles-mêmes, les affaires humaines ne peuvent qu'obéir à la loi de la mortalité, la loi la plus sûre, la seule loi certaine d'une vie passée entre naissance et mort. C'est la faculté d'agir qui interfère avec cette loi parce qu'elle interrompt l'automatisme inexorable de la vie quotidienne (...) La vie de l'homme se précipitant vers la mort entraînerait inévitablement à sa ruine, à sa destruction, n'était la faculté d'interrompre ce cours et de commencer du neuf, faculté qui est inhérente à l'action comme pour rappeler constamment que les hommes bien qu'ils doivent mourir, ne sont pas nés pour mourir mais pour innover[108] *."*

[108] Hannah ARENDT, Condition de l'homme moderne, Pocket Agora, Paris, 1994

Une définition de la santé prend en compte ces remarques, celle de Chr. Dejours :
" La santé, pour chaque homme, femme et enfant, c'est d'avoir les moyens d'un cheminement personnel et original vers un état de bien être physique, psychique et social ". Elle dépasse en introduisant dynamicité et libre arbitre la définition de l'OMS. Elle répond ainsi aux exigences de prévention de la médecine du travail.

Cette définition est opératoire non seulement parce qu'elle est conforme à l'humanisme médical et à la déontologie médicale mais aussi parce qu'elle fonde les pratiques préventives.
En effet, la santé devient pour chaque être humain un exercice de liberté individuelle. En fonction de sa personnalité, de ses connaissances et de son expérience, chacun d'entre nous intervient à chaque instant sur son propre état de santé.
Le terme " cheminement " donne acte de la difficulté de la marche et de la dureté du chemin avec ses hauts et ses bas, ses succès et ses échecs.
Mais la partie réellement opératoire pour la pratique médicale préventive, ce n'est point tant la nature du cheminement qui prend de l'importance dans cette perspective que les moyens qui président au choix de ce cheminement.
Il s'agit de guider le cheminement, d'éclairer les obstacles, de donner les moyens de la libre décision.
C'est ce qu'accomplit le médecin du travail lorsqu'il précise les conditions du poste de travail en fonction de l'état de santé du salarié. C'est ce qu'il fait lorsqu'il met en évidence des risques individuels ou collectifs pour la santé.
C'est aussi dans ce sens que transmettre, dans ce domaine, des connaissances à une communauté, mettre en évidence certaines conditions susceptibles de retentir sur la santé, c'est exercer la médecine.
Selon cette définition, *prévenir, c'est préserver des marges de manœuvres, individuelles et collectives qui permettent à chacun un véritable choix de santé.* Pour atteindre cet objectif, le médecin du travail doit procurer à ses patients les connaissances indispensables, sous la forme appropriée pour permettre la compréhension et l'appréciation des risques.
C'est aussi s'opposer, d'un point de vue professionnel aux obstacles qui diminueraient ces marges de manœuvres.
La prévention individuelle en médecine du travail c'est, dans le milieu de travail, de conserver, d'obtenir ou de fournir les moyens du choix individuel pour chaque salarié d'un cheminement personnel et original vers un état de bien être physique, psychique et social.

ABANDONNER LE TRAVAIL ?

Tenter aujourd'hui de donner une définition du travail est devenue une gageure.

Plus douloureux qu'exaltant, pour beaucoup de salariés, confondu allègrement avec l'emploi, le travail demeure ce " tripallium " supplice à trois pals.
Il est assimilé à cette fameuse " sueur du front " qui seul permet de gagner sa vie, un gagne-pain dont il faudrait se débarrasser au plus vite afin de se consacrer à des activités plus nobles.
Rejeter le travail dans ce recoin obscur des utilités désagréables permet de faire l'économie de son analyse. Ce luxe les médecins du travail ne peuvent se le permettre puisque, nous le montrerons, travail et santé sont liés.

Selon une partie des " spécialistes " du travail, il faudrait réduire la place qu'il occupe dans la société.
Les partisans de cette solution estime qu'on peut construire une démocratie en s'isolant du lien économique.
C'est ainsi que D. Meda, sans nier la part du lien économique dans le lien social considère que : *" l'homme est d'abord un citoyen avant d'être un producteur "*.
Elle considère que : *" le développement fantastique de la production est allé de pair avec une dépolitisation de masse "*.
Elle doute de la : *" possibilité pour les salariés de maîtriser les procédures de travail "*.
Son argumentaire est que l'activité humaine ne se réduit pas au seul travail, que le travail n'est pas le seul moyen de créer un lien social. Comme l'entreprise ne peut à elle seule assumer l'ensemble du lien social, il faut reconstruire le social sur d'autre base que le travail.
Elle fonde son analyse sur un abord historique de la notion de travail.
Le travail moderne serait né au XVIIIe siècle en lien avec la naissance de l'individualité et de l'économie. Elle estime que individualité, travail et économie sont consubstantiels et sont des obstacles à la constitution du lien social comme le montre l'échec de l'état de providence.

Il nous semble y avoir dans cette position, des confusions sémantiques. Individualisme n'est pas individualité, activité de travail n'est pas travail salarié, économie n'est pas libéralisme.
Ce qui est né au XVIIIe siècle, c'est le libéralisme économique qui, fondé sur l'individualisme (et non sur l'individualité) institue l'exploitation du travail salarié, c'est-à-dire de la rétribution (et non de l'activité professionnelle) comme source de profit.
Ce n'est pas l'économie qui empêche que le travail soit créateur de lien social. C'est cette économie-là qui ne permet pas que ce travail-là soit créateur de lien social. On ne peut tirer d'enseignement général d'un exemple particulier que si l'on démontre son caractère universel.

Ce que D. Meda nomme *" l'accident de l'état providence "* ne fut-il pas plutôt caractérisé par l'influence politique du lien social créé par le travail à la faveur de la théorie économique de Keynes ?

N'est-ce pas le fait que le producteur commence à construire une part importante de sa citoyenneté dans l'entreprise qui constitue la raison même de la réaction libérale actuelle ? L'émergence du producteur sur la scène politique ne vient-elle pas entraver l'économie libérale ?

LA PLACE DU TRAVAIL DANS LA VIE ACTIVE

D. Meda utilise à l'appui de sa thèse la description de la vie active telle que la définit H. Arendt. Ainsi, elle découpe celle-ci entre différents types d'activités : les activités productives, politiques, culturelles, familiales, amicales, amoureuses.
Il semble qu'elle commette un contresens. En effet, H. Arendt montre que chacune de ces activités participe non pas diachroniquement mais synchroniquement à la vie active (vita activa) de chaque être humain.
Si sa description de la vie active en trois composantes " le travail ", " l'œuvre " et " l'action " est diachronique c'est dans un but de démonstration.
Elle balaye ainsi le cours de l'histoire pour signaler à chaque étape le caractère réducteur de ce qu'elle appelle " le travail " et de " l'œuvre ".
Par " travail " H. Arendt désigne la partie de l'activité humaine, celle de *l'animal laborens*, qui vise à perpétuer la vie biologique, à répondre aux nécessités de la vie, aux besoins du corps.
Que le travail soit un " gagne-pain " cela n'a pas à être démontré. " Il faut travailler pour manger et manger pour travailler ". Aussi animale que soit cette activité, elle participe toutefois de la liberté de l'être humain *" puisqu'il ne peut être libre s'il ne sait pas qu'il est soumis à la nécessité car il gagne toujours sa liberté en essayant, sans jamais y réussir parfaitement, de se délivrer de cette nécessité "*.

" L'œuvre " est la part d'activité professionnelle qui a pour résultat la transformation du monde matériel. Alors que le " gagne-pain " est " pris dans le mouvement cyclique du processus vital corporel (et) n'a ni commencement, ni fin, " l'œuvre " à un commencement précis, une fin précise et prévisible.
L'utilitarisme cohérent qui préside à cette activité tend à évacuer la notion du sens par la question de l'utilité et peut déboucher sur une instrumentalisation des êtres humains. C'est là que peuvent naître les atteintes à la santé, l'exclusion. L'instrumentalisation de la nature peut produire des désastres écologiques.
Si l'on arrêtait à ces deux aspects la description de la vie professionnelle, du travail, comment ne pas être tenté de fuir cette géhenne et rejoindre les partisans de sa mise à l'index.

Nous, médecins du travail, pouvons confirmer que le travail lorsqu'il n'est plus qu'alimentaire ou lorsque l'homme n'y est plus que l'instrument de la volonté d'autres hommes compromet la santé.

Mais ce que nous apprend aussi notre métier, c'est que la santé peut se construire au travail si celui-ci préserve les conditions de la construction de la personnalité du sujet et l'approfondissement du lien social.

GESTION DES " RESSOURCES " HUMAINES ET MODÈLE DE L'HOMME

Chercher à définir le travail comme concept n'a d'intérêt que si on s'intéresse à ce qui précisément en fait la valeur.
Le système actuel de conduite d'entreprise conduit à rejetter le social hors de son champ. Il s'interdit ainsi une véritable compréhension de ce qui se passe dans l'entreprise. Il lui est donc impossible de créer un modèle d'organisation qui ait valeur humaine : l'entreprise lui apparaît comme un agrégat d'individus et non comme une entité collective pourvue d'autonomie et dotée de capacités créatrices. Tout y est traité en terme de marchandise, d'échanges mesurés par l'argent, d'efficacité et de rentabilité. En niant l'importance de la compétence sociale, le nouveau système engage du même coup la désintégration des rapports sociaux, la rupture des solidarités, l'éclatement des collectifs.
Mais la gravité de la situation est-elle perceptible pour les responsables d'entreprise ? Si elle l'était la tentation ne serait-elle pas d'essayer, une fois encore, de reconstruire le dialogue social de l'extérieur ce qui reposerait sur l'idée fausse qu'il serait possible d'induire artificiellement un dialogue social en prise direct avec les objectifs du management ?
En effet, une approche " mécaniste " du fonctionnement humain induit l'idée répandue chez les dirigeants que grâce à l'automatisation, la robotisation et les applications de l'informatique, le travail pourrait être entièrement et correctement conçu et défini de l'extérieur au niveau de la conception et des méthodes. Il pourrait ainsi être légitimement rapporté à des tâches de stricte exécution ne requérant pas (ou peu) de contribution originale de la part des travailleurs. Pour parvenir à ce résultat il suffirait aux managers de mobiliser les " ressources humaines ". Il s'agirait de développer grâce à la Direction des ressources humaines, une culture d'entreprise, une allégeance à l'organisation, un dévouement, un esprit de sacrifice. Cette culture d'entreprise permettrait de recréer de dociles collectifs (enfin ?) en harmonie avec la politique suivie.
C'est oublier que l'initiative humaine ne se mobilise pas par décret. Elle naît de processus complexes ou la rationalité sociale joue un rôle incontournable. La " communication " d'entreprise avec ses petites ruses et ses grosses ficelles, aussi manipulatrice soit-elle ne peut être dans cette mobilisation d'aucune efficacité.

CONSTRUIRE SA SANTÉ AU TRAVAIL

La santé, nous venons de le montrer est aussi un cheminement psychique et social.

Comme nous l'apprend Ph. Davezies[109], en rappelant la dualité entre travail réel et travail théorique (celui de l'application des consignes), le travail est avant tout *" affrontement à la résistance du monde ".*
Du fait de la variabilité des situations, que sous estime la " prescription ", du fait de l'imprévisibilité que ne peuvent maîtriser les machines, *" l'intelligence du travail, c'est l'intelligence de ce qui n'est pas maîtrisé ".*
Il faut au travail ruser avec les conditions de travail afin de préserver les impératifs biologiques et psychiques d'êtres humains.

" C'est en ce sens : qu'il n'y a de travail qu'humain (...), il n'y a pas de travail d'exécution (...), il faut interpréter, improviser, ruser, tricher (...), il faut faire appel à l'intelligence pratique, à l'intelligence de l'action (...), intelligence rusée qui constitue le noyau central du métier (...), cette intelligence dont les grecs ont fait une divinité : Métis (...).
Le travail c'est la mobilisation des hommes et des femmes, face à ce qui n'est pas prévu par la prescription, face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail.
En ce sens, il n'y a pas de travail qui ne trouve son origine dans un mouvement initial de déception. Le manque, la souffrance sont inscrits au cœur de l'expérience du travail (...).
Pour faire face à l'inattendu, à ce qui échappe à la prescription, le sujet doit faire appel à ses ressources propres, à des ressources qui s'enracinent dans la singularité de son engagement, de son histoire, de sa personnalité. L'exploration, l'invention mobilisent l'énergie pulsionnelle.
Ainsi, le travail pose-t-il naturellement, dans le champ social à l'être humain la question de son identité. Or, le champ social avec le théâtre des relations amoureuses constitue l'autre scène de la quête de l'accomplissement de soi.
C'est pourquoi les obstacles à l'investissement de la personnalité dans le travail sont susceptibles de retentir sur la santé, de désorganiser les relations sociales et familiales ainsi que l'équilibre psychique et psychosomatique.
C'est à travers le lien social que se joue cet investissement de la personnalité. Le travail est toujours une expérience sociale (...), c'est la mobilisation coordonnée des hommes et des femmes face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail . "
Il n'est pas de réelle coordination sans coopération.
Celle-ci repose sur des règles partagées " les règles de métiers " dont la construction suppose l'existence d'espaces de débat, de confrontation des opinions, de convivialité.

[109] Philippe DAVEZIES, Eléments de psychodynamique du travail, in Comprendre le travail, Education Permanente n°116, 1993-3

C'est là que se travaillent les questions déontologiques, éthiques, qui vont fournir la base de la confiance et donc de la coopération, fondées sur la conscience d'une communauté de valeur.
S'opposent à cette construction, la rigidité de la prescription ainsi que l'autorité et la volonté de domination de l'encadrement. Or, seule cette construction permet la reconnaissance de l'utilité mais aussi de l'élégance du travail accompli. Ce sont les pairs qui attribuent cette reconnaissance, gage d'appartenance à une communauté.
Entre conformisme du respect absolu à la règle prescrite et pure singularité qui relèverait de la marginalité se construit l'identité singulière, processus qui concoure à la santé, sous le regard et en regardant les autres, par la parole et l'action dans le travail.

La vie active est constituée, d'une troisième caractéristique " l'action ". *" C'est par l'action et la parole que les hommes se distinguent au lieu d'être distinct (...). Une vie sans parole et sans action est littéralement morte au monde (...). Agir, au sens, plus général, signifie prendre une initiative, entreprendre, mettre en mouvement (...), c'est se dévoiler aux autres (...), l'action n'est jamais possible dans l'isolement, être isolé c'est être privé de la faculté d'agir*[110]. "
L'action ne se conçoit donc que par et pour les autres.
Par les autres puisque *" chaque action est comme divisée en deux parties, le commencement fait par une personne et l'achèvement auquel plusieurs peuvent participer en "portant", en "terminant l'entreprise" en allant jusqu'au bout ".*
Elle se conçoit aussi pour les autres puisqu'inscrite dans le temps, elle est toujours imprévisible dans ses résultats et irréversible. Elle sollicite donc des autres un jugement soit de reconnaissance en cas de succès, soit d'indulgence, de pardon ou de châtiment en cas d'échec.

Ainsi : *" la mesure (de toute chose) ne peut être la nécessité contraignante de la vie biologique et du "travail", ni l'instrumentalisme utilitaire de l'usage et de la fabrication ".*

Aussitôt que dans le contexte de travail on fait figurer l'humain, on introduit une dimension hétérogène à celle de la production, celle d'une deuxième rationalité, celle subjective du sujet qui organise les conduites par rapport à l'accomplissement de soi ou encore par rapport à la santé. Les conduites humaines prennent en compte simultanément de nombreuses rationalités. Au travail elles doivent satisfaire, entre autres, à deux rationalités distinctes : la rationalité par rapport à des objectifs matériels de production et la rationalité par rapport à la santé et à l'accomplissement de soi. Soumettre son comportement aux seuls critères de l'efficacité productive risque de mettre la construction de la santé en péril, et soumettre son comportement au seul critère de l'accomplissement de soi risque de mettre à mal les exigences de productivité. Chaque sujet doit s'efforcer de trouver le meilleur, ou le moins mauvais, des compromis entre les exigences venant des types de rationalités qu'impliquent respectivement la production et la santé. La qualité de ce compromis passe obligatoirement par la discussion et l'évaluation du collectif de travail.

C'est à travers ce débat que se dégage une troisième rationalité, la rationalité sociale des actions définie par rapport à des normes et des valeurs. À travers une dynamique de la reconnaissance, cette dernière va participer à la stabilisation du compromis entre les deux autres. Le compromis est donc, au minimum, le résultat d'un arbitrage consensuel entre les exigences relatives à ces trois principales rationalités, la première visant l'efficacité productive, la seconde la construction et la protection de la santé, la troisième la vitalité et la qualité du débat social. Parler du point de vue de la santé mais aussi plus simplement tenir compte de la santé au travail, c'est accepter un modèle de l'homme qui ne soit pas réducteur et tienne compte de la complexité des situations. C'est un modèle de l'homme caractérisé par sa division interne, son ambivalence et ses hésitations face au travail, aux décisions et à l'action.

Abandonner tout espoir d'action dans son travail en espérant pouvoir mettre sa vie entre parenthèses, c'est-à-dire la réprimer pendant la durée du travail est impossible. Il s'agirait de provoquer un clivage à l'intérieur de soi-même. Ce serait prendre le risque d'atteinte à la santé.

Le travail quand il débouche sur " l'action " c'est-à-dire lorsqu'il permet de construire son identité à travers les liens sociaux qu'il devrait induire est un opérateur de santé.
C'est cet aspect du travail que doit privilégier aussi le médecin du travail. Il doit donc s'efforcer de *conserver ou d'obtenir les marges de manœuvre individuelles et collectives qui vont dans le sens de la création ou de la perpétuation du lien social et de sa qualité.*

ÉCOUTER POUR AGIR

Agir sur l'organisation du travail c'est, pour le médecin du travail, avant tout agir sur un processus de construction sociale dont les compromis sont marqués par les stratégies de défense contre la souffrance. Celles-ci, par leur caractère inconscient, contribuent massivement à l'opacité des relations sociales de travail pour ceux mêmes qui les vivent et a fortiori pour ceux qui les observent.

Pour le médecin agir sur l'organisation du travail du point de vue de la santé implique donc de développer une écoute particulière qui puisse lui permettre d'entendre et donc d'identifier difficultés, souffrances, défenses : *l'écoute compréhensive*.

[110] Hannah ARENDT, opus cité

Cette écoute aussi bien individuelle que dans l'espace public de l'entreprise relève d'une nouvelle clinique : celle du travail.
Cette écoute est qualifiée de compréhensive. Cela ne fait pas uniquement référence à la compréhension des situations qu'elle permet au médecin. Ce terme désigne en fait sa finalité principale qui est de permettre au patient d'accéder lui même à la compréhension des situations auxquelles il est confronté. Le rôle du médecin du travail est bien de soutenir cette quête du salarié vers la transformation des situations de travail.
Le second moment fondamental de l'action du médecin du travail est *sa prise de position publique*, non pas du point de vue d'un expert scientifique mais toujours du point de vue de la santé, pour servir de point de départ de la réflexion commune, pour alimenter le débat social sur les questions de santé au travail.

La parole a dans l'acte médical un statut prépondérant. L'ouverture à l'autre, à ses différences, à ses énigmes, à sa souffrance oblige le médecin à attacher une importance première aux paroles de ses patients. Seule une écoute attentive, tolérante, patiente est susceptible de permettre l'accomplissement ultérieur de l'acte thérapeutique, dont elle constitue le premier volet. Enfin la parole du médecin doit être un acte de reconnaissance, sans trace d'a priori, un conseil, du point de vue de la santé qui respecte, en particulier par sa modestie, la dignité, l'indépendance et l'autonomie du patient et lui permette l'exercice de son libre-arbitre en matière de santé.

C'est du statut de ces paroles échangées, conforté par le secret, que naît la confiance du patient pour son médecin sans laquelle il n'est pas d'acte médical possible.

Pour le médecin du travail cette base est aussi indispensable. Or, le libre choix du médecin par le patient s'exprime dans l'entreprise, non sous une forme individuelle mais sous une forme collective. Les moyens dont il dispose lui sont octroyés par des tiers. La manière dont il s'y prend pour constituer un exercice conforme à ces principes dans ce contexte défavorable conditionne, en partie, la confiance individuelle dont il sera crédité.

Toutefois il lui est aussi indispensable de constituer deux compétences supplémentaires. La première est la capacité de prendre en compte, dans sa décision, les éléments sociaux qui peuvent avoir une influence sur la santé du salarié. La seconde concerne la pertinence de ses interventions dans le débat social du point de vue de la santé. En plus de son action individuelle il est aussi en effet astreint à intervenir sur la collectivité de travail. Par définition, cette action est une action de médecin, qui vise à faire prévaloir le point de vue de la santé, c'est aussi une action préventive. Prévenir les risques pour la santé au travail, c'est empêcher la survenue ou lever les obstacles qui pourraient entraver, dans le travail, le cheminement de chaque femme et de chaque homme vers un état de bien-être physique psychique et social. Dans ce but chaque médecin du travail construit des stratégies, variables en fonction des situations, de prise en compte simultanée des éléments individuels et collectifs qui lui sont propres[111].

La prise en compte de la parole en médecine du travail connaît des impératifs supplémentaires. Lors du dialogue singulier, le médecin du travail doit aussi identifier ce qui dans la santé de son patient est en rapport avec sa situation de salarié et de professionnel. Il doit en tenir compte dans ses conseils. Il devra restituer ces caractéristiques individuelles, en les rendant anonymes, dans le débat social sur la santé dont elles sont constitutives. Inversement, il doit pouvoir interpréter les éléments individuels à la lueur de ce qu'il connaît de plus global sur la santé, en général, dans l'entreprise ou des professionnels de la même catégorie. Il sera ainsi en mesure de donner acte à son patient que ses difficultés sont aussi vécues par d'autres salariés et parfois de valider, en retour, par l'expression du salarié, certaines de ses hypothèses. Il s'agit là d'une des manifestations de la dualité " individuel-collectif " qui contraint les médecins du travail à de permanents aller et retour.

Dans son action collective, la compétence du médecin est aussi en lien avec la parole. Son expression sur les lieux de travail doit respecter les individus et ne pas les mettre en porte-à-faux avec leurs propres règles de métier. Cela libère l'expression et permet une observation qui ne soit pas superficielle. Qu'il sache par ses questions faire comprendre l'intérêt et l'attention qu'il accorde à l'exercice professionnel observé. Qu'il sache aussi conseiller partialement du point de vue de la santé et impartialement par rapport aux jeux de pouvoir. Son avis s'exprimera dans l'espace public de l'entreprise en direction de tous les acteurs.
Il s'agit ici d'une parole qui rend compte mais aussi donne acte, qui témoigne de la souffrance et de ses causes avec comme seul souci l'intérêt de la santé des patients. C'est aussi sur cette parole, que constitue le devoir de témoignage, que se fonde la confiance des salariés pour leur médecin du travail.

AGIR POUR PERMETTRE AUX SALARIÉS DE CONSTRUIRE LEUR SANTÉ

Aristote faisait une distinction entre action *(praxis)* et fabrication *(poïesis).* La médecine depuis l'antiquité est un art. Comme les autres arts, dans cette dichotomie, la médecine relève de la poïesis, c'est-à-dire de l'œuvre fabriquée.
Si la médecine du travail relève bien dans une partie de ses aspects cliniques de ce secteur, les dispositions réglementaires qui la régisse, ainsi que ses modes

[111] Nicolas DODIER, L'expertise médicale, Editions Métailié, 1993

collectifs d'intervention font qu'elle est avant tout un praxis.

Comme toute médecine de santé publique qui a pour fonction de nourrir le débat ou les décisions, c'est-à-dire agir sur la " cité ", la médecine du travail est engagée dans " l'action ". Ce rattachement à " l'action " est formalisé réglementairement en particulier par l'intervention du médecin du travail dans des instances de débat.

Nous venons de rappeler que la santé consiste avant tout à agir, mais aussi que la santé au travail est conditionnée par les marges de manœuvre laissées à " l'action ".
Exercer la médecine du travail, c'est donc avant tout agir dans la communauté de travail afin de permettre à ses patients, les salariés, de construire leur santé, c'est-à-dire d'avoir les moyens d'agir sur ses déterminants.
Action qui permet d'agir aux autres, cet exercice est par définition inscrit dans l'espace public. L'expression du médecin dans cet espace public, le compte rendu qu'il doit aux instances où est représenté le personnel est donc légitime si l'on considère les bases mêmes de ce métier.
La médecine du travail est donc une activité éminemment politique (au sens ancien d'action dans et pour la cité) dont la légimité réside dans le seul point de vue défendu, celui de la santé des salariés.

QUESTION(S) DE MÉTIER

Odile Riquet

Visiblement la question devient celle des héritages et de la difficile nécessité où nous nous trouvons, pour être vivants, présents au monde, de les touiller à notre manière. Sans doute à ce moment précis tout est à inventer, aussi bien au niveau du travail clinique en médecine du travail, qu'au niveau de l'action politique en terme de santé. Pour les inventions ou autres explorations, je ne me risquerai pas seule mais pour ce qui est de la question des héritages, j'ai envie de faire le point.
Quelques années d'ergonomie, de psychodynamique, d'éthique médicale, de travail collectif et des années de galère individuelle amènent des exigences pour exercer son métier de médecin du travail

Suivre un salarié en médecine du travail, c'est, dans un cadre déontologique précis, l'éclairer sur les liens qui se nouent et se dénouent entre son histoire individuelle et son travail en tenant compte des déterminants des situations de travail., et prendre avec lui, avec son consentement une décision d'aptitude ; c'est l'aider à penser, à comprendre la relation santé-travail, à mettre en mots son corps : " un corps raconté ", à reprendre la parole dans son travail ; le seul critère de validation: c'est lui qui nous le donne.

Les limites existantes aujourd'hui, le Code du travail et la déontologie permettent de porter dans l'espace public de l'entreprise les questions de santé qui sont du domaine de l'observation. Par contre le travail sur la subjectivité et la mise en évidence de la souffrance en rapport avec l'organisation du travail dans l'espace public interne à l'entreprise me semblent impossibles en l'absence de règles éthiques, en l'absence dans l'entreprise de certains interdits comme celui du mensonge ou de l'exclusion.
Mais dans le cabinet médical comme dans l'entreprise, le Code du travail et le Code de déontologie n'imposent-ils pas au médecin du travail de prendre position par rapport au point de vue dominant dans l'entreprise, c'est-à-dire au point de vue économique ? Le médecin du travail n'est pas seulement là en tant que sujet supposé savoir, mais aussi en tant que sujet présent, c'est-à-dire capable de dire je, même dans les situations conflictuelles qui sont inévitables. Cette résistance au tout économique doit être mise en visibilité à tous les niveaux d'intervention, dans l'entretien médical, au sein de l'entreprise et dans l'espace public externe. Ce que je voudrais, comme tant d'autres, c'est *" la soumission de l'économie à certains critères que j'oserai appeler éthiques ".*

LE TRAVAIL MÉDICAL EST ANCRÉ DANS LES HISTOIRES INDIVIDUELLES DES SALARIÉS

Je regarde, j'écoute les salariés, ce qu'ils disent : *" J'étais différente avant, ce n'est plus moi – je suis carrément changé – ça me prend la tête – je suis absente, j'ai des vides, c'est un vide complet – j'ai tout préparé dans ma tête, tout ce que j'ai dans la tête ça va sortir le jour où je partirai – je suis ailleurs, j'ai la tête ailleurs – j'ai l'impression qu'il y a en moi quelqu'un d'autre de plus fort que moi, qui travaille plus fort, qui tape les caisses, j'ai l'impression que ce n'est pas moi – j'ai la tête pleine, je suis malade de ça – j'hésite pour tout – j'en veux à personne, c'est ma tête qui est comme ça, je n'ai plus envie de sourire, je ne sais pas ce qui se passe – je n'ai pas pris de médicaments, j'ai pris sur moi – prendre des médicaments, c'est s'attaquer à soi-même – moins on en parle, mieux ça vaut– le poing dans la poche, le mouchoir dessus – le travail, ça colle à la peau – je me soigne, je travaille pour moi – j'essaie de garder ma tête ".*
Sur chacune de ces phrases, je peux mettre un visage, une histoire, un travail. Mon questionnement, mon travail viennent de l'inscription de ces visages, de ces vies dans ma vie. Ce métier de médecin du travail demande de développer un état de perception, une attitude de non résistance au monde, foncièrement féminine.

Pour les salariés comme pour G. Charpak, prix Nobel, *" bosser ce n'est pas se mettre à sa table de travail, c'est se laisser habiter par un problème ".* Le travail habite le corps, souvent au point de ne plus avoir le temps de penser à autre chose, souvent au point de ne plus pouvoir penser autrement.
Mais quand les nouvelles organisations du travail mettent sens dessus dessous leurs ateliers, et quand je parle travail avec eux, certains travailleurs me disent, résumant la situation, peu enclins à parler d'eux : *" On a les abeilles,*

on pense à des choses auxquelles on ne penserait pas autrement ". Toute vie s'inquiète un jour de son sens et de son unité, plus vite et plus tôt quand le travail va mal.
Si le salarié est dans l'incertitude du lendemain, s'il sait que tout ce qu'il dira sur le travail réel ne sera pas entendu, s'il se rend compte que les décisions à prendre dans l'entreprise ne sont pas prises, si ses enfants sont chomeurs, à la maison, si depuis des années il s'est interdit toute irruption de pensée pour travailler plus vite, alors face à tous ces problèmes, il y a urgence à penser, il se met à réfléchir et pour continuer à tenir le rythme, dans son dialogue intérieur celui qui pense se détache de celui qui travaille. " À côté de ses pompes. "
Adolfo Fernandez-Zoila rappelle dans *La chair et les mots* l'importance du dialogue intérieur: *" Le discours intérieur nous sert pour nous parler à nous mêmes, il est porteur de la parole de soi sur soi. Nous accordons au discours intérieur une pluralité de fonctions dont le rôle majeur est d'assumer la pérennité de soi dans la variation et dans la différence, c'est pourquoi une organisation dialogique interne est requise. Le discours intérieur dialogiquement actif entretient le feu intérieur et renforce dans sa production propre de forces et de formes du sensible, l'éventail des possibilités de la chair dans le corps, dans la mesure où le faire de l'homme et son agir conservent leurs relais d'incarnation. "*

Ce que je comprends, c'est que dans le discours intérieur de ces salariés celui qui pense rompt, casse avec celui qui travaille. Ce corps abandonné à lui même ne va-t-il pas " sur-somatiser " " sans cesse "? Abandonné, travaillant en automatique, sans défense face au travail, ce corps n'est-il pas alors sur-exposé aux contraintes physiques du travail, au bruit, aux mouvements répétitifs ? Abandonné, fragilisé, désensibilisé, ce corps ne ressent-il plus les injustices, peut-il se laisser envahir par la peur, serait-il capable de supporter l'intolérable ?
Est-ce que les TMS ne sont pas le témoin d'une mise en route du fonctionnement psychique, d'une pensée déconnectée du travail sur lequel elle n'a plus de prise, plus d'effets, d'une pensée " hors de l'ordre ", " auto-destructrice " ?

Quand le travail est " à mourir ", et là ne se pose pas la question du comment, le corps survit, se transforme en " un corps mort-vivant ", divisé, sans force. À cet instant là, si le médecin se risque à l'écoute, à découvrir ce qui est là et qui va se dire, *" le langage n'est pas un simple véhicule, un système traducteur vers le dehors du senti et du déjà pensé en soi; le langage est constructeur à part entière. Le langage FAIT aussi, tout simplement, "il est producteur de forces, il permet l'émergence du discours sur soi." Mais l'issue du discours de soi sur soi dans la chair des mots demeure incertaine, il est le résultat d'un travail permanent autour de la chair elle-même. Une œuvre à recommencer à chaque instant.*[112] "

Placer à cet endroit de parole du silence, une valeur, une idéologie, un discours religieux ou sectaire, des mots de haine et de fureur est criminel.
Il est donc primordial que le médecin du travail, en s'appuyant sur le Code du travail, sur le Code de déontologie, sur son éthique fixe le cadre de la visite médicale.
Mais le travail réel du médecin, c'est le salarié qui le définit, c'est lui qui décide ou non de la relation médecin du travail-salarié par son consentement, dans le cadre d'une visite rendue obligatoire par le Code du travail. L'objectif de cette rencontre est d'essayer de comprendre ce qui dans le travail pourrait entraîner une altération de la santé.

LA DÉMARCHE COMPRÉHENSIVE OUVRE UN ESPACE DE TRAVAIL POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Une visite médicale c'est le quotidien, ordinaire, mais la rencontre est un évènement. Dans la rencontre avec l'autre il y a quelque chose qui échappe à la technique.
En référence à Emmanuel Lévinas[113], là où nous rencontrons autrui, il y a place pour le questionnement, il n'y a pas de parole sans questionnement. La question de l'entrée en relation c'est la manière de nous questionner sur le sens de ce que nous vivons. L'entrée en relation nous entraîne à rendre compte devant l'autre de ce qui est vivant dans nos vies, de nos forces de vie et de mort. L'entrée en relation avec autrui, c'est être capable de dire je. " Je " solitude et lieu à partir duquel se construit un lien d'interaction, carrefour de ce qui est inconnu en soi et en autrui.

Si le médecin se place du côté du savoir, du côté de la prévention ou de l'idéologie, il interprète selon des principes théoriques les critères de santé pour le bien de l'autre, il utilise la parole comme un outil, il n'y a pas de questionnement, il y a interrogatoire, mais il n'y a pas de rencontre, pas de demande, pas de sujet. L'autre est objet de la visite médicale.
Dans l'écoute compréhensive, c'est l'émergence de l'autre comme sujet qui est attendue, espérée. Le sujet résiste. Comment va-t-il arriver à découvrir ses capacités, à livrer dans la parole une demande qui est cachée ?

La démarche compréhensive nous place dans une profonde adhésion au vivant, comme un " oui " primordial au réel,

[112] Alberto FERNANDEZ-ZOILA, La chair et les mots, La Pensée sauvage éditions, Collection Corps et Psychisme, 1995, 183 pages ; Alberto FERNANDEZ-ZOILA, Pour une théorie de l'homme en psychopathologie du travail, in Plaisir et Souffrance dans le travail, tome I, éditions de l'AOCIP, 1988-1993, 52-70
[113] Emmanuel LEVINAS, Liberté et commandement, Fala Morgana, 1994, 100 pages

une confiance donnée. Elle nous met en relation, pas seulement une relation entre deux individus, mais une relation en trois dimensions, en quelque sorte, qui prend en compte le monde extérieur.
De cette relation surgissent parfois des moments privilégiés essentiels, qui ont le mérite de me faire comprendre dans quelle prison se trouve le Moi, qui me libèrent. Des moments privilégiés, vécus dans l'intimité, rares, mais que d'autres médecins vivent comme moi, d'autres salariés dans d'autres métiers aussi. Ces moments privilégiés, faut-il les ignorer ou faut-il les reprendre et les prolonger par la parole (non par plaisir, ou par exhibitionnisme), mais parce qu'ils peuvent nous faire prendre conscience de participer à une œuvre commune, indispensable pour qu'il y ait collectif de métier ?
Mais parfois la rencontre ne peut pas avoir lieu: quand le salarié (ou le médecin ?) ne la veut pas, quand le salarié (ou le médecin ?) ne peut se construire comme sujet en regard d'un autre. Quelle position peut avoir le médecin ? Problématiser la situation considérée comme pathogène ? Dans le cadre de la déontologie et de l'information due au salarié ? De quelle manière ? Quelles conséquences ? Rester dans une position d'écoute sans questionnement, peut-on alors parler de consentement éclairé dans la décision d'aptitude prise avec le salarié ? Qu'est ce que la demande quand on survit en travaillant, dans la peur et en silence ?

LA DÉMARCHE COMPRÉHENSIVE PERMET-ELLE DE CONSTRUIRE UN POINT DE VUE DE MÉDECIN DU TRAVAIL SUR LA CLINIQUE ?

Pour cela, il faudrait rendre compte de l'évolution des symptomes et des questions des salariés lors des visites médicales successives, de la transformation de la relation médecin-salarié par l'écoute compréhensive, toutes choses difficiles à dire, mais on peut toujours essayer de les écrire. C'est ce que je voudrai faire en prenant un exemple :

Une entreprise à la campagne. Une scierie et une partie charpente : traditionnelle ou industrialisée avec le montage de fermettes. Reprendre huit dossiers des salariés d'un atelier, rechercher les visites médicales passées entre 92 et 96.

M. B… a 42 ans, il est marié, il a deux enfants. Il a une maîtrise de menuiserie charpente, il a toujours travaillé dans le bois, il s'occupe de la taille de la charpente traditionnelle dans cette entreprise depuis 1991. M. B… porte des bouchons d'oreille contre le bruit. Lors des visites médicales de 93 et 94, il se présente comme un homme de métier, calme, soucieux des problèmes de santé de ses parents, marqué par le décès de sa mère en 94. En 1995, il est victime d'un accident de travail : chute d'un escabeau, fracture des trois doigts de la main gauche. Séquelles douloureuses. Nervosité, anxiété par rapport aux éxigences de travail et à la raideur des doigts. Veut reprendre le travail le plus vite possible.

En 1996 il présente des douleurs des 2 et 3ème doigts main gauche séquellaires ou pouvant évoquer un syndrome du canal carpien gauche. Il est d'accord pour dire que ces douleurs persistent dans un contexte professionnel où il n'a plus de plaisir à travailler. Il dit : *" Avant (l'informatisation) j'avais le travail dans la tête, je me représentais la charpente dans la tête, maintenant y a qu'à faire sans comprendre, on me demande un rendement, pas de comprendre. Ils sont derrière leur vitre à nous surveiller. On n'a pas le temps de parler, on se dit bonjour, si on se dit quatre mots dans la journée, c'est le maximum. Vous savez, on entend des horreurs. "*
Quand je cherche à comprendre, il raconte une anecdocte : *" L'autre jour, je travaille un morceau de bois de forme inhabituelle, pour une charpente traditionnelle particulière, un travail de professionnel. Le patron passe, il m'observe, sans un mot. Il va chercher l'ingénieur au bureau, revient avec lui et lui dit, toujours sans m'adresser la parole "t'as vu ce qu'il fait l'autre". Une horreur. "*
Je lui explique la possibilité d'une atteinte liée aux gestes répétitifs et je lui donne une lettre à l'attention de son médecin traitant pour un électromyogramme.

M. C… est né en 1963, il est marié, a deux enfants. Il prépare sur les machines à bois les éléments de charpente traditionnelle. Il va bien. Je le connais depuis 1979.

Les questions du travail restent pour lui dans un domaine qui ne touche pas sa santé et dont il ne parle pas en visite médicale.

M. D… est né en 1960, il est marié, il a un fils. Il travaille dans l'entreprise depuis 1980, il est au sciage des fermettes, il alimente et mène une scie avec un équipier qui réceptionne les morceaux de bois. Il travaille au bruit, ne supporte pas le port du casque.
En 93 et 94, rien n'est signalé lors des visites médicales. En 1995, il fait une poussée de psoriasis, au niveau du cuir chevelu.
En 1996, il dit : *" Il y a de la violence dans l'atelier, l'autre jour, il y en a un qui a sorti un couteau, vous verrez, d'autres vous en parlerons, on s'est mis d'accord pour vous en parler ".*
Quand on parle travail, il dit : *" Ils m'ont enlevé ma bonne foi, ils m'ont dit: on n'a pas besoin de ta science, maintenant quand je vois un truc qui ne va pas, je ne dis rien au chef, je laisse passer, je le montre au collègue, ça ne rate pas, trois heures après le chef revient avec les morceaux de charpente pour les faire reprendre. "*
Il est préoccupé par cette question du travail. Il dit : *" J'essaie d'expliquer le travail à mon fils : avec lui je démonte une mobylette, je la remonte, et puis après c'est à lui de faire tout seul. "*
Il résiste, attentif à tout ce qui se passe dans le travail. L'indice précoce d'alerte (IPA) est stable, inférieur à 25 dB malgré quinze ans d'exposition et l'absence de protection.

M. E… a été embauché il y a un an, il a 35 ans, il est célibataire, il travaille en face de M. D… et réceptionne les

morceaux de bois. Il a un IPA qui s'est aggravé rapidement en un an malgré le port du casque. Il présente une douleur de l'épaule droite liée aux mouvements répétitifs. Malgré les conseils de savoir faire de prudence de son équipier, il manipule mal les bois. Il ne voudrait pas continuer ce travail. Mais il a connu un an de chômage, et peu à peu il épouse la condition de manœuvre.

M. F… est né en 1941, il est marié, a deux enfants. Son père déporté politique est mort en 1945. Je le vois pour la première fois en 1992, mais son dossier a été ouvert dans le service en 1970.
Il a un ulcère duodénal ancien qui a refait parler de lui en 1986. Il vient de connaitre, suite à un licenciement économique, deux ans de contrats précaires et d'intérims. Il présente depuis 1990 des lombalgies chroniques, tenaces mais dont le bilan s'est avéré négatif. Il est musclé, en parfaite forme physique par ailleurs. De cette visite et de celle de 1993, je ne me souviens que de ses lombalgies et de son regard bleu, étonnant.
Un salarié en bonne santé physique, et pour moi médecin du travail, un poste sans problèmes, peu de bruit par rapport à la scierie, pas de poussières de bois, un travail d'équipe à trois, un travail au maillet pour préenfoncer les grilles métalliques avant le passage dans la presse ; 60 fermettes par jour, 8 pièces métalliques par fermette.

En 1994, M. G… ne se plaint plus de son dos, mais du travail qu'il juge monotone, répétitif, interdisant toute initiative. Les jeunes n'ont aucun respect pour les anciens comme lui. Il a connu d'autres situations de travail. Il voudrait trouver un autre boulot.
En 1995, il a refait une poussée ulcéreuse et s'est arrêté en maladie huit jours pour le bilan. Il attend la retraite, semble résigné. Il évoque de nouveau le travail monotone, les difficultés qu'il a avec les salariés plus jeunes, les altercations fréquentes. Il a 54 ans, je lui propose de réexaminer sa situation l'année prochaine, et si nécessaire nous envisagerons ensemble une préretraite ou une mise en inaptitude médicale.
Souffrance du salarié, souffrance du médecin. La seule issue, la maladie ou l'inaptitude. Et pourtant, dans le désarroi de cette relation médecin-salarié, où la souffrance du salarié et du médecin sont telles que ni l'un, ni l'autre ne peuvent passer à l'action, s'installe en quelque sorte une relation de confiance.

En 1996, pas de manifestation somatique, l'examen clinique est normal, pas de tendinite, pas de lombalgie, mais déformations arthrosiques des deux mains. Il me rappelle qu'il a été exposé à l'amiante de 1974 à 1989. Au travail, il se dit persécuté, exclu parce qu'il est le plus vieux. Il me confirme la bagarre au couteau signalée par son collègue.
Il regrette que lors de ma visite à la scierie, je ne me sois pas arrêtée au montage des fermettes, je lui explique que je retournerai voir son poste de travail et que je le reverrai ensuite pour parler plus longuement de ses difficultés au travail.

À l'atelier les deux jeunes collègues de M. G… m'ont montré, démontré leur agilité, leurs prouesses pour monter et descendre de la table de montage: gymnastique impossible à 55 ans, tout le monde en convient. Je les ai regardé travailler, ils m'ont montré leurs gants qu'ils ne mettent plus car ils sont déchiquetés par les grilles métalliques, leurs mains qui résistent mieux que le cuir, la boîte à pharmacie toute déglinguée.
J'ai revu M. G… Il a parlé travail, il a commencé à travailler à 14 ans comme verrier aux Cristalleries de Baccarat, un travail d'équipe, d'hommes: chacun à sa place, le petit gamin, le grand gamin, le cueilleur, le souffleur; prendre le verre, souffler le verre, à la chaleur : *" C'étaient tous des chiqueurs, il fallait ressouffler derrière eux, c'était insupportable, j'avais des vomissements, j'étais souvent malade, mais on était motivé, si on avait plus de pièces bonnes, on avait une prime. "*
Mais les problèmes gastriques vont l'amener à arrêter ce travail à l'âge de 22 ans. Il devient maçon : *" Il y avait une discipline, il y a le manœuvre, il y a le maçon, le manœuvre est indispensable, sans lui notre travail ne comptait pas; le chef, c'est le chef, on n'hésitait pas à nous mettre une calotte. "*
Pendant vingt ans, il travaille dans différentes entreprises. De 1974 à 1989, il est maçon dans une entreprise de chaudière, le seul maçon de l'entreprise, exposé aux ciments réfractaires, à l'amiante : un travail d'initiative qu'il aimait.
Il est licencié économique, connait deux ans de précarité, il n'est jamais resté sans travailler.
Dès son entrée à la scierie, il a du faire face à des conflits entre scieurs : *" On ne sait jamais sur qui on va tomber, le manœuvre n'est pas choisi, il n'y a pas de responsable à la table des fermettes, le chef au montage, il ne voit pas ce qui se passe aux fermettes, certains veulent s'imposer, mais si on est deux à regarder la fiche, ça ne va plus. Quand on prend une initiative, ça risque de vous retomber dessus. On ne vous respecte pas. On n'a pas la même éducation. Il m'a balancé de la sciure, je l'ai attendu près du silo à la fin du travail, je lui ai fait comprendre, il s'est calmé. On a des lunettes, un dentier, on ne peut plus se battre. Les gars sont nerveux au boulot. Il ne faut pas que le travail soit monotone, la monotonie, c'est la fin de l'ambition, je suis le plus ancien, je passe à l'avant, c'est plus rapide, j'essaie de rigoler le plus possible, de plaisanter. Je me suis habitué à cause de mon âge.*
J'ai été frappée lors de la visite de l'atelier, par la manière dont il travaillait : un seul coup de maillet précis, là où ses jeunes collègues en donnent trois ou quatre pour arriver à la même efficacité. Quand je lui en parle, il me dit : *" Je contrôle à tous les niveaux, je me contrôle, je domine tout. Depuis toujours et pour me faire comprendre il évoque des souvenirs d'adolescence, les conditions de vie de l'époque, les bains collectifs avec ses cinq sœurs, où il fallait bien se dominer. "*
Je lui dis qu'à mon avis les problèmes de violence sont liés aux conditions d'organisation du travail, qu'ils ont été évoqués par d'autres salariés, qu'ils devraient être débattus

dans l'entreprise avec le patron. Ces problèmes, à leur niveau collectif, feront, pour ma part l'objet d'un écrit à l'attention de son employeur.
Il souhaite continuer à travailler, il est très actif chez lui, il ne peut pas rester inactif. En partant, il dit : *" le travail c'est un plaisir "*.

Dans cette visite, rien d'extraordinaire, et pourtant pour moi, c'est un évènement: le surgissement en moi de quelque chose, qui me libère du temps et de l'espace, qui me dépasse. Un sentiment qui me rend consciente de cette appartenance à la totalité des choses. Ni plaisir, ni compassion, mais un sentiment non intentionnel, qui n'est pas rapporté au moi, ni au salarié, un sentiment d'universalité, excessivement fugace, mais qui change tout. Cette expérience, cette énergie, c'est le moi qui devient je. Est-ce seulement une histoire personnelle ou est-ce une expérience professionnelle ?

M. G… entre en janvier 97 au montage des fermettes, il a 23 ans, il est célibataire, de formation agricole. Depuis cinq ans, intérims et CDD dans différentes entreprises. Il se dit très énervé par ce travail, il souhaite s'installer dans une ferme. …

M. H… entre à 30 ans au poste de montage. Il a une femme et 3 enfants. Il a déjà connu plusieurs entreprises, un accident du travail en 1993.
De sa première visite en 1995, je note simplement qu'il écoute beaucoup de musique classique au casque, qu'il ne tient pas en place.
En 1996, il se plaint de douleurs du poignet droit alors qu'il est gaucher, douleurs qu'il rattache aux mouvements répétitifs, au travail au maillet. Il supporte mal l'agressivité qui règne sur les lieux du travail. Il se trouve trop nerveux avec ses enfants.
L'examen clinique est strictement normal.

Longtemps j'ai voulu protéger les scieurs contre le bruit des machines, aujourd'hui je suis attentive à leur capacité à entendre le bruit du travail à travers leurs casques, à la perception qu'ils ont du travail. Quels sont les repères qui leurs permettent de se guider, de se protéger dans leur activité ? Il ne s'agit pas seulement de vérifier la vue, l'audition, mais de restituer la vision que les salariés ont de leur travail, restituer la qualité d'une présence au monde. Le quotidien insignifiant, la trame sans laquelle il n'y a pas d'histoire.
La démarche compréhensive, c'est se mettre au travail avec ses outils, son savoir théorique, ses lectures, ses certitudes tout en intégrant un principe d'incertitude dans la relation humaine. L'autre est toujours une énigme. La réalité de la personne qui est en face de moi, comme ma propre personne est toujours au-delà de ce que je peux penser, sentir, imaginer ou me représenter. Travailler sur ce qui est prévisible pour que surgisse l'imprévisible, ce qui ne se laisse pas programmer.
L'accès à la parole, pas forcément chronologique, mais fidèle aux associations d'idées, comme une synthèse du vécu, qui révèle au salarié ce qu'il a d'unique et de singulier, qui lui permet de manifester sa présence au monde, qui n'évacue pas sa souffrance mais qui l'articule à autre chose.Une conversation, une rencontre, un avis médical, une responsabilité assumée, qui ne pèse pas. Pas d'enquête, ni de coupable, pas de transfert, pas d'interprétation, pas de message, pas de sens caché. Autre chose. Dans un cadre déontologique précis, une capacité de questionnement encore à travailler, à penser, à inventer.

Travailler pour essayer de construire un point de vue de médecin du travail sur la clinique mise en visibilité par les salariés: sur la fragilité cochléaire des salariés pour lequel le bruit n'est plus un repère, n'a aucune siginfication; sur l'arthrose des mains des scieurs ou des confectionneuses qui veulent tenir leur travail à tout prix, sur l'hypertension artérielle, sur les poussées ulcéreuses, sur les TMS des salariés qui pensent au travail mais qui ne travaillent plus avec leur tête, etc.
Pour essayer de répondre à quelques questions : est-ce que le travail et la vie sont à ce point intimement liés que l'organisation du travail intervient sur l'acte de penser ? Est-ce que le travail répétitif qui n'est qu'anticipation et mémoire, est-ce que l'utilisation des logiciels qui impose un chemin logique aux détriments des associations d'idées et de la perception simultanée, modifient les manières de penser ? Quel est le résultat de l'acte de penser sur le corps ? Quand le salarié est en situation de perte d'identité peut-on mettre en visibilité l'envahissement du travail dans les fonctions vitales ?
Mais le médecin du travail ne peut avoir accès à cette clinique que s'il a pris position dans l'espace public de l'entreprise.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL PEUT-IL TENIR CETTE DÉMARCHE COMPRÉHENSIVE DANS L'ENTREPRISE ?

La confiance des salariés est liée à la mise en visibilité du travail du médecin, et à sa capacité à témoigner de ce qui, dans l'homme, ne peut être plié à la raison économique aussi bien pendant la visite médicale que lors de visites ou de débats dans l'entreprise. Et il y a encore suffisamment de questions de santé qui relèvent de l'observation et de l'application des textes pour permettre au médecin du travail de se situer. Il y a encore beaucoup de situations de travail intolérables qui devraient être reconnues par le médecin du travail, déclarées inacceptables pour tout salarié.

La socialisation de la souffrance au sein de l'entreprise est-elle une issue raisonnable ? Est-ce qu'il y a un usage possible de la souffrance au niveau collectif ? Du côté du savoir, de l'observation, il y a des garanties; du côté de la recherche de la vérité, du langage il n'y a pas de garantie. Le langage peut tromper.
Quand les salariés, pour survivre, choisissent le silence, c'est-à-dire que pour un certain nombre de raisons, ils n'ont plus la force de prendre la parole, plus la force de

prendre les choses en main, il faut bien réfléchir avant de mettre en visibilité ce qu'ils ont choisi de taire, ailleurs que dans le cabinet médical. C'est à eux de reprendre la parole dans leur travail.
C'est à nous de tenir notre parole au plus près du travail, c'est à nous de donner corps aux mots pour que les salariés puissent reprendre " le discours sur soi ", travailler l'expérience d'un corps raconté à partir d'un senti, d'un ressenti, d'un imaginé, d'un corps qui a une histoire.
La démarche compréhensive ne transforme pas les conditions de travail, mais elle permet aux salariés d'accéder à la parole, elle permet parfois un débat sur la question santé-travail entre salariés. Elle donne à mon quotidien de médecin du travail une richesse exceptionnelle (ce qui ne veut pas dire qu'il soit sans souffrance) qui engage ma responsabilité, qui m'oblige à prendre position.

La compréhension d'autrui suppose que l'on s'engage pour une cause juste et que l'on découvre à travers celle-ci un lien avec l'autre. Le rapport qui s'établit entre les deux personnes n'est pas celui de deux choses qui n'ont rien à voir l'une avec l'autre, la compréhension est une question d'appartenance. Elle implique dans sa démarche des anticipations communes à nous tous. Elle entraîne deux phénomènes: l'esprit de discernement de la situation d'autrui et la tolérance ou indulgence.
Notion d'appartenance dans l'éducation, la culture, à la tradition, tout simplement appartenance à une commune humanité. Hannah Arendt parle de vouloir vivre ensemble, silencieux, généralement non remarqué, enfoui. Une communauté du dessous de la vie qui reste et qui attend son heure ?

Mais l'entreprise est aujourd'hui un monde sans loi, hormis celle du marché, un monde où règnent souvent le mensonge et le déni de la réalité, un monde d'exclusion, d'incompréhension.

Le problème aujourd'hui dans l'entreprise c'est que la compréhension si elle existe encore se construit sur une notion de différence : la différence sexuelle. Elle fait apparaitre pour les salariés le refus d'une attitude virile, tournée vers le tout économique, l'infaillibilité, la maîtrise du réel, de la technique et de la science. Attitude virile jugée inhumaine, qui met les cadres " mâles " de l'entreprise dans le paradoxe de n'être plus " des hommes ", attitude jugée inefficace car incapable de faire face au quotidien et de prendre des décisions.
Cette résistance des salariés, silencieuse, " le poing serré dans la poche, le mouchoir dessus " est retrouvée dans diverses entreprises. Elle permet aux femmes, dans certains cas, d'accéder de nouveau à la parole entre elles et peut-être à une forme de collectif. Elle est vécue beaucoup plus douloureusement par des hommes proches de la retraite, elle est impossible, destructrice pour des hommes jeunes.

DES RÈGLES POUR CONSTRUIRE UN MÉTIER

Un véritable métier ne se réduit pas à un savoir et à des modes opératoires, c'est un rapport spécifique de l'homme aux objets, à la matière, au monde : un rapport psychique mais aussi une intimité physique. Le travail est affrontement au réel, à ce qui n'est pas donné mais il est en même temps perception du réel dans ce qu'il a de simultané, permettant de saisir le monde dans sa globalité : le bruit d'une machine, quelqu'un qui siffle ou qui crie, l'odeur du bois ou du xylophène, une association d'idées, un geste de travail. Comme une compréhension immédiate du monde, que le langage qui est successif, narratif ne peut rendre compte qu'au prix d'une laborieuse énumération. Accordons nous en clinique, assez de place et d'intérêt à ces éléments de la perception sensible ? Sommes nous capables de les reprendre par les mots? Qu'en est-il dans notre propre métier, pour notre activité de travail ?

C'est dans le travail clinique, clinique du quotidien, de la rupture de vie et des décompensations que les médecins du travail peuvent construire des règles de métier.
Un travail collectif est nécessaire pour mettre en évidence ces *" formes cachées de l'anxiété, ces moments d'ennui, de délaissement de soi "*, qui amènent à faire croire qu'il s'agit de quelque chose de rattaché à la personnalité ou à un " passage ", ce manque d'allant, de perte d'attrait pour l'inédit, ce sentiment de monotonie, qui ne sont pas souvent reliés par les salariés à la situation de travail, mais qui les empêchent de se constituer comme sujets.
Pour instaurer la confiance entre nous, il faut mettre en visibilité nos manières de travailler, il faut que nous puissions évaluer la qualité des taches exécutées, le contenu des textes, des comptes rendus que nous sommes amenés à rédiger.

Nous avons besoin d'une langue qui ne soit pas seulement à vocation technique, mais qui ait une dimension affective. Un langage commun qui privilégie plus *" les mots-valeurs du sentir chargés d'affects que les mots-savoir des concepts ". " L'acquisition d'un langage entier est à la portée de l'homme dans la conjugaison de son double versant du dire et du sentir, de l'avoir et de l'être, des concepts et des formes du sensible. "*
C'est par un langage différent, par la volonté de se distinguer, d'être différent, que peut se construire un collectif.
La langue de métier régule le rapport des hommes entre eux, elle distingue un métier de tous les autres, elle révèle que le *" rapport homme-travail est dominé dans le métier, par le processus de mise à l'échelle humaine de la réalité. Tout est ramené à l'homme, à sa mesure, à ses possiblités, à ses désirs "* dit Damien Cru[114] en parlant des tailleurs de pierre.
À l'inverse, aujourd'hui, dans l'entretien médical, les mots utilisés par les salariés ramènent l'homme à l'état de machine, de robot, cassé, prêt à exploser, à disjoncter, de

[114] Damien CRU, Les règles du métier, in Plaisir et Souffrance dans le travail, tome I, éditions de l'AOCIP, 1988-1993, 24-51

pion, de quel sexe ? Sommes nous capables, nous médecins du travail de faire entendre un autre discours, d'autres mots ?

Ce métier me donne l'occasion de mobiliser ma personnalité dans une résistance au tout économique, mais il me met aussi, à l'écoute du bruit du monde, de sa rumeur. Comme une perception du réel dans ce qu'il a de simultané, comme une compréhension qui modifie mon rapport au monde, qui m'interroge, qui me pousse à écrire, qui m'entraîne à débattre avec d'autres médecins, qui m'oblige à entrer dans une histoire.
Pour faire ce métier, nous devons avoir des exigences de travail, en particulier dans les services interentreprises, par rapport à l'organisation du travail, par rapport au temps de travail qui peut faire de nous des salariés exposés au travail répétitif sous contrainte de temps, par rapport au changement d'attribution de secteur aux médecins, par rapport à notre indépendance professionnelle, par rapport aux critères de suivi professionnel dans les situations de précarité, de rupture dans la vie de travail. Ces exigences créeront sans doute des règles, un collectif de règles capable de nous soutenir face aux exigences que ce métier nous impose.
Car ce métier exige de nous résistance et non résistance au monde et donc l'intégrité de notre identité sexuelle. Il exige de nous de prendre la parole dans les espaces collectifs de débat qui sont des espaces d'exactitude et donc d'être capables de dire je dans les situations conflictuelles. Il exige de nous d'être un peu des romanciers dans la relation à la vérité, dans la relation individuelle, un peu poètes car il y a toujours quelque chose qui reste hors langage, indicible.
" Pas simple, mais à hauteur d'homme ", voire de femme !

CLINIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL, ESPACE PUBLIC ET SANTÉ PUBLIQUE

Alain Carré

" Dans les paroles sans nombre prononcées par les hommes un sens a pris corps qui nous surplombe, conduit notre aveuglement, mais attend dans l'obscurité notre prise de conscience pour venir à jour et se mettre à parler. "

M. Foucault : Naissance de la Clinique

NORMALITÉ ET SANTÉ[115]

Les conséquences pour la santé du nouveau fonctionnement des entreprises dont l'organisation du travail est la cause principale sont ici assez exposées pour ne point y revenir.
Elles interrogent tous les professionnels du champ de la santé au travail sur le sens du travail, de l'identité et de la santé mentale.

Certains médecins du travail se refusent à quitter la main de leur *alma mater*, la clinique médicale, et s'obstinent à ignorer toute manifestation pathologique qui ne serait pas descriptible dans ses formes canoniques. C'est qu'il est difficile pour un médecin formé à la rigueur de la méthode clinique de s'en éloigner un tant soit peu sans se sentir orphelin.
C'est aussi pourquoi la souffrance " ordinaire " parait, au yeux de certains, un signe d'inadaptation qu'il convient de traiter en " gérant le stress ".

Et pourtant sans relever forcément de la pathologie officielle, les salariés souffrent pour conserver leur normalité*, " identifiable à la lutte pour la vie ".*
La santé n'est plus alors *" lutte contre les maladies et atteintes à l'intégrité physique ou psychique ",* c'est-à-dire l'objet traditionnel de la médecine que cherche à rendre possible la méthode clinique, mais *" recherche et maintien de l'équilibre psychologique tel que conçu et construit par un ensemble de paramètres sociaux, culturels, politiques et psychologiques. "*

Cette lutte pour la normalité, qui devient un point d'équilibre entre les défenses déployées par l'individu et les forces qui le poussent à la décompensation, ne se conçoit pas sans l'établissement de normes partagées : *" sans normes partagées pas d'intelligibilité des conduites humaines ". " Est normal celui qui est capable de participer à la construction, à la stabilisation et à l'entretien des normes d'un milieu ou d'une communauté. "*

Or, précisément l'organisation du travail qui prévaut actuellement a pour conséquence une destruction des communautés et des collectifs formels ou informels.
Les manifestations de souffrance qu'observent les médecins du travail sont une conséquence de cette décompensation. Le passage à la pathologie avérée est possible mais le plus souvent la lutte pour la normalité se poursuit dans un " *silence*

[115] Sauf autre mention, les citations de ce paragraphe sont tirées de : Christophe DEJOURS, Il ne faut pas confondre santé des populations et santé des personnes, Revue Santé et Travail n° 17, 1996

assourdissant[116] *".* Cet oxymoron traduit l'existence de manifestations non seulement infra cliniques mais extra cliniques par exemple l'observation de " comportements étranges " incompréhensibles non seulement pour le médecin mais aussi pour les autres travailleurs et pour le sujet lui même.

La clinique médicale traditionnelle est impuissante à rendre compte de cette lutte pour la normalité et, lorsqu'on s'y réfère exclusivement, les éléments qui en relèvent paraissent dérisoires.

UN DÉBAT AUSSI ANCIEN QUE LA CLINIQUE[117]

La méthode clinique telle que nous la connaissons n'est pas le résultat d'un accroissement continu de connaissances inauguré dans l'antiquité.
Il s'agit au contraire d'une naissance survenue en France sous l'impulsion de la philosophie des Lumières, en rupture avec les pratiques médicales existantes.
L'idéalisme des premiers temps de la révolution postulait que de l'harmonie sociale naîtrait la santé et qu'à terme serait bannie la maladie. Le médecin avait pour mission de guider l'harmonie.
" Au lieu de rester ce qu'elle était, la sèche et triste analyse de millions d'infirmités, la douteuse négation du négatif, (la médecine) reçoit la belle tâche d'instaurer dans la vie des hommes les figures positives de la santé, de la vertu et du bonheur. (...) La médecine ne doit plus être seulement le corpus des techniques de la guérison et du savoir qu'elles requièrent, elle enveloppera aussi une connaissance de l'homme en santé, c'est-à-dire à la fois une expérience de l'homme non malade et une définition de l'homme modèle "
À ce stade, *" le regard médical dont on se met à reconnaître les pouvoirs n'a pas encore reçu dans le savoir clinique ses nouvelles conditions d'exercice ; il n'est qu'un fragment de la dialectique des Lumières transporté dans l'œil du médecin ".*
C'est ici la santé, et non la maladie, qui est au centre de cette première conception.

Pour des raisons tenant en particulier au contexte politique, la méthode clinique se développera en opposition avec cette conception médicale d'une normalité *intérieure*, celle poursuivie par le sujet: *sa* santé.
Elle sera dominée par conception d'une normalité vue de l'*extérieur* par l'œil du médecin : *la* santé. Celle-ci est définie en opposition avec la maladie : est normal qui n'est pas malade.

Le but de la méthode clinique est de faire de la clinique un langage. *" C'est à la fois une nouvelle découpe des choses et le principe de leur articulation dans un langage où nous avons coutume de reconnaître le langage d'une science positive ".* C'est *" un nouveau profil pour l'expérience du médecin du perceptible et de l'énonçable, le passage du "qu'avez-vous" au "où avez-vous mal" (...) La clinique invoquée sans cesse pour son empirisme, la modestie de son attention et le soin avec lequel elle laisse venir silencieusement les choses sous le regard, sans les troubler d'aucun discours doit sa réelle importance au fait qu'elle est une réorganisation en profondeur non seulement des connaissances médicales mais de la possibilité même d'un discours sur la maladie ".*

C'est parce que la lutte pour la normalité relève de la santé de la personne, et n'est donc pas dans le champ de la clinique, qu'elle n'est pas perçue par certains médecins. C'est aussi pour cela que *" lorsque le sujet perd sa normalité, la médecine ne lui est d'aucun secours*[118] *".*

UNE CLINIQUE COMPLÉMENTAIRE : LA CLINIQUE DE LA SANTÉ DU SUJET

Les médecins du travail travaillent comme tous les autres médecins dans le cadre de la clinique médicale et utilisent la méthode clinique. Cette clinique est une clinique de la maladie ou encore de la santé des populations.

Il n'est pas question d'abandonner cette pratique clinique en médecine du travail puisque les médecins du travail sont confrontés à des phénomènes relevant de la pathologie classique quoique professionnelle.
Mais cette clinique, si elle permet de dépister des atteintes à la santé :

- ne permet pas de construire une prévention chez des sujets supposés sains,
- est impuissante à traiter de la lutte du sujet pour sa santé c'est-à-dire pour la normalité.

[116] Dominique HUEZ, Organisation du travail et précarisation de la santé, contribution à cet ouvrage
[117] Sauf autre mention, les citations de ce paragraphe sont tirées de : Michel FOUCAULT, Naissance de la clinique, PUF, 1963
[118] Christophe DEJOURS, opus cité

C'est pourquoi les médecins du travail de l'association SMT ont entrepris de travailler collectivement sur la constitution d'une clinique médicale nouvelle qui n'est pas destinée à se substituer à la clinique médicale classique mais à la compléter.
S'ils ont décidé de nommer cette clinique, " clinique de la santé " (pour clinique de la santé du sujet), c'est pour la différencier de la clinique traditionnelle, la clinique (pour clinique de la santé des populations ou de la maladie).

Pour construire cette clinique de la santé du sujet ils n'ont aucunement recours à la sociologie mais bien aux concepts de la psychodynamique du travail: *" la psychodynamique comme discipline clinique, la psychodynamique comme exigence de soutien à l'élaboration de leur histoire par les salariés eux mêmes*[119]*. "*
La psychodynamique du travail observe en effet que le travail ne peut être un opérateur de santé que dans la mesure où il permet aux hommes et aux femmes d'apporter et de faire reconnaître leur contribution à la construction du monde commun.
Dans un contexte péjoratif, la prise en charge des questions de santé au travail devient un *" soutien des salariés dans le travail de constitution de leurs propres points de vue sur les évolutions de l'organisation*[120]*. "*

La clinique de la santé estime donc que le travail peut être un opérateur positif de construction de la santé des sujets. C'est à eux qu'elle est destinée mais dans le contexte d'une communauté particulière la communauté de travail.
Elle ne s'arrête pas aux frontières de l'entreprise et prend en compte les aspects sociaux de la construction de leur santé; non seulement le travail mais aussi la vie sociale hors travail, la vie familiale et les rapports à la citoyenneté.
Elle suit la dynamicité de la construction de la santé par le sujet ; ce n'est pas une clinique d'intervention mais une clinique d'accompagnement.
Elle utilise une technique médicale, l'écoute.
Cette écoute n'est pas interprétative en cela qu'elle ne propose pas d'interprétation des propos du sujet. On la qualifie d'écoute compréhensive.

Ce qualificatif fait référence à deux finalités :
- mettre le sujet en situation de donner, pour lui même, un sens à la situation de travail, lui permettre de la comprendre,
- permettre au médecin du travail de *" comprendre les dynamiques intersubjectives, psychologiques et sociales dans lequel le sujet s'embourbe ".*

Elle ne vise toutefois *" jamais à se substituer au sujet et s'en (tient) à l'accompagner, à l'assister ou à l'aider. L'aider à quoi ? à penser, à analyser, à délibérer, à faire des choix, enfin à prendre des décisions*[121]*. "*

CLINIQUE DE LA SANTÉ ET ESPACE PUBLIC DE L'ENTREPRISE

L'intervention dans l'espace public interne à l'entreprise n'est pas spécifique de la clinique de la santé.
En effet la fonction de conseiller de médecin du travail lui impose d'alimenter le débat social qui prélude aux différentes prises de position des partenaires sociaux en matière de politique de santé au travail.
Dans ce cadre il intervient soit dans un cadre institutionnel (CHSCT par exemple), soit à son initiative. Cette intervention se fait exclusivement du point de vue de la santé.
Cette intervention peut faire appel à différentes techniques spécialisées (ergonomie, épidémiologie par exemple) et peut être également le résultat d'une démarche clinique.

Quand elle repose sur la clinique de la santé cette intervention relève du témoignage.
Le témoignage est une technique qui participe à cette clinique et ne perd pas de vue sa finalité d'accompagnement.
Elle vise à aider le sujet, en aidant à la constitution de collectifs, en créant les conditions de la compréhension. Car *" comprendre les autres, se comprendre soit même (est) le minimum nécessaire pour entrer dans l'échange.*[122] *"*
Cela vise donc à permettre la naissance de " normes partagées " à partir desquelles se définit l'unité d'un milieu ou d'un groupe.

[119] Philippe DAVEZIES, Psychodynamique et évolution des pratiques en santé au travail, perspectives et difficultés, Intervention au Colloque International de Psychodynamique du Travail, Paris, 31 janvier 1997
[120] Philippe DAVEZIES, opus cité.
[121] Christophe DEJOURS, opus cité
[122] Christophe DEJOURS, opus cité

Du fait de l'existence du témoignage la clinique de la santé confère la dimension de praxis à l'exercice de la médecine du travail.
Cette pratique du témoignage relève, comme un certain nombre d'autres pratiques en médecine du travail, de la pratique sociale puisqu'elle participe en l'alimentant au débat social.
L'espace public est ici un " espace public d'apparition ". Ce concept *" tout en définissant le cadrage quasi spatial, exprime la visibilité même du lien social. (...) Si le pouvoir des égaux est l'énergie si dissimulée du vivre ensemble (...) leur vraie force consiste dans la mise à l'épreuve du nouveau savoir-vivre ensemble qui les fait tenir ensemble.*[123] *"*
C'est bien la naissance de ce vivre-ensemble que s'efforce d'obtenir le témoignage dans l'espace public de l'entreprise.
L'espace public se caractérise en effet par cette ouverture où peut prendre place un échange d'opinions, où peuvent *" se mettre en commun des paroles et des actes ".*
Pour que cela soit possible, *" il faut que la parole et l'acte ne divorcent pas, (que) les mots ne (soient) pas vides, ni les actes brutaux, (que) les mots ne servent pas à voiler les intentions mais à révéler des réalités, que les actes ne servent pas à violer et à détruire mais à établir des relations et créer des réalités nouvelles.*[124] *"*

Ce témoignage doit donc respecter certaines règles :
- *" garder le seul point de vue de la santé au travail, ne jamais oublier au nom de quoi on parle (...),*
- *reconsidérer tout conflit de personne ou de groupe de personnes sous l'angle de l'organisation du travail,*
- *souligner l'importance des espaces de discussions sur le métier, sur le travail quotidien ordinaire, sur les difficultés ou les astuces pour y faire face,*
- *interpréter les mécanismes défensifs mais les respecter en l'absence d'autres solutions ".*

Ce témoignage a aussi pour objet de *" reformuler les discours du management sur la motivation ou la démotivation (...) remettre l'homme au centre, l'homme comme fin et non comme moyen.*[125] *"* En cela il s'oppose à la " communication d'entreprise ".

[123] Paul RICOEUR, Pouvoir et Violence, Politique et pensée, Colloque Hannah ARENDT, Payot, Paris, 1989
[124] Hannah ARENDT, Condition de l'homme moderne, Calmann Levy, Paris, 1963
[125] Ainsi que la citation précédente : Brigitte PERCEVAL, Accompagnement des pratiques des médecins du travail par la psychodynamique du travail, contribution à cet ouvrage

CLINIQUE DE LA SANTÉ ET ESPACE PUBLIC EXTERNE

L'utilité du témoignage dans l'espace public extérieur à l'entreprise peut paraître subsidiaire.
Toutefois il participe en partie à la pratique de la clinique de la santé. Cette participation est secondaire et ne saurait effectivement se substituer au témoignage dans l'espace public interne.
Du même ordre il peut permettre par action en retour d'ouvrir des espaces de débat.

La " communication " ne s'arrête pas aux frontières de l'entreprise. Les salariés peuvent bénéficier du témoignage des médecins du travail dans cet espace public. Publier un article sur les démarches qualité, sur la sélection génétique des salariés, sur l'utilisation des méthodes d'évaluation de la personnalité, participer à une émission de radio, c'est élargir le débat pour le renvoyer en miroir dans l'espace public interne où il a déjà été ébauché.

Toutefois c'est pour *la constitution* de cette clinique de la santé que le débat dans l'espace public externe a une fonction importante.
Comme l'écrit Chr. Dejours, dans la postface du livre *Souffrances et précarités au travail,* le témoignage est une *" innovation clinique (dans la mesure où) les médecins du travail parlent de ce qu'ils entendent et ils parlent aussi d'eux mêmes ".*
Regroupés autour des projets de témoignage dans l'espace public externe, les collectifs de médecins du travail réfléchissent sur leur métier, ils en construisent les règles, ils en délibèrent les normes. Car, eux aussi très souvent isolés, cherchent à rejoindre une normalité qui est problématique.
Ils recherchent leur équilibre en agissant ensemble. C'est alors qu'ils construisent en coopérant une clinique de la santé.

Enfin, pour un médecin du travail, témoigner dans l'espace public externe c'est aussi exercer sa citoyenneté.
Dans un espace devenu éminemment public, celui du travail, l'activité professionnelle ne doit elle pas comporter une activité propre à éclairer les décisions publiques ?
Alors que politique et entreprise s'enchevêtrent, un professionnel doit-il plutôt se réfugier dans un splendide isolement ?
Sans doute intervenir dans l'espace public externe ne doit pas devenir la finalité de l'exercice du médecin du travail mais qui mieux que lui est à même de faire

surgir en pleine lumière les enjeux pour la santé de l'organisation nouvelle ?

CLINIQUE DE LA SANTÉ ET SANTÉ PUBLIQUE

Le secteur de la santé publique est le parent pauvre des politiques de santé.
Son renforcement est indispensable. Encore faudrait il que son action soit complète et intéresse donc tous les secteurs où la santé est en péril.
La santé au travail est une zone sous estimée, voire négligée, des spécialistes de la santé publique. En imaginant qu'elle ne le soit pas, c'est sous l'angle de la clinique de la maladie qu'elle serait abordée.
La santé publique fait l'impasse sur l'abord des questions de prévention sous l'angle d'une clinique de la santé du sujet et reste clouée au socle traditionnel de la santé des populations.

Notre ambition est donc d'interpeller la santé publique du point de vue de la santé au travail et non du point de vue de la santé dans le travail, mais aussi du point de vue de la clinique de la santé du sujet.

Où dans l'ensemble de ce programme est il question d'abandonner la clinique médicale traditionnelle ?
Nous travaillons au contraire à la compléter par une clinique nouvelle. Cette clinique relève des sciences sociales. *" Les praticiens de la santé au travail ont donc à s''approprier ces connaissances et à réfléchir sur la manière de les utiliser au service de l''action sanitaire*[126]*. "*

C'est à cela que nous nous appliquons chaque jour individuellement et *hic et nunc* collectivement. Devant l'ampleur de la tâche, comment pourrait on nous reprocher de ne point encore avoir abouti ?

---

[126] Christophe DEJOURS, opus cité

CHAPITRE 2 - EXERCICE PROFESSIONNEL DANS LES PME-PMI

EXERCICE PROFESSIONNEL DANS LES PME-PMI

L''exercice de la médecine du travail dans les petites et moyennes entreprises illustre ses difficultés mais aussi ses avancées.
C''est habituellement au sein des services médicaux interentreprises qu,elle s''exerce. Ce système interpose entre le médecin et l''employeur la structure du regroupement d''employeurs qui gère ces services.
Le nombre de salariés surveillés étant très élevé, le médecin a très peu de temps à consacrer à chaque salarié, ce qui l''oblige à aller d''emblée au cœur des problèmes de santé au travail.
C''est le point de vue de la santé des sujets qui est le centre de gravité de sa démarche.
*Le conseil peut alors être prodigué sous la forme d''un bilan " santé-travail " écrit, dont les aspects positifs lorsqu''ils existent sont valorisés. Le chef d''entreprise n''en est pas l''unique " bénéficiaire ". (**" Le conseil dans l'entreprise : quelle pratique pour les très petites entreprises "**)*
*La rédaction des rapports annuels est un moment privilégié. Ils permettent le regroupement des problèmes rencontrés et la mise en exergue des principales causes d''atteintes à la santé repérées. (**" Extrait du rapport annuel pour une entreprise, présenté en CHSCT et en CE "**)*
*L''intervention en situation de crise complète mais se nourrit aussi de ce travail de synthèse. Le contexte plus global du sort fait à la santé des salariés dans l''entreprise permet de mieux en comprendre la genèse. (**" Décompensation collective du personnel d'une maison de retraite "**)*
*Certains employeurs vivent comme une mise en cause de leur responsabilité les conseils du médecin du travail. Des conflits peuvent en résulter. Le médecin a pourtant le devoir de construire des stratégies permettant d''améliorer les conditions de travail et de les formaliser en conseillant tous les membres de l''entreprise. (**" Zazie dans l'industrie "**)*
*Mettre par écrit les conseils est souvent indispensable pour influencer l''employeur, pour laisser trace, pour donner acte au salarié et se mettre à sa disposition afin de lui permettre de construire sa santé. (**" À propos de lettres remises au salarié lors de la visite médicale "**)*
*Ces courriers ne concernent pas uniquement les conditions de travail. Adressés à l''ensemble des acteurs sociaux de l''entreprise ils portent aussi sur l''influence de l''organisation du travail sur la santé. (**" Lettre aux différents partenaires sociaux d'une entreprise** ", **" Conséquences des contraintes organisationnelles "**)*
*En fait, cette pratique des écrits constitue une des obligations légales du médecin du travail. Ils ont valeur de " fiche d''entreprise ". Cette fiche place l''employeur face à ses devoirs réglementaires. Elle permet au médecin d''exercer sa responsabilité légale; bien entendu quand la correspondance traite d''un cas singulier le consentement du salarié est requis au préalable. (**" Pratique des écrits à l'employeur dans les PME-PMI "**)*

LE CONSEIL DANS L'ENTREPRISE : QUELLE PRATIQUE POUR LES TRÈS PETITES ENTREPRISES?

Fabienne Bardot

L'objectif qui fonde le métier du médecin du travail est *" d''éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail "* (article 1 de la loi du 11 octobre 1946). Pour tenir cet objectif, de quels moyens dispose le médecin du travail ? De son rôle de conseiller.
C'est l'article R. 241-41 du Code du travail qui définit le rôle du médecin du travail comme un rôle de conseiller *" du chef d''entreprise ou de son représentant, des salariés, des représentants du personnel…* " Mais le problème, c'est que, dans le cas des TPE., on ne retrouve plus que deux interlocuteurs : l'employeur et le salarié. En effet, dans ces entreprises (moins de 50 salariés), il n'existe aucune structure collective, en particulier absence de CHSCT où un débat pourrait naître autour des questions de santé et de sécurité au travail.

Le conseil, le " ce qui serait bien ", ne pose aucun problème dans le cadre de la relation duale avec le salarié, mais on est dans le registre de la relation intime, de la confidence et sûrement pas de la décision. En revanche, le conseil santé-travail apporté au chef d'entreprise est le seul qui puisse avoir une répercussion collective si ce conseil est pris en compte. Le chef d'entreprise sait que le médecin est d'une certaine façon, le garde-fou de la santé par rapport au travail et cela dans les deux sens de la dynamique de la santé : construction et altération.
Or, parler de garde-fou renvoie à une notion de résistance, de maîtrise d'un débordement, de contention. Il s'agit donc en quelque sorte d'un face à face avec une valeur à

faire admettre : le point de vue de la santé. C'est bien ce rôle-là que doit tenir le médecin du travail et le rôle n'est pas facile.
Du côté de l'employeur de la TPE, voici donc dévoilé le paradoxe. Dans son métier de chef d'établissement, il est soumis à des contraintes économiques, de gestion et de production. On lui impose, en plus, un " conseiller " qu'il n'a pas choisi et pas vraiment demandé qui va lui " proposer " des contraintes supplémentaires pour préserver la santé des salariés. Pas facile à recevoir non plus pour l'employeur pour qui l'objectif " production " est le point visé.
Et pourtant, le médecin ne doit pas lâcher le point de vue de la santé. C'est bien le jeu social nécessaire pour que le métier ait un sens.

Pour être, malgré tout écouté, (et peut-être entendu), le médecin du travail doit s'appuyer sur les trois piliers suivants qui fondent sa pratique :
- la santé,
- la réglementation,
- la déontologie, son éthique et ses convictions.

Un seul de ces piliers est manquant et l'édifice s'écroule. Le point santé est particulièrement important. Plus il sera étayé par des données scientifiques validées, par des mesures métrologiques solides, par des connaissances toxicologiques fiables…, plus il sera fort. C'est ici que s'articule cette fameuse notion de pluridisciplinarité (ou de multidisciplinarité, voire parfois de " transdisciplinarité ") qui ne signifie que : donner les moyens au médecin du travail.

L'introduction de la notion de pluridisciplinarité n'est que l'application d'une obligation ancienne (R. 241-44 du Code du travail) qui semble bizarrement redécouverte. Il ne faudrait pas que, sous prétexte de pluridisciplinarité, la cohérence du recueil d'informations du médecin dans le domaine des risques professionnels et de l'hygiène soit morcelée au point qu'il n'ait plus les connaissances suffisantes pour réaliser une synthèse " santé-travail ".

Pour que l'aspect de la santé soit entendu et aussi reconnu, ce bilan " santé-travail " doit se faire par écrit afin qu'il y ait trace de l'intervention du médecin. Le moment de la décision de faire l'écrit doit être adéquatement choisi. Il doit correspondre à une situation où un espace d'attention est ouvert chez le responsable d'entreprise. De plus, dans tous les cas où cela est possible, il est indispensable que les informations écrites adressées à l'employeur soient, de même, reçues par au moins un autre interlocuteur réel ou potentiel. L'effet de miroir ainsi provoqué rendra visibles des phénomènes souvent cachés ou indicibles et entraînera l'action recherchée. La procédure est aussi valable lorsqu'il sera plutôt question de faire valoir des éléments positifs, on joue alors sur le registre de la reconnaissance auquel l'employeur est aussi sensible.

Quelques exemples illustratifs :

DU COTÉ DE LA DÉONTOLOGIE

Le 13 septembre 1996, j''ai vu en visite de reprise après maladie professionnelle (tableau n°57 (troubles musculo-squelettiques). Madame C.L. Compte tenu de son état de santé, j''ai donc formulé des restrictions qui obligeaient à un aménagement de poste conformément à l''article L. 122-32-5 du Code du travail : " ...l''employeur est tenu de lui proposer, compte tenu des conclusions écrites du médecin du travail et des indications qu''il formule sur l''aptitude du salarié à exercer l''une des tâches existant dans l''entreprise…".
À la suite de cet acte, j''ai donc prévenu votre secrétariat de mon passage le 25 septembre 1996, pour m''entretenir avec vous des possibilités de reclassement de Madame C.L. C''est votre appel téléphonique qui m''a confirmé l''heure de ce rendez-vous soit 10 h 30. Le 25 septembre vous m''avez fait part d''une impossibilité de reclassement de Madame C.L. car aucun poste disponible ne pouvait s''adapter à son état de santé. Très honnêtement, il m''a paru effectivement difficile, compte tenu de votre activité, d''aménager un poste adéquat. Je l''ai donc revue en application de l''article R. 241-51-1 du Code du travail, le 2 octobre 1996, date à laquelle j''ai constaté une inaptitude à tout poste dans l''entreprise.
C''est aussi à cette date que me sont parvenus les courriers suivants :
- copie de votre lettre recommandée avec A-R adressée à ma direction et datée du 18 septembre 1996 (soit huit jours avant notre rendez-vous)
- copie de la réponse de mon directeur.
Ma surprise a été grande. En effet, il me semble important de vous rappeler que le médecin du travail exerce son métier en toute indépendance technique (article 5 du Code de déontologie). Vous écrivez : " Je vous demande de bien vouloir faire le nécessaire pour que le Docteur B… ". Ce mot d''ordre adressé à mon directeur transgresse très clairement cette indépendance technique. Vous précisez ensuite : " que le Docteur B… participe activement au reclassement de cette salariée en me faisant des propositions de reclassement ou d''aménagement de poste au sein de mon entreprise… ".
Il me semble que vous inversez les rôles. C''est à l''employeur de faire les propositions (article L. 122-32-5) et non au médecin du travail dans le cadre de la maladie professionnelle. À ma connaissance c''est bien le cas de Madame C.L et ici, l''article L. 241-10-1 ne s''applique pas. La procédure que vous avez employée ressemble trop à une tentative de pression pour que je n''en laisse pas de trace. C''est l''objectif de ce courrier.
En espérant que vous comprendrez mon point de vue et qu''à l''avenir vous établirez des relations plus directes, je vous prie d''agréer, Monsieur, l''expression de mes sentiments les meilleurs.
Double au directeur du service interentreprises.

DU COTÉ DE LA SANTÉ

1er cas :

Par votre courrier du 3 juillet, vous me demandez mon avis sur la possibilité de l'utilisation d'une paire de chaussures de sécurité par de multiples utilisateurs successifs. Cette question déjà abordée plusieurs fois, reçoit encore à l'heure actuelle toujours la même réponse : les chaussures de sécurité doivent rester personnelles au premier utilisateur pour des raisons techniques d'une part et d'hygiène d'autre part :
1° - une chaussure neuve se " brise " au pied du premier utilisateur et se déforme pour s'adapter à celui-ci, un autre pied n'y trouvera plus son " compte " dans des plis antérieurement formés (syndrome de l'adaptation).
2° - sur le plan de l'hygiène, se pose évidemment le problème de la sueur qui, même après un séchage soigneux peut entraîner une certaine réticence à l'utilisation de la chaussure par une autre personne. En plus de cette sudation, on se heurte au cortège des contaminations possibles et malheureusement bien réelles, bactériennes et mycosiques.

Ces affections cutanées transmissibles, Maladie à Caractère Professionnel, sont susceptibles d'être réparées au titre des tableaux n°46 et n°77 des Maladies Professionnelles.
Cela dit, si vous me sollicitez, c'est que le nombre d'embauchés dont le poste de travail nécessite une protection spécifique des pieds, vous crée un réel problème de magasinage et, sans doute, de coût.

On peut donc ébaucher des solutions qui ne seront que des palliatifs non satisfaisants pour certains, à savoir :
Dans le cadre des Contrats à Durée Déterminée (CDD), passant par l'intermédiaire d'une Entreprise de Travail Temporaire, le salarié peut se présenter avec ses chaussures de sécurité, puisqu'elles lui sont fournies par l'ETT. Si ces chaussures sont spécifiques à l'entreprise, un accord commercial avec l'ETT doit résoudre le problème.
Si le salarié a un CDD et s'il est plusieurs fois réembauché, il sera assez fidèle pour ramener ses chaussures qui ne seront pas usées en cas d'usage bref. Il suffira de l'informer.
Si le salarié ne reste que quelques jours dans l'entreprise (moins d'une semaine), on peut envisager la désinfection des chaussures :
- Par un trempage dans de l'eau javellisée à 10 % pendant vingt minutes. Ce traitement pour être efficace va cependant, dans la plupart des cas, laisser les chaussures dans un piètre état.
- Par humidification à l'aide d'une solution de glutaral-déhyde ou d'aldéhyde formique à 5 %. On se heurte alors à un risque de sensibilisation à ce type de produit avec des dermites réparées au titre du tableau n°43 des Maladies Professionnelles.
- Par stérilisation à l'oxyde d'éthylène. Dans votre établissement nous avons l'avantage d'avoir un four à oxyde d'éthylène. Cette technique est tout à fait intéressante. Cependant, il n'est pas certain que le pharmacien accepte de stériliser des matériaux de prothèse auprès d'une paire de chaussures aux effluves parfois musquées.
- On pourrait aussi proposer les produits vendus en pharmacie type Pedirelax°, Ephydrol°, etc., mais ils sont valables uniquement dans le cadre de solution individuelle et ne sont pas à envisager ici car leur fiabilité n'est pas démontrée dans le cadre de vos responsabilités.
Enfin, la solution du double chaussant (avec un chausson plastifié) est mauvaise car inconfortable. Cette solution pourrait éventuellement être retenue après désinfection avec une poudre désinfectante du commerce, lorsque l'on utilise des bottes de sécurité. Pour terminer, il faut savoir que le Service des armées abandonne, devant la floraison des mycoses podales, la réutilisation des brodequins par des appelés successifs.

2e cas :
Lors de mes entretiens médicaux, je m'étais, évidemment, déjà fait une représentation des conditions de travail des salariés. Je me renseigne en effet à ces occasions sur les conditions de travail en général, les horaires, les expositions professionnelles, les conditions d'hygiène et les protections fournies. Globalement, mon impression était plutôt favorable.

Ce que j'ai vu de vos installations et de votre organisation du travail me l'a confirmé :
- Le contact avec l'essence est extrêmement limité lors de la vidange des réservoirs grâce à l'utilisation d'une pompe efficace.
- Les poussières d'amiante sont peu mobilisées puisqu'il y a rarement intervention sur les freins.
- Lors des mises en marche moteur, les tuyaux d'évacuation des fumées de combustion sont à disposition.
- Les tables élévatrices permettent de travailler à hauteur des bras n'obligeant pas l'opérateur à tenir des positions sollicitant de manière forcée le système musculo-squelettique.
- L'atelier est propre et bien rangé ce qui suggère un entretien régulier. Ce détail est d'importance, car l'activité de démontage de carcasses de voitures est tout de même réputée comme une activité particulièrement salissante.
- l'hygiène individuelle des salariés est remarquablement prise en compte ; chaussures de sécurité, cottes de travail en nombre suffisant et automatiquement nettoyées, douches à disposition.

Dans ce métier, le risque professionnel prépondérant est le risque chimique (essence et hydrocarbures polycycliques contenus dans les huiles moteur usées). L'essence (surtout l'essence sans plomb) contient entre 2 et 5 % de benzène. Cet hydrocarbure aromatique est toxique pour la mœlle osseuse et est un facteur de risque de leucémie. C'est pourquoi, j'ai demandé un examen de sang à l'embauche. Cependant le niveau d'exposition étant très faible, cet examen sera renouvelé à échéances de quelques 5 à 10 années (afin d'alimenter le dossier

médical d'arguments médico-légaux). Les huiles moteur usées sont des substances chimiques plus ennuyeuses pour la santé. Elles contiennent en effet des hydrocarbures polycycliques aromatiques qui traversent facilement la barrière cutanée. Ce sont des substances cancérogènes connues. Malheureusement, en dehors d'une bonne hygiène des mains, je n'ai pas de prévention miraculeuse à vous proposer quant à ce risque.
La seule amélioration que je pourrais vous suggérer est la mise en place d'un chauffage l'hiver. Vous m'avez informée que cet investissement était prévu pour la fin 1996.
Au total, le bilan santé-hygiène de votre entreprise est très positif. Encore une fois je vous en félicite et je me tiens à votre disposition pour tout conseil dans le domaine de la santé au travail. Ce document est à considérer comme votre fiche d'entreprise et comme tel doit être tenu à disposition du contrôleur de la CRAM, de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur du travail.

DU COTÉ DE LA SANTÉ ET DE LA RÉGLEMENTATION

1er cas :
À l'issue des entretiens médicaux des agents de la mairie de votre commune, je me permets d'attirer votre attention sur certaines situations qui, à plus ou moins long terme, peuvent avoir un retentissement sur la santé physique mais aussi mentale de certains d'entre eux. J'ai constaté qu'il n'est pas rare que des agents travaillent ou vont travailler seuls, en des lieux parfois isolés, et dans des situations où l'accident n'est pas à exclure (travaux sur escabeaux, ou échelles, manutentions d'outils lourds ou dangereux, etc.). Si, du point de vue de l'organisation, il n'est pas possible de former des équipes d'au moins deux personnes, un protocole et des moyens d'alerte doivent être mis en œuvre afin qu'un incident ne reste pas invisible durant un temps trop long.
Il me semble aussi qu'il serait souhaitable de fournir des tenues de travail aux personnes qui s'occupent d'enfants, qui font du ménage (blouses et/ou tabliers), ainsi qu'à ceux qui font des travaux salissants en extérieur (cottes, bleus de travail, etc.). C'est d'ailleurs ce qui est préconisé par le Code du travail : article R. 233-1 " Le chef d'établissement doit mettre à disposition des travailleurs les équipements de travail nécessaires, appropriés au travail à réaliser ou convenablement adaptés à cet effet, en vue de préserver la santé et la sécurité des travailleurs…" ; article R. 233-42 : "...Les équipements de protection individuelle et les vêtements de travail visés à l'article R. 233-1 doivent être fournis gratuitement par le chef d'établissement qui assure leur bon fonctionnement et leur état hygiénique satisfaisant par les entretiens, réparations et remplacements nécessaires."
En tant que conseilleur de l'employeur, je me permets aussi d'attirer votre attention sur les Contrats Emploi Solidarité. Ayant constaté que certains de vos agents en CES faisaient en réalité, un temps plein, je vous rappelle que ces contrats, parfaitement décrits dans le décret n°90 - 105 du 30 janvier 1990, ne sont pas du temps partiel annualisé mais bien du mi-temps (article 2 : " la durée hebdomadaire du travail est égale à 20 heures…").
Le non respect de cette loi pourrait bien attirer l'attention de l'inspecteur du travail. Accessoirement, en dehors du problème de droit soulevé, le fait de ne pas disposer du temps prévu pour se former en vue d'une future réinsertion ou pour rechercher efficacement un emploi stable, le fait de se retrouver captif dans une activité de travail plus que précaire, ne vas pas dans le sens d'une construction positive de son identité et de sa santé. Cette situation ayant dû vous échapper, il me paraît de mon devoir de vous en prévenir afin que vous preniez toutes dispositions pour régulariser du point de vue du droit, le statut contractuel des personnes concernées.
Enfin, en dernier lieu, je ne peux faire l'impasse sur une situation qui m'a alarmée : un certain nombre d'agents de votre mairie décrit une sorte de souffrance mentale qui met chacun en difficulté pour effectuer d'une manière sereine et plaisante son activité quotidienne. Il semblerait bien qu'ils soient peu reconnus pour ce qu'ils font car évalués, mesurés…, bref, ils ressentent peu la confiance que l'on devrait leur accorder. Sachant que, dans le travail, la question fondamentale est celle de la reconnaissance, on pourrait craindre à la longue, une évolution soit vers la dépressivité, soit vers le désinvestissement. L'un serait à déplorer individuellement et l'autre collectivement. C'est pourquoi, il me semblait assez fondamental de vous entretenir de ce problème.
En restant à votre disposition pour tout ce qui relève de la problématique santé-travail, recevez, je vous prie, Monsieur le maire, l'expression de mes meilleures salutations.

2e cas :
En fin d'année 1995, j'ai reçu en visite médicale les jeunes apprentis qui commençaient leur itinéraire professionnel. Comme à mon habitude, j'ai exploré leur situation de travail et en particulier les amplitudes d'horaires qui, si elles sont exagérées, ont toujours un retentissement sur la santé de ces enfants. Si un de ces jeunes m'avait alarmée par une description d'horaires impressionnants, j'ai néanmoins vérifié la cohérence de ses déclarations en m'informant auprès du reste du personnel.
Mon habitude est, en effet de n'intervenir que lorsque tous les éléments recueillis lors des visites médicales se recoupent et me font craindre des situations délétères à moyen et long terme. Cela n'a pas été le cas pour votre entreprise.
C'est pourquoi ma surprise fut grande lorsque plusieurs parents demandèrent à me rencontrer.
J'ai ainsi appris que ces adolescents ont des amplitudes de travail de 14 à 16 heures (avec coupure de deux à trois heures), qu'il leur arrive de terminer autour de minuit en fin de semaine, que lors de la semaine de cours ils ne disposent que de la soirée du dimanche (à partir de 17h !) pour se reposer et qu'ainsi ils travaillent quinze jours de suite !

Je vous rappelle la réglementation concernant les jeunes de moins de 18 ans :
Art. L. 213-7 du Code du travail : " Le travail de nuit est interdit " (s'entend comme tel le travail effectué entre 22 h et 6 h du matin) "
Art. L. 212-1, art. L. 117 bis-1, L. 117 bis 2 et L. 117 bis 3 : " La durée du temps de travail ne peut excéder 39 heures par semaine (sauf dérogation de 5 heures accordée par l'inspecteur du travail après avis conforme du médecin du travail) "
Art. L. 221-2 : " Il est interdit d'occuper plus de six jours par semaine un même salarié "
Art. L. 221-3 : " Le travail du dimanche est interdit "
Par ailleurs, j'ai su que l'adolescent qui m'avait renseignée le premier sur ces conditions de travail avait été vertement remontré sur son acte de paroles et que les suivants avaient des " mots d'ordre ": ne pas décrire leur véritable situation de travail. Ce fait me paraît grave, car on peut considérer cela comme une entrave à l'exercice de la médecine du travail ce qui est bien le cas puisque, en toute tranquillité, je n'ai pas demandé à revoir ces enfants au bout de six mois.
De plus, j'ai appris, lors de ce colloque avec les parents et un des jeunes garçons, que ce dernier était en traitement pour des symptômes qu'il est totalement anormal de retrouver chez un adolescent qui devrait s'épanouir dans l'apprentissage d'un métier qu'il a choisi. Les familles m'ont aussi informée que ces enfants avaient été accusés de vol, avec montage de preuves. L'effet de telles manœuvres a été redoutable sur leur psychisme et sur la perception de leur valeur. Ils se sont repliés sur eux-mêmes sans même essayer de se défendre.
Je voudrais vous faire savoir que la bascule dans la dépressivité est rapide chez des jeunes gens qui sont en pleine construction de leur personnalité et de leur avenir, surtout lorsqu'une accusation de délinquance est si peu cohérente avec leur histoire personnelle (famille stable, choix réfléchi d'un métier, volonté et perspective d'une image sociale très précise). L'apprentissage doit s'appréhender comme une aide et un soutien à la construction sociale de l'individu et demande plus d'efforts au maître d'apprentissage que de piloter un personnel qualifié.
Au total, je souhaite que vous compreniez qu'être alerté par des parents d'apprentis et par leur soignant est quelque chose que je ne peux couvrir du point de vue de la santé. C'est pourquoi, une proposition de votre part réduisant les heures de travail des apprentis et leur consentant des congés hebdomadaires lors de la semaine de cours de façon à leur redonner une hygiène de vie plus harmonieuse, satisferait tout à fait l'objectif du maintien d'un bon équilibre de santé physique et mental des adolescents dont vous assurez la charge d'apprendre.
Dans l'attente d'une réponse et en restant à votre disposition dans le domaine de la santé au travail, croyez, Monsieur, à l'expression de mes meilleures salutations.
Double au Centre de formation des apprentis.

3e cas :

Le directeur de mon service m'a fait part de votre courrier du 12 juin 1996 portant réclamation sur la classification de certains de vos salariés en surveillance médicale particulière. Cette classification mérite effectivement explication pour une personne qui n'est pas mise au fait des arcanes de la réglementation.
Comme vous le savez sans doute en tant qu'employeur, certains métiers, certaines situations de travail, peuvent exposer les salariés concernés à des risques d'altération de leur santé (l'exemple dramatique et très médiatisé aujourd'hui est l'amiante). Le repérage de ces travailleurs est défini dans plusieurs textes réglementaires : l'article L. 231-2 du Code du travail et l'arrêté du 11 juillet 1977.
L'article L. 231-2 renvoie aux prescriptions réglementaires particulières (décrets) qui déterminent des professions et certains modes opératoires pour lesquels le médecin du travail a des obligations de surveillance médicale en lien direct avec le travail effectué. Cette surveillance porte d'ailleurs le nom de " surveillance médicale particulière ".
L'arrêté de juillet 1977 fixe une liste limitée de travaux nécessitant une " surveillance médicale spéciale ".
Votre activité révèle de l'article L. 231-2 et plus particulièrement du décret n° 92-958 du 3 septembre 1992 relatif aux prescriptions minimales de sécurité et de santé concernant la manutention manuelle de charges. C'est donc en application de ce décret que vos salariés sont réglementairement considérés en SMP (Surveillance Médicale Particulière). La SMP est un temps supplémentaire qui est octroyé au médecin pour s'attarder un peu plus sur les situations de travail et leurs conséquences à long terme sur l'état de l'individu. En effet la médecine du travail n'est pas à considérer comme une photographie instantanée répétitive de l'état de santé ponctuel d'un salarié, mais comme une dynamique de construction d'un état de santé qui évolue, se modifie dans le temps en fonction de facteurs externe dont le travail fait partie.
Dans le cas de vos chauffeurs-déménageurs qui font des horaires impressionnants, qui sont obligés de porter, déplacer, soulever des charges parfois très lourdes (exemple typique du piano) dans des positions sollicitant souvent dangereusement le système musculo-squelettique, il n'est pas invraisemblable de penser qu'à long terme, le coût à payer pour leur santé sera élevé. C'est pourquoi je m'attache et je m'attarde, lors des visites médicales, à interroger sur toutes ces procédures d'activité et à les enregistrer dans le dossier médical dans une perspective de suivi dans le temps et dans le but d'en laisser trace. Outre les particularités des modes opératoires, les conditions de vie sont aussi explorées lors de mes entretiens médicaux : temps et conditions de sommeil (cabine pour vos chauffeurs…), conditions des prises de repas, évaluation des temps de repos hebdomadaires (qui sont en général extrêmement court… ce qui pose problème du point de vue de la sécurité dans le cadre de la conduite), hygiène de vie en général.

Comme vous le comprenez sans doute, la médecine du travail n'a rien à voir avec la médecine de soins et ne peut donc être comparée à elle.
En conclusion, je souhaite vous avoir éclairé sur les raisons qui me font considérer vos chauffeurs-déménageurs comme des salariés à surveiller particulièrement, raisons qui relèvent de la réglementation mais aussi des conditions réelles de leur travail.
Ce courrier pourra être considéré comme votre fiche d'entreprise et tenu comme tel, à disposition du médecin inspecteur des Transports et de l'inspecteur du travail des Transports.

EXTRAIT DU RAPPORT ANNUEL POUR UNE ENTREPRISE PRÉSENTÉ EN CHSCT[127] ET COMITÉ D'ENTREPRISE

Yusuf Ganthy

LE TEMPS MÉDICAL

Nous commençons par ce point car la situation de déficit qui frappe notre temps de présence à l'entreprise X… en référence au calcul du minimum réglementaire, devient très préoccupante et disons le clairement nous met de plus en plus dans l'impossibilité de remplir correctement nos missions.
Rappelons les faits : dans les années 1992-1993, suite à une baisse d'activités et d'effectifs, notre temps de présence a été baissé passant d'une journée et demie de vacation à une journée par semaine. Des économies substantielles ont pu être obtenues à cette occasion.… Et ce sur un budget de santé au travail déjà bien serré.
En fait cette baisse d'activité n'a été que de courte durée et nous nous sommes retrouvés avec un effectif qui s'est réétoffé assez rapidement sans pour autant qu'il y ait eu progression du temps médical.
Il s'agit donc d'un déficit cumulatif sur ces quatres dernières années ayant engrangé un retard considérable dans le suivi médical du personnel doublé de l'entrave que cela représente pour l'accomplissement de nos autres tâches.

L'issue à cette problématique est suspendue à la réponse du CHI, interpellé depuis plus de six mois par l'entreprise X…
Nous sommes travaillés par le questionnement suivant :
- n'y a-t'il pas, de cette situation, une leçon à tirer et à retenir, à savoir qu'il est bien plus facile et rapide d'œuvrer pour faire des économies sur le temps médical que quand-il s'agit de faire des démarches en sens inverse ?
- le récit qui vient d'être fait n'est-il pas tout simplement un exemple de la chronique ordinaire de l'inertie redoutable qui cadenasse la question de la santé au travail ?
Nous renvoyons ces questions aux partenaires sociaux de l'entreprise et autres instances garantes de nos missions.

L'AMIANTE

La question de la présence d'amiante se pose par rapport à trois niveaux différents :
- les bâtiments,
- le système de freinage des machines,
- l'utilisation dans la fabrication.

S'agissant des bâtiments et sur la question de la présence ou non de ce matériau, l'entreprise n'a fourni à ce jour aucune réponse formelle. Celle-ci est donc toujours en attente.

Pour le système de freinage des machines, il nous a été confirmé, depuis quelques mois seulement, que l'amiante y est incorporée. Il faudra donc veiller à ce que toute nouvelle installation en soit dépourvue.
Pour les anciennes machines nous préconisons qu'un programme de remplacement par des produits de substitution soit mis en place dans la mesure où c'est techniquement possible.
D'autre part nous pensons qu'il faut procéder à des mesures d'empoussièrement de fibres d'amiante au niveau de certains postes de travail représentatifs afin de se faire une idée sur l'exposition réelle.

Au niveau de la fabrication, la seule fois et le seul endroit où on nous a clairement signifié la présence de l'amiante, c'était en " Trempe nord " au début des années 1980. Ce matériau était utilisé au poste dit de l'essuyage des fils.
À notre demande expresse, l'amiante avait été retirée et un produit de remplacement mis en place.
En dehors de ce point, à notre connaissance l'amiante n'était censé être utilisée nulle part et d'ailleurs le système de la liste des produits utilisés, demandée systématiquement lors de chaque visite d'atelier et qui fonctionne depuis plus de dix ans, n'a jamais fait état de l'utilisation de l'amiante en fabrication.

Nous avons donc été très fortement surpris d'apprendre début 1996 que des cordons d'amiante étaient régulièrement utilisés jusqu'à fin 1995 aux " Boucles " et aux " Essais-Câbles " pour effectuer les culots.

Ceci est fort contrariant car il va de soi que nous aurions réagi préventivement de la même façon qu'en " Trempe Nord ", ce qui aurait fait bénéficier aux salariés concernés d'une bonne quinzaine d'années d'exposition en moins.
À la lumière de ce qui vient d'être décrit, il nous parait indispensable de revenir sur les précisions suivantes :

[127] CHSCT : Comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail

- que nous avons pris acte, d'après la confirmation faite en CHSCT que l'amiante n'est plus utilisée en fabrication depuis 1996 ;
- que les salariés qui ont été exposés devront bénéficier d'une surveillance médicale spéciale liée à ce risque non seulement pendant toute leur vie professionnelle mais aussi en post-professionnel ;
- que le principe selon lequel le médecin du travail est informé en temps utile de tous les produits utilisés soit pleinement respecté.

L'EXPOSITION AU PLOMB DANS LES ATELIERS " TREMPE "

Entre les deux campagnes périodiques de plombémie chez les trempeurs en 1996, celui de l'automne a révélé un changement dans le profil général des taux de plombémie avec une nette tendance à la hausse, et un dépassement du seuil des 400 mg/litre chez trois salariés.
En dehors d'un épisode avec contexte d'accident du travail survenu chez un salarié il y a plusieurs années, ce phénomène est inédit en trempe à huile et traduit incontestablement, du fait de la chronologie, l'avènement et la mise en fonction de la troisième ligne de fabrication en juillet 1996, qui donne désormais à cet atelier un aspect très chargé.

Il nous appartient de rappeler les grandes lignes de prévention des risques liés à l'exposition au plomb. En matière de produit toxique, on se doit de risquer une question préalable qui peut prêter à sourire mais qui fait pourtant partie intégrante de la construction préventive : peut-on se passer de plomb ?
S'il n'y a pas de réponse à cette question, il faut néanmoins la garder à l'esprit pour pouvoir se la reposer en temps utile si les avancées technologiques le permettent dans le futur.

L'étape suivante doit être dominée par la prévention technique. Celle-ci doit absolument primer sur la prévention dite individuelle qui, même si elle est indispensable ne doit pas être considérée comme la panacée définitive mais bien comme étant inscrite dans une temporalité en attendant de trouver mieux du côté technologique ou technique.

L'objectif final étant l'exposition nulle, l'étape intermédiaire doit viser le degré le plus bas d'exposition, en tout cas d'imprégnation des salariés par le plomb.
Cela correspond en théorie à un fonctionnement en vase clos strict mais sachant que dans la pratique ce principe n'est pas atteint, des solutions techniques palliatives sont nécessaires.
Il s'agit premièrement de parer au problème de dégagement de vapeurs dans l'environnement du bain de plomb. La maîtrise de la température pour qu'elle ne dépasse pas les 500 degrés est indispensable mais non suffisante. Il y a assurément l'impérieuse nécessité de l'installation de hottes aspirantes, ne serait-ce que pour faire face à des incidents comme le défaut de fonctionnement de pompe à chaleur comme cela s'est produit à la fin des années qutre-vingt en Trempe sur le C12 avec une montée impressionnante de la plombémie au-delà de 800 mg/litre chez un trempeur qui aurait pu se concrétiser en saturnisme avéré coûteux pour la santé du salarié – mais aussi pour l'entreprise– sans la vigilance et l'intervention médicale.
Mais il y a aussi le problème de poussières de plomb et au centre l'activité très contaminante qu'est le nettoyage des bains de plomb. Dans l'état actuel des procédures, il est certain et capital que la protection individuelle des salariés doit être totale pour effectuer ce travail. Il s'agit du port de masque avec filtre efficace, survêtements et gants imperméables et calottes pour protéger les cheveux.
C'est précisément ici qu'on ne peut considérer le problème de cette situation à risque comme définitivement réglé. Car, selon le principe que la prévention technologique ou technique doit primer sur la prévention individuelle, on ne peut se dérober à la question de l'automatisation ou la semi-automatisation de cette tache polluante et pénible qui consiste à décrasser les bains de plomb manuellement avec une pelle. En même temps cela permettra de libérer les opérateurs de la contrainte – actuellement indispensable – des protecteurs " corps entiers ".

DES TRÉFILEUSES AU BANC 15 – LA QUESTION DES POUSSIÈRES

En CHSCT le problème des poussières de savon en Tréfilerie Nord est un thème récurrent depuis ces quinze dernières années. On aborde la question de la prévention. On en parle parfois longuement puis on l'oublie jusqu'à ce qu'elle resurgisse de nouveau.
Elle ressurgit notamment à la suite de cas individuels de salariés que la poussière incommode ou chez qui elle provoque des problèmes de santé plus caractérisés.

La question n'est pas simple, c'est sûr. Mais en fin de compte si, depuis toutes ces années, on s'était collé à cette question sans la lâcher, en l'approfondissant, en prenant le temps qu'il fallait, n'aurait-on pas fait un bon bout de chemin dans une construction préventive à l'heure actuelle ?
Ce thème étant revenu à l'ordre du jour dernièrement suite à un problème de santé chez un salarié, n'est-il pas temps de s'engager dans ce type de démarche ?
Pour le Banc 15, la préoccupation est moins ancienne mais il faut éviter que ce dossier ne s'enlise car il s'agit de poussières spécifiques à base d'oxyde de fer.

LE TRAVAIL POSTÉ

Sujet que nous abordons régulièrement depuis toujours. Parce qu'il est contraignant pour la santé surtout dans sa version 3x8. Que les personnes assujetties en ressentent les effets ou non, même dans ses formes moins bruyantes, subrepticement ça marque surtout à long terme. Nous

l'avons souvent abordé de façon classique : tout faire pour limiter cette forme d'organisation du travail, mais aussi comment préventivement la rendre moins pertubatrice pour la santé : rotation plus rapide, respect du sommeil du matin, c'est-à-dire début à 6 h au lieu de 5 h, temps de travail de nuit plus court, la possibilité d'en épargner les salariés de plus de 50 ans… et aussi le VOLONTARIAT.
Dans les faits comment cela se passe ?

Le travail posté subsiste dans sa forme classique ; elle s'étend plus que jamais ; la pression organisationnelle est très forte pour le tirer dans ce sens.
Le rôle de prévention du médecin du travail par le biais de l'aptitude pour sauvegarder la santé ?
Les préceptes de la Faculté qui pointent les contre-indications liées aux problèmes de santé ? lls se heurtent à la résistance même des salariés qui craignent de se sentir " hors-normes ", d'être pénalisés dans l'évolution de leurs carrières, de leurs salaires… Le volontariat ? Fonctionne-t-il vraiment ?

Voilà donc la réalité qu'il y a lieu de prendre en compte quand il s'agit de parer du travail posté : l'occulter, si la question doit être abordée, c'est forcément biaiser la discussion.
Alors, n'est-elle pas disproportionnée cette résistance émanant des responsables devant les quelques rares contre-indications médicales au travail de nuit chez des salariés compte tenu des cas plus nombreux de personnes qui pourraient potentiellement en bénéficier.
Cette résistance, prend-elle en compte la réalité du grand déséquilibre, dans ce domaine, entre exigences économiques et exigences de santé, nettement au détriment de ces dernières ?
Il nous faut poser la question aux partenaires sociaux de l'entreprise : une vraie politique de prévention des problèmes de santé liés au travail posté, est-ce possible ?

INTELLIGENCE THÉORIQUE - INTELLIGENCE PRATIQUE - SAGESSE PRATIQUE

Pour une organisation du travail féconde.
Il faut en dernier lieu mettre le projecteur sur le fonctionnement humain au travail et son lien avec la construction ou la déconstruction de la santé.
Les principaux points en ont déjà été développés dans les précédents rapports médicaux mais il est important d'y revenir pour les articuler à leurs applications concrètes.

Il est un besoin fondamental pour l'homme aussi fort que de boire ou de manger, qui est celui de sa construction identitaire. Au sein de notre monde actuel, le médiateur puissant de cette identité sociale est le travail. Le désir de contribuer dans un agir reconnu par les pairs et par la hiérarchie est un besoin essentiel pour exister socialement. Ceci va à l'encontre de l'a priori trop souvent répandu du travail qui ne serait réduit qu'à une simple exécution.

Chacun d'entre nous sait bien que pour faire son travail, il faut constamment trouver des solutions nouvelles à des problèmes extrêmement variables et toujours nouveaux.
Aussi bien faite et aussi nécessaire qu'elle soit, l'organisation prescrite souffre d'inachèvement, lequel est lui-même le stimulant de l'activité de conception et de créativité des opérateurs pour que malgré le décalage, le travail soit fait et soit bien fait.
Pour faire face à ce qui n'est pas prévu par l'organisation, il y a une mobilisation psychique qui se cristallise en INTELLIGENCE PRATIQUE qui n'est pas prédonnée à la situation de travail mais liée à l'exercice même du travail.
À l'inverse de l'intelligence théorique nécessaire pour concevoir et organiser le travail, ici c'est le travail qui produit cette intelligence dans la confrontation à une réalité qui échappe toujours à l'organisation prescrite. Cette intelligence requiert une ingéniosité sans laquelle il ne peut y avoir de production.
C'est ce qui constitue la base même du SAVOIR-FAIRE DU MÉTIER fondamental et au cœur de la vie de l'entreprise. Même si curieusement, il existe dans l'invisible – on dit que c'est un savoir qui s'ignore même pour celui qui le pratique – puisqu'il tend lui-même à sa propre occultation de par son efficacité. En effet si les échecs, les défauts de productions, les accidents, se voient clairement, la mobilisation psychique des salariés qui permet de limiter ou d'éviter échecs, défauts, accidents, ne se voit pas.
Et si on ajoute à cela une autre caractéristique fondamentale du fonctionnement humain : le fait que cette intelligence de la pratique, avec son ressort la mobilisation psychique qui est spontanée et naturelle, est vectorisée aussi par le souci de bien faire, le SOUCI DE QUALITÉ (un travail mal fait ayant des conséquences négatives sur la construction identitaire), on comprend mieux pourquoi cela peut être mal vécu par les salariés si l'organisation du travail ne fait pas montre de reconnaissance à la hauteur de l'énorme contribution des salariés et se polarise de façon disproportionnée sur ce qui n'a pas marché à fortiori quand l'accent est mis sur une quelconque négligence, inconséquence, voire flânerie.
Ces choses n'ont rien de naturel et spontané ; ce qui l'est, c'est la mobilisation dont nous avons parlé jusqu'ici… Si ces choses existent, elles sont plutôt la conséquence d'une démotivation, d'une usure face justement à l'impossibilité de réaliser le désir de contribution du fait d'une organisation trop rigide ne laissant plus aucune marge de manœuvre à la mobilisation créatrice nécessaire autant à l'homme qu'à la réalisation du travail, à la production.
Au sein du savoir faire de métier, chacun construit un SAVOIR-FAIRE DE PRUDENCE qui s'adapte aux situations à risques elles-mêmes toujours évolutives et inhérentes à toutes activités humaines.

Deux applications pratiques bénéficieraient beaucoup d'être réabordées sous cet éclairage :
- Le cas des accidents de travail : aucun individu sain ne souhaite volontairement altérer sa santé du fait du travail.

Un accident de travail est le résultat d'une tension arrivant au point de rupture, d'un trop grand déséquilibre dans l'organisation du travail. Généralement il n'y a pas de vice de comportemnt d'un individu, étourderie ou négligence. Alors que le risque est omniprésent, les savoir faire de métier et de prudence permettent le plus souvent de faire concilier travail et sécurité. Cetaines situations ne le permettent plus et l'accident de travail est plutôt le témoin de la priorité donnée aux exigences de production plutôt qu'aux exigences de santé.

- La formation. Comme l'organisation du travail prescrit, la formation théorique est importante et nécessaire. Ni l'une et ni l'autre ne sont suffisantes. Chacun de nous sait combien on est démuni au sortir de l'école dans les premières situations de travail réelles. Chaque préventeur sait que les jeunes, les nouveaux sont les cibles préférentielles des accidents de travail, et des risques en tout genre.

La méthode du TUTORAT permet d'acquérir dans la confrontation directe avec le travail mais aussi avec le savoir faire des " anciens ", le savoir faire de métier, le savoir-faire de prudence. Pour cela, il faut du temps mais ce n'est certainement pas perte de temps.

Nous terminerons sur la nécessité, au sein de l'entreprise, de cette coopération transversale pour que se communiquent les savoir-faire, mais aussi verticale pour qu'organisation du travail prescrite et organisation réelle s'enrichissent mutuellement au sein d'une vraie dynamique qui passe forcément par une volonté de compréhension mutuelle de la complexité des situations de travail, par la possibilté d'un véritable dialogue au sein d'espaces de délibération non rigides et informels pour laisser la place à la construction des règles de métier et à la créativité de l'homme qui ne demande qu'à s'exprimer.

DÉCOMPENSATION COLLECTIVE DU PERSONNEL D'UNE MAISON DE RETRAITE

Soutenir leur normalité pour ne pas être perdantes

Fabienne Bardot

Il s'agit d'un très joli petit château aménagé en maison de retraite, situé en plein bois, éloigné de 4 à 5 km du plus proche village.

Sept femmes s'y occupent d'une quinzaine de personnes âgées, presque toutes dépendantes. Un homme y fait l'entretien général.

Un matin, je suis alertée par l'inspecteur du travail qui a, en face de lui, trois personnes en arrêt de travail pour " dépression ". C'est à cause, disent-elles du harcèlement perpétuel de leur patronne. L'inspecteur du travail, non compétent dans ce domaine, me renvoie donc l'affaire.

Je reçois individuellement les trois salariés : deux femmes et un homme. Ils me racontent tous la même histoire. La directrice de la maison de retraite n'a de cesse de les harceler tout au long de leur activité par des agressions verbales publiques touchant ce qu'ils ont de plus intime, de leur vie privée à leur aspect physique.

Par exemple, l'une des salariées qui est divorcée, qui est une femme plutôt forte mais toujours coquette et attrayante, s'entend dire qu'elle est " moche ", que ce n'est pas étonnant que son mari l'ait abandonnée. L'autre jeune femme, qui vit depuis peu en couple avec le troisième salarié, se fait traiter de " femme facile ", de " putain ". Des tentatives de déstabilisation, voire de séparation du couple sous la forme de phrases telle que : " elle te fait cocu ", ne sont pas rares lorsque leurs emplois du temps les séparent au travail.

Les femmes sont arrêtées depuis plusieurs semaines. Elles sont très atteintes par cette violence qui les touche au plus profond de leur identité. Elles ne veulent plus entendre parler de retour au travail.

L'homme n'est arrêté que pour huit jours. Il résiste mieux… il faut dire qu'il est plus éloigné de la directrice, il travaille à l'extérieur de la maison de retraite où il s'occupe plutôt de la propriété.

Ils se sont visiblement concertés sur la meilleure issue possible à leur souffrance. Ils pensent à la solution du licenciement.

D'ailleurs, ils ont fait une demande de licenciement " amiable " auprès du mari de la directrice, qui semble jouer un rôle de directeur en négatif. Ils auraient obtenu un accord verbal.

Or, ils ont été embauchés un an auparavant en CIE (contrat initiative emploi) pour une durée de deux ans. De tels contrats sont financièrement intéressants pour l'employeur : 24 000 F d'aide de l'État par salarié embauché, avec exonération des cotisations sociales patronales durant 24 mois. En cas de rupture du contrat à l'initiative de l'employeur, ce dernier reverse à l'état les sommes déjà perçues ainsi que le montant des cotisations sociales dont il a été exonéré. Je leur démontre ainsi que cette promesse de licenciement est promesse de Polichinelle.

Leur espoir de libération s'effondre.

L'homme reprend son travail. Cela se passe mieux. Il résiste. Il tient.

À ce stade, j'aurais sans doute pu considérer que ces femmes étaient " inaptes " à leur poste puisqu'elles y jouaient réellement leur santé. Seulement, elles partaient " perdantes ", avec probablement un énorme sentiment de honte et d'injustice qui les suivrait tout au long de leur carrière professionnelle. Cette tactique, facile pour le médecin, aurait été trop pénalisante pour les salariées.

Je décide donc de mettre au point une stratégie permettant à ces femmes de reprendre le travail et de terminer leurs contrats en " gagnantes ".

Je leur propose de refuser la fuite et de lutter, de faire face à ces attaques afin de renverser la situation.

En accord avec elles, et en concertation avec les soignants qui m'ont fait des descriptions cliniques écrites de leur état au moment de mon intervention, j'imagine de tout reprendre dans cette entreprise : visite des lieux,

discussion du problème avec la directrice et élaboration de la fiche d'entreprise.
Le jour de ma visite de l'établissement – visite impromptue – à 8 h 30, la directrice qui m'a tout d'abord fort mal reçue, a brutalement changé de comportement lorsque j'ai abordé le problème des salariés arrêtés pour cause de rapports sociaux anormaux. Elle est devenue subitement d'une gentillesse extrême, allant jusqu'à m'expliquer combien elle était bonne pour ces gens qu'elle sauvait du chômage… Cependant elle m'a affirmé qu'ils étaient en CDD, en oubliant de parler des CIE. Je n'ai pu m'empêcher de penser que " sauver " des gens qui coûtent si peu dans les conditions que je connaissais, avait un petit relent un peu malsain.

À l'issue de cette visite, j'envoie le courrier suivant :

Votre établissement est une maison de retraite qui reçoit 15 personnes âgées. Vous êtes donc dans l'obligation d'assurer une restauration collective. Comme vous le savez sans doute, les personnes âgées sont particulièrement vulnérables face aux toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) dont la définition est la suivante : il s'agit de l'apparition d'au moins deux cas d'une symptomatologie, en général digestive, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire. Toute TIAC doit faire l'objet d'une déclaration à l'autorité sanitaire (DDASS ou DDSV). Cette déclaration est obligatoire : " d'une part, pour tout docteur en médecine qui en a constaté l'existence, d'autre part, pour le principal occupant, chef de famille ou d'établissement, des locaux où se trouve le malade " (article 12 du Code de la santé).
Vous comprenez donc que l'hygiène en cuisine est primordiale dans une maison de retraite.
Or en arrivant à 8 h 30, j'ai pu apercevoir la couverture du chien sous une table dans la cuisine et j'ai vu déambuler les chats qui, bien évidemment, sautent sur les meubles, mais aussi sur les tables. La cuisine ne leur étant pas interdite, rien ne dit qu'ils ne vont pas grignoter les aliments à portée de leurs pattes. Du point de vue strict de l'hygiène, cette situation est à proscrire.
S'il est néanmoins reconnu que la présence d'animaux domestiques, participe à l'équilibre affectif des personnes âgées, pour autant, il n'est pas acceptable de les voir polluer la cuisine. Les locaux de fabrication et de stockage des denrées alimentaires doivent être clos et strictement interdits d'entrée à tout animal quel qu'il soit.

Par ailleurs votre personnel, constitué d'une aide soignante à mi temps et de femmes de services en CDI ou CDD, prend en charge les 15 personnes âgées, qui dorment au premier étage et qui vivent au rez-de-chaussée dans la journée. Le gros problème est l'absence d'ascenseur. La plupart des résidants sont invalides. Le personnel de service après avoir servi le petit déjeuner dans les chambres communes, après avoir fait les toilettes dans les salles de bains collectives et après avoir garni les personnes incontinentes aide chaque personne âgée à descendre dans les salons. Cette opération n'est pas la plus simple, surtout lorsqu'un résidant ne marche pas. Outre la pénibilité de ces manutentions, le risque d'accident est augmenté. L'interdiction de remonter dans les chambres dans la journée limite cependant la pénibilité de l'activité de manutention des personnes âgées.
Les toilettes, les changes des personnes souillées, les contacts répétés exposent votre personnel aux agents biologiques pathogènes (germes fécaux, virus, maladies infectieuses diverses), c'est pourquoi ils font partie des salariés à surveillance médicale particulière en application du décret n° 94-352 du 4 mai 1994.
La prévention du risque infectieux passe par la protection par des vêtements de travail (blouses et tabliers), par des gants jetables et par des gants de ménage individuels. Toutes ces fournitures doivent être à disposition de votre personnel qui ne doit jamais en manquer. Je me permets de vous rappeler la réglementation qui s'y applique :
Article R. 233.1 : " Le chef d'établissement doit mettre à disposition des travailleurs les équipements de travail nécessaire, appropriés au travail à réaliser ou convenablement adaptés à cet effet, en vue de préserver la santé et la sécurité des travailleurs… "
Article R. 233-42 : " …les équipements de protection individuelle et les vêtements de travail visés à l'article R. 233-1 doivent être fournis gratuitement par le chef d'établissement qui assure leur bon fonctionnement et leur état hygiénique satisfaisant par les entretiens, réparations et remplacements nécessaires. "
Enfin, pour terminer ce compte rendu, je ne peux passer sous silence le fait d'avoir été récemment saisie par plusieurs confrères, soignants de certains de vos salariés actuellement en arrêt de travail pour des pathologies directement liées à ce qu'ils ont tout dernièrement vécu au travail.
Il s'agit d'interventions verbales de votre part touchant directement à leur vie privée et, plus particulièrement à ce qui relève de la stricte intimité. Vous comprendrez que ces sortes de harcèlements verbaux publics (car émis devant des collègues de travail) puissent porter atteinte à l'identité même de la personne et provoquer une telle souffrance que la bascule dans la maladie en soit la seule issue. Le fait qu'il se soit agi de salariés en situation précaire du point de vue du contrat de travail, n'a pu qu'aggraver les choses. Le travail devrait être un lieu d'épanouissement, de construction de sa santé, pas un système destructeur.
Je dois reconnaître que de tels événements sont rares et le fait d'attirer votre attention sur leurs conséquences n'a que pour seul objectif de vous en faire prendre conscience afin que vous puissiez plus facilement contrôler vos rapports relationnels avec votre personnel.
En espérant que toutes ces suggestions seront reprises dans un sens positif et en restant à votre disposition pour tout problème relevant de la santé au travail, recevez, je vous prie, Madame, l'expression de mes meilleures salutations.

Ce document est votre fiche d'entreprise et doit être tenu à disposition du médecin inspecteur du travail, de l'inspecteur du travail et du contrôleur de la CRAM.

Les salariées, tenues informées, se sentent mieux. Elles sont encore apeurées, mais elles reprennent le travail… debout !
Les suites ne sont pas simples car décidément, cette directrice est une personne très perturbante.
Dès leur retour elle essaye, par une avalanche de questions et de sous-entendus de connaître l'identité de la personne qui m'a alertée. Elles sont vite déstabilisées. Elles m'appellent.

J'ai donc lu la lettre envoyée pour leur assurer que personne n'était nommé. Elles ont ri. Elles ont résisté aux questions.
Mais la pression est permanente.
Elles m'appellent toujours souvent. Je suis le soutien qui leur renvoie leur normalité. Elles ne sont plus seules. Elles perçoivent et ont besoin de réentendre qu'elles ont une valeur, qu'elles ont toute légitimité à ne pas croire ce que la directrice leur assène comme image altérée d'elles-mêmes, qu'elles ont toute légitimité à se défendre.
Pour quelles raisons certains employeurs osent-ils se permettre de telles violences intimes envers des salariées en situation sociale de fragilité (elles sortaient d'une longue période de chômage) ?
C'est comme si la mise en place de ces contrats d'aide à la réinsertion, qui permettent à l'employeur, en quelque sorte, d'utiliser gratuitement des travailleurs, esclavagisait ces derniers et autorisait en toute impunité, n'importe quel acte au prétexte de la possession.
C'est sans doute l'absence perçue de " valeur marchande " des personnes ainsi employées qui expliquerait ces passages à l'acte de l'ordre de la torture chez certains employeurs.
Dans de telles situations, le médecin du travail ne doit pas se contenter de rebasculer les salariés dans le chômage pour les soustraire à ces traumatismes afin de préserver leur santé mentale. Il doit analyser, décrypter et comprendre ce qui se joue dans ces rapports complexes afin de se donner les moyens d'une action qui aura comme objectif de rétablir des rapports de subordination qui préservent la normalité, l'identité et la liberté de ceux qui travaillent et tout particulièrement des femmes qui travaillent.

ZAZIE DANS L'INDUSTRIE

Fabienne Bardot

Vingt-quatre salariés travaillent dans cette entreprise de traitement de surface de métaux. Le traitement consiste, après préparation de la surface métallique, en une pulvérisation de peinture poudre qui sera fixée par cuisson.
L'activité de poudrage se fait au pistolet à main dans des enceintes semi-ouvertes appelées " cabines de peinture ".
Il existe trois cabines de poudrage. Aucune des cabines n'est conforme aux prescriptions recommandées par la norme T 35-012 : les enceintes ne sont pas en dépression, l'opérateur est obligé de se placer sur le trajet des poudres, les " cabines " ne sont pas étanches, les vitesses de l'air sont insuffisantes.
Il a été proposé des masques antipoussières en papier aux opérateurs, totalement inefficaces et distribués avec parcimonie.
J'ai demandé des masques complets à cartouche et à adduction d'air en attendant l'installation de cabines conformes.
Un seul a été acheté… sans filtre de rechange pour les cartouches… *" ils sont chers, alors pourquoi en acheter plus puisqu'ILS ne les portent pas ! "* me dit l'employeur.
On se demande qui oserait porter un tel appareil équipé de filtres colmatés !
La CRAM fait des mesures accablantes à plusieurs reprises.
Rien n'y fait, les cabines sont toujours là… les salariés un peu moins. Ils se renouvellent plus vite que l'air car beaucoup partent à cause de ces épouvantables conditions de travail.
Il faut savoir que certaines de ces peintures contiennent de l'isocyanate de triglycidyle et d'autres des chromates de plomb. Tout cela expose aux risques génotoxique, cancérogène, tératogène et au saturnisme.
Au bout de plusieurs années, il devient intenable pour le médecin du travail de constater que son rôle de conseiller est non seulement sans effet, mais finalement ridiculisé, cependant que les visites médicales sont assidûment demandées par l'employeur.
C'est comme si, délivrer une absence de contre-indication à des situations de travail délétères, effaçait la responsabilité de l'employeur, mais surtout, mettait en lumière l'activité incohérente du médecin du travail, batallant d'un côté pour protéger la santé des salariés et reconnaissant par écrit, de l'autre, que ces derniers sont aptes à supporter leur intoxication chronique. D'autant plus que les plombémies commencent à atteindre des seuils montrant une imprégnation importante.
" Tu causes, tu causes, c'est tout ce que tu sais faire " disait Laverdure. Cette impression d'action stérile car trop docile a trop duré.

Je décide donc de rompre cette situation qui pourrait être interprétée comme une attitude de complicité par les salariés, qui eux, n'ont aucune possibilité de résistance (si ce n'est la fuite), puisqu'il n'existe aucune structure collective : absence de CHSCT, absence de DP.
Ainsi donc, lors des visites médicales, pour tous les peintres, je rédige ainsi la fiche d'aptitude : *" Poste de travail inapte au salarié. Mettre au minimum à disposition un masque à cartouches à adduction d'air. "*
Chacun des salariés est informé de ma démarche. Aucun n'émet de critique ni de réserve.

Si, jusqu'à ce jour, mes démarches étaient restées presque sans suite, ce mode rédactionnel des fiches de visite, déclenche immédiatement une réaction.
L'employeur s'enquiert auprès de son syndicat professionnel des retombées prévisibles pour lui-même de tels documents.
Le syndicat me fait savoir qu'en vertu de l'application des articles R. 241-48 et 49 du Code du travail concernant la définition de l'aptitude, je ne suis pas autorisée à une telle formulation et il m'informe que le tribunal administratif peut annuler mes conclusions.
Ma réponse est que le défi ne m'effraye pas et que, compte tenu du contexte, je suis certaine de gagner dans ce conflit.

En prévision de l'évolution des événements, j'envoie donc à l'employeur le courrier explicatif suivant :
Le rôle du médecin du travail est de " prévenir toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ". C'est l'article 1 de la loi du 11 octobre 1946.
C'est dans cette perspective que depuis plusieurs années je vous demande des installations de cabines de peinture ventilées qui fonctionnement réellement et efficacement et qui n'exposent pas les salariés à des nuages de poudre comme c'est le cas actuellement. Vous ne l'avez jamais fait.
Afin de limiter le désastre d'une telle exposition, je vous ai aussi demandé, en attente de ces installations de fournir à chaque salarié effectuant du pistolage à poudre, un appareil de protection respiratoire filtrant antipoussières à ventilation assistée avec masque complet de classe d'efficacité TMP 3 (norme NF EN 147). Vous en avez acheté un seul en estimant qu'équiper chaque opérateur était trop coûteux.
Je me permets de vous rappeler la réglementation traitant du risque chimique :
Article R. 231-54 :
" La prévention du risque chimique est fondée sur (...) la mise en place de mesures préventives collectives ou, à défaut individuelles, adaptées aux risques encourus ".
Article R. 231-54-2 :
" Les emplacements de travail où sont utilisées les substances ou préparations chimiques dangereuses (...) doivent être équipés de moyens efficaces assurant l'évacuation des vapeurs des gaz, des aérosols ou des poussières. "
Article R. 232-5-7 :
" Les émissions sous forme de (...) particules solides, de substances insalubres, gênantes ou dangereuses pour la santé des travailleurs doivent être supprimées lorsque les techniques de production le permettent.
Dans le cas contraire, elles doivent être captées au fur et à mesure de leur production, au plus près de leur source d'émission et aussi efficacement que possible… ".
En dehors du fait que vous soyez en totale infraction avec la réglementation, vous n'êtes pas sans savoir qu'à laisser inhaler les opérateurs, tout au long de toutes ces heures de travail de telles quantités de poudres de peinture, des effets sur la santé vont survenir.
Si je continue à délivrer des aptitudes à de telles conditions de travail, je deviens alors complice de cette situation. Du point de vue déontologique (article 2 du Code de déontologie), cela est intenable. Je pourrais même, si une pathologie grave se déclarait (ce qui n'est pas à exclure) être accusée de non-assistance à personne en danger. L'affaire de l'amiante illustre cruellement les conséquences de l'insuffisance de fermeté des prises de position des professionnels de la santé par rapport à des risques connus et encourus.
C'est pourquoi je vous ai signifié que c'était le poste de travail qui était " inapte " au salarié. En aucun cas je n'ai parlé d'une inaptitude médicale de vos salariés.
Dans ce sens, je vous renvoie donc la responsabilité du risque de survenue d'une atteinte à la santé.
En espérant que vous prendrez très vite la décision de créditer des installations conformes (qui vous sont aussi demandées par la CRAM et l'inspection du travail), je reste à votre entière disposition pour tout renseignement ou conseil dans le domaine de la santé au travail et je vous prie de croire, Monsieur, à l'expression de mes meilleures salutations.
Ce document est à considérer comme partie de votre fiche d'entreprise et doit être tenu à disposition de la CRAM, de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur du travail. "

Bien sûr il n'y a pas eu de plainte, et bien sûr c'est un silence total qui a suivi.
La CRAM a refait des mesures d'empoussièrement. Les résultats sont désastreux puisque aucune modification n'a été apportée.
L'entreprise n'a pas réglé ses cotisations auprès du service de médecin du travail. Son contrat auprès de notre association est suspendu…
Si la situation se régularise et qu'il m'est demandé de reprendre le suivi médical des salariés de cette entreprise, je pense refuser d'assumer cette pseudo-surveillance médicale qui n'a d'autre objectif que de satisfaire à l'obligation réglementaire des visites annuelles vides de tout contenu sanitaire.
Le médecin du travail doit conquérir et affirmer son droit au refus de définir des aptitudes lorsqu'il constate des situations de travail sanitairement inacceptables.

À PROPOS DE LETTRES REMISES AU SALARIÉ LORS DE LA VISITE MÉDICALE

Christian Bourboul, Annie Deveaux, Alain Grossetête, Françoise Perron-Pernet, Odile Riquet**

** *Groupe de Gerland de l'Association Rhone-Alpes de Psychodynamique du Travail, ARAPT*

Dans un groupe de cinq médecins du travail, qui s'interroge depuis quelques années, sur le métier de

médecin du travail, nous avons travaillé sur quelques lettres écrites durant l'année.
Voici donc sept courriers adressés à des interlocuteurs habituels : employeur confrères généraliste ou spécialiste, et les commentaires s'yrapportant.
L'objet de la présentation est de nous aider à comprendre ce qui nous a poussés à les écrire ; leur portée n'a pas été examinée.

OBSERVATION N°1

Madame C…, 42 ans, mariée sans enfant, est opératrice de saisie depuis vingt ans. Elle n'a pas d'antécédents médicaux particuliers jusqu'en 1988, année où elle est opérée d'un décollement de rétine par déchirure rétinienne. Elle en garde des séquelles importantes avec exophorie (rééducable), mais surtout une vision déformée des objets (métamorphopsie) qui la gêne beaucoup dans son travail de saisie à la ligne.

En accord avec son ophtalmologiste, un reclassement professionnel est recherché mais s'avère très difficile dans l'entreprise, malgré une reconnaissance Cotorep. Un aménagement et une réorganisation de son travail sont alors négociés avec difficulté et seront enfin réalisés plusieurs mois plus tard, malgré la réticence des collègues. En effet la diminution de son temps de travail sur écran (50 % du temps de travail quotidien) et surtout son affectation à un poste de travail de " dispatching " et de contrôle des documents à traiter (habituellement occupé à tour de rôle par certaines) constituent, aux yeux de ses collègues, un élément de favoritisme, pour un poste qui parait alors convoité.
Par la suite, elle fera régulièrement état de difficultés relationnelles avec le groupe de ses collègues dont elle se voit écartée. Trois épisodes anxiodépressifs réactionnels émaillent les années qui vont suivre. Il n'y a pas de problèmes familiaux.

Depuis deux ans et demi son état oculaire évolue de manière tout à fait satisfaisante, et elle même, réussissant à faire abstraction des difficultés avec ses collègues, est satisfaite du poste qu'elle occupe. Elle vient alors me voir et se présente dans un état d'abattement et de renoncement, en larmes, ne comprenant pas ce qui se passe et maudissant ses problèmes liés à son état de santé ! Elle m'explique qu'elle vient d'être reçue pour la première fois par son nouveau chef de service, qui " la main sur le cœur " ne se pardonnerait pas si elle devenait aveugle du fait de son travail, et qu'en conséquence, dans son intérêt devant le risque d'augmentation probable du temps de travail sur écran, et d'ailleurs à l'appui du certificat médical du médecin du travail (datant de sept mois !), il n'a pas d'autre choix que de lui demander de quitter le service d'ici quelques jours. On lui proposera un nouveau poste (moins rémunéré) ou bien l'entreprise devra se séparer d'elle !

Elle vient donc me voir, désespérée, souhaitant garder son poste, ne voulant plus rencontrer son responsable, me demandant conseil pour ce problème dont je n'ai pas été saisi. Je décide avec son accord d'adresser ce courrier au DRH qu'elle rencontrera après que nous en ayons convenu ensemble. Double remis au salarié et double adressé au chef de service :

le 12 juin 1997
Monsieur,
J'ai rencontré Madame C… qui m'a fait part des projets de mutation de poste qui lui ont été présentés, et ce pour raisons médicales.

En ce qui concerne son aptitude médicale, l'avis que j'ai délivré le 8 octobre 1996, pour une durée d'un an, confirmait l'adéquation entre l'état de santé de Mme C… et les caractéristiques du poste de travail à ce moment là, poste qu'elle occupe toujours actuellement. Pour ma part il n'y a donc pas aujourd'hui de problème d'aptitude médicale au poste tenu.

Cet avis pourrait évidemment être reconsidéré du fait d'une modification éventuelle de l'état de santé de Mme C… ou dans le cas d'une transformation de son poste de travail.
Pour établir un nouvel avis il faudrait alors connaitre la définition du nouveau poste de travail, information dont je ne dispose pas actuellement.

Restant à votre disposition et avec mes cordiales salutations.
Le médecin du travail

Commentaire
Il était intolérable d'une part de voir une situation ancienne de tension collective se régler dans ce service au détriment d'une personne, à l'occasion d'un projet de réorganisation du travail et d'autre part de constater une recherche de justification de cette décision, de façon péremptoire, dans la seule " raison médicale ".
Il fallait par ailleurs rappeler les rôles respectifs du médecin du travail dans les modalités de détermination de l'avis d'aptitude, et de l'employeur dans la prise en compte de cet avis et dans les limites de son interprétation.

À l'heure actuelle, Mme C… continue normalement son activité au même poste aménagé.
Elle en est apaisée, se sent mieux et confortée dans sa capacité physique à faire son travail. Mais elle reste choquée par le comportement de l'employeur qui n'a rien précisé officiellement sur sa situation et qui lui demande maintenant un travail semblable à celui pour lequel on voulait se séparer d'elle.
Elle en a discuté récemment avec son mari et compte bien, si rien ne change à son retour de vacances, en septembre, revoir l'employeur pour une clarification de sa situation lors de la réorganisation du service.

Mme C… estime que " cette lettre n'a servi à rien ". Cependant, pour le médecin du travail, mis en face d'une situation de renoncement, une lettre peut permettre à la salariée, une reprise en main active des éléments de sa situation professionnelle qu'elle estime devoir défendre au regard des répercussions sur sa santé, tant physique que mentale. Je ne l'en sentais pas capable quand je l'ai rencontrée.

OBSERVATION N°2

Catherine B… est née en 1972. Elle est titulaire d'un BEP sanitaire et social. Son mari est boucher. Elle n'a pas d'enfant. Ses parents sont agriculteurs, elle a deux frères plus jeunes.
Elle a été opérée d'un strabisme convergent (résultats esthétique et fonctionnel peu satisfaisants).
Après un CES d'un an dans une école privée, elle est embauchée comme mécanicienne en confection en novembre 91 (CDD de 6 mois, puis CDI). Rien de particulier n'est constaté lors des visites médicales de 92 et 93 ; elle ne s'exprime pas beaucoup.
Mai 1995 : elle est vue dans le cadre d'une pré-reprise après un arrêt de douze mois. Elle a été hospitalisée en psychiatrie. La décompensation est due, de son point de vue, appuyé par son mari, au travail et à l'échec au permis de conduire. Son traitement est lourd, elle ne paraît pas totalement rétablie, mais elle tient à tenter une reprise en mi-temps thérapeutique. Elle tiendra une semaine.
Mars 1997 : visite médicale à sa demande. Lors de sa reprise de 1995, elle avait changé de poste. Son nouveau poste était contigu à celui de la responsable (épouse d'un des patrons). Le harcèlement a été permanent. Elle a été hospitalisée à nouveau en juillet 95 et novembre 95, en milieu psychiatrique, après plusieurs tentatives de suicide. Elle vient d'être reconnue en invalidité 2e catégorie pour dix-huit mois. Elle a toujours un traitement, mais a trouvé un équilibre. Elle souhaite être licenciée pour tenter de retrouver un emploi lui permettant de préserver sa santé. Je lui conseille d'écrire à son employeur pour demander à être vue en visite de reprise après maladie.

30 mai 1997
Messieurs,

Je viens de voir, à votre demande, dans le cadre d'une visite de reprise après maladie, Mme Catherine B, née le 3 août 72, salariée de votre entreprise depuis le 16 novembre 91.
Il m'apparaît que l'environnement psychologique du poste de travail de Mme Catherine B… n'est pas favorable à la préservation de la santé.
Je reverrai donc Mme B… dans deux semaines, comme le prévoit la réglementation.
A priori, j'envisage une inaptitude à tous les postes de travail de l'entreprise, en l'absence de certitude concernant une amélioration permanente de l'environnement psychologique des différents postes de travail, qui dépend directement du chef d'entreprise.
Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de mes sincères salutations.
Le médecin du travail

Copie transmise à l'intéressée pour information

Le 13 octobre 1997
Madame le médecin inspecteur régional du travail,

Suite à votre demande d'informations complémentaires concernant les trois déclarations de maladie à caractère professionnel que je viens d'effectuer dans l'entreprise X…, je vous fais parvenir quelques extraits d'observations, c'est-à-dire les propos tenus par des salariées dans le cadre du cabinet médical.

" Ca fait trois ans que sa femme m'a détruit, (sa femme c'est-à-dire l'épouse d'un des patrons, contremaîtresse d'atelier). On faisait notre travail. On levait pas la tête. C'était toujours des reproches et des insultes. Elle serait pas dans l'usine, ce serait tout autre chose. On va pas recommencer comme ça. Ils vont recommencer à me faire souffrir. Elle a tout fait pour me faire craquer. Mon boulot, moi j'aurais repris. Les usines, il y un minimum de respect à avoir pour les ouvriers. C'est dommage de laisser son travail ".
Plus tard elle dira : " Je suis passée de l'enfer au paradis "*; (inaptitude, invalidité 2e catégorie).*

Une autre salariée qui a quitté cet emploi pour CDD de trois mois en démissionnant après un congé maternité me dira:
" Y retourner après un an d'arrêt, autant tomber folle. J'allais tomber malade des nerfs. Je ne me voyais pas y retourner ".
Elle travaille actuellement dans une autre entreprise (il s'agit d'un travail de confection également).
" Maintenant, j'ai pas l'impression que je vais travailler. Chez X…, on pensait au travail. On était sous pression sans arrêt. On en rêvait la nuit. Là-haut, on a le couteau sous la gorge. On n'a pas un moment tranquille, elle fait des réflexions sans arrêt. Elle est de mauvaise foi. Vaut mieux se taire. Ca m'a donné du caractère. Pour rien au monde, je ne voudrais y retourner. Les filles, Y… (une des salariées actuellement en congé maladie), elle a menacé de les renvoyer à domicile, elles se sentaient fautives. Elle avait ses têtes.
Maintenant je suis moins nerveuse. Au début de mon travail ici, je disais que j'avais l'impression d'aller à l'école tellement je me sentais légère. On est traumatisée quand on a vécu dans des boîtes comme ça. J'ai jamais pleuré, je craquais chez ma mère, ce n'est pas une vie. Maintenant, là, j'ai toujours envie de rigoler ".

Une autre salariée repasseuse qui a préféré, à l'issue d'une période d'essai, choisir un CES.

" Je suis rentrée chez moi, j'ai dit à mon mari et à mon fils : je ne mangerai que de l'eau et du pain s'il le faut, mais je n'y retournerai pas. Un jour la patronne m'avait dit, parce que je prenais le temps de prendre un bonbon : "Maria, si vous voulez manger un bonbon pendant le travail il faut le déplier et le mettre dans la bouche avant d'entrer dans l'atelier" ".

Une autre salariée toujours présente, lors de sa dernière visite médicale annuelle:
" Nous, on est plus malheureuses que les prisonniers. En prison, ils ont au moins le droit de parler entre eux ".

Sinon, sur le plan installation des postes de travail, il s'agit d'une confection de chemises avec des postes traditionnels sur machines à coudre, c'est-à-dire d'un travail répétitif sous contrainte de temps.
L'éclairage de l'atelier est parcimonieux et les salariées ne sont pas libres d'utiliser l'éclairage individuel par machine, comme elles le souhaitent en fonction de leur capacité visuelle et du tissu travaillé.
L'entretien et le ménage autour des machines et dans l'atelier sont faits par les salariées pendant la pause.

Voilà tous les renseignements que je peux vous donner sur cette entreprise et les conditions dans lesquelles se sont développées ces maladies à caractère professionnel, des états dépressifs sévères réactionnels à des difficultés dans le travail de type harcèlement et humiliations répétés. Dans ces trois cas, le lien avec le travail a également été évoqué par le psychiatre (il est relativement rare que les psychiatres relèvent ce type de lien; de par leur formation ils s'intéressent plutôt à la structure de personnalité, à la petite enfance, à la vie privée, seule l'absence de travail ou la perte d'emploi sont considérées comme pathogènes.)

Le médecin du travail

Commentaire :
Les objectifs de ce courrier sont multiples :
- il s'agit dans un premier temps, de donner acte à Catherine B…, de la responsabilité du travail dans ses décompensations successives, et donc, presque à titre thérapeutique, de la rassurer sur sa " normalité " et sa capacité à maintenir sa santé dans un autre emploi. Le document écrit adressé à l'employeur et remis à l'interessée a la puissance de l'écrit par rapport à l'oral, car il engage et ne peut donner lieu à une distorsion de discours ;
- il s'agit également de permettre au médecin du travail de rappeler les exigences de santé qui fondent sa mission, en provoquant, dans ce cadre la rencontre avec l'employeur, tout en sachant que cette rencontre sera difficile ;
- il s'agit encore de préparer et de faciliter peut-être la reprise de travail de deux autres salariées, en arrêt maladie pour les mêmes raisons ;
- il s'agit enfin, puisque le problème concerne plusieurs salariés de rappeler la responsabilité du travail, dans les problèmes de santé, afin que ceux ci ne soient pas ramenés exclusivement à la personnalité des salariés.

OBSERVATION N°3

Mme B…, âgée de 50 ans, se plaint, lors de sa visite anuelle, de troubles de mémoire, d'oublis des mots. Elle me confie qu'elle se renferme sur elle-même, qu'elle n'ose plus parler. Elle a déjà consulté un neurologue pour ces problèmes, l'an dernier. Elle a des difficultés à se concentrer sur son travail.
Mme B… est modéliste dans une entreprise de prêt à porter féminin, un poste de travail sur écran informatique, un poste de responsabilité puisqu'elle prépare les modèles pour un atelier de cinquante salariés et plusieurs autres ateliers délocalisés dans les pays de l'Est. Elle aime son travail et n'a aucun problème relationnel au niveau professionnel. Ses compétences, son investissement personnel, son efficacité sont reconnus par l'équipe de direction, sans se traduire néanmoins par une augmentation de salaire qu'elle attend.
Elle est mariée, a trois enfants, tous mariés. Son mari était chef coupeur. Il a été licencié économique à 51 ans, en 1989. Après quelques contrats CES, il est à 58 ans toujours chômeur.
Elle a présenté en juillet 89 une dépression nerveuse réactionnelle au licenciement de son mari. Elle a été hospitalisée, traitée avec des anti-dépresseurs et suivie dans le cadre d'une psychothérapie pendant un an.
Lors des deux dernières visites médicales, elle avait évoqué des troubles du sommeil, un surcroît de travail lors des collections. Elle se plaint de surmenage, mais ne rattache pas les problèmes actuels au travail, ce qui n'est pas mon avis.
Je lui propose de reparler travail sur les lieux de son travail, et ensuite de l'adresser en consultation neurologique. Quelques jours plus tard, je lui adresse, chez elle, cette lettre à l'attention de son neurologue.

Septembre 96

Je vous adresse Mme B… que vous aviez vue en consultation en octobre 95 pour des troubles de l'attention et de la mémorisation. Cette consultation et vos conseils avaient été pour elle, bénéfiques et, en novembr,e elle avait repris contact avec moi, elle se sentait en meilleure forme et ne souhaitait pas poursuivre les bilans.
Lors de la visite annuelle en septembre 96, Mme B… présente toujours les mêmes troubles. Elle dit: " Je suis absente, j'ai des vides, partout, à la maison, au travail, c'est un vide complet, je n'ai pas d'idées noires ou tristes, mais je ne suis pas là, même en famille. Je lis sans savoir ce que je lis, je ne suis plus capable de me faire un vêtement, j'arrive seulement à faire un peu de crochet ".
C'est encore au travail qu'elle est le plus dynamique. Depuis janvier 96, elle est traitée avec Prozac° 1 cp/j, Lexomil° si angoisse, Xanax° non pris, Arcalion°, sans

aucune amélioration, plutôt une agravation de la symptomatologie.
Les deux entretiens et les deux heures que j'ai passées avec elle à son poste de travail ne mettent en évidence aucune anomalie dans les capacités intellectuelles, au contraire une grande capacité à expliquer, à raconter, à expliciter la difficulté et la réalité du travail.
Après vingt ans de travail comme modéliste patronnière effectuant manuellement la gradation (la gamme) des patrons en carton, elle a mis en place en 1989 la gradation sur informatique. Les conditions de travail sont médiocres : éclairage, environnement, les horaires de travail trop lourds, la contrainte de temps excessive : 180 modèles à grader en deux mois.
Mais la symptomatologie est particulière, un peu différente des signes de surmenage habituel Le travail sur écran a entrainé une transformation des représentations liée à la transposition du " travail sur patron carton " au dessin à l'écran. Le patron carton a des ratures, des collages, une histoire. Dans le travail sur écran, il faut se rappeler de tout ; c'est un travail qui impose une hypersollicitation au niveau de l'attention et de la mémorisation.
Une réorganisation de son poste est nécessaire, avec une diminution du temps de travail sur écran, mais l'entreprise est en cours de restructuration, et Mme B… souhaite attendre un peu pour connaitre l'évolution de son poste.
J'aimerais avoir votre avis sur cette symptomatologie. Bien que les troubles soient sans doute fonctionnels, liés à un épuisement au travail, il me semble qu'une exploration complémentaire avec scanner cérébral pourrait être envisagée.
Bien confraternellement
Le médecin du travail

Commentaire:
Cette lettre est la trace écrite d'une demande clinique posée par un salarié et d'un avis médical qui met la symptomatologie observée en relation possible avec le travail. Elle permet au médecin du travail de prendre position par rapport aux conditions de travail. Elle peut servir à Mme B… de référence quand la relation santé travail est mise en débat avec sa famille, son conjoint, son médecin traitant ou son employeur.
Cette lettre est donnée au salarié. Elle est adressée au neurologue mais elle est écrite pour Mme B… Elle est écrite pour reprendre des éléments du sentir qui ne sont pas mis en avant spontanément par la salariée mais qu'elle raconte à partir du questionnement du médecin du travail
Cette lettre sert également à mettre en visibilité ce qui a changé dans le travail, mais aussi dans l'environnement de travail. Qu'est ce que le travail aujourd'hui lui laisse comme repères sensoriels pour l'entourer, la protéger, la guider, elle qui ne manipule plus qu'une souris et qui ne peut plus siffler en travaillant.

OBSERVATION N°4

Monsieur NA… a 52 ans. Chef d'atelier depuis vingt ans dans la même société, qu'il a fortement contribué à faire racheter par le directeur actuel, il y a deux ans de cela, il a présenté une dépression dont le début remonte précisément à cette époque. Le directeur et lui se connaissent depuis plus de vingt ans. Mais depuis le rachat de la société, sa santé s'est dégradée.
Monsieur NA… met un an avant d'accepter de m'en parler. Il a de la tension, ne dort plus, ou fait des rêves professionnels, et a des idées noires. Pour le nouveau directeur, il n'est pas capable, il vaudrait mieux qu'il démissionne ; de toute façon, au besoin, il lui trouvera une faute professionnelle. Il s'est arrêté plusieurs fois à cause de ça. Mais sans jamais en aborder la raison devant l'employeur. Il porte ça clandestinement.
Il vient me voir, car il souhaiterait que je fasse un mot, pour l'avocat.
Après un long entretien avec moi – alors qu'il ne voulait pas s'arrêter à nouveau – il est d'accord pour porter à son médecin traitant la lettre suivante, qui lui a été lue.

Le 22 janvier 1997
Cher confrère,

Je viens de recevoir M. NA…,dont je suis le médecin du travail depuis 1995.
Son état de santé s'est détérioré depuis environ un an et demi, en liaison avec ce qu'il rencontre dans le travail.
Il évoque lui-même le terme de harcèlement au travail,avec des conséquences sur son état de santé : troubles du sommeil, atteinte identitaire ; il n'a plus goût à rien.
Je prends très au sérieux ce qu'il me dit, et pense qu'un retour au travail peut s'avérer dangereux pour sa santé, surtout si le lien n'était pas établi, d'une manière ou d'une autre, entre la dégradation de sa santé, et le travail. Je lui recommande de se retirer du travail, en arrêt de maladie, tant que ce lien n'est pas fait. Pendant son arrêt, je rentrerai en contact avec l'employeur pour ce faire, si M. NA… m'y autorise.

Commentaire :
Le but recherché lors de la lecture au salarié est de m'assurer que ce dernier donne son accord sur la façon de réorienter l'action (action en direction de sa santé – tenter de l'aider à la reconstruire – plutôt qu'action en direction de la Justice : au départ, sa demande était que je collabore à la reconnaissance par un tribunal, des préjudices dont il est victime au travail) .
Lors de la lecture de la lettre, non seulement il " m'autorise " à rentrer en contact avec le directeur, mais il me le " demande " :

Le 22 janvier 1997
Monsieur le directeur,

J'ai vu M. NA…, le 21 janvier 1997. Il m'a expliqué que depuis plusieurs mois, il vivait une situation de travail

très difficile pour lui. Celle-ci se traduit par une dégradation sérieuse de sa santé.
Je pense qu'il devrait se mettre momentanément à distance de son travail : c'est pourquoi je lui ai conseillé de revoir son médecin-traitant.

Quelques jours après son retrait définitif de son poste de travail, un autre salarié de l'entreprise vient me trouver : la lettre de son médecin témoigne de la survenue chez ce patient, d'un syndrome dépressif réactionnel à une situation perturbante dans le travail ; on convient qu'il remettra au confrère qui m'a écrit, la lettre dont les grandes lignes lui ont été proposées :

Le 4 août 1997
Cher confrère,

Je vous remercie de votre courrier du 23 juillet 1997, concernant M. BAN…. Je pense, tout comme vous, que l'on doit situer dans son travail l'origine de la dégradation de sa santé. Il évoque en effet, des remontrances, brimades, une absence de reconnaissance de la part du directeur, vis-à-vis du travail qu'il effectue, et on peut admettre que tout ceci nuise à la construction de son identité. D'autres cas sont connus de moi dans cette entreprise, avec la même clinique. Tout ceci m'inquiète et j'en ai fait part, récemment, à l'employeur.
Ces atteintes ne peuvent être mises sur le compte de la seule " pression ", survenant très banalement dans le travail. J'ai donc l'intention de rester très vigilant, face à une situation que personne dans l'atelier n'évoque facilement, chacun de ce fait, se retrouvant tout seul pour affronter la peur face à la direction.

Commentaire
Cette lettre dont le double est remis au salarié reprend quelques uns des mots employés par lui, et parle de la peur, et lui permettra de l'évoquer avec son médecin traitant.
Malgré l'aide que lui apporte ce dernier, le salarié doute encore de l'ancrage dans le travail, de la survenue de sa dépression. L'objectif du courrier est d'exprimer clairement, devant lui, que les deux médecins situent dans un évènement de travail le point de départ de cette dépression.

Avec son accord, la lettre suivante est adressée au directeur :

Le 1er août 1997
Monsieur le directeur,

Je pense devoir vous alerter que je constate, à l'occasion des visites médicales, une dégradation de l'état de santé, chez plusieurs de vos salariés, laquelle je pense trouve son origine, pour une part importante, dans le travail.
Or, habituellement, le travail – qui met la " pression " sur chacun d'entre nous – ne rend pas malade. D'où mon étonnement devant ce qui dépasse ici ce que l'on constate dans d'autres situations, très ordinaires et banalisées sous le terme de " stress ", qui renvoit à l'ordinaire du travail : la compétition, les clients à satisfaire, etc.
Si vous-même vous vous interrogez sur le constat que j'ai produit, auriez-vous une idée sur ce qu'il faudrait faire ?

Nous avons ainsi rassemblé des lettres, portant toutes sur une symptomatologie en relation avec des évènements du travail.
Quels points communs rapprochent ces courriers ?
Chaque lettre paraît être le résultat d'un débat engagé entre médecin du travail et salarié, sur ce qu'ils ont convenu de faire pour soutenir la santé de ce dernier. Son consentement est recherché, dans une démarche compréhensive.
Les termes employés dans le courrier sont des mots de tous les jours ; parfois les propres termes du salarié sont repris quand ils parlent mieux que ne le ferait un langage médical. Lors de la rédaction du courrier, il est convenu que l'interessé pourra s'en servir, aussi, une copie lui en est remise ; une restant dans le dossier médical, comme trace permettant le cas échéant, de resituer dans son contexte, le positionnement du médecin et son avis d'aptitude.
Qu'avons-nous recherché, lors de la rédaction des courriers ?
Nous avons tenté d'aider à faire le lien entre santé et évènement survenu dans le travail, auprès du salarié, du confrère auquel il était adressé, ainsi que de l'employeur.
Auprès du salarié : dans nos observations, à la fois le salarié fait le lien, et dans le même temps, le minimise, tendant à penser que sa déprime relève davantage d'une fragilité individuelle, que d'une rupture survenue dans l'histoire du travail. Il paraît important que le médecin du travail conforte ce lien par l'écrit.
Auprès du confrère : le praticien est parfois loin de disposer des éléments lui permettant d'ancrer dans le travail, ce qui peut lui apparaître de prime abord, comme une dépression.
Auprès de l'employeur : il est apparu important de signifier par écrit, ce que le médecin du travail a considéré comme relevant d'une atteinte à la santé dans le travail, et touchant une ou plusieurs personnes. La position écrite du médecin face à l'employeur apparaît comme celle d'un tiers qui prend acte, et témoigne de l'existence de ce lien constaté par lui, entre le travail et la dégradation observée de la santé.

–

LETTRE AUX DIFFÉRENTS PARTENAIRES SOCIAUX D'UNE ENTREPRISE

Odile Chapuis

Messieurs le P-DG, le directeur du personnel
Mesdames et Messieurs les membres du CHSCT

Messieurs,
Je suis médecin du travail de l'établissement depuis cinq ans ; le législateur m'a confié la mission d'être le conseiller sur les problèmes de santé au travail, aussi bien de l'employeur que des salariés. C'est pourquoi mon courrier s'adresse à tous ceux qui ont une responsabilité vis-à-vis des risques d'atteinte à la santé du fait du travail, qu'ils soient responsables administratifs ou délégués du personnel. -
Au fur et à mesure de l'approfondissement de ma connaissance de votre activité et des risques qu'elle comporte, je vous ai tenu informés de mes constatations :
- collectivement au moyen de la fiche d'entreprise (que je vous joins à nouveau ici pour mémoire), d'informations collectives au cours des CHSCT ou dans des réunions abordant des thèmes en lien avec les risques spécifiques de votre entreprise.
- individuellement avec les responsables hiérarchiques lors de problèmes ponctuels de conditions de travail et/ou de modulations d'aptitude ainsi qu'avec les salariés lors des visites médicales.
Je ne reprendrai pas la liste des risques et les grands axes de prévention qu'ils nécessitent : je vous renvoie à la fiche d'entreprise, qui est toujours valable.
Ce courrier souhaite attirer votre attention sur la nécessité d'une certaine urgence dans la mise en œuvre d'une politique de prévention organisée, efficace et réfléchie avec l'ensemble des partenaires qui en ont la mission ainsi que sur les priorités qui se dégagent de mes derniers constats.

LES CONSTATS

Cette dernière année, mon activité de médecin du travail m'a apporté un certain nombre d'arguments inquiétants du point de vue de la santé au travail.

***L'étude des fiches de données de sécurité** montre une augmentation du nombre et de la diversité des produits utilisés, tous présentant des risques à plus ou moins long terme (cf la fiche d'entreprise).*

Ces derniers mois, il faut citer l'apparition et/ou la multiplication de produits particulièrement dangereux.
Pour exemple :
- Les amines aromatiques apparaissent plus souvent. En plus des risques à plus ou moins long terme qu'elles présentent, certaines sont des cancérogènes reconnus.
- Les résines phénoliques récemment utilisées, présentent un risque de dégagement, lors de la mise en œuvre, (entre autres lors du moulage) de formaldéhyde : particulièrement caustique, irritant, allergisant pour la peau, les muqueuses, les voies aériennes respiratoires. Il est également décrit comme toxique pour le système nerveux central et cancérogène classé dans le groupe 2 A du CIRC : agent probablement cancérogène pour l'homme. Il a été incriminé dans la survenue des cancers des fosses nasales et bronchopulmonaires.
- Le plomb maintenant présent dans certaines peintures est un toxique cumulatif dont les organes cibles sont le système nerveux, le rein, la mœlle osseuse.
- Le chlorure de méthylène, l'acide formique présents dans certains décapants sont extrêmement irritants.
- L'épichlorhydrine et le styrène sont considérés comme des cancérogènes potentiels. Par ailleurs l'épichlorhydrine est un irritant pour la peau et les muqueuses.
Le styrène est également irritant et susceptible d'entraîner comme tous les solvants des troubles du système nerveux central.

***Lors des visites médicales** un certain nombre de manifestations pathologiques sont à mettre en relation avec le procédé de travail.*
On constate des rhinites allant, pour plusieurs cas, jusqu'à des épistaxis. (saignements de nez), des conjonctivites, des réactions irritatives ou allergiques cutanées ou respiratoires :
– aux postes de collage, déclenchées par les colles cyanoacrylates, plus rarement avec d'autres colles comme la CA 28.
– aux postes de ponçage : les salariés venant en visite médicale sont couverts de poussières sur le corps, dans le nez, dans la bouche ; quand on sait que les toxiques précités peuvent manifester leur toxicité sous forme de poussières et que certains sont cancérogènes, on peut s'inquiéter de cette exposition excessive pour certains salariés depuis quinze ans et plus !

Un certain nombre de salariés se sont déclarés incommodés (céphalées, nausées, asthénie) :
– à des postes de nettoyage avec des solvants : acétone, alcool à brûler,
– à des postes de préparation de résines,
– à des postes de moulage à mains,
– fait nouveau, ces derniers mois, ces manifestations sont apparues chez des peintres au pistolet qui décrivaient une accentuation des symptômes à partir du milieu et jusqu'en fin de semaine.
On ne peut qu'être inquiet si on fait le rapprochement avec le fait :
- que le procédé de peinture au pistolet est un poste à risque bien connu ;
- que le simple fait de sentir l'odeur (à fortiori d'être incommodé) est en soi un signe d'alerte ;
- que bon nombre des produits utilisés sont dangereux ;
- que des périodes de " bourre " avec intensification du travail entraînent une augmentation des solvants dans l'athmosphère ;
- que l'aggravation des symptômes au fur et à mesure de la semaine évoque fortement un saturation des capacités d'aspiration des cabines.

Une salariée en CDD a présenté une crise d'asthme sur les lieux du travail, déclenchée par les poussières de résines phénoliques au moment de la découpe. Il faut rappeler que l'asthme est une maladie qui peut être grave, pouvant

aboutir à des insuffisances respiratoires aiguës ou chroniques. Cette crise n'a pas été " déclarée " par la salariée mais relevait tout à fait de la maladlie professionnelle n°66.

L'apparition de petites anomalies dans les résultats biologiques de surveillance, même si en elles-mêmes elles sont peu nombreuses et pour le moment peu inquiétantes, a aussi valeur de côte d'alerte, corrélée à d'autres manifestations et remise dans le contexte de risque manifeste.

***Pour conclure** sur ce paragraphe, il faut signaler que, du fait de certaines de ces manifestations et pour prévenir l'apparition de pathologies plus graves, un certain nombre de salariés ont été déclarés inaptes à leur poste. Il faut bien préciser que ces manifestations ne sont pas dues à une fragilité de la personne mais à l'agressivité des produits manipulés. Il faut donc bien comprendre que, en fait, dans ces cas, c'est le poste qui est inapte à la santé des salariés et non le salarié qui est inapte au poste. Enfin, il faut encore insister sur le fait que ces manifestations ne sont que la partie émergée de l'iceberg. En effet, si l'exposition est parlante de manière aiguë, il est d'autant plus indispensable de prévoir des préventions efficaces que l'on sait qu'il existe des risques cachés à plus long terme et qu'il risque d'être trop tard quand ils deviendront parlants.*

Les accidents du travail prennent eux aussi un " tournant dangereux ".
N'étant malheureusement pas informée systématiquement, je ne peux en faire une analyse fine. Cependant, les notions informelles que j'en ai me laissent une impression de fréquence des blessures de la main et d'une bascule vers la gravité.
Il faut noter la constatation :
- d'un accident de travail avec plaie de la main par scie à ruban qui aurait pu être plus grave,
- d'un autre qui a été grave avec brûlure, ayant nécessité une greffe,
- que ces deux accidents de travail, au moins, ont touché des salariés en précarité d'emploi (CDD).

Le bruit (voir fiche d'entreprise) fait, lui aussi, " parler de lui " au cabinet médical. Les audiogrammes traduisent une atteinte auditive typique de l'exposition au bruit. Si, pour la majorité des cas, ils n'atteignent pas encore les chiffres requis pour la reconnaissance de MP n°42, ils en prennent le chemin (ponceurs en particulier).
À des postes en eux-mêmes non bruyants comme la couture ou le montage simple, les pertes auditives, certes moins intenses, laissent néanmoins apparaître les premiers signes d'une contamination par les postes de voisinage. (ponçage, scie…)
Pour conclure sur les constats, les risques se multiplient et s'aggravent, les indices cliniques de surveillance se détériorent.

LES AXES DE PRÉVENTION

À court terme
De ce qui précède, découlent tout d'abord des priorités incontournables.
Il est nécessaire de mettre en place des préventions collectives et d'améliorer celles qui existent. Des aspirations efficaces tenant compte de la réalité de l'activité au poste de travail en terme de dimensionnement et de capacité d'extraction doivent se trouver à tous les postes particulèrement à risque :
- ponçage
- passage du gelcoat, moulage à la main
- préparation de la résine
- poste de maquettiste
- peinture au pistolet : en ce qui concerne ce poste, il faut faire contrôler l'efficacité des cabines de peinture, augmenter leur capacité en fonction de l'activité réelle et poursuivre un contrôle extrêmement régulier.
Tant qu'il n'y a aucune certitude d'inocuité confirmée par la CRAM ou un organisme agréé, il faut mettre à disposition des masques à cartouches individuels (cf. décret n°47-1019 du 23-8-47 modifié par le décret n° 62-1040 du 27-8-62 et la circulaire d'application du 24-12-47).

À moyen et à long terme
La prévention nécessite une réflexion globale sur l'organisation du travail. Faire seulement un inventaire de risques auquel correspondrait un répertoire de mesures préventives aboutit forcément à un échec.
L'efficacité passe par cette approche globale, dans une démarche de compréhension de l'activité réelle au poste de travail et des risques qui lui sont inhérents.
Le risque existe dès qu'il y a travail dans les entreprises ; il serait utopique de le nier mais il se concrétise dans les pathologies et les accidents quand l'opérateur n'arrive plus à mener de front les différentes exigences qui soustendent son activité. (qualité, vitesse, variabilité, prudence…).
Les exigences économiques imposent souvent de sacrifier la prudence mais bien des études ergonomiques montrent que les dysfonctionnements de la santé vont de pair avec les dysfonctionnements de la productivité.
Toute personne qui travaille du sommet au bas de la hiérarchie est soumise au paradoxe de ces contraintes.
C'est pourquoi une véritable prévention se construit dans uu dialogue entre organisateurs, opérateurs, préventeurs sans jamais perdre de vue le réel de l'activité. Votre entreprise évolue beaucoup, l'activité des opérateurs également et les risques avec elle. Les solutions préventives doivent se réfléchir dans la même dynamique avec le même souci d'adaptation.
Les protections individuelles ne sont qu'une infime partie de la prévention ; elles ne sont souvent que des pis-allers parfois nécessaires mais auxquelles il faut avoir recours avec parcimonie.
Citons par exemple :

- les protections auditives qui peuvent gêner l'opérateur dans son travail ou masquer des dysfonctionnements de la machine, eux-mêmes générateurs d'accidents ;
- un gant en cotte de maille encombrant et mal adapté à l'activité qui peut devenir plus dangereux que protecteur en entraînant le doigt sous la scie.
La variabilité des situations, des procédés, des matériaux, des délais, des opérateurs… et donc des menaces pour la santé est actuellement de règle dans l'entreprise.
La prévention doit en tenir compte.

Je terminerai par d'autres paramètres qui jouent un grand rôle dans la déstabilisation génératrice de souffrance chez tous les salariés, de décompensations pathologiques chez un certain nombre d'entre eux :
- le travail dans l'urgence ne permet plus l'adaptabilité nécessaire vis-à-vis de cette variabilité inhérente à l'entreprise : nouveaux procédés, nouveaux produits, nouvelles machines…
- la polyvalence et la multiplication des emplois précaires (intérim, CDD…) ne permettent plus la construction des savoir-faire de métier qui se bâtissent au corps à corps avec la réalité toujours mouvante de l'activité. Or, ces méthodes de travail construites au fil du temps associent à l'expérience professionnelle et à la compétence, les savoir-faire de prudence que tout homme de métier intègre même inconsciemment. Les manifestations pathologiques, les accidents de travail graves ayant touché des salariés en CDD dernièrement sont un cuisant exemple de leur disparition.
Les solutions préventives doivent donc intégrer également les questionnements inhérents à ces nouveaux modes de fonctionnement. Aux simples prescriptions préventives nécessaires mais très insuffisantes, il semble indispensable d'associer la réinstauration d'un véritable tutorat qui permet la transmission réelle des savoir-faire de prudence en même temps que l'expérience professionnelle. Mais il faut du temps à la fois pour construire une expérience et pour la transmettre. Le temps est une donnée humaine souvent déniée dans le monde du travail actuel. Il est pourtant nécessaire aussi bien au travail qu'à la santé.

J'espère que ce courrier alarmiste mais non défaitiste trouvera un écho et permettra d'amorcer une réelle démarche de réflexion sur les orientations de prévention à construire ensemble. Le CHSCT, réunissant les différents partenaires concernés, paraît un des lieux tout désigné de cette démarche.
Je suis bien sûr prête à y apporter ma contribution.
Je vous prie de croire, Messieurs, à l'expression de mes salutations distinguées.

PS : je vous demande de considérer ce courrier comme une annexe à votre fiche d'entreprise et de bien vouloir le communiquer aux membres du CHSCT.

–

CONSÉQUENCES DES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES

Lettre à un employeur du bâtiment

Jean-Yves Dubré

Messieurs,
En tant que médecin du travail, j'ai été amené à voir en visite médicale des salariés du bâtiment travaillant sur le chantier de…, zone… J'ai, comme membre du CISSCT, visité ce chantier et assisté à quelques réunions concernant l'hygiène, la protection de la santé et la sécurité sur ce chantier, sans compter les visites que j'ai effectuées du fait de ma mission de médecin du travail.
Je crois qu'en tant que maître d'ouvrage, vous pourrez légitimement être fier du résultat, avec un édifice sortant de l'ordinaire et particulièrement intéressant à construire. L'ensemble des acteurs de sa construction, en effet, des ouvriers aux cadres responsables, s'accordent à dire qu'ils n'ont pas si fréquemment l'occasion de réaliser des ouvrages aussi complexes, certes, mais qui leur permettent de mettre en valeur leurs compétences et leur ingéniosité.

Il y a cependant un point sur lequel je voudrais attirer votre attention. Si la construction de .... est un " beau chantier ", c'est aussi un chantier très difficile en terme de pénibilité physique et en terme de pression mentale, à tous les niveaux. La conséquence est que j'ai pu constater de nombreux problèmes de santé : par exemple, chez les ouvriers, un nombre élevé de tendinites ou d'articulations douloureuses, ainsi que des accidents du travail en lien avec la rapidité et la pénibilité du travail.
Or, cette situation, en tant que maître d'ouvrage, vous n'y êtes pas étranger puisque, d'après ce que je peux en savoir, compte tenu du caractère inhabituel et gigantesque du chantier, le délai d'exécution que vous avez arrêté était trop court. Le travail a donc été organisé sur des cycles très courts, sans marges de manœuvre possibles, des temps de rotation de matériel très rapides, sur des hauteurs peu usuelles pour gagner du temps mais ayant pour conséquences une fatigue très importante de tout le personnel ainsi que des maladies ci-dessus évoquées. Compte tenu de ces circonstances particulières, il est apparu que certains ouvriers n'ont pas pu travailler normalement, en particulier en grande hauteur : ils ont dû occuper des postes au sol, ce qui n'a pas été sans leur poser personnellement des questions (remise en cause de leurs compétences professionnelles ?), et sans poser des problèmes d'organisation à leur entreprise.
Le manque de temps et de marges de manœuvre a été d'autant plus difficilement ressenti qu'en plus, de continuelles modifications sont intervenues en cours d'exécution, avec par exemple, de ce fait, des plans béton qui n'arrivaient pas en temps voulu.

Bien sûr, je comprends que vos décisions ont été guidées par un souci de bonne gestion, dans le cadre d'un marché

du bâtiment soumis à une forte concurrence entre les entreprises. Mais cela a entraîné des difficultés d''organisation du travail telles que le prix en a été payé au niveau de la santé de tous les intervenants sur ce chantier. Si ce chantier est remarquable, il l''est aussi de ce point de vue.
En tant que spécialiste de la santé des hommes au travail, je tenais à vous en informer, afin que lors d''un projet ultérieur, vous puissiez prendre en considération cet aspect des choses et faire les choix qui conviendront pour éviter que cela se reproduise.

Je reste bien entendu à votre disposition pour approfondir cette question si vous le désirez.
Les organismes CRAM et OPPBTP sont informés de ma démarche auprès de vous et j''en ferai état lors d''un prochain CISSCT sur le chantier.
Espérant toute votre compréhension,
Je vous prie d''agréer, Messieurs, l''expression de mes sentiments distingués.

PRATIQUE DES ÉCRITS A L'EMPLOYEUR DANS LES PME-PMI

Annie Touranchet, Fabienne Bardot

La pratique systématique de lettres à l'employeur faisant suite à des visites médicales, à des visites des lieux de travail ou à l'association de ces deux approches professionnelles de la santé au travail, est un véritable outil assimilable et superposable à l'élaboration de la fiche d'entreprise dont le modèle est décrit dans l'arrêté du 29 mai 1989. La fiche d'entreprise étant obligatoire pour toutes les entreprises employant plus de dix salariés (article R. 241-41-3 du Code du travail), la présenter sous la forme d'une lettre personnalisée à l'intention de l'employeur permet d'associer l'aide à l'évaluation des risques professionnels à la réalisation d'un document médico-légal.
D'autre part, ces lettres, par extension de leur finalité qui n'est pas que réglementaire, devraient être construites pour toute entreprise, y compris lorsqu'y sont employés moins de dix salariés. Un bilan santé-travail serait ainsi réalisé par écrit, que les éléments relatifs à l'entreprise soient positifs ou négatifs.
Faire une lettre lorsque tout va bien n'est pas une aberration. En effet, le fait de décrire des organisations ou des situations de travail qui font que les salariés se sentent bien dans leur travail est particulièrement bien perçu par un employeur qui reçoit peu de jugements de valeur positifs explicites sur son activité et sur sa gestion des rapports humains.
Certes, la fiche d'entreprise est modélisée. Est-ce un obstacle à, délibérément, vouloir la présenter sous une forme plus vivante ? Sans doute pas, car ce modèle n'est qu'un canevas et chacun doit se sentir libre de présenter ce document sous la forme qui lui convient le mieux en y intégrant les données qui lui paraissent les plus importantes. Vouloir tout décrire, énumérer, est lassant. Cela lisse et écrête le primordial. Le principal est donc bien de laisser trace de ce qui est frappant sur les risques professionnels (toxiques, physiques, organisationnels), de ce qui est frappant sur le sanitaire, de ce qui est frappant aussi sur un possible bien être au travail.
Enfin présenter un courrier en le dénommant " fiche d'entreprise " le rend accessible à tous les partenaires internes et externes, sous la responsabilité de l'employeur.

Écrire est un exercice intéressant pour le médecin. Préparer un document écrit l'oblige à asseoir son raisonnement sur des éléments de démonstration sûrs et objectifs : constatations médicales, métrologie, réglementation, examens complémentaires, bibliographie, etc. La rigueur de cette démarche écrite soustrait le lecteur aux interprétations et aux contestations qui sont immanquablement faites lorsque la même procédure n'est proposée qu'oralement.
Ce protocole est aussi vivement recommandé après chaque visite d'entreprise, même si aucun élément délétère n'a été constaté.
Ces lettres acquièrent donc une valeur médico légale. Leur importance peut être mesurée lors de la gestion de problèmes d'aptitude / inaptitude, de reclassement ou d'évaluation des risques. On peut affirmer qu'appliquer ces pratiques évitera, à l'avenir, le procès d'intention fait aux médecins du travail dans l'affaire de l'amiante : avoir su et n'avoir pas dit.

Du côté employeur, l'importance de l'écrit sous forme d'une lettre personnalisée modifie la perception de la valeur du document transmis. D'un modèle uniformisé tel que la fiche d'entreprise est souvent présentée, qui est reçu comme un document administratif imposé, complexe, ennuyeux, pour résumer : comme " un papier de plus " à empilage vertical, la lettre-fiche d'entreprise, retient l'attention, car elle est inédite, elle touche l'intimité et elle efface ce que son caractère obligatoire a de repoussant. De plus elle met en confrontation directe

l'employeur avec ses responsabilités face à la santé des hommes qui sont ses subordonnés. Il lui est donc impossible de se dérober et de ne pas prendre en considération des recommandations qui ont à voir avec des valeurs humaines car il risquerait d'avoir à affronter la honte. Ces lettres, regard extérieur légitime, l'obligent à l'action.

Qu'en est-il du salarié dans ce scénario où il se trouve, apparemment, muet ? Dans les très petites entreprises, il n'existe aucune instance sociale, le salarié est en état de subordination totale vis-à-vis de son employeur. Des situations difficiles, voire intolérables sont parfois supportées en silence. Lorsque le médecin décide une intervention, il le fera donc systématiquement avec l'accord des personnes concernées. Il portera le point de vue de la santé pour des individus pour qui l'action est interdite mais qui la souhaitent.

La pratique systématique d'un écrit personnalisé est indispensable pour les médecins afin d'instruire un raisonnement sanitaire et réglementaire, pour l'employeur afin d'avoir une connaissance experte des risques professionnels par rapport à l'être humain, et pour les salariés par la protection et l'aide conférée par la lisibilité des risques auxquels ils sont soumis.

CHAPITRE 3 - PRATIQUES COOPÉRATIVES

PRATIQUES COOPÉRATIVES

La médecine du travail est une pratique médicale clinique issue d'une médecine de dispensaire, c'est-à-dire d'une médecine de soins. Elle s'organise donc, avant tout, autour du rapport singulier entre le médecin et son patient, le salarié.

Du fait de cette filiation, la collaboration avec les instances sociales se fait le plus souvent sur le mode de l'expertise.

Ces pratiques héritées d'un exercice médical souvent individualiste fragilisent le médecin du travail du point de vue de la construction de son métier et entravent sa capacité à résister aux pressions auxquelles il est souvent confronté.

Les pratiques coopératives vont l'aider à surmonter cette difficulté.

Elles passent par un accord sur ce qui en constitue la substance: envisager les situations dans leur globalité, vouloir initier des pratiques préventives communes, rendre compte.

La finalité est de dépasser l'atomisation actuelle des entreprises et de regrouper les observations pertinentes. ***(" Modifier les pratiques en médecine du travail ")***

Dans les services de médecine du travail, les pratiques coopératives permettent aux médecins d'acquérir leur indépendance et de la garantir en s'appuyant mutuellement les uns sur les autres.

Cela leur confère également la légitimité pour instruire ensemble les questions de santé au travail mais aussi pour se positionner individuellement en bénéficiant des réflexions nourries au débat collectif. ***(" Pour pouvoir travailler : construction d'un collectif de médecins du travail ")***

Il ne s'agit pas ici de contraindre l'individualité de chaque médecin mais bien de dépasser les individualismes.

Le but est au contraire de rendre légitime certains modes d'exercice individuel mais aussi de donner plus de poids aux décisions en matière de santé au travail. ***(" Proposition d'une réponse coopérative ")***

Cela transforme un exercice solitaire souvent désespérant, en relançant l'intérêt du métier et son efficacité. ***(" Fière et heureuse d'être médecin en service interentreprises ")***

Dans la construction de ces coopérations, la psychodynamique du travail joue un rôle de premier plan. Que ce soit dans les interventions, où les médecins sont les initiateurs, où dans celles où ils sont simples participants, elle a transformé leur exercice. Naissent ainsi des " communautés de référence ". ***(" Accompagnement des pratiques des médecins du travail par la psychodynamique du travail ")***

MODIFIER LES PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Dominique Huez

ENVISAGER LES SITUATIONS DANS LEUR GLOBALITÉ

Dans le secret du cabinet se révèlent des atteintes à l'intégrité physique et psychique dues au travail. Mais face à ces problèmes, les solutions ne relèvent pas de la clinique individuelle. L'action impose de construire une intelligibilité de la situation dans sa globalité : non pas seulement saisir ce qui représente un risque pour la santé, mais comprendre, pour pouvoir les dépasser, les raisons qui s'opposent à la transformation des situations de travail. Cette construction implique de passer du temps dans le milieu de travail, de se familiariser avec l'activité, avec ses difficultés, avec le style de mobilisation déployée pour y faire face, avec les relations sociales de travail. C'est la construction d'une compréhension globale de la situation qui permet éventuellement de poser le problème d'une façon suffisamment travaillée pour que les différents partenaires puissent entrevoir des pistes de solution. L'activité en milieu de travail est donc très loin de se limiter à la métrologie. Bien souvent, si le médecin du travail fait de la métrologie, ce n'est pas par fétichisme de la mesure, mais parce que le mesurage permet d'échapper à la visite accompagnée, et légitime une présence prolongée dans l'atelier. Dans l'activité du médecin du travail, les problèmes s'expriment donc au cabinet médical ; tandis que les solutions ne peuvent être recherchées, en général, qu'à l'extérieur de ce cabinet, lors du tiers temps. Pour des raisons évidentes, cette recherche est très difficile. Il faut bien souvent déployer des trésors de compétence et d'imagination pour arriver à faire entendre aux directions les problèmes d'organisation et de conditions de travail repérés dans l'activité clinique. Nous ne fuyons pas pour autant nos responsabilités. Nous savons que nous avons des progrès à faire, pour trouver les voies qui permettent d'avancer sur les problèmes

rencontrés. Une intense activité est déployée dans ce sens par de nombreux confrères.

FAIRE NAITRE LA COOPÉRATION

Chaque médecin du travail et plus largement chaque spécialiste du champ santé-travail n'a du fait de son action sur un secteur restreint qu'une observation partielle de la réalité. Seul un travail en coopération est susceptible d'assurer une vision plus large. Il faut savoir dépasser les structures rigides de nos champs d'activité respectifs. Coopérer c'est tisser des liens, constituer un réseau à partir de préoccupations communes sur un thème, un terrain donné. Les conditions réglementaires de ces coopérations existent à travers les plans d'activités communs à plusieurs médecins du travail, les possibilités d'une coordination par l'inspection médicale du travail, les études conventionnées avec d'autres spécialistes du champ santé-travail sous le contrôle des CHSCT, encore faut-il qu'elles soient utilisables et utilisées. Ne faudrait-il pas tout d'abord que les médecins du travail concernés par des projets communs, définissent un minimum de règles éthiques et se mettent d'accord sur les finalités de l'action ? En effet, les médecins du travail ont pu, face aux difficultés, développer des stratégies individuelles différentes et il est donc essentiel de bien définir à l'avance les objectifs, la méthodologie mise en œuvre, les responsabilités précises de chacun, les modalités de rendu de résultats aux différents acteurs sociaux, l'organisation du suivi sur le terrain de la démarche et la diffusion des résultats. Une autre condition constitutive de cette coopération est le respect de l'autonomie professionnelle des médecins. Par exemple il faudra toujours savoir, quel est le médecin " responsable " d'un effectif. Dans les services interentreprises, le suivi médical de l'artisanat et des PME pose de longue date de nombreux problèmes. Un certain nombre de médecins du travail, de services interentreprises ont dépassé cette difficulté en s'associant pour des études par secteur ou par branches. Chacun peut par la suite en utiliser les résultats auprès de sa propre " petite entreprise ". Ces études sont de toute nature : ergonomique, épidémiologique, toxicologique, etc. Les médecins du travail vont donc devoir mettre en commun leurs observations, regrouper leurs forces pour mener des études, des enquêtes, des actions de prévention, pour répondre aux nécessités et rendre compte de la réalité des situations de travail. Bien évidemment coopérer prend du temps et ne peut être envisagé si la pratique clinique ne laisse pratiquement aucune place au tiers temps. Il s'agit donc de pratiques volontaires des médecins. Elles sont difficiles mais essentielles s'ils veulent que la surveillance de la santé au travail ait encore une quelconque signification.

INITIER DES PRATIQUES PRÉVENTIVES

Sans mésestimer les difficultés, la réglementation actuelle ouvre des possibilités qui sont loin d'être appliquées et exploitées. Elle permet théoriquement au médecin du travail d'être l'initiateur de pratiques préventives. Cela ne peut se faire en subissant l'événement. Il est nécessaire de déterminer une problématique et de définir une stratégie de prévention. Il s'agit de faire prendre en compte tel ou tel déterminant de la santé qui paraîtrait sous estimé, par exemple les contraintes de l'organisation du travail. L'identification de ces facteurs repose sur un double travail. Le premier est celui, classique, de l'investigation clinique : prise de notes, recueil de cas dans des monographies. Ce passage est souvent décisif avant des études plus ciblées faisant appel aux techniques de l'épidémiologie, de l'ergonomie, de la toxicologie, de la psychodynamique du travail. Le travail en coopération permet à ce stade d'accumuler des données pertinentes à partir du regard de plusieurs médecins.

Dans le climat actuel de précarisation, cette première démarche vise plusieurs objectifs :
- Elle permet une meilleure information sur les interactions entre la précarisation et la santé, en particulier du point de vue de la santé mentale.
- Elle a pour intérêt de mettre en évidence les difficultés que rencontrent les médecins du travail pour accomplir leur mission en direction des salariés touchés par la précarisation.
- Elle identifie les pratiques des médecins du travail confrontés aux questions de précarité, étape essentielle à une démarche d'évaluation.

Le second travail d'identification consiste à analyser les demandes de la collectivité de travail en matière de santé au travail. Il ne s'agit pas d'attendre que celle-ci parvienne " imprimée sur papier timbré ", ce qui serait illusoire lorsqu'on connaît la complexité des rapports sociaux dans l'entreprise. C'est précisément au médecin du travail de la faire émerger, de la structurer, voire de l'exprimer si elle est latente, en particulier, en nourrissant la réflexion des acteurs sociaux par le compte rendu de ses travaux.

RENDRE COMPTE

Rendre compte dans l'espace public de l'entreprise devient alors la pierre angulaire de l'évolution des pratiques en médecine du travail. Cela permet, nous l'avons vu, à travers l'information des acteurs sociaux, de préciser la demande et les problématiques, d'initier des pratiques préventives, de définir des stratégies de prévention. Cela permet également de faire connaître les obstacles que rencontrent les médecins du travail dans l'accomplissement de leur mission. Par exemple, dans le domaine de l'écoute clinique de la souffrance des salariés, l'objectivation des problèmes de santé psychique et leur mise en lien avec l'organisation du travail, à travers le compte rendu qu'en fait le médecin du travail est parfois désagréablement vécu par les organisateurs du travail. Dans cette situation, ne rendre compte qu'à l'employeur est non seulement peu conforme à la réglementation mais aussi dangereux pour le médecin car c'est prêter le flanc aux pressions en empêchant le débat social de jouer son

rôle protecteur. Si l'on considère l'élargissement de la notion de collectivité de travail et l'impérieuse nécessité du travail coopératif entre médecins du travail du noyau stable et des entreprises sous-traitantes ou tout simplement confrontés aux mêmes problématiques, rendre compte ne peut se limiter à l'espace interne de l'entreprise.
Dans cette démarche plus large de diffusion des données, les relais de l'inspection médicale du travail, des commissions régionales de médecine du travail, des CRAM, des syndicats professionnels, des organismes ministériels nationaux, permettent l'information des médecins par une accessibilité simple aux études et actions menées. Plus largement encore la médecine du travail est un vaste gisement d'informations sur la santé au travail totalement inexploité en santé publique. Le triste exemple des cancers professionnels en témoignerait s'il en était besoin.
Rendre compte de la réalité des atteintes professionnelles hors de l'entreprise c'est aussi fournir des indicateurs de santé publique par exemple pour une branche professionnelle, pour un canton une région, une catégorie spécifique de travailleurs… Souvent ce qui se passe dans l'entreprise est considéré comme relevant de l'espace privé. Or, la santé s'y construit et parfois malheureusement s'y perd. La santé au travail est une branche de la santé publique et la clé d'une dynamique de prévention ne réside plus seulement dans l'entreprise pour un certain nombre de situations de travail. Une des approches, pour rendre plus efficace l'exercice de la médecine du travail consiste alors à travailler sur la " visibilité sociale " hors de l'entreprise. Ceci est bien différent de la prévention des risques généraux en médecine du travail qui coupe en partie l'exercice de la médecine du travail de ses spécificités et qui, poussée à l'extrême, pourrait conduire à le transformer en hygiénisme simplificateur. Il s'agit plutôt, pour nous, en rendant visibles les conséquences socio-professionnelles en matière de santé au travail des choix politiques, d'alimenter l'indispensable débat qui devrait les guider. C'est dans ce sens que la réintégration du champ de la santé au travail dans la santé publique aura également pour effet de briser l'enclavement actuel.

POUR POUVOIR TRAVAILLER : CONSTRUCTION D'UN COLLECTIF DE MÉDECINS DU TRAVAIL

Odile Chapuis, Jacqueline Chauvin, Elisabeth Delpuech, Yusuf Ghanty, Chantal Lafarge, Jean Michel. Lauze, Danièle Roi

En 1994, un chef d'entreprise écrit au directeur du service inter pour " se débarrasser de son médecin du travail " car, disait-il. " sa réputation d'incompétence n'était plus à faire ". Dix médecins du secteur ont alors signé un courrier au directeur et au calomnatieur pour manifester leur indignation et signifier leur refus de prendre en charge l'entreprise. La dignité et l'indépendance professionnelle, valeurs personnifiées par ce médecin, se trouvaient injustement bafouées. Outre le devoir de confraternité, prévu par le Code de déontologie, cette affaire a posé unanimement la question de la défense des fondements mêmes de la profession. II ne s'agissait pas d'une réaction corporatiste ; c'est au contraire la prise de conscience des valeurs communes éthiques et déontologiques à sauvegarder à tout prix, qui a donné sa cohésion au groupe. Même si cette réaction a entraîné des tensions et conflits avec la direction du service interentreprises, elle a signifié clairement qu'il n'était plus question de faire dévier les problèmes de fond de la médecine du travail en transformant le médecin en bouc émissaire.

Cette levée collective de boucliers a paru presque magique tant elle a été spontanée et unanime. À la réflexion, elle était le résultat d'un certain nombre de tentatives collectives plus ou moins abouties, pendant les dix années précédentes, mais ayant toutes pour base la défense de la profession, de ses fondements légaux, éthiques, déontologiques : à la suite de plusieurs affaires en 1984 et 1985 où un confrère est attaqué parce qu'il a osé faire son tiers temps, une première réaction naît, à l'initiative d'un petit noyau de confrères mais signée par la majorité des médecins du service, demandant que le retrait d'une entreprise à un médecin du travail soit soumis à la commission de contrôle, comme cela est prévu à l'article R. 241-14 du Code du travail. Il s'agira de la première expression collective de la volonté de sauvegarde de l'indépendance professionnelle.

Quelques années plus tard, un ultimatum de l'ensemble des médecins sera lancé à la direction pour le changement du camion qui ne permet plus d'assurer le secret médical. Ce sera un appel commun et fort à l'éthique, les médecins se sentant tenus par l'article 71 du Code de déontologie, d'exiger les moyens nécessaires à leur exercice et à la dignité de la profession. Pour les mêmes raisons, ils rédigeront un document intitulé *Optimisation de la médecine du travail* demandant des moyens en assistance, formation, matériels, en adéquation avec leurs missions, comme cela est dit par l'article R. 241-38 du Code du travail. Ils refuseront collectivement de se spécialiser au sens où l'entend le président du conseil d'administration qui veut utiliser le médecin pour assurer la qualité du produit et satisfaire aux normes ISO européennes. Ils affirmeront ainsi que leur objectif unique est la santé au travail et que, en référence au Code de déontologie, la médecine ne peut être exercée comme un commerce. Enfin, voyant les moyens du médecin et son indépendance menacés par les propositions du rapport Sappey certains se mobiliseront pour en dénoncer les dangers pour la santé au travail et rédiger une contre-proposition. Ainsi, depuis de nombreuses années, des médecins se solidarisent pour défendre la profession et ses fondements, qu'elle soit attaquée individuellement parce qu'un confrère exerce ses

missions ou menacée collectivement par des propositions qui la font dévier de ses objectifs légaux. C'est l'affaire de 1994 qui a permis à certains d'entre nous de prendre conscience qu'ils appartiennent à un collectif lié par des valeurs professionnelles qui leur paraissent éthiquement impossible de ne pas défendre.

Dépassant l'union contre, nous avons alors bâti un collectif pour la santé au travail, en construisant pas à pas les règles du métier. Chaque médecin connaît les limites de son efficacité en travaillant seul. Face à ce constat, la recherche commune de moyens de prévention est devenue nécessaire pour construire des outils efficaces. Les débuts de cette recherche vont être marqués au cours d'une période de tâtonnements par un échange d'informations et une mise en débat des problèmes rencontrés. Ce travail en commun s'inscrit dans l'obligation de moyens qu'a le médecin pour une meilleure efficacité, une meilleure pertinence dans ses restitutions aux entreprises. C'est pourquoi nous avons jugé nécessaire d'unir nos efforts pour sauvegarder le discours de santé au travail, dans le cadre d'un tiers temps collectif. Les actions concrètes ont débuté par une enquête épidémiologique sur les lombalgies qui, même si elle n'a abouti que partiellement dans ses résultats finaux, a permis aux médecins l'apprentissage des règles de travail en collectif ainsi qu'une campagne d'étude de postes par branches professionnelles. Un peu plus tard, un questionnement sur l'intérêt des radiophotographies systématiques trouve son point de départ dans une limitation des prescriptions par les gestionnaires du service. Faisant dévier la question du coût sur une question du fondement scientifique de ces examens, le collectif décide pour être plus cohérent et plus performant, d'interroger par écrit plusieurs professeurs de pneumologie, de médecine du travail dans toute la France, ainsi que leur médecin inspecteur. La disparité des réponses n'a laissé transparaître aucun consensus de la part des experts tant dans les indications que dans les techniques à utiliser. Les règles à trouver sont donc renvoyées aux praticiens de terrain. À partir du début des années quatre-vingt-dix, de nouvelles formes d'atteinte à la santé liées aux bouleversements du travail font leur apparition et nécessitent l'élaboration d'un nouveau référentiel d'intelligibilité des symptômes et de réponse à la souffrance. Le collectif permet de construire ces nouveaux repères tout en conservant l'orientation éthique. Suivant la voie déjà ouverte de l'éthique de témoignage, nous décidons alors d'optimiser un moyen d'action légal mais jusque-là plutôt négligé : début 1995, nous rédigeons une conclusion commune à notre rapport d'activité. Celle-ci sera un témoignage de notre vécu du monde du travail, de la répercussion du tout économique sur la dégradation des conditions de travail et de l'état de santé des salariés, de la difficulté d'exercer le métier dans ce contexte.

Cette expression commune nous a permis aussi de respecter le secret médical du colloque singulier, tout en alertant sur les nouveaux risques et donc en essayant de ne pas laisser les salariés sans soutien ce qui serait aussi coupable. Il s'agit de se servir de cet espace d'expression libre prévu par la loi de manière plus efficiente, plus proche de la réalité et de l'utiliser en le diffusant comme une voie de communication vers les médecins de soins, les autres professionnels de la santé, les instances garantes des lois, le ministère du Travail. En mai 1995, elle sera même adressée aux candidats à la Présidence de la République. En dehors du démarrage d'un dialogue avec les inspecteurs du travail, sur les problèmes de fond que cet écrit soulève, il n'y aura pas de retour des autres instances responsables. Après un an de réflexion, les membres du collectif récidivent en 1996, dans une conclusion commune plus détaillée sur les constats, plus fouillée dans ses analyses. Parallèlement pour réveiller l'indifférence générale et donner plus de sens à ce rapport, nous en éliminerons les chiffres inutiles et surtout ceux qui falsifient la réalité : en effet, la peur de la perte d'emploi fait chuter les déclarations et les modulations d'aptitude. En évitant de donner des chiffres faussement rassurants, nous optons pour respecter l'esprit de la loi, quitte à nous détacher de la lettre. Cette contestation aura le mérite d'avoir attiré l'attention et, comme elle a été jointe à une conclusion détaillée sur les vrais problèmes non chiffrables, on commence à voir un certain nombre de retours au collectif en termes de questionnement sur le monde du travail qu'il paraissait urgent de déclencher : inspecteurs du travail, médecins inspecteurs du travail, journalistes, représentants syndicaux, président de l'Ordre des médecins, s'intéressent et demandent des compléments d'informations. Certains salariés se disent confortés dans ce qu'ils vivent, certains généralistes dans ce qu'ils entendent ; l'un d'entre eux a affiché cet écrit dans sa salle d'attente. Le silence semble un peu moins lourd, ce frémissement laisse espérer l'ébauche d'un débat de société.

Ainsi, ce travail collectif a permis de concilier missions et difficultés d'exercer, de conserver au médecin sa position d'extériorité par rapport aux objectifs de l'entreprise, de trouver des issues en adéquation avec les problèmes nouveaux de santé liés à la dérégulation ; grâce à des échanges entre confrères, il a facilité une réelle formation permanente, conforme aux exigences de la déontologie ; il nous a aidé à sortir de l'intériorisation du poids de l'économique tandis que nous nous rendions compte que notre sentiment d'échec n'était pas dû à notre incompétence mais à la violence et la complexité du monde du travail. Enfin, nous avons pu ainsi renvoyer avec cohérence à l'intérieur et à l'extérieur de notre service la non ambiguïté de nos objectifs fondés sur les valeurs humaines, ce qui a aussi soutenu les jeunes médecins souvent désemparés face au décalage entre les outils donnés par la formation universitaire et la réalité de la tâche qu'ils découvrent.

Un collectif de médecins du travail est né dans un élan de solidarité pour répondre, au nom de valeurs déontologiques communes, à l'injustice concernant l'un d'entre eux. Petit à petit, chacun a découvert, grâce à lui,

les moyens de construire son indépendance, garante du respect de la santé au travail, d'élaborer une cohérence et donc une efficacité dans ses prises de position, de retrouver un peu confiance dans son professionnalisme qui ne peut reposer que sur les règles du métier. La construction communautaire a fait prendre conscience aux membres du collectif et à ses interlocuteurs que, quelles que soient les circonstances, les valeurs universelles et légales qui fondent le métier ne peuvent être contingentes, que l'absence de résultat tangible au poste de travail n'est pas un argument en faveur de l'inutilité du médecin, encore moins de sa résignation ou de son changement d'objectifs. Au contraire, plus que jamais à l'heure actuelle, le médecin du travail se doit de refuser le contournement du réel, de témoigner de cette réalité même si elle est douloureuse, de valoriser ses règles de travail et donc de conserver le sens de la profession. Outre une belle aventure humaine, le collectif est un moyen pour garder le cap du métier.

_

PROPOSITION D'UNE RÉPONSE COOPÉRATIVE

Contribution au diagnostic du malaise du médecin du travail

Odile Chapuis, Jacqueline Chauvin, Elisabeth Delpuech, Yusuf Ghanty, Chantal Lafarge, Jean Michel. Lauze, Danièle Roi

Le tiers temps et la détermination de l'aptitude médicale des salariés, en toute conscience et indépendance professionnelle, représentent les missions fondamentales du médecin du travail et sont codifiés de longue date. Et pourtant…

En 1983, un médecin du travail conseille un employeur pour la prévention des risques, dont l'amiante. Celui-ci réagit violemment en demandant au directeur du service inter, l'éviction de ce médecin gênant. Le médecin inspecteur, sollicité, constate dans un courrier qu'en raison " d'un problème de communication ", le médecin du travail ne peut plus exercer dans l'entreprise. Le président du service considère alors ce courrier officiel comme un désaveu de l'action du médecin et lui adresse un avertissement – l'entreprise sera retirée au médecin.

Plus tard, une deuxième affaire concernant le tiers temps se déroule de la même façon mais cette fois-ci, c'est l'inspection du travail qui, dans un courrier tout à fait explicite, rappelle au directeur du service les missions du médecin.

En 1984, un confrère surveillant le personnel d'un cabinet de radiologie médicale constate un dépassement de dose chez une salariée enceinte et prononce une inaptitude temporaire. Le chef d'entreprise, médecin radiologue, sans aucune raison clairement explicitée, demande carrément au directeur du service de " changer de médecin ". Ici et à nouveau, la direction du service ne manifeste aucun soutien au médecin et confie l'entreprise à un de ses confrères. Le médecin inspecteur interpellé compatira mais ne prendra pas position, entérinant ainsi ce déssaisissement.

Neuf ans après, dans une PME de l'agro-alimentaire, un scénario identique se renouvelle avec les mêmes réactions de chacun des protagonistes, à l'occasion d'un désaccord sur la prise en charge d'un examen ORL pour un salarié exposé au bruit. À nouveau, l'entreprise est retirée de façon cavalière devant la pression du chef d'entreprise.

Ces quelques exemples d'affaires échelonnées depuis plus de dix ans racontent que, quand il accomplit ses missions, le médecin du travail est désigné comme fauteur de troubles. La résistance des chefs d'entreprise et leurs réactions, parfois violentes, sont bien connues et malheureusement attendues : productivité et rentabilité ne sont pas et de moins en moins compatibles avec la santé des salariés. Plus étonnantes, et plus déroutantes pour le médecin, sont les attitudes de désolidarisation ou même de condamnation des instances qui sont là normalement pour l'aider à remplir ses missions :

- Le directeur du service interentreprises, dans le contrat qui le lie à chaque médecin, s'engage à être le garant de son activité en termes de moyens, à lui permettre d'exercer ses fonctions conformément à la loi, en toute indépendance professionnelle et selon les règles de la déontologie. Dans la réalité, il s'attache surtout à ne pas mécontenter l'employeur qui contribue à financer le service plutôt que de veiller à ce que la mission du médecin soit effectivement accomplie. Or, cette mission constitue bien l'unique raison d'être du service.
- Le médecin inspecteur a dans ses attributions d'être le garant de l'application de la législation et de la protection de la santé ainsi que de soutenir l'action des médecins du travail. Il se borna souvent à essayer d'apaiser le conflit à tout prix, semblant avoir intériorisé des objectifs qui ne sont pas les siens.
- La commission de contrôle doit s'assurer que les moyens donnés au médecin sont conformes à sa mission. Elle est rarement consultée et si c'est le cas, à l'exception de quelques salariés isolés, la majorité de ses membres ne connaissent pas le dossier et ses enjeux. Le débat, dirigé par le président, est détourné de son véritable objectif et transformé en un procès de personne.

Ainsi sommé par la loi, le Code de déontologie, l'éthique médicale, le Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail de " conseiller les employeurs dans le but de préserver la santé des travailleurs et de promouvoir un milieu de travail sûr et sain ", le médecin du travail est paradoxalement mis en accusation ou déjugé par les instances qui devraient être les garants de la bonne application de cette mission. Il se trouve donc condamné au nom d'autres valeurs que celle de la santé au travail et sous le prétexte d'une maladresse dans la forme, il est ainsi pris dans une injonction paradoxale : " Faites votre travail, mais ne faites pas ce qu'il exige ! "

Un petit nombre de médecins a trouvé une issue dans un collectif de confrères et dans l'écoute favorable et convaincue des inspecteurs du travail eux-mêmes inquiets de la dérèglementation galopante. Dans certaines histoires rapportées ici, l'inspecteur a su donner son appui à l'action du médecin. Dans un des conflits, interpellé, il a été la seule instance à rappeler la mission du médecin en des termes non équivoques : *" Tant que l'on vous dira d'aller sur les lieux du travail et de conseiller les employeurs, eh bien, vous conseillerez les employeurs en toute indépendance. "* Cette réponse ferme n'a pas été sans relation avec ce que nous avons construit plus tard ensemble.

Suite à une période de contacts individuels, des rencontres régulières se sont instaurées. L'une d'elles a eu pour thème un débat autour de la conclusion commune de notre rapport annuel. Cet écrit témoignait de la dérégulation et de ses conséquences graves sur la santé des salariés. Écrit avec émotion par neuf médecins du travail, il a été reçu par les inspecteurs, avec intensité, car il faisait écho à leurs constatations indignées sur le monde du travai1. Il a soudé les liens de notre coopération : à cette occasion, nous avons appris à connaître leur travail et à faire connaître le nôtre, à découvrir que nous avions des règles communes et que nous pouvions nous soutenir dans une coopération pleine de sens. Sur leur demande, et pour qu'ils puissent hiérarchiser leurs interventions, nous avons commencé par réaliser une documentation sur les risques toxicologiques, puis face à l'évolution des problèmes, nous avons témoigné par écrit de la pathologie liée aux horaires excessifs ou atypiques. L'objectif de cet écrit était de les aider à argumenter le poids que représentent les horaires anormaux sur la santé des salariés, auprès des professionnels de la justice qui semblent souvent banaliser la question. Nous avons aussi débattu de nombreux thèmes comme les horaires excessifs chez les apprentis, les troubles musculo-squelettiques en agro-alimentaire. Des actions communes ont été décidées comme prioritaires ordonnant nos efforts et orientant nos stratégies.

Ces pratiques coopératives se poursuivent notamment en agro-alimentaire où médecins et inspecteurs ont fixé leur priorité : des CHSCT s'ouvrent dans certains abattoirs, jusque-là véritable zone de non droit, et le discours de prévention est tenu conjointement. Des pointeuses s'installent dans certaines entreprises de la grande distribution. Les retombées positives ne sont malheureusement pas encore en termes d'améliorations concrètes, mais déjà dans la réintroduction possible d'un autre discours que la rentabilité à tout prix : la valeur de l'homme et la nécessité que le travail s'adapte à lui et non l'inverse sont évoquées non seulement par le médecin, considéré souvent comme un utopiste, mais aussi par un représentant du droit. Nous pouvons donner l'exemple d'un atelier de conditionnement de légumes, qui pratiquait des horaires sauvages et où les conditions de travail dures (froid, rythme rapide, déconsidération des salariés) ont fini par venir à bout de la santé d'un ouvrier, hospitalisé pour surmenage. L'intervention de l'inspecteur du travail a permis de mettre en place un relevé des horaires et l'amorce d'une amélioration au niveau des locaux. Dans un autre cas l'inspecteur du travail est venu soutenir le médecin, face à la politique oppressante du " zéro accident de travail ", mise en place dans une entreprise. Il a pris position en CHSCT sur les risques de dérives illégales et scandaleuses de cette attitude, il a rappelé la loi dans un courrier très précis. Il a soutenu le médecin avec textes à l'appui pour l'embaucbe définitive d'une infirmière à la déontologie irréprochable. En effet, celle-ci était devenue indésirable car elle avait su résister à la campagne du " zéro accident de travail ", lors d'un précédent CDD.

Bien sûr, l'activité du médecin du travail est en déphasage avec les impératifs du contexte économique actuel : les hommes et le femmes doivent fournir un travail au meilleur coût possible quelles que soient les conditions. Il faut certes renvoyer à nos décideurs ces constats inquiétants et des solutions doivent être trouvées au sein d'un débat de société. En attendant, le médecin du travail n'a pas le droit éthiquement et légalement de reprendre ce discours-là, au nom d'une prétendue diplomatie, forcément coupable puisqu'il s'agit de fermer les yeux sur ce qui interpelle son professionnalisme. Désavoué parce qu'il fait des vagues, le médecin reste malgré tout l'unique responsable de ses actes et le récent Code de déontologie dans le décret du 6 septembre 1995 rappelle que, même salarié, il ne peut accepter de limitation de son indépendance professionnelle de la part de l'entreprise qui l'emploie. Par ailleurs, il est médecin et en tant que tel, s'il n'a pas une obligation de résultat, il doit, en tout cas, mettre en œuvre tout ce qui lui est possible pour satisfaire à l'obligation de moyens. Le médecin et l'inspecteur du travail ont des missions proches pour la défense des droits, de la dignité, de la santé de l'homme au travail ; l'union de leurs deux voix est bien nécessaire pour contrebalancer un tant soit peu le tintamarre incessant de la productivité à tout prix. Les échanges entre ces deux professionnels ne peuvent être que fructueux car complémentaires : le médecin apporte ses informations innombrables sur toutes les formes de mise en péril de la santé ; l'inspecteur, l'autorité de ses moyens d'action quand les dérapages sont trop graves. La loi prévoit d'ailleurs cette libre circulation de données grâce à la fiche d'entreprise. Le médecin n'est tenu au secret que pour les informations médicales individuelles et les secrets de fabrication. Le silence, au contraire devient, dans bien des cas, non assistance à personne en danger.

Un certain nombre de professionnels de la santé au travail, infirmières, médecins, inspecteurs et autres, sont dans les mêmes difficultés actuellement face à la loi du tout économique. Les pratiques coopératives pour garder le sens des valeurs qui fondent nos professions, répondent à l'exigence déontologique et ouvrent aussi la voix de l'efficacité.

FIÈRE ET HEUREUSE D'ETRE MÉDECIN EN SERVICE INTERENTREPRISES

Catherine Roche

Vingt ans d'exercice du métier, vingt ans où pas un jour n'a ressemblé à un autre, vingt ans d'évolution et de changement de pratique qu'un clin d'œil dans le rétroviseur permet de mieux saisir…

1972 - Début dans le métier. Vingt personnes convoquées le matin, vingt convoquées l'après-midi. J'enfile les visites médicales comme j'enfilais les perles il y a peu de temps. Pratique individuelle d'une médecine basée sur l'examen clinique et les résultats biologiques. Mes collègues, je les connais à peine, à ce rythme, nous ne pouvons que nous apercevoir… quand la pénombre du cabinet médical – nécessitée par la radioscopie – l'y autorise. Une fois par semaine, je " prends l'air ", je me rends dans les entreprises ; j'essaie de comprendre ce que j'y vois, car lors de l'année de spécialité nous n'avons reçu aucune formation concernant la prévention en milieu de travail.

1975-1982 : Le tiers temps est devenu obligatoire, la formation prend peu à peu de l'essor. Mais pas de chance, au " mammouth parisien " où je suis médecin du travail, elle est distribuée au gré du prince… en dix ans, je n'aurai droit qu'à une formation – et encore me fut-elle imposée : " Statistique et informatique ". À cette époque, nous ne faisions pas nous-mêmes mesures et prélèvements, il fallait passer par " Monsieur Prévention ", un technicien sécurité (il était seul pour trois cent médecins). Je dois être honnête, cet homme m'a beaucoup appris – il fut ma première chance. À son contact, j'ai découvert les principes de la métrologie et la prévention à la source (il était alors un peu précurseur). C'est lui qui m'a fait découvrir le savoir partagé.

1985-1995 : deuxième chance, via la Sarthe. Je découvre avec surprise que les médecins se réunissent non pour recevoir un savoir ou des cours magistraux, mais pour échanger sur les problèmes rencontrés. Certains emploient de grands mots, " ergonomie ", " travail prescrit / travail réel " ; ils suivent des cours, manipulent des sonomètres, luxmètres, centrales thermiques. Ils participent à des enquêtes, des études, ils vont à la rencontre de leurs pairs sans hésiter à mettre sous leur regard : pratiques, difficultés, succès. En quelques mots, ils y croient, aidés en cela par une direction qui leur fait confiance, favorise leur formation et les laisse libres de s'organiser dans les limites légales du cadre du travail ; aidés aussi par un médecin inspecteur hypermobilisateur, très proche des uns et des autres, toujours là pour dynamiser, susciter, encourager… et jamais en manque d'idées pour nous faire travailler.

Dans ce groupe, sans aucun doute, on (je) progresse, et surtout, on (je) reste en éveil. Ainsi, lorsque les soucis de compétitivité bouleverseront le champ santé-travail, faisant apparaître des organisations nouvelles, nous serons là, à l'écoute des souffrances nouvelles, des paroles nouvelles. Nous serons là non seulement pour écouter, entendre, mais pour dire, nous serons là pour essayer ensemble de comprendre via l'approche psychodynamique du travail de Chr. Dejours (notre directeur ayant accepté la nécessité de cette nouvelle formation).

Il en est de la coopération face à la souffrance au travail comme il en est face aux problèmes posés par les TMS, l'amiante, les poussières, les cancérogènes, travail et vieillissement… car c'est dans ces pratiques coopératives que l'on peut apprendre, se laisser remettre en question, comprendre, dire, faire progresser. Je serais injuste de ne pas souligner les coopérations extérieures à la médecine du travail et qui sont indispensables à la qualité de notre action : chercheurs de l'INSERM, technicien de la CRAM, ergonomes, psychiatres, etc.

Soyons clairs, cependant. Ces pratiques, il faut les vouloir, il faut leur permettre d'exister. Elles prennent du temps – dans et hors travail – elles demandent écoute, tolérance, humilité, remise en question. Elles ne résolvent pas tous nos problèmes, pour la simple raison que le monde évolue apportant chaque jour des problèmes différents, mais elles permettent d'être là, en éveil, et force de proposition dans les coopérations qui sont celles de notre métier : échanges avec les employeurs, les responsables techniques, les représentants du personnel… pour la résolution des problèmes santé travail.

Bien sûr qu'il nous arrive d'être découragés face à nos constats, face à nos cliniques de métier. Mais la justification de notre existence n'est-elle pas cette recherche permanente de " thérapeutique de métier ". Nous sommes en réalité des " cliniciens-thérapeutes-chercheurs " impliqués via des pratiques coopératives dans des recherches de solutions pour mieux servir et répondre à l'une des missions : *" éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail "*. C'est la remise en cause permanente de nos pratiques qui fait notre intelligence et notre richesse.

1996 : je découvre un autre service interentreprises (mutation professionnelle de mon mari aidant), et donc d'autres pratiques. Certains médecins et en particulier le médecin coordinateur, conscient de la diversité des problèmes qui peuvent se poser à chacun et de la difficulté de tout savoir, proposent de constituer sous forme de plans d'activités des réseaux sur des thèmes donnés.

Le principe en est simple : des médecins volontaires – soit qu'ils soient intéressés par le sujet, soit qu'ils soient concernés par le problème au sein de leur effectif – décident de travailler sur des thèmes précis, exemple : réseau amiante, réseau tandem Cinergie (qui concerne le médecin du travail face aux situations de handicap). Ces médecins deviennent par leur travail, leurs études, leur

éveil permanent sur le thème, référents par rapport aux confrères qui le désirent, c'est-à-dire conseil et seulement conseil, chaque médecin gardant sur son effectif tout pouvoir de décision et d'action (nécessités éthique et déontologique obligent).
… le principe est simple… mais il faut du temps et je constate que le bien fondé de ces réseaux a été reconnu par notre directeur qui en a accepté le principe, et pousse à leur développement non seulement au sein de notre service, mais aussi entre services interentreprises.
Ainsi se met en place – toujours pour mieux répondre à notre mission – un système encore perfectible, mais qui consiste en un partage organisé des compétences individuelles et des outils au service de notre association ou de plusieurs associations de médecins du travail.

En conclusion

Pour parodier une enquête célèbre, je dirai : j'exerce un travail varié, qui me permet d'apprendre ; je choisis ma façon de travailler, de m'impliquer et cela parce qu'au sein de deux services interentreprises, on m'a donné les moyens – certes améliorables – de faire un travail que je n'ose dire de " qualité ". J'ai surtout eu la chance de travailler avec des pairs à qui je dois beaucoup, parce qu'ils ont mis compétences individuelles, réflexion, intelligence, au service de tous.

Alors pourquoi rougir ?
Il y a certes encore beaucoup à faire pour permettre aux salariés de construire leur santé au travail. Pour les y aider, nous avons en permanence un espace à occuper qui leur permet à eux aussi, de dire et d'agir. C'est notre challenge, c'est notre dynamique et quelque part, notre raison d'être.

ACCOMPAGNEMENT DES PRATIQUES DES MÉDECINS DU TRAVAIL PAR LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Expériences coopératives en Val-de-Loire

Brigitte Perceval

Depuis plus de cinq ans, deux petits groupes de médecins du travail fonctionnent dans notre région sous le nom de *Groupes d'accompagnement des pratiques en psychodynamique du travail*.

UN " ACCOMPAGNEMENT "

Oui c'est bien cela : un accompagnement de nos pratiques par la psychopathologie du travail puis la psychodynamique du travail, pour nous aider à donner sens à la souffrance rencontrée dans le champ santé-travail, et pour nous aider à transformer l'approche de ce mal-être croissant exprimé par les salariés (et que nous vivons souvent isolément aussi comme souffrance), en règles de métier ; un accompagnement pour faire évoluer notre profession en prenant en compte l'évolution importante du milieu de travail.

On parle plutôt actuellement de psychodynamique du travail qui, comme son nom l'indique, explore la dynamique psychique de la construction – ou la dégradation – de la santé dans l'investissement professionnel, alors que le terme de psychopathologie renvoyait exclusivement à l'aspect négatif, c'est-à-dire à la détérioration de la santé du fait du travail. La psychodynamique interroge la santé (la normalité) en tentant d'élucider les mécanismes du plaisir et de la souffrance dans le travail. Résoudre l'énigme de la normalité pour comprendre l'anormalité. Résoudre l'énigme de la santé pour prévenir la maladie.

Ces petits groupes, où l'on discute, de façon très informelle et très amicale – trois ou quatre heures par bimestre ou trimestre – accompagnent notre pratique médicale un peu dans tous les aspects du métier selon les priorités du moment, c'est-à-dire selon les souffrances rencontrées, selon les événements vécus comme pénibles par les uns ou les autres dans leur exercice quotidien, ou encore selon les évolutions ou les épisodes marquants pour la médecine du travail.

Cette expérience a pris naissance dans le cadre de la Société de Médecine du Travail du Val-de-Loire après une réunion pleinière sur le thème de la psychopathologie du travail qui a eu lieu en mars 1992 à Tours, où se sont exprimés une demande de formation concernant cette discipline et un souhait de travailler collectivement dans cette direction.

PREMIÈRE ÉTAPE : FORMATION, RÉFLEXION, ENQUETE DE PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL

Les spécialistes en psychopathologie du travail du CNAM nous ont proposé de réaliser cette formation sous forme d'une " Réflexion / Enquête " de psychodynamique des médecins du travail dans des groupes de vingt personnes environ.
Il s'agissait de réfléchir sur notre travail au quotidien, sur les liens entre la médecine du travail et les rapports sociaux dans l'entreprise, et en particulier sur les difficultés à prendre en compte la souffrance que nous recevons de plus en plus dans

nos consultations et à en témoigner, afin d'initier une transformation de nos pratiques qui donne sens et efficacité par rapport à cet aspect important de notre exercice devant lequel nous nous sentons souvent démunis. Comment, sur ce registre, assurer notre rôle de " prévention de l'altération de la santé du fait du travail " ?
Deux groupes appelés initialement *Paroles et Pratiques* constitués de douze volontaires à Tours et vingt à Orléans, animés par Philippe Davezies et Danièle Leboul, ont donc fonctionné régulièrement en 1992 et 1993 de la façon suivante :
- Apports de connaissances concernant l'approche psychodynamique des situations de travail, par les animateurs du CNAM.
- Débats sur l'expérience des médecins du travail en matière de prise en compte de la souffrance exprimée par les salariés.
- Et un travail sur notre propre subjectivité, sur notre capacité d'écoute, sur notre engagement et sur le vécu des difficultés de notre métier.

Cette évolution d'un objectif de formation vers un objectif d'enquête sur la situation des médecins du travail eux-mêmes a créé quelque ambiguïté au départ et a nécessité clarification. En effet pour repérer les règles de métier concernant notre rôle au regard de la souffrance au travail, il nous fallait d'abord approfondir la compréhension de notre propre souffrance au travail.

Cette première étape un peu " autocompassionnelle ", bien que contestée au début, s'est avérée indispensable pour aborder le " travail de fond " qui sera présenté dans la deuxième partie.
Au fur et à mesure de l'expression collective des médecins du travail et des apports des psychodynamiciens se sont progressivement dessinées les difficultés de la profession, ainsi que la façon dont on les vit et comment on tente de les dépasser :

Les limites à l'efficacité des médecins du travail proviennent d'une part du poids des pressions économiques influant aussi bien sûr les moyens attribués que sur les projets d'action, et d'autre part de la difficulté à objectiver le subjectif qui empêche le médecin de prendre en compte, d'agir, de remédier à cette souffrance qui lui est adressée.

La recherche vaine de reconnaissance auprès des différentes communautés d'appartenance de ce médecin " à part ", telles que : le corps médical, le corps des médecins du travail, le service inter-entreprises, les pouvoirs publics, l'entreprise, ou encore les autres " préventeurs " exerçant dans le champ de l'entreprise.

L'absence de résultats tangibles, **la contradiction** entre notre mission et les stratégies des relations sociales dans l'entreprise, la contradiction entre nos différents objectifs de protection individuelle et de protection collective, voire les vécus " d'agression " provenant de différents partenaires sociaux, font que le médecin du travail doute de son efficacité et s'interroge sur la validité de ses actions, ce qui entraîne un déficit certain du côté de son identité professionnelle et une atteinte à l'estime de soi *(" Parfois, on n'ose pas dire que l'on est médecin du travail ").*

Le poids de la surcharge
À cela s'ajoute le poids de la surcharge, soit du fait des consultations (jusqu'à vingt-cinq par jour), soit du fait des multiples sollicitations en matière de tiers temps, qui culpabilise le médecin obligé d'éluder certaines problématiques ou d'y répondre superficiellement.

Les stratégies défensives mises en place pour faire face à cette souffrance s'avèrent très variées : prudence, investissement sélectif, technicisation, désinvestissement, retrait ou au contraire activisme… et rendent difficile l'élaboration des stratégies collectives et la construction de collectifs aptes à faire face aux directions des services.

La nécessité de faire évoluer nos difficultés professionnelles vers un savoir-faire de métier nous a amené à réfléchir sur les différences de style et de stratégies professionnelles en fonction du genre féminin ou masculin du médecin du travail (Les hommes s'appuient plus sur la technique, sur le savoir, sur l'autorité, alors que les femmes privilégient pour leur action, la composante sociale, le compassionnel, l'appel à la corde sensible et évitent l'affrontement) et surtout sur les différences qui découlent des valeurs et des choix éthiques des médecins du travail.

Philippe Davezies et Danièle Leboul ont analysé cette question des valeurs et des choix éthiques et leur influence sur notre manière de répondre aux difficultés les plus prégnantes actuellement dans notre exercice, de la façon suivante :

- Face aux contradictions croissantes entre les impératifs de santé et les impératifs économiques les médecins du travail réagissent schématiquement de deux façons différentes :
- Soit ils se positionnent plutôt du côté de leurs valeurs, du côté de la préservation de la santé. Ce qui correspond à l'éthique de conviction.
- Soit ils privilégient la recherche de l'efficacité par la recherche du compromis, sur le mode de la démarche ergonomique. C'est l'éthique de responsabilité.

L'intériorisation de cette opposition entre le déontologiquement juste et l'économiquement utile constitue un danger réel pour l'identité professionnelle du médecin du travail.

Que faire de cette souffrance " que nous absorbons comme une éponge " et pour laquelle nous n'avons pas de " remède " ?
Les médecins du travail recherchent une issue à celle-ci en négociant en permanence entre différentes positions éthiques :
- Éthique de compassion : donner acte à la souffrance. Entendre la souffrance aide le sujet à y donner sens.
- Éthique de discussion : renvoi des contradictions au débat interne de l'entreprise, au débat entre partenaires sociaux, par exemple dans les CHSCT. Ce n'est pas toujours possible, loin s'en faut.
- Éthique de témoignage : témoigner dans l'espace public, interne ou externe à l'entreprise. Par exemple au travers du rapport annuel, au travers d'études par branches professionnelles, ou bien encore au travers de communications ou de publications professionnelles.

Après mise en discussion de tous les points de son contenu, Philippe Davezies et Danièle Leboul ont rédigé un rapport – *Éléments d''analyse psychodynamique de la situation des médecins du travail* – (auquel, j'ai largement emprunté pour la rédaction de cette première étape), qui a été présenté, remodelé pour tenir compte des nombreuses réactions des participants, étonnés eux-mêmes du pessimisme du tableau qu'ils avaient inspiré, puis validé au cours d'une réunion de restitution commune aux deux groupes en juin 93.

Ce rapport a ensuite été adressé à l'ensemble des médecins du travail de la région, et présenté à l'Assemblée générale de la Société de Médecine du Travail du Val-de-Loire, où il a entraîné des réactions très vives, mais variées :
- soit une adhésion, une reconnaissance pour ceux qui se sont retrouvés dans la description faite et qui approuvaient qu'enfin cela soit dit,
- soit au contraire une critique plutôt sévère qui s'est surtout exprimée sur les risques de répercussions négatives dans les milieux professionnels. Paradoxalement, bien que les constats n'aient pas été sérieusement contestés, certains confrères ont reproché à ce rapport d'attenter à la dignité de notre profession car il en soulignait les difficultés, perçues plutôt comme des " faiblesses ", et de risquer d'entraver nos relations avec les partenaires sociaux.

Après un débat assez animé, il a été décidé de poursuivre ce travail en mettant en place dans la région Centre–Val-de-Loire des *Groupes d''accompagnement des pratiques médicales du travail, en psychodynamique du travail.* Si le constat est sombre, nous devons coopérer pour dépasser les contradictions de notre métier dans le contexte actuel.
Avec trnte-cinq volontaires au départ nous avons constitué deux groupes, à Orléans et à Tours.

DEUXIÈME ÉTAPE : GROUPES D'ACCOMPAGNEMENT DES PRATIQUES EN PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Nous avons d'abord défini les règles de fonctionnement des groupes :
Seuls les médecins du travail pratiquant la médecine du travail peuvent participer.
L'adhésion est formalisée et payante. Il faut être adhérent pour assister aux réunions.
Les réunions ont lieu tous les deux mois, en dehors des horaires de travail.
Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu écrit, adressé à tous les membres du groupe.
Les deux groupes communiquent par l'échange des comptes rendus et par une réunion commune annuelle.
Il est prévu de travailler sur deux axes complémentaires :
- Travail théorique par la lecture et l'étude de textes de psychodynamique du travail.
- Travail clinique par la discussion autour de cas concrets (en évitant l'écueil de l'autocompassion).

La plupart des participants de la phase d'analyse se sont inscrits dans les groupes d'accompagnement des pratiques.
Le recrutement très différent dans les deux groupes explique sans doute certaines différences de

fonctionnement : le groupe d'Orléans est constitué d'une grosse majorité de médecins appartenant au même service interentreprises (douze médecins du même service du Loiret, les cinq autres appartenant aux services interentreprises du Cher et de l'Eure-et-Loir) alors que celui de Tours regroupe au départ tous les services interentreprises d'Indre-et-Loire, deux services interentreprises de Vienne et des Deux-Sèvres, et quatre services autonomes.

Il faut souligner une majorité féminine écrasante dans les deux groupes (seuls trois hommes dans chaque groupe).
Nous interprétons ce biais de sélection par les différences de stratégies professionnelles évoquées dans le chapitre précédent : en effet les hommes privilégient souvent une pratique technique et normative, alors que les femmes accordent plus de poids à la confrontation des subjectivités et privilégient les démarches compassionnelles et compréhensives, plus proches de la psychodynamique du travail.
Rappelons que la psychodynamique du travail s'appuie toujours sur la démarche compréhensive, sur la compréhension du vécu du salarié et sur la compréhension de l'organisation du travail.

Nous avons donc commencé à travailler seuls, sans l'encadrement des psychodynamiciens.
Notre objectif étant de dégager des règles de métier qui pourraient cimenter et enrichir la profession, nous échangeons sur notre savoir-faire professionnel et sur les règles sous-jacentes à nos décisions. Nous essayons de construire et de rationaliser nos pratiques au regard de la souffrance au travail en s'appuyant sur les connaissances de la psychodynamique du travail.

Au cours de ces réunions, en général peu structurées, nous abordons tout ce qui concerne notre métier, mais plus particulièrement nous travaillons à la fois à partir de textes théoriques, mais aussi à partir d'événements particuliers ou de cas concrets.

Étude de textes
Nous étudions des textes théoriques de psychodynamique du travail, d'abord les textes de bases puis les travaux récents des psychodynamiciens français mais aussi étrangers (canadiens en particulier). L'analyse collective et les explications de textes par les plus informés du groupe, nous aident à pénétrer du matériel théorique parfois un peu ardu, il faut bien le dire.

Je ne citerai ici que quelques références *: La technique du corps* de Mauss, *Folie, Réel et Technologie* de Sigault et de nombreux ouvrages ou textes de Christophe Dejours et Philippe Davezies, puis des textes de Pascale Molinier, Marie-Claire Carpentier-Roy, Damien Cru, etc.
Nous reconnaissons à cette discipline un rôle majeur pour l'appréhension de la santé au travail dans sa globalité et non plus sous l'angle étroit de la prévention des risques professionnels. La santé, non pas comme état passif de non maladie, mais comme construction active, comme cheminement personnel et original vers un état de bien être physique, psychique et social, repose autant sur l'investissement professionnel et social que sur l'investissement affectif et amoureux exploré par la psychanalyse.
Actuellement, nous sommes tout particulièrement intéressés par l'évolution de la clinique de la santé au travail, clinique de la construction/destruction de la santé par le travail, appelée aussi clinique du travail, qui aborde la santé autrement que par ses négatifs photographiques que sont " les cliniques " des pathologies, et qui ouvre sur un nouveau professionnalisme.
Cette discipline redonne une place spécifique au médecin, tout à fait différente de celle des autres acteurs de prévention dans l'entreprise.

Réflexion sur les évènements
Nous nous intéressons à tous les événements ou les évolutions concernant la psychodynamique du travail et plus généralement la médecine du travail.
Par exemple les réunions, les colloques, les congrès.
Mais également ce qui se passe dans les groupes ou associations accordant une large part à la psychodynamique, comme l'association SMT (Santé et Médecine du Travail), les groupes *Paroles*, etc.
Nous délibérons sur les faits marquants pour la profession tels que les projets de réforme, les débats au Conseil supérieur de prévention des risques professionnels, ou les conflits ayant des répercussions potentielles importantes sur notre exercice (licenciement du Dr E. Imbernon, les affaires de l'amiante, le carnet de santé, etc.).

Travail sur des cas concrets
Mais l'essentiel de nos débats et de nos réflexions est issu des problématiques rencontrées ou soulevées par les participants.
La discussion s'amorce autour d'une difficulté exprimée par l'un d'entre nous, que ce soit sur des problèmes de fonctionnement de son service, ou bien sûr des cas cliniques.

Les thèmes les plus fréquents concernent :
- des situations de souffrance des salariés dans des organisations de travail en voie de dégradation ou dans des postes ou des entreprises menacés ;
- des décisions d'aptitudes délicates pour le médecin du travail écartelé entre son devoir de protection de la santé et les menaces que peuvent faire courir ses décisions concernant l'aptitude ou l'aménagement d'un poste, ou bien entre la santé individuelle et la sécurité collective ;
- les pressions provenant des directions de services interentreprises, des directions d'entreprises, ou bien d'autres services telles que les services de ressources humaines, les services de sécurité ou qualité ;
- les tentatives d'instrumentalisation du médecin du travail a qui l'on propose de jouer des rôles posant problème sur le plan de son indépendance technique ou de son éthique professionnelle ;
- les risques de fragilisation des services de médecine du travail par la manipulation des infirmiers(ères) ou des secrétaires médicales très fréquemment rencontrée, etc. ;
- Nous réfléchissons aussi sur le fait que dans certaines entreprises tout se passe bien, tout se régule bien, pour mettre en lumière les éléments qui conditionnent l'épanouissement des salariés.

Bien que n'ayant pas formalisé notre analyse pour chaque problématique soulevée, généralement il se dégage trois types de questionnement élargissant progressivement notre champ de réflexion :
- l'aide individuelle : en quoi puis-je l'aider à la construction de sa santé ?
- l'action dans l'entreprise (ou parfois en dehors) ;
- comment faire remonter le problème, sans risque, en particulier dans les petites entreprises ?
- la construction du métier de médecin du travail : quelles règles de métier pouvons-nous tirer de cela ?

PREMIÈRE QUESTION : EN QUOI JE PEUX L'AIDER A LA CONSTRUCTION DE SA SANTÉ ?

Cette question correspond plutôt à la relation individuelle de la consultation.
Voici quelques approches concernant cette question, qui ont bien sûr déjà été abordées précédemment.

Entendre et comprendre les contraintes
Donner un éclairage sur le plan santé-travail par rapport aux contraintes exprimées, aux contraintes vécues. Attention à ne pas légitimer les contraintes de l'entreprise. Notre rôle n'est pas de " faire passer la pilule " mais de parler au nom de la santé dans l'entreprise. C'est notre seule légitimité pour donner un avis es qualité.

Donner acte à la souffrance
Donner acte à la souffrance aide le sujet à y trouver sens.
La compassion n'est pas une complaisance stérile de la souffrance.
Nous avons beaucoup débattu sur cette démarche " compassionnelle " qui au début évoquait pour nous un certain discours religieux légitimant la souffrance, une certaine complaisance dans la souffrance, que bien entendu nous rejetons catégoriquement. Non, la compassion (souffrir avec) permet à l'interlocuteur de raconter sa souffrance et sa situation de travail.
L'écoute compassionnelle a évolué progressivement d'une notion principale d'" absorption de la souffrance " par le médecin du travail, vers une démarche d'aide à l'accès au sens et à l'action.
Philippe Davezies précise aujourd'hui que aider à raconter, c'est aider à penser, aider à l'élaboration du point de vue, pour aider à la prise de décision.
L'éthique de compassion ouvre sur le sens, mais ouvre également sur les possibilités d'action pour le sujet.

Analyser la construction de la santé
Repérer les dysfonctionnements de la dynamique de la construction de la santé, notamment sur le versant de l'investissement professionnel :
Y-a-t'il des entraves à la confiance ou à la coopération donc au fonctionnement des équipes de travail et à la reconnaissance des pairs, fondamentales pour l'estime de soi et l'accomplissement de soi.
Et si c'est le versant affectif de la construction identitaire qui souffre, il faut aider à conserver la solidité de l'engagement dans le travail. On forge son identité et sa santé au travers du rapport à autrui, dans le champ affectif et dans le champ professionnel. Quand le premier dysfonctionne, le second devient essentiel voire vital.

Accompagner la construction de la santé, c'est intervenir avant le déséquilibre, avant la dépression. Intervenir au stade de la souffrance, au stade de la perturbation des mécanismes individuels et collectifs de l'élaboration de la santé.
C'est diagnostiquer les premières entraves à l'investissement professionnel dans une entreprise donnée ou un service donné. Quand les paroles et les actes commencent à diverger, quand les erreurs sont

montées en épingle alors que les efforts parfois exorbitants pour concilier les contraintes contradictoires sont banalisés ou ignorés, quand le *" Je ne veux pas le savoir, c'est ton problème "* remplace progressivement le *" Je te fais confiance "*, quand " responsabiliser " évolue vers " pouvoir accuser ", quand la division s'organise souvent pour mieux règner, quand les dévalorisations ordinaires prennent le pas sur le respect…, alors on peut prévoir les conflits de personnes ou de groupes de personnes. On sent venir les crises. On sait que d'abord les plus fragiles vont craquer, et que cela sera attribué aux seules causes individuelles, car chacun craque différemment selon son histoire personnelle et ses points de fragilité. On pressent déjà comment d'autres vont bientôt décompenser ou bien s'armer pour se préserver, c'est-à-dire développer des carapaces ou prendre du recul, chacun selon ses possibilités.

Accompagner la construction de la santé c'est déceler les procédures défensives, conscientes ou inconscientes, mises en œuvre pour se protéger : temps, distance, écran comme pour les nuisances physiques. Le moins longtemps possible, *" Je fais mes heures et je rentre chez moi "*. Le plus loin possibleÊ: *" Je reste sur le terrain, j'évite tel groupe ou j'évite les chefs "*. Écran filtrant, *" Je déforme, je ne veux pas voir, je me blinde "*, par exemple, en rigidifiant l'application des prescriptions ou bien en niant, en ignorant les risques, ou encore en se défonçant au boulot pour ne plus penser.
Ces stratégies défensives protègeront quelque temps, surtout si elles s'organisent collectivement et respectent, voire renforcent la cohésion des groupes. Elles rendent difficile la compréhension des situations de travail en revêtant l'allure de qualités professionnelles (bravoure, surinvestissement…) ou au contraire de défauts, ou de traits de caractère tels que la démotivation, l'autoritarisme, etc. Elle permettent de tenir en masquant la situation, et quand la décompensation surviendra, ponctuellement ou massivement, beaucoup seront surpris.
Pourtant le plus souvent la crise était prévisible. Et sans doute était-elle évitable. Le médecin peut apporter sa contribution à ce projet.

Il nous faut être attentifs à la santé individuelle et collective. Il nous faut veiller. Etre à l'écoute. Le patient raconte. Le patient explique et c'est au médecin de comprendre, et d'aider à comprendre. C'est au médecin de mettre en perspective les éléments collectés dans l'ensemble des consultations afin de diagnostiquer précocement et collectivement les défauts de construction de la santé et les relier à l'organisation du travail. Il nous faut anticiper pour alerter et pour prévenir.
C'est une autre clinique. Ce n'est pas la clinique de la maladie, des pathologies, mais la clinique de la construction de la santé, clinique de la santé au travail, que l'on ne sait pas encore bien définir ou formuler, et sur laquelle travaillent les chercheurs en psychodynamique du travail. C'est un autre professionnalisme pour le médecin du travail.

Trancher sur l'aptitude
Et bien sûr il s'agit de prendre une décision d'aptitude souvent lourde de conséquence.
Peser entre le risque santé et le risque de perte d'emploi.
Peser entre les risques pour l'entreprise et la collectivité, les risques pour le salarié, et l'accompagnement de la construction de sa santé dont le médecin essaie de faire sa priorité.
Les dilemmes sont souvent déchirants pour le médecin du travail et la délibération collective telle que nous la pratiquons, peut-être précieuse pour l'élaboration de notre propre point de vue.

DEUXIÈME QUESTION : COMMENT FAIRE REMONTER LE PROBLÈME, COMMENT INTERVENIR DANS L'ENTREPRISE ?

Interpeller les partenaires sociaux
L'idéal est bien sûr de pouvoir interpeller les partenaires sociaux, de renvoyer les problèmes que nous avons pointés, dans le débat social et principalement, quand il existe, dans le CHSCT.
Mais dans les petites entreprises ce n'est pas toujours possible. Même quand existe un CHSCT, il ne joue pas toujours le jeu par crainte des conséquences économiques. Par exemple, les propos du médecin ne sont pas reportés au procès verbal. Dans ce cas, il faut témoigner par écrit, joindre en annexe notre propre intervention, ou adresser un courrier aux partenaires sociaux, ou encore à distance, inclure nos constatations dans une fiche d'entreprise ou dans le rapport annuel qui a valeur de document public.
Il faut rechercher tous les espaces possibles de débat et d'écoute dans l'entreprise, pour témoigner, pour alerter.

Bien sûr ce n'est pas parce que la souffrance est dans le débat public que cela suffit à changer

l'organisation du travail mais cela permet de lancer la réflexion entre les partenaires sociaux.
Il faut aussi tenter de faire passer notre éclairage sur les mécanismes de construction de la santé et sur l'importance de la démarche compréhensive, et donc de vulgariser les apports de la psychodynamique du travail :

Donner des pistes et des éclairages en matière de construction de la santé
En multiples occasions nous pouvons expliquer simplement à nos interlocuteurs de l'entreprise que la santé n'est pas réductible à l'absence de maladie ou l'absence d'accident, que les indicateurs d'accidents ou de maladie n'ont qu'une valeur très limitée, d'autant qu'ils sont faussés par les conditions économiques actuelles.

La santé résulte d'un équilibre instable entre souffrance et plaisir. Elle se conquiert chaque jour par la construction de l'identité, par l'aspiration à l'accomplissement de soi. Notre rôle est de montrer quelles sont les entraves à cette quête identitaire dans le milieu de travail et de proposer des pistes pour retrouver les conditions de la confiance qui passe obligatoirement :
- par la mise en débat de l'organisation du travail ;
- par le respect des espaces formels et informels de confrontation d'opinions dans l'équipe ;
- par la restitution d'un minimum de marges de manœuvre à chaque poste de travail ;
- toutes choses qui permettent le bon fonctionnement des collectifs de travail, et une vraie coopération.

Ce bon fonctionnement s'avère fondamental, d'une part parce que la reconnaissance des pairs conditionne l'estime de soi et par là, la construction identitaire, d'autre part parce que les groupes soudés assurent une autorégulation salutaire pour la santé, et donc aussi pour la sécurité et la qualité.

Nous avons souvent l'occasion d'éclairer nos interlocuteurs dans l'entreprise et en particulier les services des ressources humaines sur les mécanismes de la mobilisation et de la coopération dans le travail, qu'ils tentent vainement de prescrire au nom des démarches qualité. Celles-ci entraînent plutôt des rigidifications des organisations de travail, et des politiques de contrôles très normatives, à visée économique et non humaniste contrairement aux discours qui y sont associés et auxquels de nombreux managers croient sincèrement. Les résultats sont d'ailleurs décevants, ils ne peuvent être que très temporaires et délétères pour la santé.
Il nous faut rappeler que l'individu ne peut s'investir que s'il dispose d'un minimum d'initiative et de créativité, inhérents à tout être humain.Il ne peut s'investir dans son travail (comme ailleurs) que s'il récolte un minimum d'estime de soi. L'homme ne peut pas être un exécutant pur, une machine à exécuter.

Il nous faut rappeler que la motivation et la coopération ne se décrètent pas : elles sont spontanées dans un climat de confiance, mais elles sont aussi extrêmement fragiles. Toute déstabilisation des bases de cette confiance ruine le dialogue et l'expression dans l'équipe de travail.
Et s'il n'y a plus de mise en débat des difficultés rencontrées et des trucs pour y faire face (" les ficelles de métier ", qui peuvent être aussi de banales tricheries), les mécanismes de reconnaissance mutuelle sont entravés, le plaisir et l'investissement dans le travail font place à l'appréhension et à la souffrance.
Les individus développent alors des systèmes défensifs leur permettant de continuer à travailler, de tenir, mais aux dépens de l'estime de soi, aux dépens de leur identité et de leur santé et certainement aussi aux dépens de la qualité et de la sûreté. Il est important de faire comprendre ces stratégies défensives et d'alerter sur les risques que courent les individus (et l'entreprise) mais de les respecter car elles protègent contre la décompensation psychique quand la souffrance ne peut trouver d'autre issue.

Imposer la compréhension dans la prévention
Faire passer le message " obstiné " de la démarche compréhensive, que l'on peut appliquer à toutes les démarches de prévention en entreprise. Opposer à toute démarche normative, une démarche compréhensive :

- Comprendre la dynamique du plaisir au travail, la dynamique de la santé citées ci-dessus. Il n'y a pas de normes qui permettent de garantir l'investissement dans le travail, ni la confiance, ni la coopération, etc.
Illusion de la qualité totale par des normes qui permettraient de préserver les individus de tout dysfonctionnement (normes de durée, de distances…), ou des normes qui permettraient de garantir la santé dans l'organisation du travail.

- Comprendre les façons de travailler pour " évaluer " les risques (*cf.* loi de décembre 91)

Évaluer les risques des manutentions, évaluer les risques chimiques, évaluer en prenant en compte les modes opératoires et ne pas réduire l'évaluation à la métrologie, certes nécessaire mais beaucoup trop tardive et trop partielle. L'évaluation qui inclut la compréhension de l'organisation permet une prévention primaire.

- Dans les fiches d'entreprise accorder une part importante aux conditions de travail, aux conditions d'utilisation des produits… qui donnent acte à l'expérience des utilisateurs dans les procédures de travail.
Pas d'application pure et dure de la règle, de la norme, du prescrit.
Toujours montrer les situations où la prescription est inapplicable ou inacceptable (d'où l'acceptation nécessaire de l'explication " tricherie " qui n'a rien à voir avec la " fraude ").

- Comprendre l'enchaînement des événements qui a abouti à l'accident.
Souligner les difficultés, les inquiétudes, les contraintes, etc., qui existaient dans le contexte de l'accident pour sortir des seules explications d'écart à la norme qui aboutissent inexorablement à l'explication stérile de " l'erreur humaine ", voire de la faute. (par exemple : *" Portait-il ses protections individuelles ?, A-t-il suivi la prescription, la gamme ? "*)
La prévention compréhensive part du point de vue du salarié, du vécu, du travail réel et s'oppose point par point à la prévention normative qui renvoie constamment à la responsabilité et à la culpabilité de l'opérateur, avec les risques de dissimulation que cela représente.

- Comprendre les causes organisationnelles de tous les conflits de personne ou les conflits de service.
Repérer, noter les difficultés, les problèmes qui se recoupent dans ce que nous récoltons au travers des visites médicales ou du tiers temps et proposer une reformulation du conflit, une autre interprétation, une autre représentation qui prenne en compte le fonctionnement du collectif concerné et les situations de travail.
Ne jamais accepter l'explication par les seules incompatibilités de caractères entre personnes données ni des caractéristiques générales concernant des groupes ou des populations.
Par exemple : *" Les femmes ne peuvent pas travailler ensemble "*. Recentrer sur l'organisation, sur les marges de manœuvre, sur les différences de stratégies défensives entre les hommes et les femmes. Attitudes défensives combatives chez les hommes, intelligence rusée et savoir-faire de prudence chez les femmes, ce qui rend plus difficile la constitution de collectifs.

- Comprendre les liens entre certains troubles du comportement et les contradictions de l'organisation du travail.
Les doubles contraintes imposent des transgressions de règles (*" Comment faire mieux, s'il faut faire plus vite ? "*) qui peuvent être vécues douloureusement, générer des conflits, des heurts…

- Dans toutes les enquêtes, accorder une place à la compréhension de l'organisation du travail et développer la partie discussion pour donner d'" autres lectures " au problème mis à jour.

La démarche compréhensive est applicable à toutes les investigations, à toutes les demandes concernant le champ santé-travail. C'est le rôle du médecin du travail, dernier " humaniste " de l'entreprise, de toujours rappeler cette centralité du fonctionnement de l'homme dans le fonctionnement de l'entreprise, de plaider le fait que toute conduite humaine a un sens. Dans toute problématique il faut le rechercher, le comprendre, pour avancer sans déconsidérer ni démotiver les personnes concernées.

Externaliser le débat
Enfin quand le médecin du travail ne trouve pas de possibilité d'agir ou de témoigner au sein même de l'entreprise, le plus souvent en raison des contraintes économiques, il doit tenter de porter le débat à l'extérieur de l'entreprise.

Au moins par ses commentaires dans le rapport annuel. Même si certains pensent que personne ne le lit ! On peut sans crainte affirmer que plus il contiendra de choses intéressantes, plus il sera lu…
Mais aussi par des actions qui peuvent être communes à plusieurs entreprises, donc si possible à plusieurs médecins du travail (par exemple, des études de situations de travail ou des enquêtes dans un secteur professionnel). Ces actions pourront faire l'objet d'un rapport, ou d'une publication qui pourront être réutilisés dans l'entreprise ultérieurement.
Témoigner permet d'une part de partager avec les pairs *(" Pour ne pas crever d'absorber seul la souffrance, il faut la partager avec d'autres ")* et d'autre part de faire avancer la réflexion collective et d'accroître l'intérêt de l'étude.

Ainsi le témoignage externe à l'entreprise qui rend anonyme l'énoncé du problème et lui donne plus de poids, pourra ensuite être réutilisé à l'intérieur de l'entreprise.

A minima, le médecin du travail assure donc le rôle de veilleur et témoin. Il serait déontologiquement inacceptable qu'il taise les problèmes de santé-travail quelque soient les difficultés qu'il rencontre pour les faire remonter.

TROISIÈME QUESTION : QUELLES RÈGLES DE METIERS POUVONS-NOUS TIRER DE CELA ?

Je citerai d'abord Damien Cru pour la définition des règles de métier, qui n'ont bien sûr rien à voir avec les réglementations, ni avec les prescriptions :
" Ce sont des règles formelles et informelles construites et partagées par les membres d'une équipe ou d'un collectif. Ces règles non écrites, plus ou moins explicites dans leur formulation, relatent les différentes façons de travailler à partir de débats permanents sur le comment faire et le comment faire ensemble. Elles prennent en compte les différences entre les individus aussi bien du point de vue de la personnalité que par l'expérience professionnelle, pour les orienter vers un but commun de travail selon des modalités définies et acceptées par tous.
Elles cimentent ainsi une équipe de travail dans les relations de confiance et d'efficacité ".

Nos réflexions et débats partent d'un problème précis mais en général chacun de nous reconnaît des difficultés similaires ou comparables dans d'autres entreprises.
Au premier abord chaque expérience semble unique, mais en fait les enseignements se recoupent. Bien-sûr la situation est différente selon que l'on se situe en service autonome ou en service interentreprise, en industrie ou dans le tertiaire, dans le public ou dans le privé, etc., mais l'on retrouve toujours les mêmes méthodes pour mieux exercer notre métier. C'est en recherchant ce qui nous est commun et non ce qui nous différencie que l'on renforce nos possibilités d'actions**.** Les situations sont toujours complexes et le médecin souvent isolé. La délibération collective nous aide à y voir plus clair, nous guide dans notre positionnement, conforte nos arguments.

Nos échanges permettent de repérer les tentatives d'instrumentalisation dont nous sommes souvent l'objet, en général pour nous pousser vers le management ou bien pour nous cantonner à de gentilles actions de médecine préventive.
Les pressions s'exercent sur le médecin mais aussi sur les secrétaires et infirmiers(ères) qui ne bénéficient d'aucun statut protecteur et qui se sentent souvent tiraillés entre l'autorité technique du médecin du travail, et l'autorité administrative de leur chef de service. Il appartient au médecin de faire partager les valeurs éthiques de la profession au sein de son équipe et de savoir dispenser son soutien sans faillir afin de maintenir le service médical soudé et solidaire. D'autre part les médecins du travail doivent se battre pour l'obtention d'un statut d'infirmier(ère) du travail.

Il nous faut prendre garde à ne pas intérioriser les compromis de l'entreprise, à ne pas intégrer les points de vue de la gestion ou du management, qui nous feraient perdre le strict point de vue de la santé au travail. Nous devons veiller à garder notre indépendance et assurer notre rôle de conseiller autant du côté des salariés et des délégués du personnel que du côté de la direction de l'entreprise.

À partir de cas particuliers nous développons des façons de procéder ou d'agir, des méthodes pour résister et pour faire valoir notre avis professionnel de médecin du travail.

Je comparerais les règles informelles qui se dessinent et s'affirment au fur et à mesure du partage de nos expériences à une grille de lecture des différents événements qui constituent notre exercice quotidien, une grille qui devient un guide, un soutien, un éclairage aidant à répondre à la souffrance qui nous est adressée et facilitant nos décisions et nos prises de position dans le milieu professionnel.

En voici quelques grandes lignes qui rappellent les développements précédents :
- Garder le seul point de vue de la santé au travail. Ne jamais oublier au nom de quoi on parle.
- Reconsidérer tout conflit de personnes ou de groupes de personnes sous l'angle de l'organisation du travail.
- Opposer à toute démarche normative, une démarche compréhensive. Toute conduite humaine à un sens.
- Respecter un minimum de marges de manœuvre pour chacun.
- Souligner l'importance des espaces de discussions sur le métier, sur le travail quotidien ordinaire, sur

ses difficultés et les astuces de chacun pour y faire face.
- Pointer tout obstacle à la confiance, à la coopération et à l'estime de soi, qui entrave l'investissement… et la santé.
- Donner des pistes pour restaurer celles-ci, quand elles ont été mises à mal. Et reformuler les discours du management sur la motivation ou la démotivation.
- Interpréter les mécanismes défensifs, mais les respecter, en l'absence d'autres solutions.
- Remettre l'homme au centre, l'homme comme fin et non comme moyen.
Accompagner la construction de sa santé, équilibre toujours instable qui nécessite confiance et reconnaissance entre pairs…

Bien entendu cette liste n'est pas exhaustive et aucune liste ne peut l'être puisqu'il s'agit de procédures d'appropriation labiles qui se font, se défont, et se reconstruisent au sein d'un groupe de pairs.
C'est simplement la traduction de ce que je perçois dans mon expérience au sein de ce groupe d'accompagnement des pratiques.

POUR CONCLURE

Je tenterai de résumer les bénéfices que nous apporte cette coopération dans notre métier de médecin du travail.

Outre le plaisir d'échanger, de discuter, de se détendre aussi, dans un petit groupe de collègues, devenus amis, nos réunions bimestrielles nous permettent d'abord de nous ressourcer et de nous former, nous informer et approfondir nos connaissances en psychodynamique du travail, discipline qui évolue rapidement avec les recherches importantes dans ce domaine depuis quelques années et qui change complètement l'approche de notre métier.

Nos réflexions communes sur les problèmes généraux de la médecine du travail, sur les difficultés particulières au sein de nos services ou de nos entreprises et surtout sur notre rôle dans les situations de souffrance et dans tous les cas cliniques difficiles, nous aident à clarifier et à tenir notre position de professionnel de la santé au travail.

Nous savons que nous pouvons exprimer nos difficultés entre nous, que nous pouvons nous dévoiler, sans être jugés, sans craindre que cette sincérité ne nous soit préjudiciable. Plutôt que faiblesse, cette liberté, cette confiance, ce respect sont une force dans notre exercice.
Dans ces groupes ne se joue ni puissance, ni prestige, mais simplement la recherche d'efficacité et notre reconnaissance mutuelle, qui donnent sens et enrichissent notre métier.

Face aux pressions croissantes des impératifs économiques et à la destructuration des collectivités de travail éclatées par la sous-traitance et par les " nouvelles formes d'emploi ", nous avons besoin plus que jamais de coopérer pour garder le suivi du milieu du travail et de tous les travailleurs, des entreprises prestataires comme des entreprises utilisatrices, des temporaires comme des permanents, et nous devons plus que jamais accrocher notre légitimité de médecin du travail au concept fondateur de notre profession : *" éviter toute altération de la santé du fait du travail. "*
Notre travail en commun nous aide à garder ce fil conducteur, à garder ou à retrouver la finalité de notre métier.

Mais si cette coopération s'avère constructive de l'avis de tous les adhérents, nous nous interrogeons sur l'absence d'extension de notre démarche. En effet les effectifs des groupes sont restés identiques depuis leur création. Les quelques nouvelles recrues n'ont fait que combler les départs liés aux déménagements de quelques-unes de nos plus dynamiques participantes.

Nous avons rapproché cette difficulté de mobilisation collective aux réactions négatives qui étaient apparues chez certains médecins du travail lors de la présentation du *Rapport d'"Analyse de la situation des médecins du travail* de Philippe Davezies et Danièle Leboul et nous pensons que cela correspond, au moins en partie, aux mécanismes défensifs permettant d'évacuer les contradictions douloureuses de notre métier dans le contexte actuel. Beaucoup de confrères se réfugient dans une pratique très technique et très normative et ne prennent pas le risque d'entendre la souffrance qui alors ne leur paraît pas destinée. Procédures défensives que nous respectons bien sûr.

Mais peut être aussi devons-nous nous interroger sur notre capacité à faire part de notre expérience à l'extérieur.
Il est vrai qu'à chaque réunion de la Société de Médecine du Travail, nous disons quelques mots sur

la vie de ces groupes un peu mystérieux, mais nous percevons toujours une interrogation de la part de confrères.

Nous espérons que ce texte lèvera un coin du mystère, et que l'écho fait à l'intérêt des pratiques délibératives entre pairs et à l'ébauche d'un nouveau professionnalisme basé sur l'accompagnement de la construction de la santé amèneront de nombreux collègues, par avance bienvenus, à partager notre expérience de coopération dans une période où nous percevons de nombreux risques pour notre profession et pour la santé au travail.

III° PARTIE - PERSPECTIVES POUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL, DES PISTES DE RÉFLEXION

CHAPITRE 1 - APTITUDE AU TRAVAIL, DROIT À UN EMPLOI ET ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE

APTITUDE AU TRAVAIL, DROIT À UN EMPLOI ET ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE

L''aptitude au travail, n''est pas la pierre angulaire de la réglementation. Elle a, en effet, toujours été frappée du sceau de l''ambiguïté. Obligation réglementaire pour le salarié et pour l''employeur, elle est devenue une formalité réglementaire. Il faut être apte pour travailler. Il faut posséder un avis d''aptitude pour couvrir sa responsabilité. La précarité rigidifie les postures d''exercice professionnel des médecins du travail. Ce qui aurait pu être un moment privilégié de faire le point sur la construction de sa santé au travail parmi d''autres a fini par représenter pour certains médecins du travail leur seule forme d''exercice. L''aptitude étouffe en fait, les véritables principes de prévention primaire qui sont au premier plan de la loi de 1946, fondatrice de la médecine du travail.

*L''interrogation des pratiques permet d''identifier les faiblesses et les dévoiements de l''aptitude. (**" Aptitudes et pratiques "**)*
*Confrontée à la précarité, l''aptitude est, en effet, prise en tenaille entre droit à la santé et droit au travail. Face à ce choix impossible, les médecins du travail sont ballottés dans leur pratique quotidienne et doivent s''interroger en permanence sur la notion même d''aptitude et sa pertinence dans leur exercice. (**" Dilemmes "** ; **" Médecin du travail ou expert "** ; " **Retours d'inaptitude, souvenirs et réflexions "**)*
*Ils n''ont d''autre ressource que de soumettre la notion d''aptitude à un examen du point de vue de leur déontologie. (**" Aptitude au travail, droit à un emploi et éthique professionnelle "**)*
*L''analyse juridique des origines et des ambiguïtés de l''aptitude plaide fermement en faveur de sa transformation. (**" L'aptitude? Inapte! "**)*
*Mais, plus encore, quand on la confronte à l''intérêt du patient, du point de vue du maintien du salarié à son poste de travail, la conclusion s''impose. (**" L'aptitude et le maintien "**)*
*Il faut en finir avec l''aptitude médicale, lui substituer une fiche de consultation permettant de donner des conseils d''aménagement de poste, tout en conservant la possibilité de délivrer des certificats d''inaptitude. Cela implique aussi de définir strictement et légalement les postes de sécurité et leurs contre-indications médicales. (" **En finir avec l'aptitude médicale** ")*

APTITUDE ET PRATIQUES

Marie Pascual, Florence Maesen

La notion d'aptitude " à la française " est largement remise en cause par l'évolution européenne : elle s'oppose à la conception de la liberté individuelle des pays anglo-saxons.
Le problème de la discrimination à l'embauche pour un motif de santé a pris une ampleur particulière à travers quelques retentissantes affaires autour de la séropositivité VIH… D'où la loi de 1990, en France, qui interdit toute discrimination à l'embauche, du fait de la santé, mais ajoute aussitôt *" … sauf avis du médecin du travail "*. C'est réaffirmer le caractère discriminant de la décision d'aptitude à l'embauche, confiée au médecin du travail.

Les conflits mettant en cause des décisions d'(in)aptitude ne se comptent plus. Cette question est au centre de nombreux débats dans la profession.

Or, si l'on revient aux textes qui, depuis 1946, définissent très clairement la mission du médecin du travail *(" éviter toute altération de la santé… ")*, la visite médicale, avec son avis d'aptitude, y apparaît comme un outil et le décret de 88 la fait passer après l'action en milieu de travail, le tiers temps.

Qu'en est-il en pratique ? En fait le médecin du travail est quotidiennement enfermé dans l'aptitude, qu'il s'agisse de la routine des visites systématiques, ou des " problèmes " de degrés divers, souvent complexes, parfois insolubles, soulevés lors des visites de reprise.
La fiche d'aptitude est l'élément qui régule l'activité des médecins du travail ; c'est ce dont les employeurs ont

besoin *(" document à conserver pour présentation sur demande à l'inspecteur du travail ")* ; elle est le moteur de la " visite ", la visite étant le compteur de productivité des services, et la base des sacrosaints chiffres du rapport annuel.
L'aptitude est la " trace " principale du médecin. En pratique elle est incontournable (contrairement à la fiche d'entreprise qui est loin de l'être). Elle centre son activité, elle la capte, l'absorbe, la résume…
Du point de vue du médecin : la consultation s'arrête, " se fige ", avec la fiche d'aptitude, c'est essentiellement avec elle qu'il gère le facteur santé, dans une situation de travail donnée. Or, dans bien des cas cela suppose qu'il s'autocensure dans son rôle de médecin, et qu'il s'arrête au jugement, au rôle de l'expert.
Du point de vue du salarié : *" Est-ce que je suis apte ? " " Est-ce que je suis bon ? "* s'interroge un travailleur du bâtiment qui passe sa visite (*Lettre fédérale des Travailleurs de la Construction* – octobre 1994). Il nous faudrait réfléchir sur le poids du jugement, sur le sens du regard que l'on porte à travers la visite et la fiche… Bon à quoi ?

En pratique, l'aptitude est devenue une fin en soi de la visite médicale, et donc de la médecine du travail. Or, cette activité est en décalage permanent avec les questions des conditions de travail. En effet, peut-on être juge et partie, repèrer les atteintes à la santé et contre-indiquer des postes ; améliorer les conditions de travail et entériner des expositions aux risques ? Ce sont des logiques différentes. Or, l'aptitude domine l'intervention du médecin qu'elle conduit, *in fine*, à cautionner les conditions de travail difficiles, à accepter qu'elles ne soient pas améliorées.

APTITUDE – SÉLECTION MÉDICALE

C'est une réalité qui paraît légitime à certains médecins ; on a lu des textes ou assisté à des prises de position revendiquant l'idée d'une médecine de triage, dont la finalité est le dépistage d'une anomalie rarissime (car " tout dépend si l'on est pilote ou passager "). On parle maintenant de sélection biologique, qui elle aussi met en lumière l'opposition sélection / amélioration des conditions de travail…
Ouvrons les yeux : c'est l'évolution actuelle de l'institution.
Pour preuve :
- Le projet patronal récent réduisant le tiers temps : davantage de visites, davantage d'aptitude.
- Le texte de 1991 concernant les intérimaires : aptitude à trois emplois, fichier des aptitudes, surveillance du risque inapplicable.

APTITUDE – REMPART CONTRE L'EXCLUSION

La précarisation du travail donne aux questions d'aptitude une acuité très forte ; les médecins du travail, qui sont liés à cette fonction, sont amenés à l'utiliser comme un outil de protection de l'emploi, un garde-fou, un élément de pression dans les conflits, un rempart contre l'exclusion. Dans la même foulée le médecin du travail devient le recours, via l'inaptitude, dans les situations de tension ingérables, parce qu'il n'y a aucune marge de manœuvre, ni pour quitter, ni pour négocier, (ni pour fuir, ni pour lutter). C'est l'inaptitude-sauvetage de celui qui n'en peut plus, qui n'est pas encore malade mais en danger.
Certes, avec l'aptitude, le médecin introduit dans le rapport de force travail-emploi-exclusion-santé, quelque chose de l'ordre de l'humanisme, peut-être de l'éthique… (En tout cas, sur le terrain c'est ce qui lui semble justifier son action).

MAIS ATTENTION !

D'abord cela suppose de la part du médecin une action incisive, engagée qui ne s'acquiert que par l'expérience et s'appuie sur des convictions. Cela suppose la confiance établie. Cela suppose donc des conditions de travail particulières pour ce médecin, c'est-à-dire une marge de manœuvre et d'indépendance qu'il a su conquérir et qui est loin d'être la règle dans le service inter *lambda.*
Ensuite de telles situations sont un constat d'échec quant à l'action sur les conditions de travail ; et le fait qu'elles motivent de plus en plus souvent l'intervention médicale en milieu de travail n'est sans doute pas satisfaisant.
Enfin il faut s'interroger sérieusement sur ce qui fonde ces décisions, hautement subjectives. Comment apprécie-t-on ce jugement ? Quelle rigueur professionnelle encadre nos décisions ? Sont-elles reproductibles et pourquoi ? Comment peut-on savoir que la décision est juste, quand on n'en a pas " le retour ", ou que l'on n'en fait pas " le suivi " ?

Toutes les questions soulevées par la pratique de l'aptitude sont très difficiles parce qu'elles touchent à des domaines complexes et contradictoires et aussi parce qu'il s'agit de l'axe de notre métier (" Si on supprime l'aptitude, il n'y a plus de médecine du travail "). Tout ceci mérite donc réflexions et développements.

Néanmoins quelques idées nous paraissent essentielles pour lancer le débat :

- Le pouvoir exorbitant du médecin face à la liberté individuelle du salarié : le jugement du médecin s'impose au salarié, jugement fondé sur des critères mal définis, largement influencé par des caractéristiques socio-culturelles. On est en effet tous au service de nos propres valeurs.
- Occultation majeure des autres tâches, de la vraie mission, voire contradiction aptitude / amélioration des conditions de travail, aptitude / dépistage de pathologies professionnelles.
- Enfermement du médecin dans un exercice très solitaire, dépourvu de sens quand il s'agit de visites routinières ; en tout cas exercice sans efficacité en milieu de travail et inadapté à la complexité des situations où il y a réellement un problème d'aptitude dont la solution ne peut être trouvée qu'au travers de

pratiques coopératives (aménagement de poste, modification des conditions de travail, reclassement, etc.).

DILEMMES

François Leroux

Que dire, que faire lors de la visite d'embauche quand vous demandez au salarié sur quel poste il est embauché et qu'il vous répond : *" Je ne sais pas "* ou *" Polyvalent "* ou *" Je dois passer dans tous les ateliers "* ? Une intervention orale ou écrite auprès du responsable du personnel ou de l'entreprise ne va-t-elle pas desservir le salarié ?

- Apte à quoi ? À travailler dans le bruit à 93 décibels, dans le froid, à faire 8 000 gestes identiques par jour…
- Apte à tous les postes de l'atelier… (C'est la demande de plus en plus fréquente des responsables dans le cadre de la polyvalence).

UNE ENTREPRISE DE MESSAGERIE

Soit une entreprise de messagerie avec des équipes de manutentionnaires en permanence sur le quai. Les horaires des navettes entre agences viennent de changer et du coup des manutentionnaires qui finissaient à 3 h du matin, se retrouvent sans activité en milieu de poste. L'entreprise a déplacé le travail, elle va donc déplacer les hommes et les faire terminer une heure plus tard, en leur imposant une coupure de plus en pleine nuit ; l'amplitude horaire de travail passe ainsi à dix heures.

Le médecin du travail intervient par deux fois auprès du responsable d'agence. Cette grande amplitude, qui plus est pour un travail de nuit, sera certainement préjudiciable au niveau de la santé.
Le médecin du travail doit-il intervenir plus énergiquement sachant que la majorité des salariés concernés sont en CDD ou intérimaires et que l'employeur peut supprimer ces postes et les remplacer par des temps partiels plus adaptables aux heures d'arrivées et de départs des camions ?

UNE INDUSTRIE DE PROCESS

Suite à une modernisation, un changement de process, tout un atelier est fermé. L'entreprise s'engage à reclasser les salariés dans le nouveau process ou ailleurs dans l'usine. Les effectifs sont à la baisse dans tous les secteurs, les salariés sont inquiets.
Beaucoup préfèrent rester travailler avec leurs anciens collègues, au niveau du nouveau process.

Connaissant une partie des nouvelles contraintes dans ce process (et d'autres sont apparues par la suite), le médecin du travail doit-il " sélectionner " les salariés en fonction de leurs capacités (et de leur âge pour beaucoup), ou laisser faire les choix des responsables ?

Par le passé, de nombreuses mutations dans d'autres ateliers se sont révélées néfastes pour les salariés (pertes de repères, changements de collectifs de travail, apprentissages trop rapides sur les nouveaux postes, nouvelles gestuelles contraignantes, accueil et formation insuffisants…) et des cas de troubles musculo-squelettiques sont apparus.

Parmi les salariés qui sont restés sur le nouveau process, deux pathologies périarticulaires majeures et invalidantes sont apparues. Ces deux salariés, malgré leurs souffrances, désiraient à tout prix rester avec leurs anciens collègues, ce qui a aggravé leur pathologie. Sans doute eut-il été préférable qu'ils soient mutés ; avec tous les risques suscités, cet ailleurs aurait-il été mieux ? Enfin tous les responsables des autres secteurs nous faisaient régulièrement savoir qu'ils n'avaient plus de postes " doux " disponibles.

Alors que l'intensification du travail traumatise et exclut, que penser du passage aux 35 heures qui risque, dans certains secteurs, de majorer cette intensification ?

MÉDECIN DU TRAVAIL OU EXPERT ?

Danièle Roi

Je vois pour la première fois en mars 1995 monsieur D… en visite de reprise de travail. Il est chauffeur P-L dans une petite entreprise de transports depuis septembre 1992. Il n'a eu aucune visite depuis son embauche. Traité depuis trois ans pour une hypertension artérielle, il a présenté, il y a un an, après une journée de conduite et de manutention, une nécrose myocardique inférieure. Seule une désoblitération de la coronaire droite a pu être réalisée ; il persiste une sténose à 70 % de l'artère interventriculaire antérieure et de l'artère circonflexe. Il n'a pas eu de nouvelle épreuve d'effort depuis mai 1994, l'examen étant alors négatif.
Monsieur D… me montre spontanément un certificat que lui a remis son cardiologue :
" Compte tenu des lésions coronariennes de monsieur D…, il n'est pas envisageable qu'il puisse reprendre son travail antérieur de chauffeur routier. "
Monsieur D, insiste pourtant, il veut reprendre son travail ; il vient d'avoir 50 ans, il a encore un jeune enfant à charge et il refuse la perspective du chômage. Certes, il allègue une fatigabilité plus rapide, mais il est asymptomatique sur le plan coronarien. Il a modifié ses habitudes alimentaires, a perdu une vingtaine de kilos et ne fume plus.
Je lui parle de la législation ; l'infarctus est dans la liste des affections incompatibles avec le maintien du permis P-L ; son cardiologue contre-indique la reprise à ce poste ; j'insiste aussi sur la pénibilité du poste exigeant, outre la

conduite sur de longues distances en partie de nuit, une manutention lourde.

Pour éviter de prendre une décision autoritaire d'inaptitude, je lui propose de prendre un autre avis et je l'adresse à la consultation d'aptitude professionnelle. Une discussion suivra entre les différents spécialistes. Un avis d'aptitude sous réserves d'aménagement de poste et de surveillance médicale est suggéré. C'est pourtant une décision d'inaptitude que je prendrai, refusant ainsi de faire courir un risque non évaluable mais réel au salarié d'abord et à des tiers en cas d'accident.
Le cardiologue m'avait parlé d'une rechute possible, de la survenue éventuelle de troubles du rythme cardiaque.
Les postes de sécurité, avec leurs exigences en termes d'aptitude, placent le médecin du travail en situation d'expertise : c'est en toute confiance que monsieur D… m'avait communiqué son dossier médical.
À sa demande de conserver son emploi, il a reçu une réponse d'expert, différente de la préoccupation de santé au travail du médecin du travail.
Cette ambiguïté nécessite une clarification de notre position.

_

RETOURS D'INAPTITUDE SOUVENIRS ET RÉFLEXIONS

Annie Deveaux

Philippe, né en 1961, titulaire d'un CAP pratique de maçon, travaille depuis le 1er juillet 1978 : pendant 18 mois dans une entreprise de maçonnerie, puis depuis le 20 janvier 1980, comme maçon fumiste, dans la chaudronnerie où je le rencontre pour la première fois le 21 mars 1980 (je travaille alors depuis six semaines).
Son dossier médical est succinct :
- première visite d'embauche du 26 juillet 1978 : " quelques crevasses sur les mains ", " cyphose d'attitude ", " quotient intelletuel limite sans doute "
- seconde visite du 13 décembre 1979 : " acuité visuelle à 7/10 et 6/10 non corrigée ", toujours cyphose d'attitude.
Première rencontre le 21 mars 1980, visite d'embauche pour le travail en chaudronnerie comme maçon-fumiste. Ses difficultés d'élocution m'incitent à l'interroger sur son audition ; il a été suivi dans l'enfance par le Pr M… (spécialiste ORL). Il travaille le plus souvent dehors et met un casque si besoin (casque de chantier ou casque anti-bruit ?). La vision s'est encore dégradée mais il n'a pas de correction visuelle. La dentition n'est pas soignée. Je conseille une consultation ORL.
Il sera revu en surveillance médicale le 1er juillet 1980 : aucun changement, je fais une lettre pour l'ORL, et délivre une aptitude avec " protection indispensable contre le bruit ".
- le 22 septembre 1980, visite annuelle : il va avoir des lunettes, le rendez-vous est pris chez l'ORL. Les dents sont toujours à soigner. L'attitude en cyphose persiste. Même avis d'aptitude recommandant le port d'une protection auditive.
- l'examen audiométrique par le camion de l'institut de médecine du travail, le 6 novembre 1980, confirme un déficit atteignant les plages fréquentielles conversationnelles par atteinte dégénérative familiale.

Le maintenir à ce poste comporte indiscutablement un risque d'aggravation de sa fonction auditive. Je sais maintenant qu'il ne se protège pas car c'est impossible – il a évidemment besoin de tout ce qu'il possède d'acuité auditive pour pouvoir travailler dans l'atelier, en se protégeant des éléments d'incinérateurs ou de chaudières convoyés par ponts roulants. L'aptitude sous condition de protection relève donc de l'injonction paradoxale et aboutit donc à un transfert de responsabilité de la part du médecin sur le salarié. Toutefois, le risque pour la fonction auditive suffit-il pour le déclarer inapte à ce poste au nom de la protection de la santé ? Le chômage, n'est-il pas un risque plus important ?

Je vais donc solliciter un emploi dans une entreprise voisine dont le directeur m'avait paru sensible aux difficultés d'insertion professionnelle des handicapés ; je lui précise que le handicap dont est atteint Philippe ne pose pas de problème dans ses ateliers. Philippe viendra se présenter.

- 17 mars 1981 : visite d'embauche dans sa nouvelle entreprise. Il occupe un poste d'emballeur de bobines de papier. Il a des lunettes, fait soigner ses dents, passe son permis de conduire et semble ravi de son nouvel emploi (ses collègues de travail, au fait de son handicap, sont très attentifs). La mise en place d'une prothèse auditive est envisagée. Je lui suggère néanmoins d'établir un dossier à la Cotorep.
Pendant cinq ans, il continuera à travailler dans cette entreprise. Il est suivi annuellement par un ORL et un ophtalmologiste.
- 14 février 1986 : il se plaint des odeurs de l'atelier. Il semble avoir des problèmes psychologiques. Il a pris un deuxième avis ophtalmologique. Ses collègues me disent que parfois, il ne semble pas voir clair. J'écris successivement aux deux spécialistes ophatalmologistes. Le premier ophtalmologiste me confirme qu'il s'agit d'une rétinite pigmentaire. Le second me précise que l'association d'une surdité et d'une rétinite pigmentaire constitue une entité bien connue, " le syndrome d'Usher ". La dégradation de la fonction visuelle est rapide et il convient d'envisager un reclassement professionnel. Nous constituons le dossier pour la Cotorep ensemble. Il obtient le statut de travailleur handicapé. On prévoit le maintien à son poste le plus longtemps possible.

Entretemps, il a épousé une jeune femme d'origine réunionnaise et aura un enfant en août 1986. Pendant l'été 1986, je l'assisterai pour des démarches de recherche

d'emploi dans les collectivités locales, recherches sans succès.
- 24 avril 1987 : même poste de travail. La vision continue à se dégrader ; il conduit le moins possible, seulement pour aller au travail et au supermarché.
- 16 mars 1988 : rien de nouveau.
- 23 janvier 1989 et 10 mars 1989 : un début de cataracte apparaît. Je préconise une révision de son statut de travailleur handicapé en demandant à ses différents spécialistes des certificats détaillés. Le maintien au travail devient périlleux. La vision est tunnellaire, et, est juste suffisante pour le contrôle de la qualité du papier, le suivi du grammage sur écran et les liens gestuels avec le conducteur de machine. Son chef d'équipe me décrit ses chocs contre tout ce qui n'est pas rangé dans l'atelier et effectivement ses arêtes tibiales sont toujours couvertes d'hématomes. Un stage proposé par la Cotorep est prévu à l'automne 1989. Nous convenons ensemble (lui, l'entreprise, ses collègues directs, son chef d'équipe et moi) qu'il ne reprendra pas le travail après les congés de 1989, d'abord dans le cadre d'un arrêt maladie prolongé (avec bien sûr courrier explicatif et certificats des différents spécialistes prêts pour mise à disposition en cas de contrôle médical). Je lui ferai également connaître l'Association nationale des patients de rétinite pigmentaire ; l'apprentissage du *Braille* est recommandé. Je rencontrerai souvent sa jeune épouse qui recherche un emploi et apprend à conduire ; ils envisagent un départ définitif à la Réunion, *" Là-bas, il y a le soleil, la famille et la vie est moins dure ".* Le médecin conseil acceptera une prolongation de l'arrêt maladie. La Cotorep n'envisage rien d'autre que l'apprentissage du rempaillage de chaises. Finalement l'avis d'inaptitude sans reclassement sera prononcé le 28 février 1990. Il est reconnu en invalidité 2e catégorie au 1er mai 1990. L'allocation d'adulte handicapé lui a été attribuée à dater d'avril 1989. Son versement différé retardera le départ définitif à la Réunion (elle servira à payer le voyage). Entretemps, il aura fallu trouver, en liaison avec l'assistance sociale d'une entreprise voisine, des salariés acceptant de transporter son épouse qui a trouvé un travail intérimaire à 10 km de son lieu de résidence. Cette solution temporaire trouvée avec l'assistance sociale sera remise en question en raison de réactions racistes que Philippe et son épouse me rapporteront*, " On n'est pas là pour transporter les nègres. "* Comble de l'ironie, alors que ses propres trajets (professionnels) en voiture (6 km aller et retour) sont risqués, compte tenu de son handicap, il sera amené à faire 40 km par jour sur les routes verglacées pour conduire son épouse au travail.

Le 11 juillet 1996, j'ai de leurs nouvelles, ma secrétaire les a croisés en ville et a vu son frère lors de visites médicales dans une autre entreprise ; c'est leur premier séjour en France depuis 1990, ils ont eu un second enfant.
Pendant longtemps, je me suis interrogée, à propos de ce cas, sur mon incapacité évidente à prendre une décision d'aptitude ou d'inaptitude sans l'accord du salarié. À postériori, l'expérience prouve que les décisions d'urgence ne sont pas très fréquentes. Dans le cas présent, le problème auditif ne s'est pas avéré être le problème majeur et il n'était pas légitime d'en faire un motif d'inaptitude car il n'y avait pas de reclassement possible dans l'entreprise. L'inaptitude, conduisant au chômage, ne permettait pas à Philippe de préserver sa santé.
L'aide à la recherche d'un autre emploi ne fait pas partie des missions traditionnelles du médecin du travail : on peut aussi considérer qu'il s'agit d'une aide au reclassement d'un travailleur handicapé dans un bassin d'emploi. Déjà, en 1980, le dilemme existait entre droit à l'emploi et droit à la santé.

APTITUDE AU TRAVAIL, DROIT À UN EMPLOI ET ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE

Jean-Marie Eber

Les anciens, parmi les médecins du travail, s'en souviennent sans difficulté. Lors des années de plein emploi, les réserves à l'aptitude, les nécessités de changement de poste pour raison de santé s'effectuaient tout en douceur.
Le médecin du travail décrochait le téléphone, ou mieux, allait s'entretenir avec l'employeur directement pour chercher une solution de reclassement ne nuisant pas ou peu à l'employé. Souvent il avait la surprise de constater que le nouveau poste était déjà aménagé avec le concours et donc l'accord du salarié et il venait pour constater et entériner les décisions prises.

Aujourd'hui, en 1997 et depuis le début des années 1990, les choses ont bien changé. Une réserve d'aptitude occasionne inévitablement un coup de téléphone du même employeur pour invectiver contre le médecin du travail : *" Docteur, nous ne sommes pas un hôpital, mais une entreprise qui a besoin de tout son effectif en bonne santé pour faire face aux difficultés économiques. Nous n'avons pas de poste réservé aux personnes "malades", chacun doit, au sein de notre structure, effectuer son travail et être capable de remplacer un collègue défaillant. Alors, ou bien monsieur X... est apte ou il n'a qu'à se porter malade et se faire soigner. "*
Et alors commencent les discussions plus ou moins longues suivant l'humeur, la politesse des interlocuteurs, mais la plupart du temps le responsable de l'entreprise reste sur sa position.
Qu'obtient-on finalement ?
" On fera attention de ne pas trop charger votre patient au travail, mais encore une fois cela ne sera pas toujours possible. "
Notre salarié sera délesté une heure, un jour, une semaine au maximun et, contraint, il reprendra son travail au même rythme avec les mêmes charges.

Le salarié reviendra revoir le médecin du travail : *" Ils n'y pensent plus à vos contre-indications, je travaille comme avant. Je tiens le coup. Si cela ne va plus je vais me porter malade. Mais notez tout de même les réserves pour le leur rappeler. "*
Épisodes ô combien fréquents pour le médecin du travail qui se sent tout à coup peu écouté, peu efficace… et se demande à quoi il sert.

Paradoxalement, en intérim cette question d'aptitude et d'inaptitude se pose différemment, paraît moins difficile à résoudre et l'action du médecin du travail semble y avoir plus d'impact.
Une fausse aptitude (alibi pour garder un emploi) ne signifie pas, loin s'en faut, une conservation de cet emploi, car la personne n'aura pas le rendement attendu et ne fera pas long feu à un poste mal adapté pour sa santé. Son contrat aura toute les chances de se terminer prématurément.
Au contraire une inaptitude franche permettra de discuter avec le salarié et l'agence de travail temporaire pour la recherche d'un poste plus adapté.
L'entreprise " utilisatrice " auprès de laquelle le salarié est délégué, se donnera malheureusement peu souvent les moyens de reclasser ce dernier. Comme par hasard, le contrat du salarié temporaire s'achèvera en fin de semaine même si le médecin du travail de l'entreprise essaye de trouver un poste mieux adapté.

Ce processus est caricatural en Allemagne, tant du point de vue reclassement qui ne se fait jamais, que du point de vue sélection. Des salariés temporaires, occupés à la réfection des sols de parking souterrain dans une grande ville d'Allemagne, à l'aide d'une substance sans doute à base de résine polyuréthane, ont présenté des lésions d'eczéma pour certains et de bronchite asthmatiforme pour d'autres ; ils travaillaient sans protection individuelle, ni collective. L'agence de travail temporaire ne pouvant pas fournir de renseignements, le médecin du travail a écrit à l'industriel, afin d'obtenir des renseignements sur la composition du produit incriminé. La réponse, fort courtoise, lui parvint dans la langue de Gœthe : *" Nous avons en effet remarqué ces faits et avons trouvé la solution. Nous remplaçons ces salariés par d'autres. "* Il n'y eut pas d'autres commentaires et encore moins de composition des produits.

Une dérive supplémentaire provient de grandes entreprises, de la chimie et de la métallurgie en Allemagne ; elles demandent aux sociétés de travail temporaire d'effectuer les examens médicaux préconisés par les *Grundsätze* (principes fondamentaux) mis au point par les syndicats des branches professionnelles. Ces examens sont effectués en Allemagne par les cliniques universitaires dans les services de pathologie professionnelle.
Ces *Grundsätze* précisent pour chaque profession et activité les examens médicaux et complémentaires à effectuer.
Suivent une énumération des examens à effectuer par le médecin dans le détail.
- prise de la tension artérielle en position couchée, assise, debout ;
- prise de pouls de repos, d'effort ;
- auscultation pulmonaire ;
- examens hématologiques, urinaires, radiographiques, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, etc.
Sont précisées les pathologies incompatibles avec le travail considéré, ainsi que les pathologies limites nécessitant une surveillance médicale rapprochée.
Les intervalles entre les examens cliniques et les examens complémentaires sont indiqués.
Il n'est laissé aucune liberté d'appréciation au médecin du travail, ce tome de 610 pages constituant une référence, une réglementation pour la médecine du travail des entreprises concernées.

Les agences, effrayées non pas par le risque de sélection, qui est dans le cas présent flagrant, mais par le coût important de ces examens avoisinant 2 000 F, hésitent à soucrire de tels contrats. Certaines, heureusement rares, ont essayé de demander des (faux) certificats aux médecin du travail, stipulant que ces examens ont été effectués par ses soins !
Souvent d'ailleurs ces postes de travail sont interdits aux travailleurs temporaires par la législation française. Aussi le médecin du travail ne donne pas d'avis et explique au directeur d'agence les risques encourus.
La plupart des agences de travail temporaire refusent ces contrats, par crainte de la législation, mais surtout en raison des dépenses à engager pour un salarié qui ne répondra peut-être pas aux critères médicaux exigés.
La législation reste assez floue, est-ce l'allemande ou la française qui doit s'appliquer dans ces cas ?

À la réflexion, on peut se demander si le médecin du travail a son utilité dans le domaine de l'aptitude ou de l'inaptitude ?

- Avant, dans les années de plein emploi, les choses allaient de soi, presque sans son intervention (un certificat du médecin du travail suffisait) et dans bon nombre de cas le médecin du travail était informé qu'un changement de poste était rendu nécessaire suite aux problèmes de santé du salarié : *" Vous savez, monsieur X…, qui est gravement malade – atteint d'un cancer ! J'espère qu'il s'en sortira. "* Ainsi le médecin du travail apprenait par personne interposée, (qui plus est par le directeur ou le responsable des ressources humaines) et la maladie et le changement de poste de son salarié, sans aucune intervention de sa part.

- Actuellement dans les exemples cités plus haut de l'expérience en entreprise ordinaire (PME-PMI) nous avons vu que les possibilités de changement de poste, ou des orientations mieux adaptées sont de plus en plus rares ou très difficiles à obtenir. Bien que pour les entreprises de travail temporaire, les problèmes d'inaptitude paraissent

un peu moins difficiles à gérer, du moins avant l'adoption des normes ISO 9002, on peut valablement se poser la question du rôle et des voies à suivre par le médecin du travail dans le domaine de l'aptitude au travail, tant ses capacités d'intervention paraissent limitées.

Comment peut-il ou pourrait-il agir ?
- par l'écoute active.
Le médecin du travail reçoit une personne, lui permet de s'exprimer, de parler. L'écoute est extrêmement importante ; la parole entendue conforte la personne dans ce qu'elle est. Cette écoute active permet au salarié de dédramatiser une situation, de trouver une solution par lui-même, et souvent la question d'une inaptitude se pose avec moins d'acuité.
La connaissance par le médecin du travail de l'ergonomie du poste, du handicap vrai ou supposé du salarié permet d'ouvrir une voie de réflexion. Moyennant de petits changements dans l'approche du poste de travail par le salarié lui-même, la prise en compte de divers facteurs humains et environnementaux permettent de dédramatiser une situation et de favoriser l'acceptation et l'adaptation du salarié à son poste. Le médecin du travail constate au bout de quelques semaines la nette amélioration de la situation.

- par la transformation, l'aménagement du poste de travail.
Cette possibilité existe encore pour des handicaps majeurs lors de l'embauche, ou après un accident du travail grave ayant diminué fortement les capacités résiduelles du salarié.
Mais ne nous leurrons pas, ces postes conçus ou transformés, même avec aide financière, restent l'exception (cités en exemple) et se comptent sur les doigts d'une main, dans une pratique courante de médecine du travail.

- par la réorientation des salariés.
La connaissance par le médecin du travail de la structure industrielle de son département, des différentes branches d'activité lui permet de dialoguer avec le salarié, de le conseiller, de le guider vers diverses orientations possibles.
Ceci se fait habituellement pour un salarié temporaire en cas d'inaptitude réelle à son poste. Cela présuppose le travail en réseau avec de nombreuses agences de travail temporaires et la connaissance des emplois des entreprises avec lesquelles elles travaillent.
Les liaisons avec les permanents des ANPE, les Cotorep, les entreprises d'insertion, les diverses associations travaillant pour l'emploi sont nécessaires car plus larges sont les contacts, plus grandes sont les possibilités de trouver un poste adapté pour le salarié.
Il faudrait, dans le domaine des PME-PMI, travailler dans la même direction en se dotant d'un réseau contact, au niveau d'une ville, d'un département, permettant de réorienter avec plus d'efficacité une personne en difficulté à son travail. Le médecin du travail y serait partie prenante par ses connaissances des emplois, ses connaissances des capacités physiques et des aspirations du salarié qu'il suit. Alors le certificat d'inaptitude nécessaire à la préservation de la santé du salarié pourrait avoir un goût moins amer d'échec…

Par ces voies les avis d'inaptitude auront-ils moins l'aspect d'un choix entre droit au travail ou droit à la santé ?

Non sans doute, il reste des abus flagrants que nous avons signalés. Mais ce sont des choix raisonnés vu les contraintes économiques actuelles.
Ce qui ne doit pas empêcher le médecin du travail de porter à la connaissance du public l'aggravation des conditions de travail et les abus qu'elle entraîne au niveau de la santé des salariés… abus augmentant justement les inaptitudes au travail.
Ces dernières conduisent malheureusement beaucoup de personnes hors du circuit du travail et vers une exclusion en progression constante.

L'APTITUDE ? INAPTE !

Pierre Abécassis

La prise de décision d'aptitude est sans nul doute largement la cause du malaise, voire de la souffrance professionnelle du médecin du travail. Concept plus qu'ambigu, interprété différemment par le médecin, l'employeur ou le salarié, elle ressemble aux mathématiques décrites sous forme de boutade par Bertrand Russel : en matière d'aptitude, *" On ne sait pas de quoi l''on parle ni si ce que l''on dit est vrai. "*

On ne sait pas de quoi l'on parle car :

- en déclarant un salarié apte, le médecin conclut à une absence de contre-indication au poste, estimant conformément à la doctrine, que le compromis passé entre santé et travail peut se pérenniser sans (trop de) dommages, après un processus de synthèse intellectuelle subjective entre toutes les composantes du salarié et de son milieu
- l'employeur la confond, plus ou moins simplement, avec l'aptitude professionnelle, l'interprète comme une opportunité de polyvalence, la lit comme une sélection, d'autant que les postes dits de sécurité ou comportant un danger pour autrui viennent un peu plus brouiller les cartes à ce niveau. Et que dire du raisonnement binaire – apte / inapte – qu'induit fatalement le concept d'aptitude dans son esprit ?
- le salarié *lambda* considère la décision comme une sorte de permis de travail, de quitus de bonne santé, de caution médicale à une situation qu'il est loin de maîtriser ou d'avoir choisie. À l'embauche, c'est une sorte de dernier obstacle franchi, d'intronisation, cerise

sur le gâteau des formalités rituelles. En fin de visite médicale, même si le contact a été satisfaisant, l'examen clinique complet et la mission expliquée et comprise, la fiche d'aptitude fait souvent apparaître le médecin du travail comme un enfonceur de portes ouvertes, constatant une évidence qui s'impose à lui.

Il en résulte, malgré tout, l'élaboration d'un " relatif consensus social sur la coexistence entre deux droits fondamentaux : le droit à la santé et le droit au travail ".

En dehors du trio médecin-employeur-salarié, le concept d'aptitude n'est guère plus clair :

- du côté des juristes, où on ne compte plus les revirements de jurisprudence, les jugements contradictoires, les attendus discutables ;
- du côté de l'assurance maladie, où l'aptitude recouvre encore une autre notion : non plus celle de l'aptitude au poste mais celle de l'aptitude au travail définie par le Code de la Sécurité sociale. Peut-on imaginer pire ambiguïté à l'heure où la notion de poste devient pour le moins relativisée ?
- du côté des inspecteurs du travail qui, s'il est une question qu'ils appréhendent, c'est bien celle de la contestation d'aptitude, procédure heureusement rare, faite au titre de l'article L. 241-10-1 du Code du travail. Comment ne pas être embarrassé d'avoir à intervenir, lorsqu'on n'est pas médecin, directement dans le domaine de l'état de santé du salarié et/ou du type de poste lui convenant ? L'avis du médecin-inspecteur est certes requis mais, là encore, il suffit d'étudier les différences de pratique des médecins inspecteurs du travail dans le cadre de cet article pour voir à quel point l'aptitude pose également problème à ce niveau.

En matière d'aptitude, on ne sait pas non plus si ce que l'on dit est vrai et c'est peut être le plus grave. La détermination de l'aptitude nécessite bien évidemment la connaissance du poste de travail. Quel médecin peut se targuer sans forfanterie d'une connaissance parfaite du poste de travail ? Est-il seulement possible de l'acquérir ? N'est-on pas sans arrêt dans le domaine de l'approximatif, du subjectif, du pari morbide, voire de la prédiction ? Dans combien de centaines de milliers de cas, la règle déontologique de l'obligation de moyens n'est-elle pas respectée ? L'affaire de l'amiante l'a bien montré : ne serait-ce que sur le plan éthique, peut-on persister à délivrer l'aptitude d'un salarié à une exposition cancérogène ? Le système a voulu que pendant des décennies, des médecins, pas pires que les autres, ont estimé que des hommes et des femmes étaient " aptes " à contracter un cancer. Cela n'est pas rien et cela continue avec les poussières de bois ou les vapeurs des moteurs diesel, par exemple. Ne serait-ce que pour cette raison, la notion d'aptitude, déontologiquement inadmissible, doit être réexaminée.

Dans cette configuration d'un concept manifestement inadapté à la pratique de ceux qui l'utilisent, il n'est pas inintéressant, comme souvent, de se référer au contexte historique d'en chercher ses racines, d'analyser à quel moment les choses ont commencé à dévier.

Selon certains auteurs, l'aptitude pourrait remonter à la loi du 9 avril 1898 relative aux accidents du travail et à leur réparation. Une fois admise la notion de responsabilité du patron dans l'accident, sans que l'ouvrier ait à apporter la preuve d'une faute, il s'est agi d'assurer les employeurs contre le risque professionnel. D'où la nécessité de connaître avec précision l'état de santé du salarié à l'embauche afin qu'en cas d'accident, l'indemnisation forfaitaire, qui lui était due, soit basée sur la seule conséquence de l'accident, excluant ainsi la réparation d'un éventuel état antérieur. Il fallait pour cette mission des médecins légistes, experts précis et méticuleux dans la pratique d'un examen clinique visant à établir une sorte de constat de l'état de santé d'un salarié à l'embauche. Très vite, il est logiquement apparu nécessaire de sélectionner la main-d'œuvre et de ne prendre que les plus " aptes ", c'est-à-dire ceux qui risquaient le moins d'accidents ou chez lesquels cette éventualité aurait les conséquences les moins graves physiquement, et par conséquent les moins coûteuses pour l'employeur. Mais il convient de noter que le concept d'aptitude n'existe pas en tant que tel dans cette loi et que c'est déjà lui conférer une dimension de sélection que de l'associer aux conséquences de la loi. Disons qu'à défaut d'avoir véritablement " inventé " l'aptitude, la loi Nadeau a créé les conditions nécessaires à une expertise médicale de caractère systématique.

Il serait cependant erroné de penser que les médecins légistes se contentaient d'opérer un tri de la main-d'œuvre, sans se poser de questions sur les conditions de travail, la prévention des accidents, la sociologie du travail. Formés à l'école humaniste, souvent influencés par des valeurs chrétiennes ou socialisantes, nombre d'entre eux, ou de leurs élèves, sont à l'origine de la loi de 1946. Loi qui fut censée départager les débats sur l'appellation du métier et la définition de la mission. Fait essentiel : cette loi (ni d'ailleurs celle du 28 juillet 1942) ne fait à aucun moment allusion à la notion d'aptitude. Il n'y avait donc aucune fatalité à ce qu'*" éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail "* se traduise au plan sémantique en terme d'aptitude. On aurait même pu imaginer qu'à la question de savoir si son travail n'altère pas la santé d'un salarié, la réponse soit apportée de manière plus prudente et en tout cas moins " positive " que ne le laisserait supposer sa formulation… En fait, l'aptitude en milieu de travail a fonctionné, pendant toute une période, par analogie avec l'aptitude militaire. Elle en a contracté les tics, et le fait que, jusque dans les années soixante-dix, les anciens médecins militaires étaient légions à exercer la médecine du travail comme seconde carrière, n'y est probablement pas étranger.

Quoi qu'il en soit, dès 1947, le décret d'application du 27 novembre est clair : la visite d'embauche détermine si le salarié est " médicalement apte " au travail envisagé. Les décrets successifs de 1952, 69, 79, 86, viendront conforter cette notion en instaurant l'aptitude comme conclusion

obligatoire de tous les actes médicaux. L'évolution de la " fiche " remplie à l'issue de l'examen d'embauche est également intéressante à suivre. En 1947, il s'agit bien d'une fiche d'aptitude. Elle devient une " fiche de visite " en 1952, le demeure en 1969, puis redevient une fiche d'aptitude, cette fois pour tous les examens, en 1979. L'arrêté fixant le modèle de fiche n'ayant jamais été publié, il est difficile de savoir si le législateur avait, en instaurant une différence de formulation, l'idée d'introduire dans la deuxième formule l'éventualité d'une prescription plus élaborée, sortant du cadre apte / inapte.

En matière d'inaptitude, les choses se sont passées un peu différemment : longtemps, l'inaptitude n'a pas réellement existé au plan légal. La loi du 6 décembre 1976 instaurant l'article L. 241-10-1 précise les missions du médecin du travail en lui donnant des moyens tels que mutations, transformations, aménagements de postes. Elle ne parle pas d'inaptitude. Celle-ci n'apparaît au plan législatif qu'en 1981 avec l'article L. 122-32-5 (salariés devenus inaptes à leur emploi à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail) et surtout en décembre 1992 pour tous les salariés " devenus inaptes " (article L. 122-24-4). Il est clair qu'il s'agit là de dispositions qui sont largement le résultat de l'évolution jurisprudentielle, répondant elle-même à des situations de vide juridique, moralement et socialement inacceptables.
Ce n'est pas le moindre des paradoxes du concept aptitude / inaptitude que d'apparaître dans des textes législatifs postérieurs à une loi fondatrice qui semble les avoir ignorés. Tout se passe comme si la médecine de sélection, la logique de la médecine d'expertise ou de la médecine d'entreprise (*cf.* Ph. Davezies), chassées de la loi fondatrice par la porte, revenaient par la fenêtre à la faveur de dispositions réglementaires ou législatives récurrentes, opacifiant la doctrine là où il conviendrait de la clarifier.
En d'autres termes, l'aptitude ne serait-elle pas la séquelle – combien encombrante – d'une hésitation historique, témoin de la persistance, dans le champ de la médecine du travail, de forces et concepts antagoniques mais coexistants ?
Si l'on répond par l'affirmative à cette question, alors la conséquence est immédiate : toute volonté d'éclaircissement sur les missions et le métier de médecin du travail passe par la suppression du concept d'aptitude comme une condition nécessaire, à défaut d'être suffisante.

Le terme d'aptitude a certes l'avantage d'être court, global et connu de tous. On a vu ce qu'il avait, en fait, de réducteur et de simplificateur. Employé depuis cinquante ans et figurant au Code du travail, des modifications réglementaires s'imposent donc pour y mettre fin, de même qu'une nouvelle jurisprudence devra se construire : il s'agit certes d'un inconvénient, mais c'est le prix à payer pour clarifier les choses. Le terme de " non contre-indication " ou d'" absence de contre-indication " à l'affectation sur tel ou tel poste parait le plus adéquat à proposer. C'est celui qui correspond le mieux à l'esprit de la loi. Déontologiquement, il répond bien au *primum non nocere*. Il est conforme à l'idée d'" éviter l'altération " qui contient, comme lui, une double négation. Les termes de " non inapte ", de " non incompatibilité ", de " compatibilité " ont des signifiants voisins mais sont moins connotés médicalement. La contre-indication présente justement l'avantage d'un terme médical, rappelant des notions contenues sur les notices de médicaments ou le Vidal. Elle correspond à cette modestie déontologique, à cette prudence, qui veulent que l'on évite l'affirmation lorsqu'on établit un pronostic. Surtout, elle introduit le concept de prescription, décisif pour " positiver " l'action du médecin du travail. Se pose en effet la question du support de cet avis du médecin : la fiche d'aptitude n'étant plus de mise, seule une fiche de visite ou mieux une fiche de prescription, véritable ordonnance du médecin du travail, pourrait voir le jour. Délivrée à l'issue de chaque visite, elle permettrait ainsi de répondre à la préoccupation de la nécessaire trace médico-légale formalisant l'acte médical. Surtout, le médecin aurait ainsi la possibilité non seulement de poser des contre-indications, mais aussi de proposer des aménagements, des améliorations, de délivrer des conseils qui relèvent de sa véritable mission. De manière moins positive, la fiche de prescription pourrait en outre permettre au médecin, dans certains cas particuliers (comme l'exposition à des cancérogènes, le non-respect d'une réglementation évidente, etc.) d'opposer une sorte de clause de conscience en n'ayant pas à se prononcer impérativement dans un cadre binaire verrouillé d'avance. Ce " droit de dire non " (M. Larche-Mochel) doit être revendiqué pour ce qu'il sous-entend de résistance sur le front de l'éthique humaniste.
En cas d'impossibilité d'aménagement, de nécessité impérative de mutation à très court terme, la question du maintien du terme d'inaptitude peut se poser. Chaque médecin du travail sait, en outre, qu'il est des cas, souvent exposés par le salarié lui-même, où l'inaptitude apparaît comme la seule mesure conservatoire de l'état de santé du salarié, de sa dignité, de ses droits hors l'entreprise. Le médecin doit pouvoir faciliter la rupture du contrat de travail lorsque celle-ci est la résultante d'un accident de la vie. Mais sauf à risquer de retomber dans la logique binaire, il paraîtrait préférable que le médecin puisse constater à un moment donné l'incompatibilité (ou l'inadéquation) entre l'état de santé d'un salarié et le poste proposé, les deux étant, par ailleurs, admis comme stables et non améliorables rapidement. Déclarer cette incompatibilité présente l'avantage de signifier une sorte de partage des responsabilités : le poste (et donc l'employeur), comme l'état de santé du salarié sont, chacun pour leur part, " responsables " des conséquences sur le contrat de travail que pourrait avoir cette constatation d'incompatibilité. C'est mettre un terme à l'inaptitude du seul salarié pour commencer à poser la question de l'aptitude du poste.

Évoquer la question du risque de rupture du contrat oblige à poser le problème des désaccords et des recours sur les propositions ou les constats faits par le médecin du travail.

En d'autres termes, celui d'une modification de l'article L. 241-10-1. En fait, celui-ci n'évoque pas la notion d'aptitude. Il s'agit, en outre, d'un article très fort, conférant au médecin du travail un pouvoir théorique important qu'il convient de préserver. En revanche, certaines dispositions devraient être précisées, y compris par voie réglementaire : quelle possibilité d'intervention du tribunal des prud'hommes, quelle " expertise " du médecin-inspecteur ou d'un expert judiciaire, quelle décision de l'inspecteur du travail, quelles possibilités d'intervention des représentants du personnel (pourquoi pas ?) dans la recherche de postes adaptés, les aménagements de poste, etc. Enfin, il devient urgent de clarifier les questions relatives aux postes dits de sécurité (*cf.* Ph. Davezies dans le même ouvrage), à ceux comportant un danger pour autrui (hôpitaux, agro-alimentaire…) et aux postes nécessitant une compétence particulière médicalement décelable (aptitude visuelle par exemple).

Les constats et propositions faits dans ce texte n'ont pour la plupart rien d'innovants ni de particulièrement révolutionnaires. Ils ne changeront certainement pas la médecine du travail d'un coup de baguette magique : changer les mots ne change certes pas les pratiques, tant s'en faut. Mais beaucoup pensent que poser la question de l'aptitude, c'est aujourd'hui poser celle du métier, ce métier qui, pour sacrifier à une expression à la mode, est en perte de sens. Or, on l'a vu, l'aptitude est un véritable piège, monstre de confusion, à la fois cause et conséquence de cette perte de sens car elle-même elle a perdu le sien. Modestement, l'abolition d'un terme qui " va avec obligation, interdiction, exclusion " pourrait contribuer à faire évoluer notre métier vers " confiance, conseil, protection… "

L'APTITUDE ET LE MAINTIEN

Jean-Michel Domergue, Nicolas Sandret

Le législateur, par la loi sur la non discrimination, interdit de licencier ou d'écarter un salarié en raison de son état de santé ; sauf avis d'inaptitude constaté par le médecin du travail (art. L. 122-45).En cas contraire, le licenciement est nul et réputé ne pas avoir existé ; de plus l'employeur contrevenant commet un délit et s'expose à des sanctions pénales pour licenciement discriminatoire (Code pénal art. 225-1 – deux ans d'emprisonnement et 200 000 F d'amende).Cet article de loi définit clairement l'une des grandes fonctions de l'aptitude qui est théoriquement la garantie que personne d'autre que le médecin du travail ne pourra s'occuper de la santé d'un salarié.

Un arrêt du conseil des prudhommes à Versailles a confirmé une autre sûreté :Jusqu'à présent un salarié absent pour maladie pendant un temps plus ou moins long ou pour des absences répétées, pouvait être licencié pour perturbation du fonctionnement de l'entreprise.Le conseil des prud'hommes de Versailles, par un arrêté du 29 novembre 1994, a considéré illégitime le licenciement pour absences répétées d'un salarié. Celles-ci étaient liées à la santé de ce salarié et aucun avis d'inaptitude n'avait été formulé par le médecin du travail. Sa décision est motivée par le fait que l'employeur aurait du faire jouer pleinement son rôle au médecin du travail. *" Le médecin du travail aurait du pouvoir soumettre à l'employeur, préventivement, des propositions d'adaptation des conditions de travail du salarié avant que la marche du service ne soit altérée par ses absences répétées, soit en l'affectant à un poste moins pénible et donc peut être de nature à espacer ses absences ou encore à un poste ou son absentéisme serait moins préjudiciable à l'entreprise, soit en transformant son poste de travail si l'organisation de l'entreprise, la qualification du salarié et son aptitude réduite au travail s'y prêtaient. Ce n'est qu'une fois démontrée l'impossibilité de l'un et de l'autre (reclassement et transformation de poste) et quoi qu'il en soit après constatation de l'inaptitude du salarié par le médecin du travail, que le licenciement pouvait avoir lieu*[128]*. "*

Cette jurisprudence comme beaucoup d'autres précédemment, réaffirme le rôle que devrait jouer le médecin du travail, avec l'avis d'aptitude, pour favoriser le maintien d'un salarié à son poste de travail, dans son entreprise ou dans l'emploi. Pourtant de nombreuses voix s'élèvent pour la suppression de cet avis d'aptitude qui paradoxalement faciliterait l'exclusion des salariés ayant un problème de maintien à leur poste de travail du fait de leur état de santé.

MAIS QU'EST-CE QUE L'APTITUDE, JURIDIQUEMENT ?

L'avis d'aptitude est donné à l'issu de la visite médicale. Si l'examen médical a pour but de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste auquel il est affecté, l'avis d'aptitude ne doit pas être assimilé à cet examen médical ; l'avis d'aptitude est la synthèse de la connaissance que le médecin du travail de l'entreprise a du poste de travail et de l'état de santé du salarié.

Cet avis d'aptitude n'est pas non plus le jugement sur l'adéquation entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. Il n'est pas un constat mais doit avoir force de proposition ; ceci est affirmé dans le cadre de la définition générale des missions du médecin du travail. *" Il a pour mission d'améliorer les conditions de travail et de vie dans l'entreprise, d'adapter les postes, les techniques et les rythmes de travail à la physiologie humaine et protéger ces salariés contre l'ensemble des nuisances. "* (art. R. 241-41 du Code du travail).

De plus le législateur est revenu à trois fois dans le cadre du Code du travail pour déclarer à l'employeur *" que le médecin du travail est dans l'obligation de faire des propositions d'aménagement de poste, de changement de poste ou de mutation "* – ceci en cas de difficulté pour le salarié à se maintenir à son poste en raison de problèmes

[128] H. PESCHAUD, Droit ouvrier, mars 1996

de santé. L'employeur est tenu de répondre, au mieux par écrit, s'il ne peut suivre ces propositions, et pour le moins à en tenir compte (art. L. 241-10-1, L. 122-32-5, L. 122-24-4).

La jurisprudence n'est pas en retrait vis-à-vis de ces principes et tous les arrêts de la Cour de cassation ou du Conseil d'État évoquent et imposent la recherche du maintien à son poste de travail ou dans l'entreprise, d'un salarié ayant des problèmes de santé.

Cet avis d'aptitude doit aussi être fait dans le cadre des principes du Code de déontologie qui stipule que le médecin exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le consentement de la personne examinée ou soignée devant être recherché dans tous les cas.Ce cadrage juridique permet de définir une éthique pour le médecin du travail dans la détermination de l'aptitude *: " Ne rien faire qui va à l'encontre des intérêts du salarié et utiliser tous les outils nécessaires pour favoriser la maintien du salarié à son travail ou lui permettre dans intégrer un autre. "*

Dès lors, il devient possible d'aborder la question de l'aptitude avec un regard différent. Nous pouvons dire que chaque avis d'aptitude est la reformulation faite avec le salarié de son projet professionnel. Celui-ci peut-être la simple continuation du projet professionnel antérieur sans aucune mesure à prendre pour sa poursuite. C'est le cas des avis d'aptitude qui concernent plus de 90 % des salariés.Parfois, la poursuite du même projet professionnel nécessitera des propositions d'aménagement du poste de travail qui devront figurer sur l'avis d'aptitude.

Mais parfois, la continuation de l'ancien projet professionnel n'est plus possible ou bien n'est plus souhaité par le salarié. Il faudra donc travailler sur la formulation d'un nouveau projet professionnel dans le cadre de l'entreprise ou à l'extérieure de celle-ci. La formulation de ce nouveau projet professionnel nécessite, bien évidemment, la mise en place des outils nécessaires à son aboutissement.Cette redéfinition de l'aptitude en terme de " formulation du projet professionnel " permet de mieux saisir la nécessité de prendre son temps pour travailler ce projet, surtout s'il faut en bâtir un autre, d'où l'intérêt des visites de pré-reprise quand les salariés sont en arrêt où des visites " spontanées " quand ils travaillent.

Cela permet aussi de mieux saisir la nécessité de mettre en place des outils simples, facilement utilisables, considérés comme des examens complémentaires auxquels le médecin pourrait avoir recours, que le salarié travaille ou qu'il soit en arrêt maladie ou demandeur d'emploi. Ces outils sont de trois types : bilan médical, bilan professionnel, bilan de l'entreprise (en terme d'analyse ergonomique des postes ou de l'organisation du travail).La synthèse de ces trois bilans permettra l'émergence d'un projet professionnel auquel le salarié peut adhérer et l'élaboration d'une stratégie pour sa mise en place.Pour la mise en place des programmes d'insertion des travailleurs handicapés (au sens de la loi *" est considéré comme travailleur handicapé, toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduits par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales "*), des structures départementales sont en train de se créer pour aider le médecin du travail dans cette difficile mais fondamentale mission.L'avis d'aptitude est donc aujourd'hui, au niveau du droit, au niveau de la jurisprudence et au niveau des structures mises en place dans beaucoup de départements, un outil de protection pour les salariés ; il serait paradoxal qu'il ne soit pas utilisé dans ce sens par les médecins du travail.Il demeure cependant un point qui est source d'ambiguïté, c'est l'aptitude au poste de sécurité pour lequel la décision d'inaptitude peut être prise sans l'accord du salarié, la sécurité des tiers pouvant être mise en cause. Cette décision devrait être prise sur des critères très précis, définis avec l'ensemble des partenaires sociaux, et dans le cadre strict des missions de la médecine du travail… Mais, est-ce au médecin du travail de définir cet avis d'aptitude à un poste de sécurité ? (Il risque de ne plus pouvoir jouer pleinement son rôle d'aide à la construction de la santé qui est fondée sur la confiance) ou est-ce un autre expert, au risque de " déshumaniser " cette décision ? Cette interrogation n'est pas la seule cause de dérives qu'il faut plutôt imputer à l'adage *" ce qui est bien pour l'entreprise est bon pour le salarié "*, et fait que l'on confond aptitude médicale et aptitude professionnelle, et ce au mépris du droit. Parfois, la dérive consiste en une vision restrictive de l'avis d'aptitude qui devient la simple reconnaissance de l'adéquation entre un poste de travail et un salarié. Plusieurs points sont à l'origine de cette vision restrictive ; l'absence de temps, le rythme des visites – il est difficile de faire un projet professionnel quand on voit un salarié toutes les quinze minutes Ð l'absence de moyens, le non savoir-faire, toutes ces raisons devraient disparaître dans le cadre d'une réorganisation des services médicaux et grâce à une plus large autonomie des médecins du travail.Mais, la dérive majeure, la plus fréquente – celle qui est réellement la grande pourvoyeuse de licenciement – c'est bien la non prise en compte par les employeurs en général des propositions d'aménagement de postes ou de mutations faites par le médecin du travail. *" Dites-moi simplement docteur, s'il est apte ou inapte ? un point c'est tout ! "*

Discours manifestement en infraction par rapport au droit défini par les trois articles déjà cités L. 241-10-1, L. 122-32-5 et L. 122-24-4, mais aussi sur l'article plus général L. 230-2 qui précise que *" le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement y compris les travailleurs temporaires ".*

Il semble que ce bref exposé des dérives de l'utilisation de l'aptitude permet de conclure trois choses :

- il faut qu'il existe un véritable recours concernant les avis d'aptitude… l'article L. 241-10-1 et les médecins inspecteurs du travail ne sont pas faits pour ça ;
- il faut qu'il y ait beaucoup plus de plaintes auprès des tribunaux contre les employeurs et les médecins du travail qui n'ont pas assumé leur responsabilité ;
- il faut retirer la gestion des services de médecine du travail des mains des employeurs, condition

indispensable mais non suffisante pour assurer aux médecins du travail une autonomie, qui leur permette d'acquérir une indépendance dans leurs actions et dans leurs décisions, et leur fournir les moyens indispensables pour pouvoir exercer leur mission.

L'ensemble de ces modifications devrait se faire sous contrôle social, bien évidemment.

_____

_

EN FINIR AVEC L'APTITUDE MÉDICALE

Philippe Davezies, Jean-Paul Dulery,
Dominique Huez, Marie Pascual, Nicolas Sandret

La médecine du travail, avec ses cinquante ans, semble solidement enracinée dans le paysage social. Pourtant, personne n'envisage que l'institution puisse simplement continuer à faire ce qu'elle a toujours fait, comme elle l'a toujours fait. L'affaire de l'amiante, la pression croissante des autres professionnels de la santé au travail, les exigences de l'unification européenne, les évolutions de l'organisation du travail et des formes d'atteintes à la santé, tout pousse à une reprise de la réflexion sur l'organisation et sur le fonctionnement de notre système de santé au travail.

Pour nous qui sommes, à divers titres, engagés dans la médecine du travail, la première exigence est de clarifier le fonctionnement de notre institution. Dans cette perspective, il est urgent d'avancer sur la question de l'aptitude. En effet, depuis la naissance de la médecine du travail, cette question donne lieu à des interprétations extrêmement diverses qui constituent un facteur permanent de brouillage de la position et de l'identité du médecin du travail.

Des voix se sont élevées, au cours des dernières années, pour demander la suppression de l'aptitude en médecine du travail. Nous souhaitons examiner cette proposition. Pour cela, nous rappellerons en quoi l'aptitude médicale est utile, avant de passer en revue un peu plus longuement ses inconvénients. Nous proposerons ensuite des mesures destinées à pallier les inconvénients de l'aptitude médicale tout en préservant les avantages qui lui sont attachés.

LES INTÉRETS DE LA DÉFINITION DE L'APTITUDE PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Les arguments en faveur du maintien de l'aptitude sont connus, nous nous contenterons de les rappeler brièvement.

La garantie d'une consultation annuelle de médecine du travail

Le certificat d'aptitude témoigne que le salarié a bénéficié d'une consultation de médecine du travail. En cas d'accident, il constitue une pièce dont l'inspecteur du travail demande la communication. L'obligation de disposer d'un certificat d'aptitude garantit donc que le chef d'entreprise enverra ses salariés à la consultation de médecine du travail. Le principe de la consultation systématique serait fragilisé si celle-ci ne débouchait pas sur la production d'un document médico-administratif.

L'occasion de propositions d'aménagement

À l'issue de la consultation, le médecin est habilité à demander des aménagements, mutations ou transformations de poste, justifiés par l'état de santé du salarié. Le certificat d'aptitude constitue bien souvent le support de ces recommandations, au point que nombre de confrères lient aptitude et recommandations concernant le poste de travail. Il s'agit pourtant bien de deux dimensions distinctes de l'activité du médecin du travail.

Une garantie contre la discrimination

L'aptitude médicale ne peut être définie que par le médecin du travail. La loi interdit ainsi à l'employeur toute investigation sur l'état de santé de ses salariés. Ce monopole est renforcé par le Code pénal pour lequel toute distinction opérée entre les personnes en raison de leur état de santé ou de leur handicap constitue une discrimination. Seule a valeur une inaptitude médicalement constatée par le médecin du travail, c'est-à-dire une inaptitude motivée, non par une productivité insuffisante, mais par un risque pour la santé. L'aptitude médicale apparaît donc comme un élément du dispositif de protection des salariés à la fois contre les atteintes à la santé et contre la discrimination.

La protection du salarié déclaré inapte

Il est des cas, pour lesquels l'inaptitude est vécue par le salarié non pas comme une menace, mais comme une protection. Il faut bien dire qu'il s'agit d'un pis-aller. En effet, cette situation concerne des salariés à bout de souffle et l'inaptitude médicale n'atténue que très marginalement le caractère dramatique de la situation dans laquelle ils se trouvent. Elle permet néanmoins au salarié en situation de détresse de quitter l'entreprise où sa santé est mise en péril, tout en gardant les droits sociaux (indemnités de licenciement, droit aux indemnités de chômage) que la démission lui ferait perdre. Dans la situation actuelle, caractérisée par une extrême fragilisation d'une partie de la main-d'œuvre, cette fonction de l'inaptitude médicale nous semble devoir être conservée coûte que coûte.

La gestion des postes de sécurité

Le certificat d'inaptitude préserve enfin les autres salariés puisqu'un salarié peut être déclaré inapte au motif qu'il fait courir un risque à la santé des autres salariés. Ce dernier point concerne les postes dits de sécurité.

LES INCONVÉNIENTS DE LA DÉFINITION DE L'APTITUDE PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Les inconvénients de l'aptitude sont eux aussi connus. Ils sont décrits dans la rapport de F. Bourdillon, J-M. Domergue, M. Pascual, N. Sandret aux XXIVe Journées Nationales de Médecine du Travail.

La consultation réduite à l'aptitude

Nous avons évoqué le certificat d'aptitude comme garantie pour le salarié d'un accès à la consultation de médecine du travail. Cependant, si cet aspect des choses peut apparaître avantageux, d'un autre côté, et bien souvent, la médecine du travail en pâtit. En effet, aux yeux des employeurs, des directeurs de services interentreprises, voire même de certains collègues, la médecine du travail tend bien souvent à se réduire à la " visite " de médecine du travail, et la " visite " à la détermination de l'aptitude. Cette focalisation conduit à un véritable envahissement de la médecine du travail par l'aptitude.

Un acte médico-légal qui vise essentiellement l'individu

L'inaptitude témoigne toujours d'un conflit entre deux types d'exigences : d'un côté, les contraintes imposées et les performances exigées par l'organisation du travail, de l'autre, les exigences de préservation de la santé. En principe, il ne peut pas y avoir, pour le médecin, équilibre entre les deux termes de cette contradiction. Il s'agit en effet pour lui de chercher à transformer une organisation du travail qui ne tolère pas la variabilité et de prendre en compte la vulnérabilité naturelle des êtres humains. En aucun cas, il ne s'agit de sanctionner un salarié dont le tort serait de vieillir, de s'user, de tomber malade. Or, l'aptitude – sortie obligée de toute consultation de médecine du travail – ne vise explicitement que le salarié. Tout médecin du travail connaît ces situations dans lesquelles, alors qu'il tente de négocier des aménagements, l'employeur le somme de se prononcer : *" Alors, il (elle) est apte ? Oui ou non ? "*

Comme il n'est pas imaginable de traiter par l'inaptitude – de passer à la trappe – les salariés qui ont des problèmes de santé au travail et vis-à-vis desquels la responsabilité du médecin du travail est engagée au premier chef, le médecin est amené à signer des aptitudes dans l'immense majorité des cas. Ce faisant, il donne bien souvent une caution médicale à une utilisation des hommes et des femmes qu'il ne peut que réprouver. Comme le rappellent Bourdillon et all. : *" Pendant des années, des salariés ont été aptes à être exposés à l'amiante, sous réserve d'une surveillance médicale parfaitement dérisoire. "* Qu'on le veuille ou non, le certificat d'aptitude dédouane le poste et fait porter la responsabilité du conflit sur l'individu.

Une relation ambiguë avec le salarié

Face à un sujet dont l'état santé contre-indique en principe la poursuite de son activité, deux conceptions de la position du médecin coexistent dans la profession.

Certains ont une conception forte de la responsabilité du médecin. Pour eux, le choix entre aptitude et inaptitude constitue un acte d'autorité. Il est fondé sur le savoir du médecin et il engage sa responsabilité. La position est celle de l'expertise et son résultat s'impose au salarié. Le paradoxe de cette position est que le mouvement de " prise de responsabilité " qui conduit le médecin à signer l'inaptitude, constitue un abandon du salarié puisqu'il conduit à son élimination. Cette conception autoritaire de la responsabilité médicale est critiquée en Europe comme contraire à la liberté et à la responsabilité individuelle.

Pour d'autres, le médecin ne dispose pas des savoirs qui lui permettent de comparer le risque pris à rester dans l'entreprise et celui qu'encourt un salarié handicapé lorsqu'il abandonne son travail. Dans les deux cas, le salarié est perdant et engage sa santé. Dans ces conditions, déclarer un salarié inapte, contre sa volonté de se maintenir au travail, reviendrait à précipiter dans le malheur un sujet déjà en difficulté. Le médecin s'efforce donc de l'aider à choisir entre deux solutions dont aucune n'est satisfaisante. Si le salarié juge que, dans sa situation, la perte de l'emploi n'est pas envisageable, s'il décide de serrer les dents et de rester coûte que coûte dans l'entreprise, le rôle du médecin est alors de l'accompagner et de continuer à lutter pour l'adaptation du travail. Cela signifie que le salarié peut jeter l'éponge, mais pas le médecin.

Dans la réalité, il est probable que la majorité des médecins navigue, comme elle le peut, entre ces deux positions. Il est en effet difficile de trancher dans la mesure où même un médecin qui tient fermement la deuxième position – celle de l'accompagnement – se trouve en porte à faux lorsque se pose la question des postes de sécurité.

Le flou autour de la question des postes dits de sécurité

La question des postes dits de sécurité constitue probablement le noyau central à partir duquel se légitiment les pratiques les plus contestables. Dans les formes légales actuelles, le traitement de cette question :

- introduit un flou dans la définition de l'aptitude médicale,
- place le médecin dans une position d'autorité,
- jette le trouble sur la nature de la relation entre salarié et médecin,
- installe souvent cette relation sous le régime de l'arbitraire.

Examinons ces quatre points :

- Le traitement de l'aptitude aux postes de sécurité introduit un flou dans la définition de l'aptitude médicale.

Les auteurs du rapport sur les postes de sécurité aux XIIIe Journées Nationales de Médecine du Travail en donnent la définition suivante : " *Le poste de sécurité est un poste de travail susceptible de constituer pour la collectivité de travail un risque d''accident à l''occasion d''une insuffisance d''aptitude ou d''une défaillance subite de l''opérateur. "* Du côté de la défaillance subite, pas de problème, le critère relève bien de l'absence de contre-indication médicale. En revanche, " l'insuffisance d'aptitude " nous tire du côté de l'efficience professionnelle. Et effectivement, si l'on met de côté le problème de la défaillance subite, être apte à tenir un poste de sécurité, c'est être capable de faire son travail correctement. Le traitement actuel de l'aptitude aux postes de sécurité constitue donc la faille par laquelle passe toujours dans la pratique des médecins du travail une conception de l'aptitude comme capacité professionnelle. Ce point est bien perçu au sein du patronat qui, dans de

nombreuses entreprises, pousse à l'extension de la notion de poste de sécurité.

- Le traitement de l'aptitude aux postes de sécurité place le médecin dans une position d'autorité.
En cas de danger pour les autres salariés, le médecin n'a pas le choix. La décision s'impose, quelle que soit l'opinion du salarié concerné. Un basculement s'opère donc dans la relation entre le médecin et le salarié. En effet, la position médicale la plus classique est uniquement orientée par le souci de la santé, de l'intégrité et de la dignité du patient. Elle prévoit que le consentement de la personne examinée doit être recherché dans tous les cas (art. 36 du Code de déontologie médicale). Dans le cas des postes de sécurité, intervient la préoccupation vis-à-vis des tiers qui pourraient avoir à pâtir d'une défaillance du salarié. Le médecin n'est plus alors dans une position de prise en charge ou de conseiller. Sa position tient plus de l'expertise ou du contrôle.
Dans cette direction, au nom de l'impératif de sécurité, l'investigation peut être poussée très loin, jusqu'à des comportements qui tiennent plus de la cœrcition et de l'intrusion que des pratiques conformes à la déontologie médicale. C'est ainsi, par exemple, que lors de l'examen d'embauche à la SNCF, les salariés doivent remplir un questionnaire sur leurs antécédents médicaux. Le formulaire porte en tête la mention – Questionnaire médical confidentiel – mais il se termine par *" Je reconnais que toute dissimulation des antécédents pathologiques peut entraîner mon exclusion de la SNCF par mesure disciplinaire "*. Le candidat doit, de plus, signer le questionnaire en faisant précéder sa signature de la mention *" Lu et approuvé "*. Il est difficile de marquer plus explicitement le régime très particulier de la relation.

- Le traitement de l'aptitude aux postes de sécurité jette le trouble sur la nature de la relation entre salarié et médecin.
La question des postes de sécurité ne conduit pas seulement à des pratiques autoritaires. Elle introduit la confusion dans la relation. En effet, il n'est pas possible d'être à la fois en situation de contrôle ou d'expertise et en situation de prise en charge. Le Code de déontologie impose d'ailleurs de distinguer très précisément ces modes de relation. Il précise qu'il est de la responsabilité du médecin d'expliquer clairement au patient les objectifs et enjeux de sa mission. Or, le Code du travail, en confiant au même médecin des fonctions d'accompagnement et des fonctions qui tiennent plus de l'expertise ou du contrôle, organise la confusion de genres.

- Le traitement de l'aptitude aux postes de sécurité installe souvent la relation sous le régime de l'arbitraire.
La question des postes de sécurité ouvre la porte à l'arbitraire. Cet arbitraire porte tout d'abord sur la définition des postes nécessitant une aptitude particulière. Ainsi, à la SNCF (qui constitue un véritable musée de pratiques étranges), le poste de contrôleur est considéré comme un poste de sécurité impliquant des critères d'aptitude particulièrement sévères. On le voit bien, la définition des postes de sécurité peut être étendue très largement. Tous les postes de travail à l'hôpital pourraient par exemple être intégrés dans cette catégorie. Il y a là un ressort très puissant pour transformer les pratiques de médecine du travail en pratiques de sélection. Ressort bien repéré, nous l'avons vu, par les directions d'un certain nombre d'entreprise qui ne se privent pas de l'utiliser.

L'arbitraire règne aussi au niveau des critères médicaux sur lesquels on peut fonder le jugement. Ainsi, dans certaines entreprises, les candidats sont refusés à l'embauche si on trouve dans leurs urines des traces de dérivés du cannabis, alors que ce critère ne permet en rien de prévoir un quelconque risque au poste de travail. D'une façon plus générale, les critères médicaux qui semblent au premier abord contre-indiquer une activité sont fréquemment pris en défaut. Tout médecin du travail a rencontré des électriciens porteurs de dyschromatopsies (daltonisme) qui câblaient sans problème particulier. De même, les statistiques laissent penser qu'un certain nombre de personnes atteintes de comitialité (épilepsie) occupent des postes de sécurité sans faire courir un risque particulier à la collectivité.

La question des postes de sécurité est donc le cheval de Troie par lequel pénètrent en médecine du travail les pratiques déviantes. En effet, une fois admis que la sécurité est sœur de l'efficience, une fois admis que l'on peut en toute légitimité prendre des décisions qui s'imposent au salarié, une fois admis cette part d'arbitraire qui préside bien souvent à la définition des postes de sécurité et des critères d'aptitude, il devient bien difficile de garder le nord. L'expérience prouve que l'on passe insensiblement du danger pour les salariés, au danger pour les clients, puis pour le public, pour la qualité de la production, et enfin pour l'efficacité économique de l'entreprise…

Une ambiguïté sémantique qui autorise toutes les déviations

La dernière difficulté que nous envisagerons vient du fait que le terme aptitude revêt des significations très différentes selon la fonction de celui qui l'emploie. Pour le médecin, en principe, cela signifie que le sujet peut faire son travail sans risque pour sa santé ou pour celle des autres salariés. Pour la hiérarchie, l'aptitude vise plutôt un pronostic sur l'efficience professionnelle. Les médecins sont en permanence soumis à une pression qui vise à les faire sortir de leur rôle. Beaucoup résistent mais certains intègrent les critères d'efficacité professionnelle dans leur jugement. De même, certaines inaptitudes à l'embauche sont justifiées par le souci de ne pas imposer à l'entreprise le " poids " de salariés à la santé défaillante. La médecine du travail se fait alors médecine de sélection et couvre de l'autorité médicale les pratiques discriminatoires qui sont maintenant interdites à l'encadrement.
Toutes ces dérives imposent de définir, vis-à-vis de l'aptitude, une attitude plus homogène et plus cohérente, qui puisse servir de point d'appui et de garde-fou au médecin pour défendre sa position.

PROPOSITIONS

Nos propositions seront guidées par un principe : il n'y a pas de clinique médicale sans une définition claire du cadre, de l'objet et des enjeux. Cela signifie que l'on ne peut faire à la fois de l'accompagnement et du contrôle, que l'on ne peut poursuivre à la fois la santé des salariés et l'intérêt de l'entreprise. À ces différents objectifs, correspondent différents métiers et différents types de relations entre le professionnel et les salariés. Nous proposons de considérer que le métier de médecin du travail consiste à aider les salariés dans leur affrontement aux tensions qu'implique toujours le travail : tensions entre efficacité productive d'une part, préservation et construction de soi d'autre part. Le médecin du travail remplit cette mission en exerçant une fonction de conseil vis-à-vis du chef d'entreprise, des salarié et des représentants du personnel. Pour lui permettre de rester centré sur cette définition du métier, nous proposons de prendre quatre mesures vis-à-vis de l'aptitude et de l'inaptitude.

Suppression de l'aptitude

Il faut supprimer les certificats d'aptitude comme produit systématique des consultations de médecine du travail. Parce que le terme d'aptitude véhicule des significations trop diverses, mais aussi parce que, dans bien des cas, les contraintes du travail interdisent de certifier que le sujet peut faire son travail sans risque pour sa santé. On peut même considérer que le travail est une expérience dans laquelle la question de la santé est toujours engagée, pour le meilleur ou pour le pire.

Laissons donc à la hiérarchie la responsabilité de juger des capacités professionnelles et recentrons le métier de médecin du travail sur la prévention des atteintes à la santé et sur l'accompagnement des salariés en difficulté.

Fiche de consultation ouvrant sur des recommandations

La suppression de la fiche d'aptitude n'entraîne en aucune façon la suppression de la rencontre annuelle avec les salariés. Cette rencontre doit être sanctionnée par un document même lorsque la consultation ne révèle aucun problème de santé. Le médecin remet donc au salarié et à l'employeur une fiche indiquant que le salarié a bénéficié d'une consultation de médecine du travail.

Lorsque l'état de santé du salarié rend nécessaire un aménagement du poste de travail, en accord avec le salarié, le médecin rédige ses recommandations sur la fiche de consultation.

Enfin, la fiche de consultation n'est probablement pas le meilleur vecteur pour faire des recommandations générales d'aménagement de poste. Cependant, le médecin peut l'utiliser pour rappeler les contraintes et nuisances sur lesquelles il a déjà attiré l'attention du chef d'entreprise et qui imposent des mesures de prévention. Ce certificat de consultation peut être demandé par l'inspection du travail.

Il devient alors manifeste que la consultation ne vise pas à juger le salarié mais à relever ce qui, du côté du poste ou de l'organisation du travail, constitue un risque pour la santé. Ces deux premières propositions rejoignent ainsi les conceptions qu'exprimait, en 1988, le conseiller d'État Ducamin : " *Je me demande si, dans un monde d'adultes, et réserve faite du cas où l'inaptitude entraîne des dangers pour les tiers, le rôle du médecin du travail ne devrait pas être d'informer le salarié, et lui seul, sur les inconvénients du poste pour sa santé, sans préjudice de la fonction que le médecin du travail devra exercer sur le poste lui même, pour en faire disparaître les nuisances ou faire atténuer celles-ci, dans l'exercice de son rôle de conseiller de l'employeur.* " (*La Médecine du Travail en France, perspectives*. Rapport demandé par Philippe Seguin, ministre du Travail, 29 avril 1988).

Possibilité de délivrer des certificats d'inaptitude

Nous ne souhaitons pas pour autant la suppression du certificat d'inaptitude mais celui-ci devrait être réservé au cas dans lequel le salarié désire sortir de l'entreprise pour raison de santé. Lorsque l'inaptitude est médicalement justifiée, le médecin en discute avec le salarié et ne rédige le certificat que si cela répond à une demande de sa part. Le certificat est alors remis en main propre au salarié et à lui seul, exactement comme le certificat de maladie professionnelle. Libre à lui de l'utiliser ou non dans un délai à définir.

Comme dans le cas des certificats de maladies professionnelles, le médecin peut parfois souhaiter que le certificat soit rédigé par un tiers. En conséquence, la possibilité de rédiger ces certificats pourrait être étendue aux consultations de pathologie professionnelle.

Stricte définition des postes de sécurité et des contre-indications médicales

C'est certainement sur la question des postes de sécurité, peu discutée dans la profession, que les idées sont les plus floues. Nous souhaitons cependant mettre quelques propositions en débat.

Tout d'abord, les postes de sécurité doivent être précisément définis et cette définition ne peut en aucun cas être laissée à la seule délibération du médecin, pas plus qu'à la négociation au sein de l'entreprise. Les branches industrielles elles-mêmes ne semblent pas offrir des garanties suffisantes. Nous souhaitons donc une définition légale de ce type de poste.

De toute façon, cette liste devrait être limitée. Les postes dans lesquels la défaillance d'un salarié fait courir un risque d'accident à d'autres sont essentiellement les postes de conducteurs d'engins mobiles : conducteurs routiers, caristes, grutiers, pontiers, conducteurs d'engins de chantier, etc. En revanche, il est contestable de considérer comme postes de sécurité les postes de conduite de processus continus. Les fonctions de sécurité intégrées aux automatismes et le caractère collectif de l'activité sont en effet là pour minimiser les conséquences d'une défaillance subite. Quand aux " aptitudes insuffisantes " pour ce type de poste, elles relèvent pour une grande part de

l'évaluation des capacités professionnelles et de la formation. Dès lors qu'elles ne concernent plus des causes physiques d'inaptitudes (faut-il rappeler que le Code du travail ne parle pas d'" aptitude " mais d'" aptitude physique "), elles doivent être renvoyées à la responsabilité de l'encadrement.
Pour les postes retenus, il serait ensuite nécessaire de définir clairement les contre-indications médicales à ce type d'emploi. Une solution consisterait à étendre le système en vigueur pour les permis de conduire délivrés aux conducteurs routiers, à l'ensemble des conducteurs d'engins.
À partir de là deux possibilités sont offertes. Soit laisser le soin au médecin du travail de certifier l'absence de contre-indication légale pour des postes de sécurité eux-mêmes clairement définis par la législation, soit considérer – dans la perspective d'une plus grande cohérence de l'activité du médecin du travail centrée sur sa fonction de prise en charge, de conseiller et d'accompagnateur – qu'il est préférable de laisser cette mission de contrôle à une commission du type de celle des permis de conduire.
Enfin, quelle que soit la solution retenue, les salariés doivent pouvoir bénéficier de réelles possibilités de recours vis-à-vis de ces décisions.

Ces quelques mesures sont loin d'apporter une réponse à l'ensemble des défis auxquels se trouve confrontée la médecine du travail, mais elles peuvent constituer un élément de clarification très utile pour aborder sur des bases plus saines les autres dimensions de notre dispositif de protection de la santé au travail.

_

CHAPITRE 2 : LA SANTÉ AU TRAVAIL, UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE ?

LA SANTÉ AU TRAVAIL, UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE?

*Discipline médicale exclusivement préventive et focalisée sur l'activité de travail, la médecine du travail délimite un champ de connaissances particulier : le champ santé-travail. Ce champ où les rapports sociaux collectifs jouent un rôle de premier plan est donc propice à une approche de santé publique. Secteur de la santé, lui-même particulièrement mésestimé jusqu'alors, la santé publique ignorait, à son tour, les questions de santé liées au champ santé-travail. Le projet consiste en un enrichissement croisé du champ de la santé au travail et de la santé publique. (**" Introduire l'approche santé publique en médecine du travail et le champ santé-travail en santé publique "**)*

*L'un des détonateurs de ce projet a été la précarisation du salariat qui débouche sur l'exclusion et la précarité illustrant le lien indissoluble entre santé et santé au travail. (**" Le médecin du travail face à la précarité et à l'exclusion "**)*

*Du point de vue des spécialistes des questions de santé d'autres disciplines, l'épidémiologie par exemple, la santé au travail relève bien, pour certains aspects, de la santé publique. L'existence de facteurs multiples, ses liens à la vie hors travail, son abord purement préventif par la médecine du travail, en font un champ de connaissance sur la santé potentiellement très prometteur. (**" Santé publique, santé au travail et épidémiologie "**)*

*Toutefois l'expérience montre que l'exercice, comme médecin du travail de l'épidémiologie en entreprise se heurte à des obstacles. La confrontation au désir de contrôle des donneurs d'ordre ne saurait dispenser le praticien de sa responsabilité individuelle, bien au contraire. (**" Épidémiologie en médecine du travail, responsabilité personnelle et pratique coopérative "**)*

À l'interface des différentes disciplines naît un débat entre certains spécialistes et des médecins du travail. Un consensus existe sur la nécessaire mise en place d'une pluridisciplinarité en santé au travail. Mais les avis divergent sur les modalités de cette coopération et de sa coordination.

*Ces spécialistes estiment que la compétence scientifique est le critère de pertinence dominant de cette coopération et de prééminence pour coordonner les études en santé au travail. Cela impliquerait une spécialisation des médecins du travail, faute de quoi leur seraient substitués des experts. (**" La spécialisation en médecine du travail : médecin du travail ou "expert", chronique d'une mort annoncée "**)*

Des médecins du travail insistent sur le rôle décisif de leurs règles de métiers pour créer la confiance indispensable aux études en santé au travail. Ils rappellent l'impérieuse nécessité de s'appuyer sur un contrôle social rigoureux dans ce domaine et remarquent que ces principes confèrent aux médecins du travail une légitimité à assurer, collégialement avec les autres spécialistes le plus souvent, la coordination des études en santé au travail. Le médecin du travail spécialisé est plutôt alors un catalyseur de l'action commune des spécialistes et des médecins du travail. Il n'a donc pas vocation à se substituer à ces derniers.

*(" **Pluridisciplinarité en médecine du travail : les conditions de la coopération et de la coordination "**)*

*C'est la nature de l'expertise en santé au travail qui devrait guider les choix entre ces deux options. De ce point de vue il est possible de définir les conditions pratiques d'une coopération. (**" Expertise en santé au travail et médecine du travail : des propositions "**)*

*Grâce à cette coopération, ressourcée aux règles de métier de la médecine du travail, la santé au travail doit cesser d'être la " terra incognita " de la santé publique : la visibilité sociale lui conférera sa place dans ce domaine. C'est, avant tout, une question de volonté politique. (**" Expression de la santé au travail dans l'espace public, visibilité sociale, et prise de décision "**)*

INTRODUIRE L'APPROCHE SANTÉ PUBLIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL ET LE CHAMP SANTÉ-TRAVAIL EN SANTÉ PUBLIQUE

Dominique Huez

Développer une approche santé publique en médecine du travail, c'est dans l'acception usuelle, développer une politique de prévention générale, par exemple, en ce qui concerne le risque alcoolo-tabagique, le Sida, l'hypertension artérielle ou les hyperlipidémies.

Tout se passe comme s'il y avait la médecine du travail d'un côté, s'occupant du champ santé-travail, et la santé

publique de l'autre développant une prévention générale concernant les problèmes généraux de prévention.

En procédant ainsi on fait plusieurs confusions :
- On ne s'interroge pas sur la spécificité en médecine du travail de l'abord des grands problèmes de prévention. Y a-t'il par exemple, une spécificité de l'approche du risque alcoolo-tabagique en milieu de travail ?
- On oppose un mode d'exercice professionnel, la médecine du travail à un mode d'approche scientifique, la santé publique, en charge de la mise en évidence et de la prévention des problèmes de santé concernant la société. Or, nous tenons pour essentiel le fait de reconnaître que le champ santé-travail est un des champs à aborder avec une approche de santé publique.
- On ne s'interroge pas sur le fait que l'exercice médical en milieu de travail, en sus des informations à fournir pour la collectivité du travail (partenaires sociaux : employeurs et représentants du personnel) se doit ou non de fournir des indicateurs de santé, de santé publique justement, à l'échelle de la société : pour une branche professionnelle, pour un canton, une région, une catégorie spécifique de travailleurs…

PRÉVENTION GÉNÉRALE EN MILIEU DE TRAVAIL

Un certain nombre de médecins du travail sont réticents au développement d'actions de prévention générale en milieu du travail. Deux arguments sont souvent développés :
- Celui, à raison, de la surcharge professionnelle où ceci ne pourrait être envisagé que dans la mesure où le travail spécifique de prévention ayant trait au champ santé-travail soit un minimum effectué. Et il faut constater que les besoins sont ici immenses et insuffisamment comblés. Ils ont peur alors que leur investissement en temps dans des actions " de santé publique " : formation ou acquisition de connaissance dans le cadre d'études générales (comme sur l'hypertension), ne les détournent d'action plus essentielles en rapport avec les problèmes santé-travail.
- Celui de la nécessité de préserver la spécificité d'un mode d'approche en médecine du travail des grands problèmes de prévention. En effet, les problèmes généraux de prévention sont souvent traités sous l'approche de l'éducation sanitaire exclusivement, c'est-à-dire de modifications des comportements individuels. Bien sûr, ce mode d'approche de la santé individuelle est plus facile de mise en œuvre en entreprise que les actions touchant à la prévention collective, particulièrement celle ayant pour cible l'organisation du travail. Certaines actions peuvent même, à tort ou à raison, être perçues pour certains salariés comme pouvant occulter des problèmes plus essentiels de prévention en matière de condition de travail. En matière de prévention, les problèmes unicausaux sont rares et les déterminants sont généralement polyfactoriels. Mais il n'y a pas plus de raison de n'en retenir que les déterminants individuels, que les seuls déterminants collectifs.

Il importe donc en la matière de pouvoir exercer cette prévention générale " en situation ". Aussi pour prendre le cas du risque alcool en milieu de travail, il nous paraît important méthodologiquement d'annoncer qu'a l'occasion de son abord, on posera par principe les questions relatives aux conditions de travail et à l'organisation du travail. On verra ainsi émerger les problèmes de l'hydratation liés au travail en ambiance chaude, les problèmes des lieux de prise de repas et de boisson, surtout pour le travail en horaire décalé. On abordera le problème des " pots " ou apéritifs qui peuvent poser problème par leur fréquence, leur répétitivité et l'absence de choix d'autres boissons que l'alcool mais qui sont aussi un lieu essentiel de rencontre pour échanger informellement, pour " construire " la vie d'un groupe, etc. L'objectif, c'est alors " l'alcool parlons-en ", mais ici et dans les conditions vécues par chacun au travail. C'est à ce prix qu'on construira la transparence, élément essentiel pour traiter ultérieurement les malades alcooliques.

EN SANTÉ PUBLIQUE : UN CHAMP ESSENTIEL ET CONSTITUTIF, LE CHAMP SANTÉ-TRAVAIL

Rares sont les unités de recherche en santé publique ayant pour champ de recherche les relations santé-travail. Trop souvent l'approche santé publique s'intéresse justement à ce qui est " public " dans notre société. Or, ce qui se construit dans l'entreprise, et ici on prendra comme hypothèse que la santé s'y construit – même si trop souvent elle s'y perd – est considéré comme relevant de l'espace privé.

La séparation organique du point de vue des responsabilités entre les ministères du Travail et de la Santé est en soit symptomatique. D'un côté, le ministère du Travail qui veille de façon administrative au développement de l'institution Médecine du travail dans ses rapports avec l'entreprise et les acteurs qui la composent ; la production d'indicateurs en matière de santé utiles ou valides en dehors de l'entreprise, ne semble pas sa préoccupation première. Et quand il arrive à en produire, comme par exemple à travers l'enquête SUMER, il n'ose les porter en totalité, tant ils paraissent dérangeants. D'un autre côté, le ministère de la Santé, qui justement ne prend pas en charge les problèmes de santé au travail, responsable de l'application d'une politique de santé publique. Cela donne que les spécificités socioprofessionnelles sont peu prises en charges dans les grands programmes de prévention.

Ainsi dans la politique de prévention de lutte contre le cancer, on en oublie les cancers professionnels. La campagne européenne, équivalente, n'ayant retenu, elle, que l'aspect éducation sanitaire/protection individuelle dans la prévention des cancers professionnels. Comment pourtant se protéger d'un risque qu'on ignore, qu'on ne maîtrise pas, qu'on ne choisit pas ?…

UNE APPROCHE SANTÉ PUBLIQUE INDISPENSABLE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Malheureusement, la clef d'une dynamique de prévention ne réside plus dans l'entreprise pour un certain nombre de situations du travail : nombre de PME, travail précaire… Une des approches pour rendre efficient l'exercice médical du travail est de travailler sur la " visibilité sociale " hors l'entreprise.

Mais de toute façon, il est essentiel que soient visibles au niveau de la société, les problèmes santé-travail :
- les inégalités socioprofessionnelles sont encore trop peu prises en compte en matière d'espérance de vie ou de cancer ;
- de nombreux problèmes sont encore sous-estimés : usure/vieillissement professionnel, trouble de la reproduction, poids des contraintes liées à la précarité, effet de l'organisation du travail sur le fonctionnement psychique.

Il faut le dire, la médecine du travail est un vaste gisement d'informations où le lien santé-travail est inexploité en matière de santé publique. Les explications en sont :
- la faible préoccupation du ministère de tutelle en la matière, trop préoccupé par une approche réglementaire ;
- la difficulté voir souvent l'incapacité des médecins du travail à se saisir de cette question. Trop souvent, la nécessité de valorisation sociale des connaissances à un autre échelon que l'entreprise est jugée au choix, hors champ, trop difficile, trop délicate.

Il y a besoin en médecine du travail de moyens/structures facilitantes, favorisantes, de soutien pour développer de façon scientifique le gisement d'informations santé-travail exploité par les médecins du travail. Ce travail d'animation/coordination peut être assuré par des médecins détachés plus ou moins partiellement dans les services interentreprises ou autonomes, par les médecins inspecteurs du travail, par des médecins conseils des CRAM, par des chercheurs d'instituts ou d'unités de recherche, etc.

PLUSIEURS APPROCHES SONT POSSIBLES POUR DÉVELOPPER UNE APPROCHE SANTÉ PUBLIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

La santé publique est souvent perçue par ses méthodes lourdes et bien validées scientifiquement. L'épidémiologie, que nous ne saurions critiquer, en est l'exemple. Les médecins du travail, au quotidien, hésitent, ou ne perçoivent pas comment faire les premiers pas permettant la mise en évidence sociale d'un problème.

On a ici envie de plaider pour la réhabilitation des monographies cliniques, premiers recueils de cas, permettant de poser un problème de santé. Les médecins du travail de part un certain regard global qu'ils ont et sur la santé et sur les conditions de travail sont bien placés pour restituer la complexité des interactions santé-travail. Ce passage est souvent décisif et essentiel avant des découpages plus précis liés aux méthodes scientifiques employées : épidémiologie, ergonomie, etc.

Ce qui importe, c'est de réintroduire dans les divers questionnements de santé le point de vue du travail :
- par des compilations de monographies cliniques qui sont le début de la visibilité des problèmes de santé-travail, surtout quand il s'agit de problèmes d'organisation du travail.

Ajoutons à ce propos qu'on reproche facilement au médecin du travail de passer du scientifique au social dès qu'il est question d'organisation du travail. On objectera :
- que c'est le propre de la profession de médecin du travail de décrire les problèmes de santé " en situation " et de permettre leur première émergence afin que leur traitement scientifique soit de plus en plus affiné ;
- que, d'autre part, les contraintes organisationnelles dans une approche polyfactorielle sont souvent des déterminants de santé essentiels : différentes approches scientifiques doivent être employées pour favoriser la visibilité sociale ;
- que dans les approches collectives, il est important de réintroduire la part du professionnel à sa place. Ainsi en ce qui concerne les problèmes de cancérogénèse tabac/amiante qui sont potentialisateurs en terme de risque, il ne serait pas logique d'imputer le surrisque cancérogène de l'exposition des travailleurs fumeurs exposés, au seul tabac. C'est la conjonction des deux risques qui est en cause dans l'explication du risque excédentaire, en dehors du risque de la simple exposition au tabac.

Il y a bien un regard à changer en santé publique ; celui de moins sous-estimer la responsabilité des conditions et de l'organisation du travail.

DE LA NÉCESSITÉ DE STRATÉGIE ET POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Si le médecin du travail est un " initiateur de problématique préventive " tendant à la promotion de la santé, cela ne peut se faire en subissant l'évènement ou la demande. La réglementation incite actuellement à déterminer une problématique et une stratégie de prévention dans l'entreprise (plan d'activité, fiche d'entreprise, document entre le service interentreprises et telle entreprise).

Dans une problématique de santé publique, le médecin du travail doit contribuer par l'initiation ou la participation à des actions de santé publique choisies (recherches, actions de prévention) à une meilleure prise en compte de tel ou tel déterminant de santé, hors l'entreprise, qui lui paraîtrait sous-estimé.

Actuellement, un certain développement de la médecine du travail de surveillance spéciale (radiations, plomb, benzène, écran, bruit…) tend à privilégier une organisation fine de la prévention de quelques facteurs de risque et la production d'indicateurs sociaux s'y afférents. Si nous ne saurions condamner la mise en place de dispositifs spéciaux par rapport à des risques notables, cette démarche peut avoir pour inconvénient de sous-estimer ou d'occulter les autres contraintes auxquelles peuvent être exposés les mêmes travailleurs, particulièrement les contraintes d'organisation du travail des travailleurs précaires, qui sont souvent les plus exposés du fait des mécanismes de sous-traitance des risques.

Dans ce contexte, un des rôles ou une des contributions des médecins du travail à la définition d'une politique de santé publique est de rendre visible le poids relatif de tel ou tel facteur de risque par rapport aux contraintes adjacentes qui peuvent être sous-estimées. Cela n'enlève rien au fait, parfois constaté, que la prévention d'un facteur de risque peut avoir un effet d'entraînement positif sur les contraintes non prises en compte. Mais, on assiste aussi parfois au phénomène inverse où la prévention d'un facteur fait apparaître de nouveaux facteurs de risques ou accroît la rigidité organisationnelle, diminue les marges de manœuvre des travailleurs et rend alors le travail plus insupportable.

Développer une approche santé publique en médecine du travail, c'est donc travailler au niveau de la société, en amont des politiques de prévention à mettre en œuvre, pour sortir du ghetto de certaines situations de travail des problèmes de santé publique du champ santé-travail, pour permettre leur prise en compte. Ce n'est pas un déplacement des pratiques préventives en entreprise mais leur complément indispensable qui doit avoir pour ambition de peser sur la politique de recherche et de prévention en santé publique.

–

LE MÉDECIN DU TRAVAIL FACE À LA PRÉCARITE ET À L'EXCLUSION

Jean-Marie Eber

Depuis près de dix ans maintenant, le médecin du travail est confronté dans sa pratique quotidienne aux transformations profondes des conditions du travail qui ont pour noms : cadence, polyvalence, mobilité, puis précarisation et exclusion pour les plus fragiles.
Le médecin du travail se sent souvent démuni face à ces situations. Il y perd ses repères : tels l'aptitude à un poste de travail qui ne reflète plus du tout la réalité dans bon nombre d'entreprises, ainsi que l'amélioration des conditions de travail qui échappe à son analyse, tant les données sont fluctuantes.

Cette situation a déjà été décrite dans bon nombre d'articles. Aussi ne nous y attarderons-nous pas outre mesure.
Comment, par-delà ces difficultés le médecin du travail peut-il conserver une action efficace dans le domaine de la prévention des maladies et accidents et dans celui de la préservation de la santé pour les salariés qui lui sont confiés ?

En outre, ne doit-il pas s'intéresser aux personnes en situation d'échec professionnel, aux personnes exclues du travail dont la santé et la dynamique de recherche du travail se perdent rapidement ?
Ce sont les questions que tout médecin du travail est en droit de se poser face aux nouvelles données auxquelles il est confronté.

Après une analyse rapide de la situation, essayons d'esquisser les voies de travail possible :
Chaque année, le médecin du travail se sent un peu plus en porte à faux vis-à-vis de ses certitudes professionnelles :
- les avis d'inaptitude, lourds de conséquences pour l'emploi, sont délivrés lorsque la santé du salarié est déjà compromise par un travail non adapté… ;
- son suivi du poste de travail est rendu difficile, voire impossible dans de nombreuses entreprises où polyvalence est maître mot ;
- ses conseils sur les conditions du travail sont rendus inopérants par les cadences de plus en plus soutenues, et les directives rigides et parfois mal adaptées aux conditions locales de travail, des normes ISO 9002.

La souffrance et la précarisation des salariés sont la rançon de tous ces dérèglements intervenus.
Ces faits se remarquent tout particulièrement dans le secteur du bâtiment, des services, notamment le nettoyage industriel.
Le médecin du travail pratique l'écoute active de ses salariés en cabinet de consultation.
Il observe la flambée de maladies professionnelles (troubles musculo-squelettiques), les maladies psycho-somatiques, les troubles psychiques, les malaises dans les équipes de travail et ses tentatives d'intervention au niveau du travail trouvent rapidement leurs limites. Le livre *Souffrances et précarités au travail, …* a largement débattu de ces questions pour ne pas y revenir.

Comment le médecin du travail peut-il agir efficacement ?
Les salariés, fragilisés par leurs conditions de travail ont le souhait d'un suivi par un interlocuteur indépendant de l'entreprise qui puisse les écouter, les comprendre, leur redonner confiance.
La visite médicale annuelle et surtout à la demande du salarié reprend toute sa valeur.
Les tentatives d'échelonnement des consultations avec périodicité de deux ans ont pour la plupart échoué, se heurtant au refus des salariés.

Dans son tiers temps le médecin du travail se préoccupe des dérèglements au travail, d'avertir la direction sur le climat malsain de l'entreprise, de soulever ces questions au niveau du CHSCT. Il essaye de participer à l'élaboration des directives, à infléchir des décisions trop contraignantes ou trop brutales.
Son rôle dès lors est beaucoup moins celui d'un conseiller technique, d'un ergonome, que d'un psychologue qui arrondit les angles ou prévient les " implosions ". Ce qui ne doit pas l'empêcher de critiquer les dérèglementations, qui ont abouti à ces situations de malaise.

Ces situations dans l'entreprise amènent malheureusement l'exclusion des personnes les plus fragiles. Le médecin du travail doit-il s'en désintéresser, sous prétexte qu'elles n'entrent plus dans le cadre de la législation ?
Au contraire, ce doit être une préoccupation pour le médecin du travail pour l'avenir. Pourquoi ?

L'exemple a été le plus frappant au niveau des salariés temporaires. Dans les années 90 à 92, le travail temporaire était en plein essor. Les offres d'emploi étaient supérieures aux demandeurs d'un emploi en intérim. Aussi les agences ont-elles recruté toute personne qui se présentait.
Et c'est à cette époque que le médecin du travail des entreprises de travail temporaire a détecté des pathologies que l'on ne voyait plus en médecine du travail. Des personnes jeunes pour la grande majorité, confrontées au chômage présentaient des maladies cutanées (gale, impétigos…), hernies non opérées, caries dentaires, dépendances aux drogues (alcool, héroïne)… hygiène des plus limitées… En corollaire ces jeunes étaient incapables d'assurer une mission de travail, à commencer par le respect d'horaires réguliers…
Un travail de suivi, pour encourager les soins, et la reprise de conscience de leur corps a été nécessaire avant de pouvoir envisager une reprise du travail.
Le médecin du travail s'y est attelé avec sa bonne volonté et ses limites en temps et en moyens non prévus par le législateur en débordant largement sur ses horaires impartis.

En 1997, ces mêmes personnes ne se retrouvent plus en intérim où la sélection, aggravée par l'application des normes ISO 9002, est draconienne.
Elles ont perdu toute énergie et toute santé leur permettant de briguer un poste de travail. On les retrouve au niveau des missions locales pour les plus jeunes, les bénéficiaires du RMI pour d'autres, dans des entreprises d'insertion, associations intermédiaires, régies de quartier… pour les troisièmes, sans parler de celles qui ont abandonné tout espoir et toute dynamique de lutte. La santé ne fait plus partie de leur préoccupation et la carte santé, délivrée par les mairies, permettant les soins gratuits, n'est pas utilisée.

Constat amer, mais réel…

La médecine du travail n'a pas sa place dans ce domaine : ce n'est ni sa fonction, ni sa vocation, d'être un médecin social, diront les puristes.
Bien au contraire, du fait d'un pourcentage de plus en plus important de personnes dans cette situation, le médecin du travail ne peut s'en désintéresser.
Il s'agit même pour lui de relever un nouveau défi.

Comment ?
Le législateur n'a pas prévu l'obligation de la médecine du travail dans certaines structures d'insertion. Tout médecin peut y suppléer.

N'est-ce pas une erreur ?
C'est justement lors de réinsertion professionnelle que le salarié est le plus fragile. Il profiterait d'un suivi de son état de santé, ainsi que d'un suivi au niveau de son poste de travail presque jour par jour. Fragilisé par une longue période de chômage, n'étant plus habitué aux horaires ni à une rigueur du geste professionnel, il ne peut assurer immédiatement tout le travail qu'on lui impose. Le médecin du travail connaissant l'entreprise, les contraintes du poste de travail, ainsi que les problèmes de santé du salarié serait le mieux placé pour le conseiller, l'encourager à persister dans son effort et l'orienter pour des soins si cela s'avérait nécessaire.
Le tiers temps pourrait être enrichi, dans ces entreprises où tous les salariés sont fragilisés, par une information ou formation sur des questions de santé, d'hygiène… au choix des personnes, leur permettant de reprendre conscience de leur corps, d'une hygiène de vie et de gestes élémentaires de sécurité.
Des expériences sont déjà en cours dans ce domaine et en voie d'évaluation par l'intermédiaire d'associations.
Le temps imparti pour ces activités devrait être calculé, dans le temps du médecin du travail.
En poussant plus loin la réflexion, toute personne au chômage, les bénéficiaires du RMI, les jeunes suivis par les missions locales devraient bénéficier d'un suivi médical orienté vers le travail.
Ce serait le rôle des médecins de la main-d'œuvre, formés en médecine du travail, ou des médecins du travail. Car nous nous trouvons de nouveau en situation de problèmes de santé dus au manque de travail ou d'activité en général.
Ce n'est qu'en essayant de promouvoir de front la santé et le travail que l'on arrivera à redynamiser des personnes ayant cessé toute lutte.

Le médecin du travail de par sa connaissance des emplois dans les entreprises de sa ville ou de son département pourra conseiller utilement l'orientation des personnes et assurer tout de suite le suivi dans l'entreprise ou passer le flambeau à son collègue de l'entreprise.
Dans cette optique un travail en réseau est à créer incluant les travailleurs sociaux, les structures d'insertion, les ANPE, les associations, les entreprises, les médecins de soins, de main-d'œuvre et les médecins du travail. Les centres de bilan de santé, gérés par les caisses primaires,

pourraient apporter leur concours pour des examens complémentaires orientés par la clinique.

Utopie pour certains, mais réalité tangible pour d'autres et nécessité vitale pour toute une partie de la population s'enfonçant dans la précarité.
Déboussolé par " les dérives " de sa pratique médicale qu'entraînent les bouleversements économiques, le médecin du travail doit dénoncer les causes de ces dysfonctionnements préjudiciables aux salariés.
Mais en même temps il doit se donner les moyens d'en atténuer les effets pervers auprès des salariés, par une présence, un soutien et une action sans faille à la défense de leur bien-être au travail.
Il doit aussi s'intéresser aux personnes exclues de l'entreprise ou en voie de l'être en les aidant à conserver ou retrouver leur santé, leur ouvrant des possibilités nouvelles d'accès à l'emploi. Il utilisera pour cela sa pratique clinique de l'écoute individuelle et ses connaissances du milieu du travail. Il essayera de travailler en réseau, en tissant un large filet avec toutes les structures travaillant dans un même but.

Cela doit faire partie, entre autres, d'un défi à relever pour la médecine du travail, face aux nouvelles données économiques.
Le voudra-t-elle et lui en donnera-t-on les moyens ?

SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ AU TRAVAIL ET ÉPIDÉMIOLOGIE

Francis Derriennic
Epidémiologiste, INSERM U170

Discuter la santé publique et la santé au travail à la lumière du regard épidémiologique, comporte un piège sémantique. D'une part il y a là un ensemble de mots qui paraissent indissociables, non pas interchangeables, dont les relations étroites se retrouvent commentées dans la majeure partie des conclusions auxquelles veulent aboutir colloques, séminaires et rapports consacrés à la santé de l'homme au travail. D'autre part il y a le risque, dès que les mots sont jetés d'être terriblement réducteur et de donner à penser, si l'on n'y prend pas garde, qu'il y a un triangle fondamental permettant de classer et comprendre les problèmes de santé au travail.

Pour sortir de ce piège et essayer de rester simple, je me limiterai à des remarques sur la pratique des travaux de recherches à caractère épidémiologique.
Les travaux épidémiologiques ont-ils tous une finalité de santé publique ? Oui pourrait-on répondre puisque d'une certaine manière ils sont focalisés sur la recherche des déterminants de la santé et que toute connaissance nouvelle en la matière est susceptible, tôt ou tard, d'être intégrée dans des mesures professionnelles, sociales, économiques… visant à promouvoir une amélioration de la santé de chacun et donc on l'imagine, en moyenne de tous, c'est-à-dire ayant à voir avec la santé publique.
Ne pourrait-on tout aussi bien répondre à la question précédente, ne serait-ce qu'au vu des difficultés à dire ce qu'est la santé publique : autant de professeurs de santé publique, autant de points de vue, autant de décideurs, autant de besoins différents en informations et connaissances, autant de spécialités médicales et de champs de recherches en santé, autant de priorités et de modèles sur la santé de l'homme et des populations.

Il faut rejeter cette alternative extrême car elle paralyse la réflexion. Il me semble plus utile de faire la distinction suivante :
- la santé publique est un champ de réflexions et d'actions : celui de la santé des populations sur lequel seront portés des discours, des regards, des observations, des études et des actions ;
- l'épidémiologie est un outil parmi d'autres : ergonomie, économie, sociologie, médecine,… qui permet d'aborder spécifiquement (au sens des moyens mis en œuvre par l'outil) ces discours, ces regards, ces observations, ces études et ces actions sur la santé des populations.

D'une certaine manière, d'après la littérature, on peut opposer deux types de définition de l'épidémiologie :
L'une très large qui vise à spécifier les objectifs, comme celle de Milton Terris[129] : l'épidémiologie est la science de la santé dont les buts sont :
- découvrir les facteurs de risque ;
- déterminer l'importance relative des atteintes de la santé pour cerner les priorités de recherche et d'action ;
- identifier les sous groupes de population à risque pour tel facteur pour cerner les priorités d'action ;
- évaluer l'efficacité des programmes d'actions de santé.

L'énoncé est séduisant mais me paraît davantage cerner les grands types de questions auxquelles nous pouvons essayer de répondre dans le champ de la santé publique plutôt que ce qui est spécifique à l'épidémiologie, à moins de rendre cet outil " hégémonique " en ce sens qu'il serait le seul moyen pour répondre à ces questions.
Cette fois l'épidémiologie n'est pas définie en terme de santé publique (champ d'application) mais en terme d'objet : la santé, et notamment la santé individuelle, et d'instrument d'observation : des fréquences sur des collectifs de sujets. Il s'agit alors d'un outil parmi d'autres, donc non exclusif, même s'il reste un outil privilégié comme tout marteau dans la trousse de l'ouvrier.

Cette dernière définition fait apparaître un problème fondamental. Puisqu'il est question de fréquence, l'objet étudié est une collection d'individus et par conséquent la portée des résultats concerne cette collection dans son

[129] Milton TERRIS, Epidemiology and the public health movement. J. Chron. Dis. , 1986, 39 : 953-961

entier par contre les observations initiales qui conduisent à l'évaluation des fréquences concernent les individus un à un au sein de cette collection. La difficulté de l'interprétation réside dans ce passage du " un à un ", de l'irréductible singularité de chacun, au discours sur ce qui est commun au sein de la collection de sujets.
Ceci explique la part considérable des travaux méthodologiques (et qui ne sont pas directement dans le champ de la santé publique) consacrés aux instruments de mesure des altérations de la santé : contenu, forme (autoquestionnaire, examen clinique, tests…) et à leur caractéristiques (sensibilité, spécificité, reproductibilité…).

Alors la santé au travail ? Il me semble qu'il s'agit d'une question de santé publique. Le mot travail renvoie aux activités professionnelles qui se déroulent pendant plus de la moitié de l'espérance de vie à la naissance. Ces mêmes activités occupent au moins le tiers du temps de chaque journée et pour ceux qui n'ont pas d'activité professionnelle (femmes à la maison, personnes à la recherche d'un emploi, personnes en incapacité de travail) le rapport au travail professionnel conditionne leur vie.
Au fond, et c'est à nouveau une question de définition, la santé publique, ou tout au moins les problèmes de santé publique, ce ne sont pas seulement l'hygiène, l'alimentation, le milieu ambiant (air, eau,…), la prévention des maladies infectieuses, etc. Ces problèmes sont bien réels mais, par contraste peut-être, ce sont ceux que l'on a voulu voir jusqu'à présent comme les seuls concernant les populations dans leur entier et par conséquent comme définissant, ou tout au moins remplissant, la quasi totalité du champ de la santé publique. Et c'est donc, d'une façon réductrice, hors de ces champs que l'on a considéré celui du temps des activités humaines consacrées au travail professionnel.

" Well being in the working life ", " bien-être dans la vie professionnelle ", disent nos amis anglais, me paraît être ce qu'il faut faire émerger aujourd'hui comme concept dans notre pays. Il n'y a pas la vie hors travail avec ses déterminants génétiques sociaux et environnementaux, et la vie au travail comme un monde à part.
Pour m'en convaincre : le constat persistant de la mortalité différentielle par catégorie socio-professionnelle, en France certes, mais aussi dans les autres pays pourtant culturellement, socialement et en partie génétiquement différents, ne cesse d'augmenter pour inclure au cœur des problèmes de santé publique, la santé au travail (ou dans ou par rapport au travail).
Il y a là un fameux argument épidémiologique, mais il y a de nouveaux constats avec l'apparition de modèles multifactoriels qui prennent en compte ce qui est physique et visible dans le travail (charges, postures, nuisances – telles la chaleur, le froid, les poussières, les vibrations…), et l'invisible omniprésent et structurant formé par l'organisation du travail (contraintes de temps, exigences de rendement excessives…), par les paramètres psycho-sociaux relatifs à la monotonie, à l'intérêt du travail, au choix dans la manière de conduire sa tâche, aux relations interindividuelles avec l'encadrement, avec les collègues et même avec le milieu familial. Des percées nouvelles sont apparues en particulier en étudiant les altérations de la santé qui n'ont pas encore le statut de maladies comme les douleurs articulaires, les troubles du sommeil, les perturbations des paramètres circulatoires, au point qu'il parut impensable de proposer des stratégies de prévention qui ne seraient pas elles-mêmes multifocalisées à la fois sur les contraintes physiques et sur les paramètres psycho-sociaux associés au travail.

Ces avancées sont encore balbutiantes, elles laissent de côté dans la quasi totalité des cas :
- les aspects évolutifs (difficultés spécifiques des approches longitudinales,…), notamment les effets en terme de vieillissement (dans les deux sens de la relation âge k travail ou travail k âge) :
- les interactions entre les différentes composantes de la vie professionnelle.

De même, on attend les études qui porteraient sur les relations entre la santé et le parcours de vie professionnelle alors même que s'opèrent des mutations considérables sur les modes d'entrée et de sortie de la vie active.
De même on attend aussi plus d'information sur les effets à long terme en particulier, durant la période post-professionnelle, des expositions, des contraintes et des conditions de travail sur les déficiences physiques ou mentales qui empêchent que les gains d'espérance de vie, obtenus ces cinquante dernières années, le soient en terme de vie sans dépendance, sans incapacité et il s'agit bien là d'une question de santé publique.

Mais peut être faudrait-il encore dire quelques mots sur la médecine du travail et sur l'articulation connaissance/décision. C'est-à-dire finalement sur recherche/action.
Dans un récent article *Occupational medicine for one and all*, Schilling[130] écrivait : *" Occupational physicians, enlightened employers, and trade unionists will agree that the aim of an occupational health service is to protect and promote the health of people at work and not to serve narrow managerial or union interests. "*
C'est dire que les relations entre les connaissances et les moyens mis en œuvre, ici médiatisés par la médecine du travail, vers l'action passe par l'éthique, c'est-à-dire les valeurs, normes et objectifs assignés pour orienter l'action.
Ce n'est ni de la santé publique, ni de la science, c'est de l'ordre du choix dans un univers de possibilités. L'histoire, la philosophie serait de plus d'utilité pour discuter de ces points.

[130] R. S. F. SCHILLING, Occupational medicine for one aqd ail, Br. J. Ind. Med., 1991, 48 : 445-450

En l'état actuel la médecine du travail présente cette énorme singularité d'être constituée de professionnels de la santé entièrement tournés vers la prévention et non pas vers la thérapie secondaire des atteintes de la santé. Présents sur les lieux de travail, dotés d'un pouvoir spécifique : le secret médical qui confère les moyens de l'indépendance, la médecine du travail – du moins dans le système français – est à même d'exercer cette fonction de gardien du choix de valeur : la promotion de la santé des salariés d'abord.
Certes les médecins du travail ne peuvent travailler seuls, et ils ne le doivent pas, mais leur exercice à l'intersection de l'écoute individuelle et du regard sur les collectifs au travail leur donne une responsabilité de premier plan en santé publique.

De plus en plus les modèles multifactoriels sont mis en avant tant par les épidémiologistes, que les psychologues et ergonomes qui s'intéressent à la santé au travail. De plus en plus émerge l'idée que les symptômes et les troubles généraux de la santé : douleurs, sommeil perturbé, comportements perturbés (médicaments, absentéisme…) forment le fondement de la destruction de la santé au travail, et par conséquent de la santé tout court, et que la prévention passe par des cocktails impliquant de prendre en compte simultanément les conditions physiques, les contenus des tâches et les modes organisationnels. De plus en plus, la recherche fait également état de résultats montrant des interactions négatives pour la santé entre les exigences professionnelles (heures supplémentaires, engagement total…) et la vie hors travail (famille, vie associative…), bref entre les contenus de la vie professionnelle et personnelle. Les résultats sont encore trop fragmentaires pour donner lieu à des orientations d'actions précises. Mais là encore les médecins du travail peuvent donner libre cours à leur rôle de sentinelle, c'est-à-dire d'alerte, pour peu qu'ils sachent comment passer du fragmentaire au collectif avec l'aide d'autres spécialistes (épidémiologistes, psycho-pathologistes, sociologues, toxicologistes, ergonomes…).

Je terminerai sur l'articulation connaissances-décisions puisque j'épouse volontiers la thèse que l'épidémiologie est une discipline en soi et donc un instrument au service de la production des connaissances et que la santé publique est un champ d'actions. Je me limiterai encore à quelques remarques :
En dépit de récents progrès la recherche épidémiologique, celle qui nous conceme ici, en santé-travail, demeure ridïculement peu développée. Il ne faut donc pas s'attendre à des moissons extraordinaires sur tous les fronts : limites d'exposition, effets aux faibles doses, processus temporels, et ceci dans tous les champs – cancers, pathologies respiratoires, circulatoires, ostéoarticulaires, mentales, etc. Et au passage il ne faut pas oublier l'indispensable recherche sur les méthodes d'estimation tant des atteintes de la santé – que l'on songe en particulier aux questionnaires et à leur validation – que des paramètres professionnels (expositions bien entendu, mais aussi tout le vaste domaine de l'analyse de la demande et de la satisfaction au travail et des supports sociaux vis-à-vis de l'encadrement et des collègues).
On a pu entendre des reproches quand au manque de recherches dans le domaine de l'évaluation des actions.
Il faut alors interroger les politiques de recherches; l'attribution des ressources orientées au travers des contrats ; les conditions d'exercice de la recherche où la course à la publication originale surdétermine les carrières des chercheurs.
Bref, il faut interroger les priorités que la société se donne, c'est d'ailleurs la règle démocratique à laquelle nous devons nous plier.
Deuxièmement, il n'est pas évident que tous les problèmes relèvent de la recherche. Si l'on prend l'exemple des cancers professionnels, il n'est pas rare de voir les demandes de recherche concemant des relations expositions professionnelles-cancers pour des cancers déjà connus comme pouvant être d'origine professionnelle. Toute nouvelle recherche risque alors d'être un alibi à un autre problème, directement de santé publique celui là : la reconnaissance de la maladie professionnelle. Pour un peu plus d'une centaine de cas de cancers professionnels reconnus chaque année, les estimations (issues de la recherche) du nombre de cas attribuables à des facteurs professionnels parmi les décès par cancer se situe en France autour de 5 000 cas. La disproportion des chiffres est suffisamment frappante pour montrer que le problème est au niveau des pratiques au sein des systèmes de reconnaissance et qu'il s'agit là d'un problème de santé publique qui ressort à nouveau des choix de société.

Enfin pour terminer, je voudrais insister à nouveau sur deux questions de santé publique où tout à la fois il n'est pas nécessaire d'attendre pour agir et où il paraît indispensable de développer des recherches, notamment épidémiologiques.
Il s'agit d'une part des évolutions de la santé avec l'âge et du rôle des caractéristiques du travail sur ces évolutions. Le vieillissement démographique général, comme celui des populations au travail impliquent de mieux connaître les effets à long terme du travail et très probablement de penser la prévention aux âges élevés, y compris après la retraite, sur le continuum du parcours de la vie professionnelle.
D'autre part, et l'idée précédente nous y amène également, la France, l'Europe et d'autres pays encore sont confrontés à la précarisation du travail par la pression du chômage et des multiples moyens de gestion sociale du chômage via les divers modes de travail précaire mis en place. Nul doute que parmi les recherches à venir en santé au travail, pour peu que les moyens en soient fournis, il y ait là une question capitale. Il faudra s'emparer aussi de la santé en fonction du parcours travail-hors travail non seulement pour ceux qui sont concernés mais également pour ceux qui sont au travail, à cause des effets indirects induits par la déstabilisation des effectifs sur les lieux de travail et par

l'absence de marge de manœuvre sur le marché de l'emploi.

ÉPIDEMIOLOGIE EN MÉDECINE DU TRAVAIL, RESPONSABILITÉ PERSONNELLE ET PRATIQUE COOPÉRATIVE

Ellen Imbernon

L'article 69 du Code de déontologie médicale le précise : *" chaque médecin est responsable personnellement de ses décisions et de ses actes "*, et ceci, quel que soit le mode d'exercice médical (médecine de soins, médecine préventive, médecine de santé publique). L'article R. 241-32 du Code du travail, le confirme pour le médecin du travail : *" le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions ".*

On le sait, les fonctions du médecin du travail l'amènent à œuvrer aussi bien dans le champ individuel que dans celui de la collectivité ; il doit mettre en perspective les informations recueillies dans le colloque individuel et celles observées sur le milieu de travail, il doit participer à des études de poste, il doit coopérer avec ses confrères, il doit s'associer aux travaux multidisciplinaires, à des études et enquêtes notamment épidémiologiques, il doit rendre compte et témoigner, il doit….

Dans chacune de ces dimensions, sa responsabilité personnelle est engagée. Celle-ci prend des formes spécifiques dans chaque situation et ne sera pas la même s'il s'agit d'un avis d'inaptitude, de la mise en œuvre ou non d'un examen complémentaire, ou d'un accident post-vaccinal.

Pour la surveillance du milieu de travail, quelle est le niveau de responsabilité d'un médecin du travail ? Un médecin du travail qui n'aurait pas alerté sur la nécessité de rechercher l'amiante sur les lieux de travail aurait-il une part de responsablilité ? Un médecin du travail qui, connaissant la présence d'amiante sur des lieux de travail aurait omis de le signaler aux salariés et aux dirigeants d'une entreprise, aurait-il une part de responsabilité ?

Dans le cadre d'une étude ou d'une enquête épidémiologique, lorsque plusieurs médecins du travail se regroupent pour élaborer des pratiques coopératives, qu'en est-il alors de la responsabilité de chacun d'entre eux quant au devenir de ces études, la publication des résultats et leur mise en débat dans le champ social ?

La responsabilité personnelle de chacun d'entre-eux est-elle engagée de la même façon ?

L'histoire ci-dessous illustre la manière dont ce type de question s'est posé dans une grande entreprise publique et ne manquera pas de se poser à nouveau.

Le service autonome de médecine du travail d'une grande entreprise publique française avait développé, depuis quelques années des activités centralisées de surveillance épidémiologique de la santé de la population des salariés de l'entreprise en relation avec leur travail. Pour cela, elle employait à l'échelon central, des spécialistes chargés de promouvoir l'épidémiologie parmi leurs confrères médecins du travail, de développer ce type de surveillance de la santé des collectivités de travailleurs, d'organiser un certain nombre d'études à leur propre initiative ou à celle de certains confrères et de développer les outils nécessaires.

Une commission composée de médecins du travail des entreprises, était chargée de suivre cette activité en épidémiologie et, le cas échéant, de proposer des sujets d'investigation correspondant aux besoins repérés localement.

Un grave désaccord entre les épidémiologistes du service central et la direction de l'entreprise sur les orientations, les thèmes à étudier ainsi que sur la politique de " communication " des résultats survient. Ce désaccord se transforme en un conflit ouvert, à l'initiative de l'employeur qui engage alors une épreuve de force. L'un d'entre eux est amené à démissionner, l'autre est licenciée et pour finir, les ingénieurs et technicien qui travaillaient avec eux démissionnent également. Le médecin du travail chargée de mission en épidémiologie sera par la suite réintégrée par décision de justice et mise " au placard ".

C'est dans ce contexte qu'une réforme de fond du service de médecine du travail intervient, le service central de médecine du travail se transforme en un service d'entreprise, dit " d'appui à la médecine du travail ", fonctionnant sur un mode " banalisé ", non médical.

Les travaux épidémiologiques entrepris sont confiés à un cadre de l'entreprise, ne bénéficiant d'aucune garantie contractuelle d'indépendance professionnelle et n'obéissant plus, de ce fait, à la logique médicale ni à celle de la médecine du travail, mais à la logique d'entreprise où la position et l'autorité hiérarchiques sont les valeurs suprêmes, ce qui ne tolère aucune contestation de celle-ci, ni aucun avis divergent, sous peine d'enrayer les rouages.

Du fait de ces modifications, de nombreuses questions vont alors se poser quant au devenir des travaux engagés, comme le montrent les deux exemples concrets ci-dessous.

Premier exemple : dans cette grande entreprise, les épidémiologistes exerçant dans le service de médecine du travail ont proposé un programme de surveillance épidémiologique des travailleurs, en relation avec leurs expositions professionnelles.

Ce programme a été accepté par l'ensemble des partenaires et des médecins du travail qui y coopéraient, sur la base du volontariat.

Dans le cadre de ce programme de surveillance, une matrice emplois-expositions a été réalisée. Cette matrice emplois-expositions, a été utilisée dans plusieurs études épidémiologiques.

Grâce à cette matrice, l'évolution dans le temps des expositions professionnelles ainsi que leur distribution selon les différents secteurs d'activité et les différents métiers a pu être décrite.

Après la parution de l'arrêté du 28 février 1995 réglementant le suivi post-professionnel des salariés ayant été exposés à des nuisances cancérogènes, les médecins du travail chargés de son suivi ont jugé que cette matrice pouvait constituer une aide à l'ensemble des confrères médecins du travail, pour élaborer les attestations d'exposition à remettre aux salariés au moment de leur départ en inactivité. Ceci leur a été proposé et semblait leur apporter des éléments utiles pour remplir leurs obligations professionnelles et aider les salariés à faire valoir leurs droits.

La matrice a été réalisée en partenariat entre un groupe de médecins du travail représentants les divers secteurs d'activité de l'entreprise et les spécialistes en épidémiologie du service central de médecine du travail.

Du fait de la complexité de l'outil que constitue une matrice emplois-expositions et de sa vocation à couvrir l'ensemble des secteurs et des métiers existant dans l'entreprise, sa gestion, sa maintenance et ses applications étaient centralisées et confiées au médecin du travail, chargée de mission en épidémiologie.

Les matrices emplois-expositions permettent d'attribuer à des emplois, selon différentes périodes, des expositions professionnelles. Lorsqu'on les utilise, il suffit de disposer de l'histoire professionnelle de chaque travailleur pour retracer ainsi ses expositions professionnelles au cours de sa carrière. Bien sûr, cela engendre des risques d'erreur par mauvais classement qui sont importants et nécessitent une validation et une mise à jour permanente.

Une matrice emplois-expositions, qui est un instrument très précieux lorsqu'il est utilisé en connaissance de cause par des personnes en maîtrisant bien le contenu, peut se révéler redoutable si elle est utilisée en routine. En effet, les informations qu'elle contient correspondant à des expositions moyennes par métier, un individu qui serait classé non exposé à une nuisance du fait du métier qu'il exerce, peut en réalité avoir été exposé, car, à titre personnel, bien qu'exerçant ce métier, il était chargé de tâches particulières; dans ce cas, il est clair que l'utilisation systématisée automatisée de la matrice sera très préjudiciable à la personne. C'est pourquoi, les informations individuelles obtenues à l'aide d'une matrice ne sont qu'une aide pour le médecin du travail et ne peuvent en aucun cas se substituer à son avis.

Conscients des dérives possibles dans l'utilisation d'un tel outil, un accord écrit entre les médecins du travail ayant participé à son élaboration et le service central de médecine du travail, stipulait que toute utilisation de la matrice ferait l'objet d'un accord de l'ensemble du groupe de travail (représenté par trois de leurs confrères).

C'est dans le cadre de ces accords que la matrice a été appliquée pour évaluer notamment, le risque de cancer bronchopulmonaire des travailleurs de l'entreprise en relation avec leurs expositions professionnelles (amiante, brai de houille, silice, créosotes), le risque de leucémie des travailleurs ayant été exposés au benzène au cours de leur carrière professionnelle dans l'entreprise, ou vérifier l'absence de lien entre consommation de tabac, conditions de travail et expositions professionnelles. D'autres études avaient débuté ou étaient en préparation.

Ces différentes études se menaient conformément au protocole d'accord, et les résultats de ces travaux ont tous été diffusés en toute transparence dans l'entreprise comme à l'extérieur de l'entreprise.

Ce mode de fonctionnement semblait donner satisfaction, jusqu'au jour où la direction de l'entreprise est entrée en conflit ouvert avec le médecin du travail responsable de la base de données au service central. Les événements s'enchaînent alors très vite, et l'employeur, décrète que l'épidémiologie en médecine du travail est une activité de *" recherche d'entreprise, qui s'apparente à toute recherche "* et décide alors que *" les études appartiennent à l'entreprise ".*

La base de données est réquisitionnée de force par le service informatique, les confrères responsables au niveau central sont écartés autoritairement des applications de l'outil, malgré leurs nombreuses et réitérées mises en garde sur des utilisations abusives. Les confrères médecins du travail chargés à l'origine par le groupe, de l'élaboration de l'outil, ne sont plus informés des applications nouvelles, et la matrice emplois-expositions est considérée comme une base de données informatiques réservée à la direction de l'entreprise.

Dans ce contexte,
- Où est la responsabilité de chacun dans l'éventualité d'une utilisation non conforme aux accords initiaux ?
- Qui serait responsable si cette utilisation portait préjudice à un travailleur de l'entreprise ? Le médecin du travail du salarié ? le médecin du travail épidémiologiste ? le groupe de travail ?
- Comment les confrères ayant fourni les informations permettant de construire la matrice emplois expositions peuvent-ils être exclus de l'issue des diverses applications de la matrice ?

- L'employeur peut-il s'approprier des outils développés dans le contexte très précis de la médecine du travail, dans un cadre déontologique et réglementaire strictement défini après qu'il en ait modifié autoritairement et unilatéralement les règles de fonctionnement et les structures ?
- L'employeur peut-il détourner des données issues de pratiques collectives en médecine du travail de leur destination d'origine ?

Deuxième exemple : une enquête épidémiologique coopérative étudiant les facteurs professionnels des TMS est mise en place par un groupe de médecins du travail. Cette enquête est organisée et réalisée sous la responsabilité du médecin du travail chargée de mission en épidémiologie au service central de médecine du travail. Dans le cadre de cette enquête, un recueil d'informations est organisé auprès de l'ensemble des médecins du travail de l'entreprise volontaires pour y participer.

Elle est déclarée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés, conformément à la loi de 1978 relative au fichiers de données nominatives. Comme l'exige la loi, ces responsabilités sont confiées à une personne désignée nominativement, qui s'engage au respect de la confidentialité des données, à permettre aux sujets de l'étude d'exercer leur droit d'accès aux données les concernant et à respecter l'objectif déclaré et la finalité du recueil. Au vu du protocole, la CNIL donne son accord et les responsabilités sont confiées personnellement au médecin du travail chargée de mission en épidémiologie. L'enquête se déroule alors.

Dans le même contexte que précédemment, la direction de l'entreprise, toujours au prétexte que " les études appartiennent à l'entreprise ", demande officiellement à la CNIL, alors que l'enquête a débuté et que les données ont été recueillies, de substituer au médecin du travail responsable, un cadre de l'entreprise, désigné par ses soins car nommé à une position hiérarchique par la direction de l'entreprise.

Le médecin du travail désigné nommément comme responsable de l'enquête, fait savoir à plusieurs reprises à la CNIL sa volonté d'assumer ses responsabilités, de tenir ses engagements auprès des salariés de l'entreprise et de ses confrères médecins du travail et de poursuivre l'étude, conformément aux protocoles initiaux.

Malgré cela, la CNIL, n'ayant vraisemblablement jamais été confrontée à ce genre de situation, après un an de réflexion et des interventions réitérées de la direction de l'entreprise, ne s'oppose pas à ce que la modification des responsabilités soit effectuée par l'employeur et l'autorise de fait à poursuivre l'enquête dans un contexte différent des protocoles d'origine, à la seule condition que soient respectées les mesures prises pour garantir la confidentialité des données.

Or, la loi sur l'informatique et les libertés, qui préserve le droit des citoyens quant à la confidentialité des données nominatives, est faite également pour préserver la destination et la finalité pour laquelle ces données ont été recueillies. C'est ainsi qu'un fichier de noms ou d'adresses recueilli par un organisme, ne peut être donné (ou vendu) à un autre organisme pour être utilisé à d'autres fins.

Dans cet exemple, la CNIL autorise donc que des données de santé recueillies par la médecine du travail, soient transmises à l'employeur qui se charge de faire analyser ces données pour son propre compte ! !

- Qui garantit désormais que l'objectif initial sera bien poursuivi ?
- Qui garantit désormais que les résultats seront restitués dans le champ social de façon transparente et ne seront pas subordonnés à la " politique de communication " de l'employeur ?
- Dans quelle mesure les confrères ayant participé au recueil des informations gardent-ils une part de responsabilité par rapport au devenir de ces données ?

Il est important de préciser que cette évolution a pu se faire grâce aux efforts très actifs d'un médecin coordonateur qui petit à petit a revêtu les attributs des dirigeants de l'entreprise pour perdre sa qualité de médecin du travail dans l'entreprise.

Qu'on se rassure, le médecin du travail chargée de mission en épidémiologie a été réintégrée par la justice, qui a ordonné à l'employeur de lui *" restituer l'ensemble de ses affaires personnelles et professionnelles qui étaient en sa possession avant son exclusion illicite "*… À suivre…..

LA SPÉCIALISATION EN MÉDECINE DU TRAVAIL : MÉDECIN DU TRAVAIL OU " EXPERT " ?, CHRONIQUE D'UNE MORT ANNONCÉE

Marcel Goldberg
Épidémiologiste, INSERM Unité 88 et Université Paris V

AVERTISSEMENT
L''auteur de ce texte n'est pas médecin du travail. Universitaire et chercheur spécialisé en épidémiologie des risques professionnels, il a eu l'occasion de travailler en coopération étroite avec des médecins du travail à divers titres, y compris en ayant appartenu pendant près de dix ans au service de médecine du travail d'une grande entreprise. C'est donc une opinion personnelle et indépendante, qu'il considère comme non attachée à des

intérêts personnels ou professionnels, qu'il souhaite exprimer par cette prise de position.

LA PLURIDISCIPLINARITÉ EN MÉDECINE DU TRAVAIL, ÉVOLUTION INÉLUCTABLE

Dans l'exercice de ses missions, le médecin du travail fait appel à des connaissances et des techniques qui relèvent de nombreuses disciplines médicales et scientifiques, qu'il s'agisse de la prise en charge de cas individuels ou de l'intervention sur le milieu de travail. On peut citer, en étant certain d'être incomplet, l'ergonomie, la toxicologie, la psychodynamique du travail, l'épidémiologie, l'éducation pour la santé, les sciences juridiques. Il est parfaitement clair que le médecin du travail, pas plus que quiconque, n'est capable de maîtriser l'ensemble des disciplines et de disposer de la totalité des connaissances qui lui sont nécessaires alors même que l'éthique professionnelle lui confère une obligation de moyens que les salariés comme les partenaires sociaux sont en droit d'exiger. La réglementation a pris en compte voici déjà quelques années cette difficulté en introduisant la notion d'équipe pluridisciplinaire en médecine du travail, cette équipe étant contrôlée et " coordonnée " par le médecin du travail (article 13 du décret n° 88-1198 du 28 décembre 1988).

Comment cela peut-il être mis en œuvre en pratique ? Comment envisager une équipe composée de plusieurs spécialistes de disciplines diverses coordonnés par le médecin du travail ? Ceci doit bien sûr être conçu en respectant avant toute chose l'esprit de la médecine du travail, dont la seule légitimité est de défendre dans l'entreprise le point de vue de la santé *(" éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ").* Ceci doit également être conçu en respectant la réglementation de la médecine du travail et la déontologie médicale, qui rend le médecin du travail responsable personnellement de son activité (et donc aussi de celles qu'il " coordonne "), activité qui doit rester soumise au contrôle social, (cela devrait aller sans dire, mais il n'est jamais inutile de le rappeler).

COORDINATION ET COMPƑTENCE : UN PARI IMPOSSIBLE ?

Dans toute organisation professionnelle, il semblerait évident que la personne chargée de coordonner l'activité d'une équipe doit posséder elle-même la compétence qui lui permette de le faire de façon effective et efficace. En pratique, cela suppose évidemment une compétence au moins équivalente à celle des personnes de l'équipe. Sinon la coordination n'est qu'une apparence qui ne peut tenir bien longtemps, tant il est malsain que des professionnels dotés d'une qualification reconnue soient dirigés par quelqu'un qui ne peut porter un jugement technique pertinent sur l'activité de ceux qu'il a la prérogative de coordonner.

Si cette notion est certainement facile à mettre en œuvre dans le cadre d'une structure mono-disciplinaire (comme dans un service hospitalier, par exemple, où on peut imaginer qu'un chef de service a une compétence au moins égale à celle des autres médecins), la difficulté particulière dans le cas de la médecine du travail est que la diversité même des disciplines requises et mises en œuvre est telle que personne ne peut sérieusement prétendre disposer de la pluri-compétence qui correspond à cette situation**.**

La notion d'équipe pluri-disciplinaire en médecine du travail n'est-elle alors qu'une déclaration de principe vide de sens véritable ? Il semble que cela puisse ne pas être le cas, à condition de prendre sérieusement en considération certaines spécificités du contexte de la médecine du travail.

COMPÉTENCE : FORMATION ET MOYENS

Il faut tout d'abord rappeler quelques vérités simples. La compétence dans une discipline scientifique nécessite une formation adéquate. À cet égard, il est important de ne pas confondre information ou culture scientifique avec la formation d'un véritable spécialiste : dans aucune des disciplines citées plus haut, il n'est possible d'acquérir une qualification de niveau professionnel sans une formation de quelques années, bien différente de celle qu'on peut suivre à l'occasion de stages de quelques jours ou quelques semaines. Les formations brèves, tout à fait utiles pour comprendre les fondements d'une discipline et être capable de coopérer efficacement avec des spécialistes de celle-ci, ne peuvent en aucune façon être considérées comme des substituts à l'existence de véritables spécialistes.

La compétence nécessite aussi des moyens, et avant tout du temps, car il n'est pas sérieux de penser qu'on peut faire un travail scientifique de qualité à raison de quelques heures par-ci par-là : un spécialiste d'une discipline ne le reste que s'il peut s'y consacrer un temps suffisant, en pratique le plus souvent à temps plein, ou du moins majoritairement.

LES FORMES CONCRÈTES DE L'EXERCICE DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Dans tous les systèmes de travail qui requièrent plus de capacités (compétences et moyens) que n'en peut apporter une seule personne, la solution adoptée consiste à partager l'ensemble du travail requis entre plusieurs personnes, au sein d'une organisation collective dont les règles sont fixées. Dans le système actuel de médecine du travail en France, qui est organisée en services autonomes ou en services interentreprises, on pourrait naïvement penser que l'exercice de la médecine du travail est largement collectif, avec un partage organisé des compétences

individuelles et des moyens au service de l'ensemble de la structure.

Qu'en est-il aujourd'hui dans notre système de médecine du travail ? Faute de disposer d'études systématiques sur les pratiques professionnelles en médecine du travail[131], l'observateur peut constater l'existence de plusieurs modèles, lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre des pratiques faisant appel à des disciplines scientifiques diverses :

- le premier, certainement le plus fréquent, consiste à se contenter d'utiliser les techniques que l'on connaît personnellement, dans le cadre d'une pratique qui reste solitaire : dans un tel cas, il n'est pas évident que l'attitude du médecin du travail soit toujours véritablement éthique, lorsqu'il ne s'impose pas une obligation de moyens en n'utilisant pas toutes les techniques qui seraient nécessaires pour les besoins de la santé des salariés lorsque cela est rendu nécessaire par la nature des problèmes rencontrés, et en ne mettant pas nécessairement en œuvre de façon optimale celles qu'il utilise.

- un autre modèle, clairement moins fréquent, consiste à faire appel à un organisme extérieur (Université, CNRS, INSERM, bureau d'étude privé…), spécialiste d'une discipline que le médecin du travail ne maîtrise pas, ou n'a pas les moyens de mettre en œuvre. Ce type de solution offre d'évidents avantages, en permettant de disposer des meilleures compétences en fonction des besoins spécifiques. Outre qu'il faut avoir la possibilité de pouvoir faire appel à des structures extérieures, cette façon de procéder présente néanmoins l'inconvénient d'une difficulté de contrôle et d'appropriation des méthodes et des résultats par le médecin du travail, qui n'est pas en situation d'égalité dans l'échange : ceux qui connaissent les problèmes de la sous-traitance savent qu'on ne peut être un bon " donneur d'ordre ", que si on est soi-même en situation de pouvoir véritablement contrôler le travail qu'on a confié à un organisme extérieur.

- enfin, très rares sont les services de médecine du travail (autonomes ou interentreprises) qui ont développé en leur sein une structure pluridisciplinaire, offrant les compétences et les moyens d'un véritable travail scientifique au service de la médecine du travail. Pourtant, les avantages de cette solution interne sont évidents : disponibilité de compétences, connaissance du terrain, échanges équilibrés entre spécialistes d'une technique et praticiens du terrain, contrôle et appropriation des méthodes et des résultats facilitée, etc. On peut d'ailleurs s'étonner de la rareté des expériences de ce type, quand on constate la taille et l'effectif de nombreux services, notamment interentreprises. Une solution voisine, mais qui à notre connaissance n'existe pratiquement pas dans notre pays, serait des structures techniques communes à plusieurs services, sur une base thématique ou géographique.

QUELS PROFESSIONNELS POUR LA " SANTÉ AU TRAVAIL " ?

Pour un observateur extérieur, il semble très clair que la médecine du travail est aujourd'hui, en matière de pratiques professionnelles[132], confrontée à un choix déterminant pour son avenir : ou elle saura, comme les autres formes de la médecine, intégrer les avancées scientifiques pertinentes pour sa pratique quotidienne, ou elle est condamnée à disparaître, faute de crédibilité. Et ce sera alors à juste titre, car elle n'aura pas su former et mobiliser en son sein, parmi ses propres professionnels, les ressources lui permettant de faire face à l'ardente obligation de moyens que chaque citoyen attend et réclame de tout professionnel de santé, aujourd'hui sans doute plus qu'hier : la médecine du travail n'est certainement pas à l'abri de la perte de crédibilité de l'ensemble de la médecine, et si on ne peut sans doute rien lui reprocher concernant " la vache folle " ou la contamination des hémophiles par le VIH, l'affaire de l'amiante est là pour rappeler que le médecin du travail est lui aussi confronté à des responsabilités tout à fait " visibles ".

Il y a tout à parier que si les médecins du travail n'investissent pas eux mêmes, à part entière, les multiples disciplines scientifiques nécessaires à un plein exercice de leurs missions, d'autres le feront, tant les besoins sont évidents. Il ne manquera pas de technocrates de la santé pour proposer que d'autres corps de spécialistes, bien formés et compétents dans leur discipline, médecins ou non-médecins, interviennent dans la santé au travail ; il ne manquera pas de DRH pour s'apercevoir que pour moins cher, et sans les ennuis que procure le statut de salarié " protégé " du médecin du travail et l'ensemble de la réglementation qui s'applique, on peut avoir un meilleur " service " pour de très nombreux aspects de la médecine du travail, notamment pour ce qui concerne l'étude du milieu de travail et l'ensemble des activités de tiers temps (articles R. 241-41 à 47 et R. 241-58 du Code du travail). Chacun sait qu'il existe d'excellents toxicologues, ergonomes, épidémiologistes, psychodynamiciens, etc. qui ne sont pas médecins du travail, voire non-médecins ; on peut même affirmer que beaucoup de ces spécialistes, par leur formation et leur pratique exclusive de leur discipline, sont plus compétents dans celle-ci que la plupart des médecins du travail qui ont acquis une formation complémentaire.

[131] En dehors de quelques études monographiques réalisées dans des structures particulières : voir les XXIVe Journées Nationales de Médecine du travail consacrées au métier de médecin du travail, Paris, juin 1996; ou Les Cahiers SMT n°10, mai 1997

[132] On se cantonne ici au seul aspect de la pratique professionnelle : il existe bien d'autres formes de menaces sur la médecine du travail, qui n'entrent pas dans le propos abordé ici

QUEL STATUT POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL " SPÉCIALISÉ " ?

Si la médecine du travail veut continuer d'exister à terme, il est donc clair que certains médecins du travail doivent se spécialiser dans les différentes disciplines scientifiques nécessaires à un plein exercice de la médecine du travail, à l'instar de ce que quelques uns ont déjà commencé de faire[133]. Ceci doit s'accompagner du développement de structures techniques pluridisciplinaires internes (au sein des services interentreprises ou autonomes) ou communes à plusieurs services.

Mais ceci implique, d'une façon impérieusement nécessaire, qu'au sein de ces structures techniques pluridisciplinaires, les médecins du travail " spécialisés " restent des médecins du travail, et ne deviennent pas des " experts " ou tout autre dénomination qu'on pourrait vouloir inventer. Ceci pour plusieurs raisons, toutes déterminantes.

Si le médecin du travail responsable de la structure technique pluridisciplinaire disposait d'une compétence technique suffisante, on pourrait imaginer qu'il " coordonne ", sous sa propre responsabilité, le travail de spécialistes et qu'il en rende compte à titre personnel. Mais de fait, il ne peut avoir, on l'a vu plus haut, la multi-compétence lui permettant de coordonner de façon efficace et crédible un ensemble de disciplines diversifiées. Il lui faudra donc déléguer de véritables responsabilités à chaque spécialiste. Hors, conformément à la déontologie et à la réglementation, seul le médecin du travail, responsable à titre personnel de son activité comme tout médecin (article 69 du Code de déontologie médicale), doit en rendre compte à titre personnel devant les représentants des partenaires sociaux (articles R. 241-32 et 33 du Code du travail). Il faut donc assurer au spécialiste la possibilité d'exercer les responsabilités qui lui seraient confiées de fait, et surtout, garantir celle-ci, ce que seul permet le statut de médecin du travail, dans l'état actuel des textes.

Que deviendraient l'image et la crédibilité de la médecine du travail si ceux d'entre les médecins du travail qui choisissent de se spécialiser dans une discipline nécessaire à l'exercice d'une médecine du travail de qualité, abandonnent (de gré ou de force) leur profession ? Cela aboutirait inéluctablement à restreindre l'exercice de la médecine du travail à l'activité de visite médicale individuelle, les études sur le milieu de travail et les interventions collectives devenant progressivement l'apanage de spécialistes, mieux formés et disposant de moyens adaptés (alors même que le médecin, y compris bien entendu le médecin du travail *" est au service de l'individu et de la santé publique "* comme le rappelle l'article 2 du Code de déontologie médicale). Outre l'appauvrissement du contenu du métier de médecin du travail que cela entraînerait et la méconnaissance des formes non cliniques de la pratique médicale que cela implique, il y a fort à parier que bientôt l'idée, de remplacer des médecins du travail, réduits à un exercice purement clinique, par des médecins purement cliniciens, ne manquerait pas de germer dans de nombreux bons esprits. Et il sera alors difficile d'expliquer ce qui justifierait de conserver un corps de médecins du travail (donc mieux rémunérés) alors que tant de médecins prescripteurs doivent être reconvertis dans diverses formes d'exercice de médecine préventive.

Si les médecins du travail qui choisissent de se spécialiser dans une discipline scientifique ne sont plus des médecins du travail, ils n'auraient évidemment plus à se conformer à la réglementation de la médecine du travail : plus de rapport d'activité, plus de plan d'action, plus de contrôle social, plus de statut de salarié " protégé ". L'obligation d'information et de conseil de tous les partenaires sociaux disparaît alors. L'indépendance du médecin du travail n'est plus garantie par son statut de salarié " protégé ", et ne relèverait alors plus que de son ardeur personnelle à défendre la déontologie médicale, sans recours possible aux dispositifs protecteurs du Code du travail. Tous ceux qui connaissent le monde de l'entreprise savent ce que cela peut vouloir dire dans des situations conflictuelles, qui ne manquent pas dans l'exercice de la médecine du travail. C'est bien pour cela que le législateur a prévu de protéger le médecin du travail, car il peut être amené, dans l'intérêt de la santé des salariés, à aller contre l'intérêt de l'employeur (tel que celui-ci le conçoit parfois) : à qui fera-t-on croire qu'il est plus difficile à cet égard de prononcer une inaptitude individuelle que de réaliser une étude toxicologique, ergonomique ou épidémiologique montrant que telle condition de travail, telle exposition professionnelle, telle modalité de l'organisation du travail imposée par l'employeur ont des effets néfastes sur la santé des salariés qui y sont astreints ? Bien au contraire, le caractère collectif du problème et donc des moyens nécessaires pour y remédier, ont des conséquences potentielles pour l'employeur souvent beaucoup plus importantes que le règlement de situations individuelles. Là encore, le cas de l'amiante, comme certaines " affaires ", anciennes ou récentes, montrent bien qu'il ne s'agit pas d'un danger hypothétique.

À l'heure où l'insuffisante indépendance des " experts " scientifiques et médicaux permet de comprendre en grande partie l'apparition de drames tels que la contamination transfusionnelle du VIH, " la vache folle ", ou la transmission du Creutzfeld-Jacob par l'hormone

[133] Cette idée qui semble iconoclaste à certains, avait pourtant été avancée dès 1988 dans le rapport de M. ROCHAIX, qui dans la section consacrée à l'approche multidisciplinaire en médecine du travail, écrivait : *" il conviendrait que les médecins du travail puissent au moins disposer du temps et des moyens pour compléter leur formation, voire se spécialiser au sein de leur profession ".* (M. ROCHAIX, La médecine du travail. Rapport au Conseil Economique et Social, Journal Officiel, 4-5 juillet 1988, page 82)

somatotrope, à l'heure où les pouvoirs publics commencent à comprendre l'impérieuse nécessité de l'indépendance médicale et scientifique, et donc des moyens organisationnels et juridiques à mettre en ouvre pour garantir celle-ci dans tous les domaines de la santé publique, il serait paradoxal et extravagant que le seul domaine de la santé qui bénéficie actuellement de tels dispositifs en soit dorénavant privé dans une large mesure (celle justement qui est la mieux à même de détecter des dangers pour la collectivité).

POUR UNE ORGANISATION COLLECTIVE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL FONDÉE SUR DES PRATIQUES COOPÉRATIVES

Parmi les évolutions nécessaires de la médecine du travail, l'utilisation de diverses disciplines scientifiques qui concourent à l'exercice d'une médecine du travail de qualité est une nécessité évidente. Si la médecine du travail veut continuer d'exister tout en restant conforme à l'esprit qui la fonde, cette spécialisation implique que des médecins du travail à part entière exercent ces disciplines scientifiques dans le cadre déontologique et réglementaire de la médecine du travail.

Une telle évolution n'est possible que si les services de médecine du travail s'organisent de façon collective et savent distribuer, avec un partage organisé des compétences individuelles et des moyens, l'ensemble des tâches au sein d'une organisation collective dont les règles sont clairement fixées et conformes aux règles de la déontologie médicale, c'est-à-dire fondées sur des pratiques coopératives entre pairs, chacun restant personnellement responsable de son activité. De nombreuses formules sont certainement envisageables, et on peut tout à fait imaginer des solutions sensiblement différentes selon les secteurs, selon qu'il s'agit de services autonomes ou interentreprises, associant en fonction des besoins médecins du travail de terrain, médecins du travail spécialisés, ou spécialistes non-médecins

Ceci impliquerait évidemment des modifications de la réglementation, qui doit être adaptée à la fois pour reconnaître explicitement le statut de médecin du travail (et les obligations et droits afférents) aux confrères qui exerceraient en tant que médecins du travail spécialisés, et pour permettre un fonctionnement des services de médecine du travail compatible avec une organisation coopérative rendant possible la délégation de certaines activités spécialisées à certains confrères (comme c'est aujourd'hui le cas pour certains médecins coordonnateurs, auxquels personne ne conteste le statut de médecin du travail, bien que la plupart n'aient pas " d'effectif " ni d'activité clinique).

Ce type d'évolution, qui seul peut éviter que la médecine du travail ne soit irrésistiblement entraînée vers le bas par la perte progressive de tous ses aspects scientifiques de plus en plus souvent confiés à d'autres types de professionnels de la santé, est une nécessité. C'est aussi une urgence, tant les menaces sur ce qui reste la seule forme de médecine soumise à l'obligation de transparence et de contrôle social, sont nombreuses et diverses.

Sinon, il y a fort à parier que le médecin du travail, tel qu'il a été défini, associant le regard sur la santé et la prise en compte du milieu de travail, aura bientôt vécu. Cette chronique d'une mort annoncée n'est certes pas inéluctable, mais il est grand temps que la profession reprenne son destin en mains.

PLURIDISCIPLINARITÉ EN MÉDECINE DU TRAVAIL : LES CONDITIONS DE LA COOPÉRATION ET DE LA COORDINATION

Alain Carré

Envisager la question de la pluridisciplinarité en médecine du travail implique d'explorer ce concept sous deux angles:
- Celui des questions qui relèvent de l'interdisciplinarité, c'est-à-dire de la coopération de plusieurs disciplines scientifiques sur un sujet commun. Ces questions sont d'ordre épistémologique. Nous nous contenterons dans ce domaine de traiter ce qui est opératoire pour la médecine du travail.
- Celui des questions qui relèvent des conditions de légitimité et d'efficacité des coopérations scientifiques et de leur coordination. C'est de cela qu'il sera plus spécifiquement traité ici.

Or, pour chacune de ces catégories surgit un écueil potentiel :
- l'interdisciplinarité peut sombrer dans la multidisciplinarité,
- la coopération peut se transformer en collaboration, la coordination en subordination.

LES CONDITIONS DE L'INTERDISCIPLINARITÉ[134]

Les conditions de l'interdisciplinarité relève de *" deux sortes de préoccupations, les unes relatives aux structures et aux mécanismes communs, les autres aux méthodes communes, toutes deux pouvant naturellement agir de pair ".*
Si dans les sciences exactes et naturelles une hiérarchisation des disciplines est possible, il n'existe aucune justification de cette hiérarchie en ce qui concerne les sciences humaines.

[134] Les citations de ce paragraphe sont de : J. PIAGET, Epistémologie des sciences de l'homme, Gallimard, Paris, 1970

" Faute d'un positionnement théorique réciproque, les démarches interdisciplinaires dans ces domaines se réduisent trop souvent à de simples juxtapositions. "
Cette " multidisciplinarité ", addition en parallèle de disciplines différentes ne peut se transformer en " pluridisciplinarité " c'est-à-dire en coopérations convergentes sur une même question, faute d'une connaissance réciproque des acteurs des structures des fonctions et des significations de chaque discipline. Cela est indispensable afin de comprendre les règles, les valeurs et les signes caractéristiques de chaque exercice.
En médecine du travail, cela plaide pour que les médecins soient au moins formés à ce type d'abord épistémologique.
Cela éviterait, comme on le constate encore, que l'on utilise l'interdisciplinarité comme une boîte à outil où le médecin du travail viendrait se servir en tant que de besoin.

QU'EST CE QUE COOPƑRER ?

Coopérer (co-operare), c'est agir ensemble.
Coopérer, agir ensemble, passe par une démarche volontaire, car l'efficacité de la coopération qui implique des coactivités en interaction est conditionnée par la confiance à l'intérieur du groupe.
À l'intérieur d'un corps de professionnels, cette communauté de valeur s'organise autour des principes qui fondent la pratique.
Mais aussi de façon pragmatique par ce qu'on sait des pratiques de l'autre et également dans l'action commune. Celle-ci peut être passée, si on a déjà travaillé ensemble.
La communauté de valeur se construit ou se déconstruit également au cours de l'action de coopération elle-même. Si la méfiance apparaît, la coopération est compromise.
C'est en effet, au cours de l'action que se constituent les règles de métiers. Ces règles formelles et informelles construites et partagées par les membres d'une équipe ou d'un collectif sont plus ou moins explicites dans leur formulation et orchestrent les différentes façons de travailler à partir de débats permanents sur le " comment faire et comment faire ensemble ".
L'action en coopération s'articule en partie autour de règles de métiers existantes et les nourrit en retour.
Ces règles se fondent aussi sur des légitimités d'action qui relèvent de la morale professionnelle, la déontologie.
On constate combien la coopération professionnelle est complexe et fragile.
Nous faisons la différence entre coopération de tous les jours, de professionnels ayant à travailler ensemble habituellement et la coopération plus ponctuelle dans un but précis.
Autant dans le premier cas la confiance se construit mais aussi se joue à chaque instant, autant dans le second une formalisation peut être parfois nécessaire
Cela impose qu'avant de coopérer puis au cours de l'action elle-même, une analyse des principes qui la fonde, de ses buts, de ses moyens, soit entreprise.
Toutes proportions gardées, cette analyse préalable a sur le plan méthodologique un statut comparable à l'analyse de la demande en ergonomie.
L'enjeu est à la mesure des difficultés car il s'agit ici d'obtenir que le total soit supérieur à la somme des parties.

QU'EST-CE QUE COORDONNER ?

Coordonner (co-ordonare), c'est ne pas ordonner ensemble, c'est ordonner un ensemble.
Si coordonner peut se faire avec le consentement des individus qui font l'objet de la coordination et si celle-ci peut être l'objet d'un contrôle, cela peut ne pas être illégitime.
Quoiqu'il en soit " coordonner ", implique l'exercice d'une volonté extérieure pour obtenir un certain ordre dans un groupe.
La coordination de professionnels ne peut se concevoir sans leur coopération, elle implique donc, pour le coordonnateur éventuel d'avoir éclairci entre lui et les autres professionnels la question de l'action et de ses principes et d'accepter les bases sur laquelle se fondent la coopération.
Dans le triangle qui défini le travail : " Activité-Coordonnée-Utile ", la coordination des activités et des intelligences singulières, si elle implique des arbitrages sans lesquels la coopération n'est pas possible, est aux antipodes d'une attitude autoritaire.
Cette activité normative nécessite obligatoirement un " espace de discussion " c'est-à-dire un espace où peuvent être formulés librement et surtout publiquement des avis éventuellement contradictoires.
C'est pourquoi la fameuse synergie que veut établir le management est par définition vouée à l'échec puisqu'elle prétend imposer au professionnel un ordre contraignant sans avoir pris la peine d'analyser les caractéristiques obligées de la coopération.
Reposant sur des bases purement idéologiques, ce système ne peut engendrer la confiance car il ne peut porter sur autrui un jugement équitable. Or, *" ce jugement est équitable si les arguments pris en compte portent effectivement sur le faire (l'activité) et s'ils ne sont pas distordus par des arguments hétéronomes relevant de la stratégie d'autrui concernant le pouvoir et la domination*[135] *".*
Quelle qualité peut-on attendre d'une telle synergie imposée ?
Car travailler ce n'est pas seulement accomplir des actes techniques, c'est aussi faire fonctionner le tissu social et les dynamiques intersubjectives indispensables à la psychodynamique de la reconnaissance.

LA COORDINATION RÉGLEMENTAIRE ET SA LÉGITIMITÉ : LE CONTROLE SOCIAL

Réglementairement cette coordination est organisée par l'article 13 du décret n° 88-1198 du 28 décembre 1988. Elle est confiée au contrôle du médecin du travail et

[135] Christophe DEJOURS, Le facteur humain, QSJ, PUF, 1995

formalisée par une convention après consultation du comité d'entreprise.
Le contrôle auquel se livre le médecin du travail est double. Il s'agit d'un contrôle sur la qualité scientifique qui ne doit pas effectivement être sous-estimé, mais également – et cela revêt une très grande importance actuellement – d'un contrôle du seul point de vue de la santé des salariés (et non par exemple du point de vue de la productivité), qui relève à la fois de la déontologie médicale mais aussi de règles de métiers spécifiques, fondatrices d'une éthique professionnelle, véritable déontologie de la médecine du travail.
Le contrôle social du comité d'entreprise ou de l'organisme qui en tient lieu réglementairement s'effectue uniquement par l'intermédiaire de la responsabilité du médecin du travail. Cela légitime, s'il en était besoin, le contrôle qu'il exerce et lui laisse donc le choix des moyens pour l'assumer.
Par contrôle social, on désigne la surveillance, par le comité d'entreprise ou son équivalent, de l'administration, de l'organisation et du fonctionnement du service médical du travail prévue à l'article R. 241-3 du Code du travail et les dispositions concernant l'embauche, le licenciement et les observations sur le rapport annuel du médecin prévus aux articles R. 241-31 et R. 241-33 du Code du travail.
Relèvent aussi de ce contrôle la rédaction par le médecin d'un plan d'activité en milieu de travail et d'une fiche d'entreprise transmis au CHSCT, ainsi que l'application des dispositions des articles 13 et 14 du décret du 28 décembre 1988.
Le contrôle social n'est pas seulement une obligation réglementaire, il possède également des finalités déontologique et technique.
Il compense en partie dans l'exercice de la médecine du travail l'absence de libre consentement du salarié à l'acte médical en lui substituant un accord collectif annuellement renouvelé, légitimant l'action du médecin du travail.
Cet accord donne acte de la confiance de la communauté de travail au médecin.
Le contrôle social institue donc un indispensable droit de regard des salariés sur la prévention de leur propre santé. Il permet ainsi au médecin de percevoir les souhaits en matière de santé des salariés, de les éclairer du point de vue de leur santé afin qu'ils puissent collectivement la construire.
Il concourt à l'indépendance du médecin en apportant un contrepoids au pouvoir de l'employeur sur son salarié, le médecin du travail.
Plus encore, puisqu'il est réglementairement institué avec la participation de l'employeur et des représentants des salariés, son exercice est l'occasion d'un débat social structuré sur les questions de santé au travail, préalable indispensable à toute politique de santé au travail.

COORDINATION ET COMPÉTENCE

La question de la compétence technique du médecin du travail, pour coordonner une étude pluridisciplinaire, se pose donc mais elle paraît plutôt secondaire.
Savoir s'il est nécessaire d'avoir une compétence scientifique supérieure à celle des autres participants pour coordonner une telle étude pose la question plus générale de la nature de la compétence scientifique, de ses rapports à la connaissance, à l'expérience voire aux qualités morales *(" science sans conscience n'est que ruine de l'âme ").* Cela dépasse largement le cadre de cette discussion.
En médecine du travail, la coordination n'est pas seulement scientifique mais fait référence aussi à une " professionnalité " (en lien avec notion de " professionalita " de l'école italienne reprise par de Montmollin). Il s'agit ici de l'exercice, en situation, des connaissances en prise directe avec la réalité de la situation (ici celle d'une médecine immergée dans les rapports sociaux en entreprise).

COOPÉRER : UN CHOIX POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

La responsabilité des médecins du travail dans ce domaine ne peut être l'objet d'une délégation.
Trois alternatives se présentent donc à eux :
- Certains médecins du travail décident en effet de travailler seuls. Ce choix évite les complications inhérentes à toute activité coopérative. Il permet également de ne pas déléguer. Dire que ce type de pratique n'a aucune valeur est sans doute abusif. Son efficacité dépend en fait des qualités professionnelles du médecin et de la nature de la situation étudiée.
- À l'autre extrême des médecins du travail peuvent se reposer entièrement sur des organismes extérieurs en se fiant à leur réputation scientifique.
Ils courent alors un double risque : celui d'un défaut d'éthique de leur interlocuteur qui peut être circonvenu par un employeur abusif (amiante), celui d'une démarche " scientiste " qui s'éloigne de l'attitude professionnelle privilégiant le point de vue de la santé des salariés.
Le choix par le médecin de l'organisme et des spécialistes ne met que partiellement à l'abri du déficit de compétence scientifique mais ne confère aucune autre garantie, en particulier sur le versant du professionnalisme.
- La troisième alternative qui consiste à les utiliser, repose sur l'existence de structures pluridisciplinaires, composées de " spécialistes " et liées aux services de médecine du travail. Elles peuvent soit en faire directement partie, soit être une création collective de plusieurs services (voir la structure Bourgogne-Ergonomie).
Ces structures présentent les même dangers que ceux de l'alternative précédente, mais aggravés – pour ce qui concerne l'indépendance – du fait du poids que l'employeur unique ou prépondérant peut faire peser sur elles en permanence.
Les risques de " scientisme " dépendent en partie du statut des spécialistes de ces structures.
Ils sont plus importants s'il s'agit de non-médecins dont la seule garantie personnelle, du fait de l'absence de déontologie explicite, est l'adhésion exclusive et étroite

aux principes de la démarche scientifique réduite à ses aspects techniques. Une indispensable parade à cette première dérive est la subordination réglementaire de ces spécialistes aux médecins.

PRÉSERVER L'INDÉPENDANCE TECHNIQUE DES SPÉCIALISTES

Toutefois cette subordination réglementaire doit respecter l'indépendance technique spécifique de ces spécialistes et par conséquent faire référence à une coopération et non à une collaboration.

En effet, être le collaborateur d'un employeur c'est plus que lui être subordonné comme tout salarié : c'est lui être attaché personnellement. Ce lien de subordination entraîne une diminution de l'indépendance qui devient bornée par la volonté du responsable. C'est ce type de lien qui lie l'expert à son manager dans le système actuel. Cela n'a rien à voir avec une coopération. Cette absence de marges de manœuvre implique qu'aucun médecin, a fortiori, médecin du travail, puisse être le collaborateur de quiconque.

S'il s'agit de médecins spécialistes, bien que la déontologie médicale constitue une garantie, la méconnaissance, l'incompréhension, voire les préjugés vis-à-vis des rapports sociaux peuvent les inciter, parfois, à intervenir du seul point de vue qui leur fournisse une référence directe, celui de la " Science ".

De telles structures peuvent donc s'avérer plus dangereuses qu'utiles. Leur principe est pourtant indispensable et souhaitable, il convient donc de les rendre possibles.

Une première garantie pourrait être conférée par l'existence d'un contrôle social étroit allié à un contrôle " professionnel " des médecins du travail.

Même assortie d'un statut particulier d'indépendance pour ces médecins spécialistes qui leur assure la liberté du choix des sujets d'études, les moyens de les réaliser et l'initiative de la diffusion des résultats, cette garantie ne met pas totalement à l'abri des dérives.

En effet elle n'inscrit pas personnellement le médecin spécialiste dans le champ particulier de la médecine du travail et laisse la possibilité de passage à un statut " d'expert ", subordonné au bailleur de fonds.

La seule garantie appropriée, car efficace, est l'extension d'un véritable statut de médecin du travail à ces médecins spécialistes.

DES MÉDECINS DU TRAVAIL SPÉCIALISES ?

Le plus simple serait qu'ils soient effectivement des médecins du travail spécialisés.

Les argumentaires des détracteurs du passage à une activité de ce type dans le cadre de la médecine du travail reposent sur l'absence d'activité clinique dans le cadre de cet exercice en assimilant activité clinique et visite médicale individuelle. Or, il ne faut pas confondre activité clinique et visite médicale individuelle.

Il est des activités en santé publique qui ont une action individuelle directe sur la santé des salariés (par exemple, étude ergonomique).

En effet la médecine n'est pas que clinique. Comme le précise le Code de déontologie la médecine est aussi une discipline de santé publique. Cet exercice particulier ne soustrait le médecin qui l'exerce à aucun de ses devoirs déontologiques, en particulier celui d'indépendance.

L'article 2 du Code de déontologie médicale place le médecin *" au service de l'individu et de la santé publique… "*.

L'article 95 du même Code stipule que le médecin *" doit agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité… "*.

L'article L. 241-2 du Code du travail précise que *" les services médicaux du travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecin du travail "*.

L'article R. 241-41 fait référence aux actions en milieu de travail en première intention.

L'article R. 241-58 indique que le médecin du travail *" peut participer, notamment en liaison avec le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre, à toutes recherches, études et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique, entrant dans le cadre des missions qui lui sont confiées. "*

Une spécialité médicale relève d'un exercice exclusif.

Les termes de l'article R. 241-32 du Code du travail disposent que les fonctions de médecin du travail *" sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge "*.

Actuellement, de nombreux médecins exercent la médecine du travail sans aucun diplôme de spécialité. Des agréments de services de médecine du travail ont été maintenus et d'autres accordés dans ces conditions.

Faire que les spécialistes des services d'appui technique soient des médecins du travail confère un triple avantage :

- Cela leur assure la même garantie d'indépendance qu'à leurs confrères et collègues.
- Leur activité répond aux règles de métier des médecins du travail et prend donc exclusivement en compte le point de vue de la santé des salariés.
- Ils répondent personnellement de leur activité devant le contrôle social.

La question de la coordination ne se pose donc plus alors avec la même complexité. En effet, la coordination purement " technique " peut être assurée pas les médecins du travail spécialisés qui peuvent également avoir un rôle d'interface avec les organismes extérieurs.

La coordination professionnelle s'organisera alors naturellement dans le cadre d'une coopération entre pairs basée sur la confiance (sous les formes classiques de la collégialité).

Comme le rappelle Chr. Dejours, la place de la confiance est centrale dans le travail.

C'est grâce à elle que se développent les conditions de la visibilité en particulier à l'égard d'autrui dans les rapports de parité. *" Il n'y a pas de collectif qui ne soit fondé sur la dynamique de la confiance entre les membres de ce*

collectif. " C'est *" la condition* sine qua non *de la coordination et de la coopération ".*
" La confiance s'inscrit (...) dans une dynamique de suspension, de mise en latence des rapports de force. "
" La confiance ne repose pas sur des ressorts psychologiques mais sur des ressorts éthiques. "
Cette confiance repose donc sur le respect de l'autre : respect de son indépendance, accessibilité au déroulement de l'action, clarté sur les démarches et les résultats.
Elle naît aussi de la part de valeurs communes qui permettent d'agir dans la même direction. Il s'agit ici de créer une communauté de valeurs explicite ou implicite.
Elle est également sous-tendue par l'équité des jugements.
Ceux qui donnent acte des *" difficultés pratiques rencontrées effectivement (...) dans l'exercice du travail, mais aussi ceux qui portent sur la qualité des aménagements, ajustements, innovations, trouvailles produits grâce à l'ingéniosité (...)*[136] *"* Cette dernière catégorie s'exprime en terme d'utilité ou de beauté.

Confrontée à la complexité actuelle des situations de travail, la médecine du travail doit s'orienter vers un exercice pluridisciplinaire. Du fait du cadre réglementaire et déontologique, cette pluridisciplinarité ne peut se concevoir que sous une forme coopérative (et non seulement collective). La qualité et le statut de spécialiste des services d'appui technique sont la pierre angulaire de cette coopération.
Le législateur doit, de notre point de vue, privilégier la spécialisation de médecins du travail ès qualité, pour favoriser coordination et coopération. Il doit également, pour tenir compte des spécificités et des situations existantes, assurer aux médecins spécialistes sans qualité de médecin du travail, les mêmes garanties d'indépendance en leur conférant le statut de médecin du travail.

EXPERTISE EN SANTÉ AU TRAVAIL ET MÉDECINE DU TRAVAIL : DES PROPOSITIONS

Alain Carré, Dominique Huez

L'EXPERTISE EN MÉDECINE DU TRAVAIL : UNE EXPERTISE " SITUÉE "

Un employeur attribue actuellement une signification particulière au terme " expert ".
Aujourd'hui, dans l'entreprise, un expert a une indépendance limitée. Il est directement attaché à un responsable décisionnel de l'entreprise (" manager ") auquel il rend compte.
Par exemple, un document d'une grande entreprise publique précise : *" les experts assurent, en exerçant principalement des activités fonctionnelles, la mise à disposition de compétence à l'ensemble des managers. "*

Le médecin du travail ne répond pas à cette définition. Il s'agit d'un praticien dont les compétences ne s'exercent pas sur un domaine exclusivement théorique (fonctionnel) mais de façon opérationnelle en prise avec une réalité précise, concrète. Ses avis ont une valeur opératoire, pratique.
Comme le Code du travail le précise, il s'agit d'un conseiller de toutes les parties de l'entreprise (art. R. 241-41) et il ne peut accorder d'exclusivité à l'employeur.
L'indépendance du médecin du travail est, par ailleurs, réglementairement garantie. Son contrat est l'objet d'un examen par le conseil de l'ordre des médecins en particulier sur ce point. Il rend compte au travers d'une série de documents obligatoires (rapport annuel d'activité, plan d'activité en milieu de travail). Il est soumis à un double contrôle qui garantit pratiquement cette indépendance : contrôle social du comité d'entreprise d'une part, contrôle réglementaire éventuel, à la demande des acteurs sociaux, de l'inspection du travail.
Il est donc très inhabituel qu'un médecin du travail applique à lui-même le terme " d'expert ". Il se qualifie plutôt de " spécialiste " ou de " conseiller ". Le terme d'expert est plutôt réservé aux spécialistes auxquels il fait appel dans le cadre d'études collectives ou d'examens individuels nécessaires. Même dans ce cas, certains préfèrent employer le terme de " référent " ou de " spécialiste ".

La position spécifique " d'expert " du médecin du travail a été l'objet d'une analyse sociologique de N. Dodier[137] qui rend compte de l'ambiguïté de ce terme. En effet, c'est le type d'expertise à laquelle se réfère le médecin du travail qui caractérise sa position d'expert. En explorant l'expertise médicale au travers de la médecine du travail, il s'est livré à une description des pratiques des médecins du travail.

Elles s'organisent selon lui autour de trois rapports principaux :
- le rapport aux règles administratives ou juridico-administratives,
- le rapport aux plaintes individuelles des salariés,
- le rapport aux conditions de travail.

L'explication des règles administratives ou juridico-administratives par le médecin du travail dépend du statut qu'il attribue à ces règles, de la façon dont il les mobilise dans la confection de son jugement.
Les médecins (et souvent le même médecin) oscillent entre deux attitudes, la première qu'il nomme " bureaucratique " ou " administrative " qui consiste à

[136] Christophe DEJOURS, opus cité

[137] Nicolas DODIER, L'expertise médicale : essai de sociologie sur l'exercice du jugement, Métailié, Paris, 1993, complèté par (1996), Conférence, Association Erasme, Paris

appliquer les règles aux individus, à partir du moment où ils relèvent d'une certaine catégorie administrative.
La seconde qualifiée de " clinique " qui ne consiste pas à être différent vis-à-vis des règles mais à ne pas les appliquer de façon systématique.
C'est la recherche d'un compromis entre les particularités individuelles et les règles, en jugeant de la pertinence de ces dernières par rapport aux particularités avec discernement et circonspection.
Le rapport aux plaintes fait entrer en ligne de compte le type d'entreprise où se situe l'exercice. Ainsi, dans les entreprises à statut, l'espoir de prise en compte de l'avis du médecin change la donne et lui laisse plus de marge de manœuvre que dans les entreprises précaires ou la décision du médecin prend un poids social primordial par ses conséquences sur l'emploi.
La prescription de l'investigation paraclinique et sa nature présuppose l'existence d'une posture professionnelle partagée entre deux pôles : le subjectif ou l'objectif.
La valeur de la plainte n'est pas la même dans un système de référence ou dans l'autre.
Dans le système objectif qualifié de " scientifique ", la plainte n'a un statut que si elle peut être objective, si elle laisse des traces. Son organicité est un atout en sa faveur mais le recours à l'expertise psychiatrique n'est pas impossible. Elle a le même rôle que les examens complémentaires souvent prescrits dans ce cas.
Dans le système subjectif qualifié de " compréhensif ", la question de la preuve ne se pose pas. Dans sa sollicitude médicale, le médecin est à l'écoute de la souffrance. Il se fait l'avocat des salariés témoignant de leur souffrance.
Lorsque se pose la question des conditions de travail, le médecin intervient dans le champ du débat. La légitimité du silence et du secret qui lui est conféré dans le domaine clinique, domaine où il n'a pas à rendre de compte, n'est plus ici de mise. L'entrée dans une arène polarisée entre employeurs et salariés est le début des difficultés. Cela impose de penser sa posture et de se construire une position.

N. Dodier identifie trois manières différentes d'agir dans cette arène :
- La première position est celle d'expert neutre sur les questions de santé au travail. L'expert neutre vise à produire uniquement des jugements à statut scientifique mais ne les interprète pas.
" L''objectif est de faire abstraction des intérêts qui parasitent l''arène, dans un environnement particulièrement complexe puisque l''expert est confronté aux représentants d'intérêts collectifs différents voire contradictoires ". La science est ici d'une grande aide *" du fait de son entêtement à produire méthodiquement des faits sur lesquels tout le monde sera d''accord (le risque objectif, l''état de santé réel des populations) ".*
" L''expert prétend alors représenter et appliquer le savoir scientifique ". Son attitude est souvent tendue entre deux extrêmes : " *soit l''avis définitif rendu sans autre commentaire que la référence à l''état du savoir sur la question, soit la réserve silencieuse devant la diversité des résultats ".*
- La deuxième attitude est celle de l'expert engagé au service d'une cause, celle de la santé des salariés. L'expert au service d'une cause utilise la science " *comme un réservoir de ressources pour défendre sa cause dans l''arène ", " (...), la cause est l''outil qui permet de reconnaître rapidement parmi la foule des repères scientifiques ceux qui peuvent être utiles pour agir. C''est également parce que le médecin s''appuie sur une cause que son action se déploie sous formes de stratégies ".*
" C''est parce qu'il a une conviction préalable, une cause à défendre que l''expert considère ici la science comme une force parmi d''autres forces ".
Pour lui, les jugements objectifs sont ceux qui sont " solides " dans les arènes où il déploie son exercice.
Par exemple, alors que l'expert neutre a besoin d'une réglementation en vigueur, l'expert au service d'une cause à plutôt besoin, pour agir, de dénicher ce qui sert sa thèse dans la masse des publications.
Son action procède en deux temps : tout d'abord il recherche ce qui peut aller dans le sens de sa visée (les textes scientifiques, les appuis syndicaux, la réglementation, les luttes au sein de l'encadrement, les rapports locaux et nationaux), puis dans un second temps, il procède au tri des ressources en fonction de l'utilité pour la cause à défendre.
- La troisième position est celle d'expert engagé pour gérer la santé des salariés dans les entreprises.
Les méthodes sont les mêmes que celles que nous venons de décrire. Le projet est de gérer les connaissances et de conclure de façon à diminuer les coûts de la santé pour l'entreprise. Par exemple, le projet peut être de chercher à diminuer les cotisations sociales en cherchant, par exemple, à inciter les médecins traitants à diminuer la prescription de jours d'arrêt de travail, en cas d'accidents du travail ou d'augmenter la contrainte de preuve dans les déclarations de maladies professionnelles.
Il s'agit plus ici de l'attitude d'un expert rémunéré par l'employeur pour une mission de diminution des coûts de personnels et qui relève de la médecine d'entreprise.

Cette description permet de schématiser trois catégories d'expertise qui coexistent dans le champ de la santé au travail, l'expertise scientifique en santé au travail, l'expertise du point de vue de la santé des salariés, l'expertise de gestion de la santé en entreprise.
Si l'on considère la médecine du travail il nous semble qu'elle relève exclusivement d'une expertise du point de vue de la santé des salariés. Cette affirmation repose sur un faisceau d'arguments à la fois déontologique et réglementaires.
Ayant à percevoir des éléments de santé individuels et ayant, au plan préventif, une influence sur la santé des salariés, un médecin du travail doit être encore plus attentif à préserver son indépendance et son intégrité déontologique. Même en excluant l'aspect évident de cette attitude professionnelle, comment pourraît-il conserver la

confiance des salariés s'il agissait autrement et donc comment pourraît-il être techniquement crédible ?
Il ne peut s'agir ici d'une expertise neutre qui évacuerait la question du contexte social. Pourrait-on émettre en matière de santé au travail un avis fondé sur la seule rationalité scientifique en un lieu, l'entreprise, où s'expriment journellement des conceptions sociales différentes sur le mode des rapports de force.
Il s'agit plutôt d'une expertise impartiale. Elle doit faire, en effet abstraction de l'influence que les parties en présence – patronat et syndicats – font peser sur elle.

Avoir pour unique objectif la préservation de la santé au travail des salariés, *hic et nunc*, ne peut être compatible avec une position de repli confortable derrière une " ligne Maginot " scientifique. C'est l'affirmation que, au détriment même de son intérêt personnel (l'affaire Imbernon est là pour nous le rappeler), un médecin du travail ne peut passer de compromis durable sur la finalité de son exercice.
À l'écoute de la souffrance des salariés, comme le lui impose la sollicitude médicale, le médecin du travail va développer une clinique compréhensive. Le terme compréhensif doit être ici pris dans toutes ses acceptions. La compréhension ne relève pas seulement du versant compassionnel, mais désigne également le désir de mettre en relief une causalité et d'en témoigner. Il s'agit aussi pour le médecin de replacer la plainte individuelle dans le contexte global de l'entreprise et de son organisation pour alimenter sa réflexion préventive.
Cette approche constitue une véritable démarche thérapeutique. Très souvent, en effet, à l'issue d'une consultation confiante, le salarié exprime lui-même le lien qu'il ressent entre son mal être et ses conditions de travail, d'autre fois, au contraire, le patient construit une série de défenses contre la souffrance qu'il convient alors de respecter.
Le versant collectif de cette attitude clinique individuelle est l'expertise envisagée comme témoignage argumenté sur les atteintes à la santé générées par les conditions de travail.
Ainsi mis en lumière, les liens entre santé et conditions de travail viennent alimenter la réflexion des acteurs sociaux, au filtre de leur rationalité spécifique : rationalité des objectifs de production du côté des employeurs, rationalité des objectifs de santé et d'épanouissement du côté des salariés.
Il s'agit d'une expertise d'accompagnement des démarches de santé, c'est-à-dire dynamique, qui fait référence à la définition opératoire de la santé qu'en a donnée Chr. Dejours[138] : *" La santé c'est avoir les moyens d'un cheminement personnel et original vers un état de bien-être physique, psychique et social. "*
Le rôle du médecin du travail est donc de préserver des marges de manœuvre individuelles et collectives qui permettent à chacun un véritable choix de santé. Une expertise se situant dans ce cadre ne peut donc avoir une autre finalité que celle-ci. Il ne s'agit pas de produire des connaissances pour elles-mêmes, mais de faire émerger des dynamiques sociales.

Il ne devrait donc pas y avoir ambiguïté possible entre l'expertise en médecine du travail et l'expertise de gestion de la santé des salariés en entreprise.
Il ne nous appartient pas de juger de la validité de cette dernière démarche. Chacun dans ce domaine, se déterminera selon sa conscience. Il faut être néanmoins extrêmement attentif aux confusions éventuelles que ces deux attitudes peuvent engendrer.
La genèse même de la médecine du travail que nous avons examinée plus haut incite en effet à la confusion. La médecine " d'industrie " postulait en effet que ce qui était bon pour la santé des salariés était bon pour la santé de l'entreprise. L'époque actuelle remet cruellement en cause cette assertion optimiste. Individualisation, intensification du travail, atomisation de l'entreprise et des " process ", exclusion, s'observent malheureusement de plus en plus et s'interprètent de plus en plus en conditions exclusives à la compétitivité et donc à la prospérité de l'entreprise.
L'expertise conjointe, fondée sur un abord scientifique des questions de santé au travail et qui faisait cohabiter amélioration des conditions de travail et sélection des salariés, occupait avant 1946 la totalité du champ de la santé au travail.
Après 1946, elle a pu cohabiter, profitant de conditions économiques meilleures, puis s'intégrer à la médecine du travail. Il faut voir dans l'attitude d'experts scientifiques de certains médecins du travail, une persistance, à notre avis anachronique, de ce type d'expertise.
L'organisation du travail des entreprises libérales d'aujourd'hui est propice à la récupération de cette attitude dans un but de gestion économique de la santé.

Des médecins du travail – voire des enseignants – estiment que la médecine du travail ne pourrait survivre qu'au prix d'une participation à la gestion économique de la santé dans l'entreprise :
" Certain suggèrent que les missions du médecin du travail soient réduites à l'étude et à l'amélioration des conditions de travail. (...). Accepter une telle position représenterait un recul considérable : la médecine du travail pourrait être confiée à des ergonomes non-médecins ou à des ingénieurs d'hygiène et de sécurité industrielle. (...) Le médecin est un partenaire essentiel du management et de la productivité de l'entreprise. Le médecin qui opte pour un exercice dans l'entreprise choisit par là-même le monde de la rentabilité et du profit, sources vives des entreprises puisque générateurs d'emplois. En tant que cadre à part entière de l'entreprise qui l'emploie, "son entreprise", il a, à son égard, des devoirs. Dans ce contexte contribuer à une meilleure productivité de l'entreprise doit être un des principaux objectifs de son rôle. Il l'atteindra en créant une véritable "religion" de l'aptitude au poste de travail. (...) Comme

[138] Christophe DEJOURS, Construire sa santé, in Les Risques du Travail, La Découverte, Paris, 1985

partout ailleurs, il faut développer enfin en médecine du travail un processus permanent d'évaluation entre l'état de santé constaté et l'état de santé recherché à l'aide d'indicateurs précis. Il faut en effet, concevoir que la santé, si elle n'est certes pas un marché comme les autres n'en reste pas moins un marché. Par conséquent, les techniques du marketing s'y appliquent. Il est urgent de les connaître et de les appliquer en médecine du travail. "Médecin" ou "homme de la santé" telle est désormais la question qui se pose à propos de l'avenir de la médecine du travail alors que nous vivons quotidiennement l'évolution inexorable des technologies, la compétitivité économique entre les entreprises et la construction de l'Europe [139]. "

Le risque de confusion ne réside pas tant dans le projet de ce manifeste que dans la volonté d'y réduire la médecine du travail.
Le fonctionnement de l'entreprise libérale connaît assez d'illustrations publiques en lien avec l'actualité quotidienne pour qu'il soit utile de s'y appesantir. L'un de ses principaux travers en est la " communication " qui vise à promouvoir une certaine " image " au prix parfois de mensonges volontaires ou involontaires selon le sens double que donne Montaigne à ce mot. Les techniques de manipulation font partie du marketing. Il y a donc un danger déontologique pour un médecin de s'y lier obstinément.

L'expertise en médecine du travail réinterroge la situation de travail du point de vue de la santé des salariés. C'est en cela qu'elle peut remettre en cause l'organisation du travail. Lorsque les atteintes à la santé deviennent une conséquence de plus en plus fréquente de l'organisation du travail, du point de vue de l'employeur, l'expertise en médecine du travail est au mieux une démarche de l'incertitude en matière de résultat sur la production et au pire, un processus indésirable qui perturbe des processus d'exclusion considérés comme naturels et générateurs de profits.
Un employeur a tout intérêt à promouvoir une médecine de gestion de la santé en entreprise, dissimulée au besoin derrière le paravent de la médecine du travail. La réglementation actuelle ne s'applique pas à cette déviance.

On comprend donc que l'expertise " scientifique " (au sens de N. Dodier) en santé au travail, constitue un moindre mal entre une expertise liée à la médecine du travail et une expertise de gestion de la santé en entreprise. C'est pourquoi les grandes entreprises se dotent ou sont dotées de services médicaux d'expertise. Leur intérêt immédiat leur dicte de couper ces services de tout lien avec la médecine du travail.

[139] Jean LORIOT, La médecine du travail française face à l'Europe, Le Concours Médical, Paris, 1988, p. 1752

EXPERTISE EN SANTÉ AU TRAVAIL ET MÉDECINE DU TRAVAIL : DES LIENS INDISPENSABLES MAIS DÉLICATS

La création de services d'expertise en santé au travail en entreprise ou le recours à ce type d'expertise particulière est devenue une obligation incontournable de l'exercice en médecine du travail. En effet, l'exercice de la médecine du travail est marqué par la précarisation croissante des entreprises et du travail. L'intrication des phénomènes pathogènes engendrés par la précarisation entre les salariés de la sous-traitance et ceux du noyau dit stable, la complexité des conséquences pathologiques, en particulier sur la sphère psychique, l'intrication des facteurs pathogènes, l'absence de visibilité, pour un même médecin, de la totalité du processus de travail, imposent des coopérations pour retrouver une appréhension de la réalité et la globalité des situations.
Les conditions réglementaires de ces coopérations existent au travers des plans d'activité en milieu de travail. Elles peuvent reposer sur une coordination de l'inspection médicale du travail. Elles peuvent faire appel à des études conventionnées et garanties par un contrôle social. L'exercice de la médecine du travail repose donc sur une coordination entre pairs aux compétences complémentaires, qui s'enracinent dans leurs pratiques cliniques.
Les moyens en sont variables. Toutefois, une tendance actuelle est de la faire reposer sur l'existence de structures centralisées composées de " spécialistes " et en lien avec la médecine du travail.
Pour les petites entreprises, les services médicaux interentreprises qui les surveillent médicalement ont suscité de telles structures (par exemple l'association Bourgogne-Ergonomie) ; dans les entreprises de grande taille existent parfois des services tels que l'ex SGMT EDF-GDF, depuis démantelé.

Les conditions d'une coopération entre professionnels ne sont pas simples à mettre sur pied. Les études issues d'un travail pluridisciplinaire doivent être utilisables et utilisées. La première étape consiste à définir un minimum de règles éthiques et un accord sur les finalités de l'action.
Cette démarche présente des difficultés même entre médecins du travail. En effet, les médecins du travail concernés ont pu, face aux difficultés, développer des stratégies individuelles différentes et il est donc essentiel de bien définir à l'avance les objectifs, la méthodologie mise en œuvre, les responsabilités de chacun, les modalités du rendu de résultats aux différents acteurs sociaux.
Une autre condition constitutive de cette coopération est le respect de l'autonomie professionnelle des médecins. Par exemple, il faudra toujours savoir quel est le médecin " responsable " d'un effectif.
Dans les services interentreprises, le suivi médical de l'artisanat et des PME pose, de longue date, de nombreux problèmes. Un certain nombre de médecins du travail, de services interentreprises ont dépassé cette difficulté en

s'associant pour des études par secteur ou par branches. Chacun peut par la suite en utiliser les résultats auprès de sa propre " petite entreprise ". Ces études sont de toute nature : ergonomiques, épidémiologiques, toxicologiques, etc.
Les médecins du travail vont donc devoir mettre en commun leurs observations, regrouper leurs forces pour mener des études, des enquêtes, des actions de prévention, pour répondre aux nécessités et rendre compte de la réalité des situations de travail.

Difficiles à établir entre médecins du travail, la pluridisciplinarité, avec les autres spécialistes du champ de la santé au travail, se heurte à d'autres obstacles de nature diverse.
La démarche scientifique est, en effet, plutôt tournée vers le savoir. Il lui faudra réorienter son objectif du côté de la pratique plutôt que de produire des connaissances, elle aura pour finalité de faire émerger des dynamiques sociales en choisissant de les accompagner.
Ce n'est pas faire avancer les connaissances qui en est le but, mais bien l'instruction des questions de santé au travail.
Le découpage du champ ou la volonté d'isoler un moment particulier devra respecter la globalité des situations et la dynamique de la démarche en médecine du travail.
Il ne s'agit pas seulement d'apprendre mais de comprendre et d'accompagner. C'est l'opérativité de la connaissance produite qui en constitue ici la valeur. C'est pourquoi la phase de restitution en constitue un temps essentiel.
Bien qu'il n'y ait pas de véritable opposition entre la démarche du spécialiste du champ de la santé au travail et celle du médecin du travail, il n'est pas d'emblée évident de réunir les conditions d'une véritable coopération. Elle passe dans doute par une attention particulière portée dans ce domaine au sens des connaissances produites dans le champ social de l'entreprise.

EXPERTISE EN SANTÉ AU TRAVAIL ET POLITIQUE D'ENTREPRISE

Écrire que le travail peut avoir des conséquences pathologiques sur la santé relève de l'évidence.
Le rapport du Dr Villermé sur les conditions de travail et leurs conséquences sur la santé, qu'il observe dans les fabriques, au milieu du XIXe siècle, témoigne, s'il en était besoin, de ce fait.
Le contexte de l'industrialisation naissante explique, sans doute, que l'imperfection des procédés techniques incite les manufacturiers à utiliser la main-d'œuvre comme outil productif sans soucis des conséquences. Les périodes de bouleversements techniques, du fait de la nouveauté, génèrent des organisations du travail peu respectueuses de la santé des femmes et des hommes qui y participent.

Bien qu'elle possède ses propres spécificités, l'époque actuelle, dans un contexte de crise économique, idéologique et de réorientation forcée des entreprises, répond aux mêmes critères.
Il est donc compréhensible que l'organisation du travail connaisse des imperfections et ait des conséquences néfastes sur la santé des salariés.
Il n'y a sans doute pas d'inéluctabilité dans ces phénomènes et il est du devoir des médecins, des médecins du travail, des spécialistes du champ de la santé au travail d'interroger cette organisation du point de vue de la santé des salariés.

Intervenant exclusivement du point de vue de la santé, les médecins du travail n'ont pas la vocation de dégager des solutions opératoires permettant de modifier l'organisation du travail pathogène. Leur rôle est d'accompagner la construction de la santé des sujets et d'en rendre visible les obstacles, particulièrement organisationnels. La mise en œuvre concrète des changements organisationnels relève quant à elle du débat social.
Les interventions des médecins du travail se heurtent ainsi, habituellement, au scepticisme ou à l'opposition des responsables, par ailleurs travaillés par des conduites défensives, au sens que Chr. Dejours donne à cette expression, destinées à atténuer une culpabilité plus ou moins latente.

La réaction des entreprises est donc structurée dans deux directions :
La première consiste à demander aux spécialistes de la santé au travail de repérer les risques et à partir de ce repérage, de définir des critères individuels de prédisposition, pour permettre une sélection des salariés les plus aptes à résister.
L'hypothèse que les tests génétiques prédictifs, dès qu'ils seront disponibles, seront en tout premier lieu utilisés dans le domaine de la santé au travail, si rien n'est fait pour s'y opposer, n'est pas irréaliste.
Le processus de sélection, puis d'exclusion des salariés semble être actuellement la seule voie opératoire envisagée par les responsables d'entreprise.
On peut comprendre que, pour des raisons éthiques, cet exercice soit récusé par de nombreux spécialistes, en tout premier lieu, par les médecins du travail.
Techniquement, la variabilité inter et intraindividuelle propre à toute espèce vivante rend vaine la réussite à long terme de cette vision.
Un jour ou l'autre, le salarié ne pourra pas résister au stress et devra être exclu.
L'interchangeabilité supposée des opérateurs, favorisée par la précarité des contrats, a transformé aujourd'hui, ce mouvement perpétuel d'absorption-digestion-rejet, en démarche ordinaire. L'exemple le plus évident est l'exclusion des opérateurs les plus âgés au profit de plus jeunes, considérés comme plus malléables et plus résistants.
Cette gestion des ressources humaines (l'expression, comme on l'a souvent souligné, est, en elle-même significative de cet état d'esprit), tend à majorer les

caractéristiques individuelles défavorables et à minorer l'influence pathogène de l'organisation.
Ainsi, si le salarié déprime ou souffre c'est en raison de problèmes familiaux ou d'ordre général, les conditions de travail ou les conséquences de l'organisation étant bien pires " ailleurs "… ! !
Les interventions des spécialistes qui se plient aux objectifs de cette sélection-exclusion sont donc privilégiées par les responsables d'entreprise, au détriment de ceux qui demeurent attachés à une expertise en santé au travail, du point de vue de la santé des salariés, considérés, en général, comme un danger potentiel. Ils sont, au mieux, l'objet d'une méfiance de principe.
En effet, paradoxalement, la réglementation sur les risques du travail est devenue plus contraignante et met en cause la responsabilité directe du dirigeant d'entreprise et, corollairement, celle du médecin du travail.
Par exemple, la réglementation d'inspiration européenne, concernant le risque chimique et le risque cancérogène met en cause la responsabilité du chef d'entreprise à tous les niveaux de la prévention. La première raison de la méfiance du responsable devant une démarche de santé au travail est le risque de mise en avant de sa responsabilité.

L'image de l'entreprise étant devenue un argument commercial de premier plan, tout danger de mise en cause de celle-ci est considérée comme un risque inacceptable. Dans certaines entreprises qui voudraient acquérir ou conserver une façade sociale et " citoyenne ", la divulgation de dysfonctionnements ou d'atteintes à la santé est vécue comme un sabotage.

La seconde direction suivie par les entreprises est constituée par les orientations stratégiques qu'induisent les supposés risques générés par une expertise en santé au travail. Elle possède deux volets. Il s'agit :
- de favoriser les expertises sur la gestion de la santé des salariés,
- de contrôler les expertises sur la santé des salariés.

Les moyens utilisés sont de trois ordres :
- le budget,
- l'organisation des services médicaux,
- la communication d'entreprise.

Toute intervention spécialisée en santé au travail générant des coûts, la restriction financière reste un moyen commode de favoriser ou de limiter les études.
Ainsi, les études sur les risques généraux : tabagisme, alcoolisme, risques cardio-vasculaires extraprofessionnels seront valorisées par rapport à celles spécifiques aux risques professionnels
La communication d'entreprise, devenue le cœur de leur fonctionnement, pèse sur toute exposition publique des résultats, soit en les récupérant, soit en les limitant par la persuasion ou une incitation pouvant être interprétée comme menaçante.

L'organisation des services médicaux du travail est pour les grandes entreprises un moyen commode de contrôle des expertises en santé au travail.
Il est à noter, en effet, l'existence d'un vide réglementaire autour des services spécialisés d'appui et de coordination des services médicaux du travail.
Le ministère du Travail n'est pas en mesure, par conséquent, de se prononcer sur ce type de structure.
À condition de contrôler ce service par le biais du statut des praticiens qui y participent, une direction d'entreprise peut piloter en interne l'activité des médecins du travail de base et en externe, les interventions des spécialistes en santé au travail extérieurs, en leur imposant de passer par le filtre du service technique central.

DES PROPOSITIONS

Notre exercice de médecin du travail nous met directement au contact des conséquences pour nos patients, des risques du travail. Notre devoir étant de les éviter, il nous faut donc en rendre compte pour les prévenir. Si l'exposition des difficultés rencontrées avait quelque chance d'aboutir à une prise de conscience et à une amélioration à l'intérieur de l'entreprise, sans doute n'aurions-nous eu rien à exposer ici.
Pour pratiquer journellement ce type de restitution et au vu du peu de résultats favorables obtenus, il faut bien considérer que des obstacles très lourds s'opposent à une véritable expertise en santé au travail dans les entreprises.

L'inéluctabilité supposée des déterminants économiques justifie-t-elle que ce secteur de la santé publique soit abandonné ? Il ne nous appartient pas d'en décider autrement que comme citoyen. Cette décision politique appartient à la Nation et à ses représentants. En tant que médecins, nous ne pouvons accepter d'observer la souffrance de nos patients sans y porter remède. C'est cette pensée qui guide nos actes. Nos pairs jugeront si elle est conforme à nos devoirs.
Nous ne voudrions cependant pas que cette conclusion soit pessimiste. Des pistes de solution sont aisément discernables. Il ne manque pour les mettre en œuvre qu'une volonté politique.

Éviter les ambiguïtés

Il est tout d'abord nécessaire de lever toute possibilité de confusion entre expertise, du point de vue de l'amélioration de la santé des salariés et expertise, du point de vue de la gestion de la santé des salariés en entreprise.
Dans ce cadre, nous recommandons que chaque type d'expertise soit exclusif pour éviter les ambiguïtés.
Ces expertises pouvant être du domaine de spécialistes médecins et non-médecins, il appartiendra à chacun d'interroger ses pairs quant à l'harmonisation déontologique de ces démarches et que les conséquences réglementaires en soient tirées.

C'est aux diverses instances professionnelles des médecins et à un large débat social d'engager une réflexion fondamentale.

Indépendance de l'expertise en santé au travail
La question de l'indépendance de l'expertise en santé au travail est un préalable.
Il ne s'agit pas seulement de la formaliser mais d'assurer son effectivité.
En entreprise, elle repose, en l'état actuel du droit :
- sur le statut des médecins du travail,
- sur la nécessité qu'ils ont de rendre compte à tous les acteurs sociaux, dans le cadre du contrôle social exercé conjointement,
- sur le contrôle des instances ministérielles du travail compétentes, à la demande des acteurs sociaux.

Pour les non-médecins exerçant le statut d'expert en santé au travail dans l'entreprise, ces trois conditions doivent être transposées à leur spécificité et à leur qualité pour permettre les mêmes garanties.

Pour les spécialistes externes, médecins ou non, estimant que leurs structures d'appartenance leur garantiraient un statut spécifique semblable, le conventionnement reste une solution envisageable à conditions qu'il défère aux trois conditions d'indépendance définies ci-dessus.

La question du financement relève du thème de l'indépendance.
Le poids financier ne doit donner aucun privilège à l'exception de celui de justification de chaque franc dépensé. Il ne doit pas servir à orienter ou à contrôler, voire entraver, l'expertise.
Nous laissons aux spécialistes de ces questions la mise sur pied de solutions pratiques. Tout au plus, imaginons-nous qu'une agence publique guidée par l'intérêt général pourrait à partir d'un financement général des entreprises et de l'état, prendre en charge certaines de ces études.
Ce sont l'utilité publique et l'intérêt général alimentés par le débat social qui devraient juger de la nécessité de procéder à ces expertises.

Indépendance de la médecine du travail
La médecine du travail constitue dans l'état actuel du droit, le principal vecteur des missions d'expertise en santé au travail du point de vue de la santé des salariés.
Les conditions d'indépendance que nous avons proposées pour l'expertise en santé au travail sont élaborées à partir de son exercice. Or, nous sommes bien placés pour savoir la relative inefficacité des clauses d'indépendance réglementaire.
Pour ne donner qu'un exemple, nous avons appris récemment que les médecins du travail d'une grande entreprise nationale de transport n'exerçaient pas en secteur géographique précis, ce qui permet toutes les pressions sur leur activité. Il y a donc en tout premier lieu urgence à rendre ces clauses effectives.

Le statut des médecins du travail doit être renforcé. Dans ce cadre, de plus en plus nombreuses sont les voix qui proposent que l'ensemble des moyens mis à disposition par l'employeur pour garantir cette indépendance, fasse l'objet de clauses explicites dans les contrats de travail.

Le contrôle social conjoint des employeurs et des salariés par le biais des comités d'entreprise et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail pourrait se voir confier un rôle de propositions quant aux études et un rôle de définition des politiques de santé au travail en entreprise assorti d'un véritable pouvoir décisionnel. Le contrôle social qui relève des salariés ne pourra être réellement mis en œuvre que si des moyens réels en temps de délégations et de formation leurs sont alloués
C'est le compte rendu de l'activité du médecin, en particulier, dans ses activités coopératives qui alimenterait la réflexion préalable à ces décisions.

La question du financement reste incontournable.
La tendance lucrative sous l'aiguillon de la fiscalité des services interentreprises de médecine du travail est inquiétante.
On peut effectivement considérer que les entreprises, qui bénéficient du travail, supportent les conséquences financières des atteintes à la santé qu'il génère. Toutefois, nous ne pourrions présenter qu'un faisceau de solutions imparfaites au poids disproportionné que le financement direct de la médecine du travail confère aux entreprises sur son organisation.
Il reste à rechercher une solution, qui contrebalancerait ce poids illégitime sur l'activité du médecin. Aussi importante que cette charge puisse paraître, elle n'en serait pas moins négligeable en regards des considérables économies en matière de dépenses de santé qu'une médecine du travail renforcée pourrait générer. Se poserait alors la légitimité d'une gestion publique de ce financement.

Pour ce qui concerne les activités coopératives indispensables que doivent mener les médecins du travail, nous avons traité plus haut du statut des interventions menées par des spécialistes externes.
Cela leur conférerait un statut d'indépendance qui ne doit pas toutefois empiéter sur celle du médecin du travail.
La légitimité de cette prééminence du médecin du travail ne repose pas sur une compétence technique parfois inférieure à celle des spécialistes en santé du travail. Sa justification est la position de la médecine du travail dans un processus de prévention inscrit dans la temporalité et dans l'appréhension globale des paramètres du travail.
La finalité même de la démarche du médecin du travail est de nature différente de celle spécifique à tout expert scientifique puisqu'il s'agit pour lui d'instruire les questions de santé au travail en les faisant émerger des dynamiques sociales, en les nourrissant, en les accompagnant.
Il s'agit bien pour lui, à travers une approche médicale de permettre à chacun de construire sa santé dans son travail.

Pour ce qui concerne l'existence des services spécialisés internes à l'entreprise ou communs à plusieurs, il serait inacceptable que leur imperfection statutaire puisse servir au contrôle de la médecine du travail par l'employeur.
Il y a urgence à ce que le législateur se prononce à ce sujet.

Les spécialistes qui y participent doivent être clairement rattachés à la problématique de la médecine du travail par le biais des trois garanties d'indépendances citées plus haut.
Pour les médecins, le Conseil national de l'ordre des médecins s'est prononcé sur la nature de leur indépendance à l'occasion de l'affaire Imbernon. Il précise notamment : *" Il n'est pas suffisant que votre indépendance professionnelle soit consacrée dans le contrat qui vous lie à EDF-GDF, encore faut il qu'elle soit effectivement assurée et que vous disposiez dans votre activité médicale d'épidémiologiste de la possibilité de participer au choix des thèmes pertinents, de réaliser des enquêtes suivant les règles de l'art et de diffuser leurs résultats selon les procédures que vous estimeriez adéquates pour sauvegarder l'intérêt des patients. "*

Pour les spécialistes qui ne sont pas médecins, un statut spécifique garantissant leur indépendance doit être élaboré.

Pour les médecins non-médecins du travail, un statut semblable à celui des médecins du travail s'appuyant sur la déontologie médicale et leur conférant les mêmes droits et les mêmes devoirs doit leur être appliqué.

Il est souhaitable que soit favorisée la spécialisation de médecins du travail qui sont mieux à même de comprendre la finalité de la démarche spécifique en médecine du travail. Que cette spécialisation n'affecte en rien la qualité et les fonctions de médecin du travail de ces praticiens découle directement et explicitement de l'arrêt du tribunal dans l'affaire Imbernon.

Le contrôle social intégral doit s'appliquer à ces structures.
La coordination entre médecins du travail doit exister dans les formes de la déontologie médicale. Il est exclu en particulier qu'un seul médecin, désigné sans limites de durée par l'employeur et n'ayant pas le statut de médecin du travail, soit chargé de cette coordination. Celle-ci doit être collégiale et élective, seules garanties pour qu'elle ne devienne pas abusive.

Nous savons que ces propositions ne se suffisent pas à elles-mêmes. Dans notre esprit, elles constituent des prétextes à réflexion de toutes les parties concernées. Nous souhaitons toutefois que soient rapidement étudiées par le législateur des solutions aux lacunes les plus flagrantes.

Peut-on construire un équilibre social quel qu'il soit sur la souffrance des hommes ? Nous ne croyons pas qu'il soit légitime de laisser se perpétuer dans les entreprises des souffrances en rapport avec un travail qui devrait permettre à chacun de construire sa santé.
Un des rôles des médecins du travail est d'accompagner la santé de chacun et de témoigner de ce qui y fait obstacle.
Nous avons parfaitement conscience du caractère utopique de la volonté *" d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail "* dans un monde sans repères.
Notre espoir est que, comme l'écrit Th. Monod, *" l'utopie n'est pas l'irréalisable, mais l'irréalisé "* .

EXPRESSION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS L'ESPACE PUBLIC, VISIBILITÉ SOCIALE

Gérard Lasfargues
MCU-PH en médecine du travail et des risques professionnels

Si dans la société actuelle, le concept de santé (bien-être physique, psychique et social) a supplanté celui de maladie, le travail n'y est toujours pas véritablement reconnu comme un déterminant essentiel de la santé. Malgré la multitude de symptômes physiques, psychiques ou autres constatés quotidiennement par les médecins du travail et témoignant le plus souvent des effets délétères des contraintes organisationnelles, la réalité de cette situation reste masquée. Le lien évident entre l'augmentation de prévalence de multiples pathologies (pathologies d'hypersollicitation articulaire, décompensations psychiatriques, etc.) et les formes actuelles d'organisation et de gestion du travail sont systématiquement minimisées ou déniées, y compris par les praticiens de santé. La vision du travail lui-même, trop souvent encore conçu comme une simple addition d'expositions à des risques professionnels chimiques, physiques ou biologiques, est obsolète[140].

La problématique santé-travail prend pourtant de plus en plus d'acuité dans le cadre du développement sans précédent de la précarisation du

[140] Laurent VOGEL, Quelques défis pour l'évolution de la médecine du travail en France, Communication aux XXIVe Journées Nationales de Médecine du Travail, in Archives des maladies professionnelles, Paris, mars 1997

travail. Ce contexte dans lequel se posent actuellement les questions de santé au travail oblige les médecins du travail, par-delà leur responsabilité individuelle dans le suivi des salariés, à modifier leur pratique pour tenter de faire émerger les problèmes liés à l'organisation du travail et à affirmer une spécificité professionnelle orientée vers une contribution aux transformations du milieu de travail. Cette contribution ne peut se faire que de manière interactive avec les salariés, à partir d'exigences sociales plaçant en avant la protection de la santé et rejetant tout compromis avec des finalités d'ordre économique.

Dans sa pratique quotidienne, la psychodynamique du travail fournit au médecin du travail un cadre théorique d'intervention ancré d'abord sur l'écoute compréhensive pour repérer la souffrance derrière la normalité énigmatique et élucider les procédures défensives individuelles ou collectives mises en œuvre par les salariés. Permettre la construction du sens de la souffrance au travail, individuelle et dans un deuxième temps collective, constitue le premier pas dans le processus de visibilité sociale des effets majeurs de l'organisation du travail. C'est la première phase d'une approche clinique médicale, ancrée sur une éthique de témoignage interne, qui vise à déchiffrer les obstacles aux mobilisations subjectives des personnalités en situation de travail et à la reconnaissance, et à rendre visible leur coût en matière de santé[141].

Par cette approche spécifique fondée à la fois sur l'écoute au cabinet médical et dans l'espace public interne de l'entreprise, le médecin du travail aide à la réflexion individuelle et collective sur les dimensions occultées de la situation de travail et à la socialisation de la souffrance[142]. Il est ainsi au centre d'un travail long d'avancée collective dans la quête du sens cherchant à aboutir progressivement en une dynamique sociale destinée à transformer les situations de travail.

Cette démarche compréhensive ouvre donc des champs de réflexion et permet l'évolution des pratiques individuelles selon les marges de manœuvres. Elle se heurte néanmoins, pour être prolongée et efficace, à des obstacles évidents, qui tiennent aux nouvelles formes actuelles d'organisation et de gestion et à la précarisation du travail et de l'emploi, aboutissant à des passages de plus en plus courts des salariés dans les entreprises, à l'éclatement des collectifs de travail, à une restriction maximale des marges de manœuvres et à un isolement social dramatique des personnes.

Comment dans ces conditions amorcer un travail d'écoute nécessairement long et soutenir une réflexion collective supposant un minimum de communauté ? Le risque est, pour le médecin du travail, de devoir se limiter à un pur travail tronqué d'écoute compassionnelle, d'absorption de la souffrance au travail, sans pouvoir contribuer de manière réellement efficace à cette quête du sens impliquant l'économie de la souffrance.
Il s'ensuit de manière tout à fait légitime une tendance au désinvestissement des espaces internes de l'entreprise et la recherche d'une visibilité sociale des questions de santé au travail dans l'espace public externe par une démarche santé travail en santé publique.
Que doit recouvrir cette approche ?

Il ne s'agit nullement ici d'inscrire la médecine du travail dans la santé publique en abandonnant nos spécificités de protection de la santé des travailleurs, mais bien de faire émerger les questions de santé au travail et d'alimenter le débat indispensable qui devrait guider les prises de décision et choix politiques dans ce domaine[143].
Inscrire la problématique santé-travail dans une nouvelle approche en santé publique paraît d'autant plus nécessaire et urgente que le débat sur les questions essentielles reste pratiquement absent. L'exemple type est celui du débat sur le développement de la précarisation du travail et ses effets, laissé pour compte au détriment d'un débat sur la précarité purement centré sur une vision statique d'accompagnement sanitaire du non-emploi et de l'exclusion.

Le scandale de l'amiante a révélé après d'autres (sang contaminé…) les faiblesses criantes à tous les niveaux du dispositif de santé publique et nous

[141] Christophe DEJOURS, Travail, usure mentale, De la psychopathologie à la psychodynamique du travail, Bayard, Paris, 1993

[142] Philippe DAVEZIES, Médecine d'expertise, médecine du travail, médecine d'entreprise, Communication aux XXIVe Journées Nationales de Médecine du Travail, in Archives des maladies professionnelles, Paris, mars 1997.

[143] Dominique HUEZ, Introduire l'approche santé publique en médecine du travail et le champ santé travail en santé publique, Les Cahiers SMT n° 6, 1993

rappelle à tous le coût terrible pour la société de la marginalisation des problèmes de santé au travail.

Comment, pour les médecins du travail, à côté d'interventions individuelles légitimes en tant que professionnels de santé et citoyens, intervenir collectivement dans le débat public en favorisant la problématique santé-travail ? Un des moyens actuellement recherché est de promouvoir des pratiques coopératives dans différents axes.
Le premier est constitué par l'acquisition ou la progression des connaissances sur les grandes questions de santé travail à partir d'études coopératives, utilisant notamment l'épidémiologie analytique, avec l'appui d'équipes scientifiques spécialisées, et qui peuvent permettre la validation d'observations faites sur le terrain par les médecins du travail.
La recherche en santé-travail reste malheureusement trop peu développée. Les études sur des problèmes essentiels comme les effets des trajectoires professionnelles précarisantes sur la santé, les rapports entre division sexuelle du travail et santé au travail, le vieillissement et l'usure professionnelle, les risques à long terme (troubles de la reproduction, cancers, etc.) des faibles niveaux d'exposition sont encore trop peu nombreuses. Le développement indispensable de projets pluridisciplinaires sur des études longitudinales se rapportant à ces thèmes n'est pas encouragé. La santé au travail est finalement exclue de la santé publique au niveau scientifique comme elle l'est au niveau administratif ou politique, ce qui est bien illustré par la faiblesse des moyens accordés et l'absence de soutien politique aux rares équipes de recherche qui s'occupent de santé au travail et le peu de considération dont elles font l'objet par rapport aux autres secteurs de la recherche.

Grâce pourtant à la collaboration entre médecins du travail et équipes de recherche en santé au travail, des données importantes ont pu être validées, concernant par exemple le rôle des contraintes organisationnelles et de l'intensification du travail dans l'apparition des pathologies d'hypersollicitation articulaire ou d'altérations infrapathologiques de la santé physique et psychique.

Les résultats de ces recherches interpellent au premier chef le médecin du travail dans sa pratique. L'essentiel pour lui dans ces actions pluridisciplinaires n'est pas sa contribution à la production d'un savoir mais, du fait de sa position à l'interface des scientifiques et des partenaires sociaux, de favoriser la socialisation de ce savoir dans la perspective primordiale du retour en terme de prévention sur les personnes appelées à construire leur santé.
Il lui faut apporter sa contribution spécifique en se plaçant au centre d'une véritable recherche – action coopérative et interactive qui permette la confrontation mutuelle des connaissances mais surtout celle des connaissances avec les besoins des salariés de manière à instruire efficacement les choix politiques en matière de santé au travail.
Il ne saurait être question, à travers ces actions, de faire du médecin du travail un simple observateur neutre des risques professionnels ou un généraliste de santé au travail plus ou moins compétent dans une multitude de disciplines (épidémiologie, ergonomie, toxicologie, sociologie, etc.), risquant de perdre sa spécificité d'acteur de premier plan dans les champs de la prévention et de la construction de la santé.

Inscrire la santé au travail dans la santé publique suppose donc une réflexion urgente et une clarification sur la place et les missions des différents acteurs, sur les rapports entre ces acteurs et les personnes construisant quotidiennement leur santé, sur les besoins de coordination des actions, sur l'articulation entre la médecine du travail et la santé publique, sur la définition d'instances véritables de socialisation des problèmes. Il importe que la dimension politique de la santé publique et de la santé au travail soit reconnue[144] et non masquée derrière un savoir-expert scientifique avec le risque de voir les connaissances scientifiques influencer elles seules les mesures de prévention ou s'associer à des intérêts particuliers pour occuper l'espace décisionnel.
Le second axe fondamental dans la visibilité sociale des questions de santé au travail est constitué par le témoignage collectif dans l'espace public[145], comme l'a montré l'ouvrage *Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail*[146]. Ce type de témoignage est essentiel par la réflexion professionnelle qu'il provoque, à partir d'une mise

[144] Bernard CASSOU, Santé publique et santé au travail, Les Cahiers SMT n° 6, 1993
[145] Alain RAIX et coll, Santé – Santé publique – Travail et Santé, Communication aux XXIVe Journées Nationales de Médecine du Travail, in Archives des maladies professionnelles, Paris, mars 1997
[146] Souffrances et précarités au travail, paroles de médecin du travail, (Collectif), Syros, Paris, 1994

en visibilité de la souffrance, sur les obstacles s'opposant à la construction de la santé dans le travail.
Il sert de fondement pour les médecins du travail à des réflexions collectives sur les difficultés de leur pratique quotidienne, il les interroge sur leur propre souffrance et leurs stratégies défensives et leur permet d'avancer dans la compréhension du sens de leurs propres actions[147].

L'expérience de groupes de travail locaux ou régionaux favorisant la mise en débat des difficultés d'exercice aide à la construction de règles de métier communes et crée une dynamique incontestable facilitant pour chacun le retour à la pratique individuelle dans l'espace interne[148].
Le témoignage dans l'espace public externe constitue bien une étape fondamentale de la socialisation des problèmes de santé au travail. Mais, pour avoir toute son utilité, il est important qu'il puisse apporter un éclairage réel sur la compréhension des mécanismes de déconstruction de la santé. Il suppose donc de la part des médecins du travail un travail clinique spécifique nécessitant une élaboration dans l'espace public interne.
Les deux actions sont complémentaires et indissociables.

Les médecins du travail, de par leur position et leurs connaissances, ont la possibilité de construire une réelle clinique médicale du travail, utilisant notamment le cadre de la psychodynamique et disposant de ses propres outils, pour analyser, à partir du repérage des multiples symptômes témoignant du coût du travail pour la santé, la relation de l'homme à son travail et aider à l'accès au sens des situations de travail. Il est éminemment souhaitable pour la profession de développer la réflexion collective sur cette démarche qualitative propre. En l'exportant dans une démarche de santé publique, le médecin du travail pourrait fournir une contribution hautement spécifique à la construction d'une visibilité sociale externe en redonnant un sens au débat sur la centralité du travail[149], facteur d'insertion sociale et de construction identitaire.

[147] Dominique HUEZ, Clinique de la santé au travail, éthique du témoignage, règles de métier en médecine du travail : élaborer le sens de notre action, Les Cahiers SMT n° 10, 1997, 7-11
[148] Dominique HUEZ, Souffrances et aliénations, ou reconnaissance, coopération et citoyenneté sociale, Les Cahiers SMT n° 10, 1997, 12-15
[149] Robert CASTEL, Les métamorphoses de la question sociale, Fayard, Paris, 1995

CHAPITRE 3 : LA TRANSFORMATION INDISPENSABLE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

LA TRANSFORMATION INDISPENSABLE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Des médecins du travail tentent de créer les conditions d'une refondation de leur métier.
*Ils ont entrepris de compléter la clinique médicale classique par une nouvelle clinique, celle qui accompagne la construction de la santé du sujet au travail. Ils défendent en entreprise le seul point de vue qui soit pour eux légitime, celui de la santé des salariés. Ils ont pour projet d'aider à l'amélioration des conditions de travail. Pour conquérir les moyens d'exercer, ils coopèrent en réseau entre eux et avec d'autres spécialistes du champ santé-travail. Ils se sont imposés le devoir de rendre compte de leurs observations et de leurs pratiques pour permettre la naissance d'un débat entre les acteurs sociaux. Ils participent à l'évolution de la santé publique du point de vue de la santé au travail. (**" Les médecins du travail ont des responsabilités "**)*
*En opposition à ces aspirations rénovatrices, le fonctionnement des structures de la médecine du travail ne suit pas. Pire encore, il se dégrade. Ce fonctionnement pour les petites et moyennes entreprises est une illustration de ce constat et met en lumière ce qu'il faudrait transformer. (**" Le point sur la médecine du travail dans les PME "**)*
*Ce n'est pas en attribuant au médecin du travail la responsabilité du serpent de mer des politiques de santé au travail dans l'entreprise que l'évolution se fera. (**" Le médecin du travail et la politique de santé au travail "**)*
*La santé au travail est séquestrée dans l'espace clos de l'entreprise. La mission d'ordre privé de mettre en œuvre des mesures d'amélioration des conditions de travail et de protection de la santé, confiée par la loi aux employeurs, n'est, par conséquent, pas remplie. Il faut en faire une mission d'ordre public. (**" Et si on changeait "**)*
Ces médecins du travail proposent donc aussi de transformer les structures de la médecine du travail en l'organisant sur des bases renouvelées.
La seule finalité qui soit légitime demeure celle de la loi de 1946 sur la médecine du travail: préserver la santé des salariés de toute atteinte due au travail. Par conséquent le but en est la prévention primaire. Cela interdit toute discrimination fondée sur des critères de santé et implique le contrôle réel par les salariés du fonctionnement des services.
Ils préconisent la création de services publics décentralisés de santé au travail financés par la cotisation des employeurs puisqu'ils sont responsables des éventuelles atteintes à la santé au travail, et dans lesquels coopéreraient médecins du travail et spécialistes du champ de la santé au travail. Cela implique qu'il n'existe qu'un seul statut de médecin du travail.
*Ces services seraient contrôlés socialement dans le cadre du débat social, réglementairement du point de vue de l'intérêt général et collégialement du point de vue des règles de métier. (**" Pour une réforme de l'organisation de la médecine du travail "**)*

LES MÉDECINS DU TRAVAIL ONT DES RESPONSABILITÉS

Dominique Huez

Il existe un formidable décalage entre les objectifs initiaux de la médecine du travail et sa mise en œuvre concrète dans un contexte de développement important des connaissances et des besoins en matière d'accompagnement de la construction de la santé des sujets au travail, et ce dans un contexte de déploiement de la précarisation du travail. Pointer ce décalage aux multiples causes en donnant acte de la multiplicité de défits que doit affronter cette profession, c'est en permettre le débat social.

LA CLINIQUE, SUPPORT DE L'ACTION DANS L'ESPACE PUBLIC

L'ancrage du médecin du travail dans la tradition clinique légitime des compromis entre les guides généraux des actions et les particularités individuelles irréductibles. L'approche clinique permet l'accompagnement de la santé des sujets. Mais l'intervention dans l'espace clos et invisible de l'entretien n'a jamais justifié l'abstention des responsabilités vis-à-vis de la santé de la collectivité qui serait contradictoire avec la déontologie médicale. L'approche à partir de cette inscription clinique,

qui d'une certaine façon fait obstacle à une politique interventionniste en matière de santé de l'état, n'en souligne que plus la responsabilité individuelle de chaque médecin du travail d'agir dans l'intérêt de la santé de la société à partir du point de vue spécifique qu'il s'est forgé. Sa posture de sollicitude à la santé individuelle doit donc aussi se traduire au niveau collectif.
Le médecin du travail doit permettre l'action des sujets en la nourrissant de la compréhension de leur souffrance pour penser les actions de transformation de l'organisation du travail à laquelle ils œuvreront.
L'action du médecin du travail dans l'espace public est légitime, nécessaire et partie intégrante de sa mission. L'évolution actuelle de la société ne rend malheureusement légitime qu'un regard privé, c'est-à-dire subordonné à des donneurs d'ordre, sur les évènements et ici la santé. La mission du médecin du travail lui impose au contraire de sortir des faux prétextes de la confidentialité concernant tout ce qui a à voir avec l'entreprise dans laquelle il œuvre pour agir comme professionnel. Dans ce cadre, il interviendra tant en interne pour accompagner la construction de la santé individuelle et permettre le point de vue des acteurs, qu'en externe, aussi bien pour asseoir des coopérations professionnelles, support indispensable de la mise en évidence spécifique des problèmes de santé au travail, que pour permettre à l'ensemble des acteurs qui ont à voir avec la santé au travail, et ils sont divers et nombreux, de fortifier leur point de vue spécifique à la lumière de ses observations, analyses et réflexions.

LE POINT DE VUE EXCLUSIF DE LA SANTÉ

L'exercice de la médecine du travail est situé au cœur des contradictions sociales, santé et productivité, santé et emploi, défense de la santé contre la rationalité gestionnaire. Il se fixe pour objet de permettre l'épanouissement des sujets citoyens sociaux.
Les médecins du travail sont engagés dans la confection des connaissances sur la santé au travail. Dans cette action, le poids de leur conviction personnelle sur le coût du travail humain pèse fortement et peut être contradictoire au déploiement de leur mission. Il leur a pourtant été dévolu socialement un statut dérogatoire de dispense, dans l'entreprise, de tenir les exigences productives, pour prendre en compte uniquement le point de vue de la santé, tant celui-ci pèse peu par rapport au primat de l'économique. Cette fonction fondatrice ne peut s'abandonner au prétexte que la demande sociale du point de vue des besoins concernant la santé des salariés perd visibilité, ou au prétexte que les employeurs, du fait de leur logique gestionnaire de plus en plus exclusive, tentent de fait d'instrumentaliser les réflexions et le champ d'exercice des médecins du travail. Ces arguments plaident fortement contre l'entrée de la médecine du travail dans le champ concurrenciel, qui signerait à l'évidence la fin de ce pourquoi elle existe, en ne gardant que ce qui a découlé de ses confrontations à la logique exclusive de la productivité, c'est-à-dire un alibi médico-social sans aucun recul sur les transformations des entreprises, avec pour seul objectif de diminuer pour ces dernières les coûts pour la santé. La boucle serait ainsi fermée, les termes de la question telle qu'elle se pose aux médecins du travail, auraient été inversés !

RÉHABILITER L'OBJECTIF D'AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL

La logique productiviste, et son corrolaire de précarisation sociale, accule trop souvent les médecins du travail dans une logique de repli défensif où, pensent-ils, ils ne peuvent prendre en compte que ce qui est socialement acceptable par les entreprises. C'est oublier un peu vite qu'ils ne sont justement pas tenus par les mêmes exigences. Leur objectif est, fondamentalement, d'améliorer les conditions de travail. Bien sûr aujourd'hui, cela ne peut généralement pas se faire à partir d'un point de vue expert construit sur le modèle des sciences de l'ingénieur. C'est plus en mettant les questions de santé en visibilité sans apporter de caution d'aucune sorte aux choix légitimes ou non des entreprises, qu'ils participeront à leur amélioration.
Trop souvent, la responsabilité qui résulte de l'appréhension de la dimension collective des conditions de travail n'est pas suffisamment prise en compte par les médecins du travail. C'est la question du jugement sur les conditions de travail, à porter dans l'espace public, qui les effraie. Et cette terreur est bien légitime tant ils sont mals préparés à cet objectif,et tant cet exercice est difficile. Il ne faut pourtant pas sous-estimer leur armature potentielle à partir des fondements cliniques de leur intervention, nourris de la prise en compte des difficultés individuelles de construction de la santé par les sujets. Bien évidemment, les données issues de cette clinique de la santé au travail, de la normalité, appuyées par une connaissance pointue des études scientifiques interrogées sans cesse dans le sens du principe de précaution, devront être mises en délibération. Elles devront se confronter en permanence au point de vue des pairs, des autres praticiens du champ de la santé au travail, tant il est vrai que les règles d'exercice professionnel doivent se construire collectivement du fait des difficultés auxquelles l'exercice confronte.

COOPÉRER EN RÉSEAU

Aujourd'hui, l'appréhension d'un certain nombre de problèmes de conditions de travail, impose de travailler en réseau. Réseau d'élaboration des pratiques quotidiennes, réseau pour concevoir et mettre en œuvre des études où les compétences individuelles sont insuffisantes. Réseau pour assurer la spécificité du suivi médical des intérimaires ou des travailleurs sous-traitants. Réseau qui devrait inclure des médecins du travail spécialisés, particulièrement en épidémiologie, spécialement

détachés pour cela au niveau de plateaux de compétences à fonctionnement essentiellement coopératif, réseau incluant des médecins inspecteurs du travail articulant leur pratique entre compréhension des fondements du droit au regard de l'objectif de la santé au travail et animation de pratiques coopératives vers la visibilité des conditions de travail dans une logique de santé publique. Réseau incluant aussi des spécialistes de la santé au travail travaillant dans divers organismes. Réseau enfin pour résoudre des difficultés de prise en charge comme la question du suivi post-professionnel.
La dynamique que permet de mettre en œuvre la question du suivi post-professionnel, au-delà de sa nécessité du point de vue des responsabilités de la société vis-à-vis des salariés injustement exposés, constitue un formidable levier porteur de prévention primaire. Elle permet en effet la mise en évidence des expositions aux cancérogènes et aux nuisances à effets différés et des contraintes organisationnelles d'horaires ou de rythme de travail objectivées. De cette mise en visibilité peut naître un processus d'évaluation des risques qui ne peut s'effectuer sans la participation des salariés ; cela facilitera l'ouverture d'un espace de discussion porteur de transformations et d'améliorations des conditions de travail. En découle aujourd'hui l'objectif concret de la mise en œuvre, et du contrôle social, de la thésaurisation dans l'entreprise de l'ensemble des informations concernant les multiples expositions professionnelles. Cet objectif ne saurait se confondre avec la mise en œuvre de carnets d'expositions individuels, qui, faute de très fortes garanties réglementaires, servent plus à dédouaner les entreprises de leurs responsabilités, et risquent de devenir de formidables outils de sélection de l'emploi par le risque.

SE DONNER LES MOYENS D'EXERCER

Si les médecins du travail, comme tous les médecins, n'ont pas d'obligation de résultats, c'est qu'en contre-partie ils ont une obligation de moyens pour œuvrer à l'amélioration des conditions de travail. Il y a à l'évidence pour ceux-ci un problème de moyens en temps de travail alloué qui est d'autant plus faible que les travailleurs sont précarisés sous toutes les formes. Mais les moyens de travail englobent aussi les priorités et l'organisation au quotidien des médecins du travail. Les directeurs de service oublient trop souvent que leur fonction est de permettre aux médecins du travail d'exercer leurs missions dont seuls ces derniers sont responsables, et non pas de ne pas faire de vagues en remplissant au minimum les obligations réglementaires interprétées comme la délivrance de l'aptitude organisée à travers un paiement à l'acte. Ce dernier mode d'organisation, que rien ne justifie réglementairement, entrave les marges de manœuvre des médecins du travail. Mais cette responsabilité de moyens impose donc que les médecins du travail reprennent la main sur les modalités quotidiennes d'exercice ; il en va de leur responsabilité professionnelle. Cette obligation de moyens s'exerce aussi à travers l'obligation de se former sur les thèmes et avec les organismes qu'ils jugent appropriés. De tout cela les praticiens sont comptables. Mais ils y seraient aidés, si le contrôle social par les représentants des salariés avait les moyens réglementaires de son projet initial. Ils y seraient aidés aussi si le contrôle de l'État anticipait pour agir les évènements médiatiques qui trop souvent expliquent uniquement son intervention, et s'inscrivait dans une politique de santé publique au travail où la question de la santé des sujets prend sens.
Deux éléments spécifiques distinguent l'exercice des médecins du travail des autres professionnels de la santé au travail : l'assise de leur pratique sur la clinique médicale, et dans un tout autre registre un statut qui les libère de la prise en compte des contraintes de production au profit exclusif de la santé au travail et leur permet donc d'exercer leurs responsabilités. Du premier terme, ils doivent transformer cette spécificité d'exercice pour les individus en une problématique à visée collective, c'est la spécificité de la construction nécessaire de leur métier. Du second terme ils doivent justifier non pas les résultats de leur action, mais la dynamique même de leur intervention pour l'amélioration de la santé au travail.

RESTITUER LES OBSERVATIONS, RENDRE COMPTE DES PRATIQUES

L'organisation du travail est trop souvent génératrice d'inégalités devant les contraintes et d'atteintes multiples à la santé. Des populations voient se cumuler sur leur parcours contraintes générées par l'organisation du travail, et expositions environnementales multiples. Les entreprises qui génèrent les risques les externalisent trop souvent aujourd'hui. C'est à l'inventaire de tout cela que les médecins du travail doivent participer quotidiennement en prenant en compte le vécu, bien souvent non socialisé, des salariés et leurs trajectoires d'exposition à des nuisances invisibles et ignorées.
Du point de vue de la collectivité des médecins du travail, il est de leur responsabilité professionnelle de participer à des inventaires régionaux de l'état de santé des populations du point de vue de la santé au travail. Cet objectif, très en écart avec ce que réalise la profession aujourd'hui, implique qu'elle s'organise pour le prendre en compte. Un fort engagement collectif, pour faire état dans l'espace public de ce qui est observé à travers une démarche d'accompagnement de la construction de la santé individuelle, est essentiel à l'évolution de la profession de médecin du travail. Aujourd'hui en effet, la société porte une plus grande attention aux questions de conditions de travail. La médecine du travail doit donc élargir le champ de la visibilité de ses constats car ils correspondent à une véritable attente. Ces constats construits à partir des observations cliniques, mis en perspective avec le repérage de contraintes multiformes, devront pouvoir diffuser dans l'entreprise, et plus largement dans l'espace public externe à celle-ci.
Les risques des salariés sont souvent subis en l'absence de toute visibilité sociale de leur réalité même. C'est le cas dans la sous-traitance en cascade ou dans l'intérim. La mise en œuvre de programmes de travail permettant d'en rendre compte, va impliquer collaborations multiples et plans d'activité à moyen terme. Il se fondera à partir d'un travail sur le sens d'un métier obligé d'évoluer devant la montée de la précarisation sociale du travail qui pèse tant sur la santé au travail aujourd'hui.

PERMETTRE AUX ACTEURS DE SE FORGER UN POINT DE VUE

Le point de départ clinique de l'action des médecins du travail, fondamentalement leur posture médicale et humaniste, doit les éloigner d'une position d'expert en matière de santé au travail. En effet, ils ne peuvent agir en intervenant sans rapport avec le réel de chair et de souffrances. Les connaissances scientifiques ne sont pas vérité absolue ; elles s'inscrivent au contraire dans une réalité sociale en évolution. Le médecin du travail est plutôt un spécialiste intervenant à partir d'un point de vue situé, celui de la santé au travail, point de vue qui ne peut donc avoir de prétentions impérialistes face à celui des divers acteurs. L'objectif des médecins du travail est de rendre visible des réalités méconnues, enfouies, dont on se défend, pour permettre que les différents acteurs reforgent le leur, enrichi de données ignorées, de réalités vécues, antérieurement banalisées ou déniées. C'est la difficulté de conseil, d'animateur, qui sait ainsi ne pas se substituer aux différents acteurs, sans perdre la spécificité de son intervention, et en développant un regard spécifique, justement nécessaire pour contribuer à la construction d'une vision en relief de la réalité vécue par les acteurs. L'enjeu du métier de médecin du travail, c'est de pouvoir être à la fois attentif à la souffrance d'autrui, moteur permanent de l'interrogation de la réalité, et de lui permettre d'en travailler le sens pour penser son action.

MALGRÉ LA PRÉCARISATION, CONSERVER LE SENS DES PRATIQUES

Le métier de médecin du travail risque de se vider de sens devant la montée de la précarisation multiforme du travail, qui change la finalité de la logique protectrice de l'aptitude et la transforme en rite. Sans recul par rapport à cette réalité, le médecin du travail est démuni dans l'accompagnement de la santé des sujets précarisés. Retrouver le sens du métier, c'est refuser de se laisser enfermer par la contradiction emploi-travail, qui, pour protéger l'existence du premier, amène à fermer les yeux sur les conditions de réalisation du second et de la possibilité d'y construire sa santé. Face à cette contradiction bien réelle, il importe au contraire de la prendre en compte et d'en témoigner. En matière d'aptitude, qui trop souvent vise à protéger l'emploi et pas la santé, le consentement du salarié doit être évidemment recherché. Peut-être le sens même de ce certificat d'aptitude devrait être refondu, et transformé en ce qu'il devrait seulement rester, un document d'attestation d'examen médical, de conseil et d'information, qui pourrait ouvrir des droits réglementaires. Ce document devrait attester aussi de la réalité d'un temps individualisé d'attention médicale au parcours d'une personne, d'un temps pour faire le point sur ce qui permet ou fait obstacle à la construction de la santé, d'un temps de compréhension et de tentative de maîtrise des risques réels auxquels est exposé le sujet, afin qu'il puisse s'en forger un point de vue. La possibilité de réserver une aptitude experte, hors donc d'une relation de confiance, aux postes de sécurité, après débat dans l'entreprise, paraît un leurre et lourde de dangers. Les entreprises de process ou à risque médiatique sont capables aujourd'hui en effet, au nom de la prévention de " l'erreur humaine ", de déterminer seules les facteurs de risque à prendre en compte en pareille situation, qui sont tous des facteurs relèvant de comportements individuels qui ne seraient pas conformes aux prescriptions de l'entreprise. En pareille situation, tous les postes devenant arbitrairement des postes de sécurité, la médecine du travail qui y est liée deviendrait *ipso facto* instrumentalisée à cet objectif.

Le suivi particulier des populations précaires comme les intérimaires ou les salariés d'entreprises intervenantes en sous-traitance en cascade devrait garder comme objectif premier une finalité de prévention primaire au poste de travail. L'objectif en serait un réel inventaire des risques, et la prise en compte de la mise en œuvre de leur prévention. On constate dans ces situations de multiples phénomènes d'accumulation des risques comme des contraintes temporelles multiples, une entrave aux marges de maneuvres au prétexte de prise en compte renforcée de sécurité, de qualité et de sûreté. Cette aggravation des contraintes est plutôt le signe d'une organisation du travail qui se défie fondamentalement des hommes, alors qu'en pareil cas, c'est bien à partir de leurs compétences et savoir-faire qu'elle devrait se développer. La cible des médecins du travail devrait être de démonter ce que de tels statuts impliquent comme déresponsabilisation des véritables donneurs d'ordre, externalisation des risques et entrave objective à leur prévention. Les organisations juridiques génératrices objectivement de risques doivent être nommées par les professionnels, et les sur-risques qu'elles entraînent, investigués.

LE POINT SUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL DANS LES PME

Huit médecins du travail de quinze à vingt ans d''expérience et un médecin débutant font l''état des lieux des champs du possible en service interentreprise

Chantal Antoine, Mireille Cellier, Odile Chapuis, Jacqueline Chauvin, Elisabeth Delpuech, Yusuf Ghanty, Chantal Lafarge, Jean Michel Lauze, Danièle Roi

Si l'on regarde les textes de lois, la société française peut s'enorgueillir d'avoir instauré un système de santé au travail extrêmement élaboré. Elle a mis dans chaque entreprise, grande ou petite, les observateurs de santé les plus " indépendants "

qui soient de l'économique. Les médecins du travail, par leur formation spécifique, sont dispensés, en droit, de la prise en compte des intérêts de l'entreprise pour n'avoir que la santé comme unique vocation.
lls sont protégés dans l'esprit de leur mission, par le Code de déontologie et dans leur activité concrète par la commission de contrôle et les instances garantes de la loi : médecin inspecteur du travail, inspecteur du travail.
Beau métier. Noble tâche !
Oui, mais dans la pratique :
- pourquoi le médecin du travail a-t-il une image aussi dévalorisée dans la société (*" Vous avez dû arrêter vos études ? "*) ou auprès des salariés (*" Vous méritez d'avoir un jour votre cabinet, docteur ! "*, point de vue affectueux), (*" Vous êtes tous aussi vendus que les patrons "*, point de vue moins affectueux !) ?
- pourquoi les médecins du travail en tirent-ils autant de souffrance et aussi peu de fierté ? (*Éléments d'analyse psychodynamique de la situtation des médecins du travail*. Philippe Davezies – Danièle Leboul)
- pourquoi l'affaire de l'amiante est-elle aussi durement révélatrice de " leur inefficacité " ?
Les médecins du travail de terrain que nous sommes, malgré tout, toujours convaincus de l'extrême nécessité de leur fonction, vont essayer de répondre à ces questions. Allons donc voir ce qui ce passe dans la réalité.

LE CERCLE VICIEUX DE L'INTERENTREPRISE

Les services interentreprises sont gérés par des administratifs, eux-mêmes dirigés par un conseil d'administration et un président exclusivement patronaux. Pour notre direction, la responsabilité du service interentreprise est de faire assurer la visite médicale annuelle, une visite étant synomyme d'une cotisation. " Le bon médecin " est celui qui fait beaucoup de visites car il fait entrer beaucoup de cotisations, à prix constant ou même dégressif car le conseil d'administration employeur met un véto à toute augmentation des coûts et voit d'un très mauvais œil que le médecin du travail ait du temps " libre " pour s'occuper des conditions de travail. *" Il faut faire les effectifs, docteur, et ne pas perdre du temps dans les CHSCT. "* Ne faisant aucun cas de la législation qui demande de calculer le temps médical en fonction des risques, la " tradition administrative " veut tendre à affecter à un médecin, temps plein 2 800 salariés, tous confondus, amputant ainsi de 20 % en moyenne le temps médical légalement prévu. Il faut dire, que souvent l'effectif réel est de 3 000 et plus, auquel s'ajoute la masse grandissante des CDD, et autres emplois précaires, hautement problématique sur le plan de la santé et non comptabilisée dans l'effectif du médecin : cette année cette population, à elle seule, aurait requis la nécessité de deux médecins et demi à temps plein sur l'ensemble du service.

À cette entrave majeure à son activité, s'ajoute l'insuffisance de moyens – assistance par une secrétaire pour deux à trois médecins, activité géographique dispersée, locaux vétustes et inadéquats, matériel insuffisant.
À l'heure où les écrits sont si importants, nos secrétaires n'ont même pas un traitement de texte !
Signalons pour mémoire, qu'être médecin de service interentreprises, c'est aussi avoir affaire en moyenne à 300 entreprises de 500 à 1 salarié, donc d'essayer de comprendre la problématique, le fonctionnement de 300 entreprises de l'agro-alimentaire, la plasturgie, la banque, le commerce, le secteur hospitalier, les garages…, d'en entendre les salariés et aussi d'essayer de se faire entendre de 300 chefs d'entreprises aussi variés. Complétons le tableau : sur les 3 000 entreprises que vous surveillons, une dizaine ont des délégués syndicaux, une quarantaine des CHSCT, dont beaucoup sont purement formels.

Considérablement handicapé par la pauvreté de ses moyens en temps et en matériel, le médecin subit également des tentatives d'entrave à son activité quand il essaie, malgré tout, de prévenir les atteintes à la santé soit par des modulations d'aptitude soit par des rapports pour alerter sur les risques.
lncivilité, menaces verbales voire même physiques de la part des employeurs ne sont pas rares. Nous renvoyons aux exemples concrets, de tentative, malheureusement fructueuses d'atteinte à notre indépendance dont la plus courante est le retrait de l'entreprise au médecin. (*cf.* texte dans le présent ouvrage *Pour pouvoir travailler, construction d'un collectif de médecins du travail*, et *Proposition d'une réponse coopérative*).
Le plus choquant est moins l'attitude de l'employeur que celle de la direction de notre service ou de l'instance de tutelle sollicitée, qui curieusement, préfère appliquer la loi " pas de vague " plutôt que de se référer au Code du travail ou au Code de déontologie. " Le bon médecin " est aussi celui auquel il n'arrive " pas d'histoires ".
Face à l'ambiguïté de cette injonction paradoxale, dans laquelle faire son travail est considéré comme coupable par ceux-là mêmes qui devraient leur donner les moyens de le faire et face à la difficulté extrême d'exercer le métier dans le contexte hégémonique du tout économique, la profession voit fleurir des formes cliniques de pratiques médicales extrêmement variées, jouant avec les objectifs, les contournant bien souvent pour arriver parfois à les oublier.
Un très grand nombre de variantes est possible : écoute ou compassion exclusive, assistance sociale, bilan de santé publique (dépistage du diabète, de l'hypertension artérielle, du sang dans les selles…). Beaucoup restent médecins en oubliant qu'ils sont " du travail ", certains oublient même qu'ils sont médecins…
En effet, le grand écart entre exigences de santé et productivité aboutit à la médecine de sélection ou la médecine d'entreprise déjà décrite par ailleurs qui, il faut le dire, est une forme peu fréquente dans notre service.

Par contre, l'ambivalence par rapport au problème du sureffectif est fréquente. Si celui-ci est une cause réelle d'amputation de l'activité hors du cabinet médical, l'angoisse par rapport à l'articulation à faire entre les problèmes de santé et les constats sur les situations de travail le transforme souvent en alibi bienvenu.
Beaucoup plus graves mais réels sont les motifs beaucoup moins " nobles " des primes à " l'abattage " qui sont annoncées officiellement dans certains services ou pratiquées de manière individualisée et plus cachée dans d'autres.
Outre les stratégies défensives par rapport à l'injonction paradoxale, l'origine sociologique des médecins, ne les aide pas, non plus, à s'affirmer par rapport à des chefs d'entreprise qu'ils vont cotoyer de manière plus ou moins amicale dans la société civile ; elle leur interdit également, dans bien des cas d'oser parler ou de débattre avec des délégués syndicaux en ignorant totalement qu'ils ont, à leur égard, le même devoir d'information qu'avec les chefs d'entreprise.
Enfin, des formes cliniques plus caricaturales et inquiétantes pour le métier se multiplient ces derniers temps du fait de la pénurie de médecins : des médecins, sans aucune formation, prêts à tout pour être admis dans les services s'occupent du poids et de la tension, ignorent l'articulation avec le travail et font tout pour satisfaire les exigences " d'abattage " des services. Le résultat est tout aussi redoutable avec ceux qui viennent d'autres horizons, finir " tranquillement leur carrière dans nos services ".
Nous ne cherchons pas ici à instaurer une polémique ni à agresser quiconque mais à faire, comme nous l'avons annoncé, un état des lieux le plus réaliste possible pour dégager les points forts du cercle vicieux de l'enlisement de notre profession, dans le but de rechercher les pistes de solutions les plus constructives.

LES CHAMPS DU POSSIBLE DU PROFESSIONNALISME

Le travail individuel du médecin dans l'entreprise

Il est de la responsabilité du médecin du travail d'exercer dans toute la mesure du possible en maintenant sa présence active et indépendante dans l'espace public interne de l'entreprise, ce qui constitue son professionnalisme. Son métier est au cœur de l'articulation entre le cabinet médical et la collectivité de travail pour aider les employeurs et salariés à la compréhension des problèmes qui est la seule voie pour aller vers un espoir de transformation. Il faut récuser toutes les tentatives d'amputation de la globalité de cette démarche qui renvoient aux tentatives et aux tentations de réduire la santé à de simples facteurs de risques.

Tant que cela est possible, nous ne quittons pas le travail à l'intérieur de l'entreprise.
Citons, par exemple, ce confrère qui a construit pas à pas l'intelligibilité de sa mission dans une entreprise de 700 puis 450 salariés de la métallurgie depuis seize ans. Sollicité d'emblée par la direction pour une " formation-alcool ", il a réarticulé le problème avec les conditions de travail, le corrélant avec les difficultés du travail posté, du bruit, des critères physico-chimiques de l'époque. Petit à petit, il a instauré des visites d'atelier avec les membres du CHSCT, il a rédigé un rapport spécifique à l'entreprise depuis 1983, distribué aux membres du CHSCT, présenté et soutenu par lui au CE Il a affirmé son indépendance vis-à-vis de tous, sans sectarisme, et a explicité de manière très ferme, la position de l'infirmière du travail. Il y a quelques années, quand le DRH, mécontent que le service de médecine du travail ne soit plus " sa chose ", a voulu se débarasser du médecin, il s'est heurté au refus catégorique du CE, les délégués du personnel signifiant ainsi leur confiance.

Nous écrivons depuis toujours et essayons d'intensifier et d'améliorer nos écrits, nos rapports aux directions, au CHSCT, quand ceux-ci existent ou en essayant de solliciter leur création, ce qui a été le cas dans un certain nombre d'entreprises.
Nous travaillons quand le temps le permet, nos écrits en commun, les soumettant à la critique de nos pairs pour essayer de construire une véritable clinique du travail, c'est-à-dire les critères cliniques permettant d'affirmer qu'il existe une atteinte collective à la santé, les réflexions sur les hypothèses étiologiques et l'articulation avec l'organisation du travail.

Même si la marge de manœuvre est ténue, une activité de médecin du travail digne de ce nom est possible quand il y a un cadre minimun de dialogue social.
Si le médecin affirme et surtout prouve par ses actes son indépendance et la clarté de ses valeurs, dans la plupart de nos PME, le contrôle social est nul : rappelons que 10 entreprises sur 3 000 ont des délégués syndicaux. C'est pourquoi, nous avons dû prendre d'autres voies, vers le témoignage, pour sensibiliser les instances à un autre niveau, vers la coopération.

Le travail collectif et coopératif

Face à l'injonction paradoxale, face à l'inertie du métier et à son inefficacité s'aggravant dans le contexte du tout économique des années quatre-vingt-dix, un certain nombre de médecins se sont trouvés unis sur la base des valeurs, tout simplement législatives communes. Paradoxalement, la noirceur du monde du travail n'autorisait plus les timidités et les ambiguïtés professionnelles. Il aurait été bien préférable, plus efficace, plus confraternel que cette union se fasse au sein du service et des secteurs.

Mais l'énergie considérable déployée pendant des années, les nombreuses tentatives de certains d'entre nous pour essayer de rallier les confrères à la cohérence derrière les valeurs déontologiques se sont toujours heurtés à la dispersion des points de vue, des valeurs et des peurs.

Déçus mais non résignés, nous avons nous-mêmes été surpris de constater que de violentes attaques vis-à-vis de l'indépendance professionnelle ont permis de nous retrouver solidaires, d'abord dans la défense du métier puis dans sa construction avec enfin un objectif clair : la santé au travail.

Le travail collectif a permis une formation continue par la mise en débat de problèmes concrets, d'en extirper des règles communes et donc de s'améliorer dans le professionnalisme, de se sentir plus forts dans les conflits, il a permis d'apporter un soutien extrêmement nécessaire à un jeune médecin sortant de l'internat dans une situation de désarroi extrême du fait de l'inadéquation de sa formation par rapport à la complexité des problèmes actuels de la santé au travail.

Nous écrivons depuis trois ans une conclusion commune dans notre rapport d'activité qui a été diffusée à toutes les instances concernées par les problèmes de santé au travail mais aussi aux médecins généralistes, à la CPAM, aux représentants politiques, aux journalistes.
Un embryon de débat a pu se réamorcer dans notre commission de contrôle à la fois sur les problèmes de santé dans les PME et sur les difficultés d'exercice des médecins. Or, cette instance était jusque là totalement léthargique. La mise en visibilité des problèmes et des entraves et la clarification de nos positions a été bien sûr critiquée mais en même temps a permis l'assainissement d'un certain nombre de comportements illégaux et très abusifs (manœuvres d'intimidation, retraits d'entreprise…).

Malheureusement, nous ressentons une fragilité de ces acquis, toujours menacés par l'absence de volonté d'évolution de la mentalité de la direction du service.
Notre conclusion a été une base de débats et un tremplin pour améliorer et organiser une réelle coopération avec les inspecteurs du travail.
La priorité, ciblée avec eux, de travailler dans les abattoirs de volailles est liée au fait que, forts de notre expérience, nous n'avons jamais voulu quitter le terrain mais essayé de trouver des issues à la souffrance des salariés, une amélioration de leurs conditions de travail, un soulagement des problèmes de santé en lien avec leur travail. lls obtiennent petit à petit le droit de s'asseoir, d'avoir des pauses, de faire moins d'heures supplémentaires, d'avoir des protections auditives, un peu de dignité humaine par un droit à s'exprimer…

Tout cela, certes, est encore bien fragile, mais tellement nécessaire. Nous avons toujours résisté aux incitations pressantes de nos instances de tutelle qui souhaitent orienter le travail vers des études chiffrées globalisantes, peut-être valorisantes mais très déréalisantes car elles ne s'occupent pas de changer l'existant. Pour nous le témoignage n'a de valeur que s'il réamorce les potentiels d'action, s'il stimule les responsabilités.

La mise en visibilité des actions de chacun, les coopérations à distance, avec certains confrères ont permis de reprendre des initiatives intéressantes, c'est ainsi que, inquiets du sort de nos jeunes apprentis, nous avons repris à notre manière le courrier de notre consœur d'Orléans, adressé aux employeurs pour les sensibiliser aux atteintes à la santé dues au non respect des horaires. Nous avons sollicité les inspecteurs du travail ; ils ont entrepris de leur côté une action de rappel des textes législatifs à tous les employeurs des métiers de bouche. Il est prévu que tous les apprentis de moins de 18 ans soient revus au bout de six mois par les médecins. Le bilan sera fait avec les inspecteurs du travail.

Pour conclure, sur notre action collective et coopérative, si elle a été le fruit du long travail préalable de certains, elle est née de manière spontanée et très authentique ; c'est ce qui fait sa force mais ce qui aussi, a déclenché bien des réactions défensives. Peu nous importe : si c'était à refaire, nous le referions car elle a été une merveilleuse antidote à l'incohérence de notre service, à l'inertie redoutable de la médecine en interentreprises.

Malheureusement, nous sommes loin de crier victoire, nous avons très peu avancé avec la CRAM avec laquelle la coopération est pauvre.
Quant à notre médecin inspecteur, s'il a écouté nos doléances et nos attentes vis-à-vis de l'agrément, il semble nous reprocher notre action collective puisqu'elle n'englobe pas l'ensemble des médecins du service !
Il dénie ainsi, cette réalité infernale des services interentreprises, à savoir l'atomisation des médecins et leur dispersion par rapport aux valeurs déontologiques, sur lesquelles les directions puisent leur pouvoir. Elle occulte par là-même les raisons pourtant clairement explicitées du collectif dont l'objectif est justement de lutter contre cet état de dispersion.
Cela dit, à l'heure où nous écrivons, quelque chose de l'ordre d'un début de copération semble s'amorcer. Tant mieux ! Que cela puisse se poursuivre et s'étoffer, c'es bien ce que nous appelions ardemment de nos vœux. La profession en a vraiment besoin.
Enfin, si les membres des commissions de contrôle nous ont manifesté leur sympathies et leur soutien, ils sont encore souvent trop absents, trop timides, peu impliqués dans leur rôle de contrôle réel du fonctionnement du service.

LES POINTS CLEFS INDISPENSABLES À L'ASSAINISSEMENT DE LA PROFESSION

Nous voulons insister sur trois points qui nous paraissent cruciaux pour que les médecins puissent vraiment exercer leur professionnalisme dans les services interentreprises :

Une transparence de la gestion et du financement des service est nécessaire
Il est tout à fait normal que les employeurs cotisent pour la protection de la santé au travail des salariés de leur entreprise. Par contre, la cotisation toujours plus ou moins assimilée par nos services et les employeurs à un individu et par extension à une visite est préjudiciable à l'indépendance des médecins.
En effet, elle perpétue l'incompréhension en ne reflétant pas l'action, dans les faits, " neutralisante " du médecin du travail qui, selon les besoins de santé du moment engagera en priorité ses investissements dans, plus ou moins, telle ou telle entreprise. Un système de financement de type " indolore " (indirect) permettrait, peut-être, d'éviter ce surcroît de difficultés, voir de violences à l'égard du médecin : *" Vous êtes plus cher que le généraliste, à quoi servez-vous ? "*

Bien sûr, le flou de ce rôle doit être levé par l'activité du médecin lui-même mais il faut très honnêtement reconnaître, pour toutes les raisons décrites ci-dessus, que le médecin, embourbé dans sa charge de travail n'a pas la possiblité, à lui seul, de lever toutes ces contradictions.
D'autre part, il nous paraît urgent, que les instances de tutelle vérifient que l'argent de la santé au travail va vraiment à la santé au travail.

Enfin, nous sommes déconcertés que nos services, associations à but non lucratif, soient maintenant tenus de financer une participation ce qui aboutit à la contradiction choquante déontologique que l'on propose aux médecins de partager des bénéfices alors qu'ils n'arrivent pas à obtenir les moyens de leur activités.

Une formation sérieuse et en adéquation avec la réalité du terrain doit être mise en place
Comment se fait-il que, de plus en plus, on accepte de considérer qu'un médecin sans aucune formation puisse exercer cette profession ? Comment se fait-il que l'on repousse depuis si longtemps l'organisation d'une formation digne de ce nom. Celle-ci devra à notre avis, pour être efficace, contenir des éléments permettant la compréhension des situations de travail, des problèmes liés à l'organisation (notion d'ergonomie, de psychodynamique). Les médecins de terrain reconnus par leurs pairs devraient y participer pour éviter une formation purement universitaire et très éloignée de ce métier qui, qu'on le veuille ou non, à un enracinement dans les problèmes sociaux. Une sensibilisation préalable à la formation, pour éviter " les naïvetés sociologiques ", éviterait peut-être que certains médecins se fourvoient dans cette orientation. *" Je croyais que c'était cool et inintéressant ; c'est très intéressant mais ce n'est pas cool ! ".*

Une clarification déontologique est à faire du côté des postes de sécurité
Dans son ensemble la législation sur la santé au travail et le fonctionnement des services médicaux nous paraît remarquable. Elle ne pèche que par son absence d'application et par une curieuse conviction des instances qui sont chargées de la faire appliquer qu'elle ne peut pas l'être vraiment.

Nous sommes convaincus du contraire. Un point législatif nous paraît à revoir, c'est celui qui nous demande de nous préoccuper non seulement de la santé du salarié mais aussi des risques qu'il peut faire encourir à autrui. Même si elles sont peu fréquentes ces situations qui se résument aux postes de sécurité nous mettent dans une position impossible car il peut y avoir contradiction entre la défense de la santé du salarié et celle de ses collègues et du public. Outre ces situations de grand malaise où le médecin se sent en faute quoiqu'il fasse, cela induit un flou qui diffuse bien souvent dans la tête des médecins au-delà des postes de sécurité pour leur faire prendre une position de soi-disant " expert " vis-à-vis des salariés.

CONCLUSION : DE LA VIE OU DE LA MORT DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Nous terminerons en affirmant que, si la médecine du travail doit mourir, ce n'est pas parce que le médecin n'a pas aussi la spécialité d'ergonome, d'épidémiologiste ou de statisticien… Le cardiologue n'a nullement besoin d'être aussi radiologue pour interpréter une coronarographie et faire un diagnostic d'infarctus. Un minimum de conscience sociale, une rigueur déontologique, une formation adaptée de médecin du travail de terrain (et non universitaire) jointe à des notions d'ergonomie et de psychodynamique du travail donnent déjà de solides bases pour construire un métier sur l'articulation d'une clinique individuelle au cabinet médical et d'une action au sein de la collectivité de travail.

Le médecin, fort de sa spécialisation de médecine du travail, et d'elle seule, peut bien sûr faire appel à tel ou tel spécialiste et à l'occasion d'études ponctuelles prendre sa place dans des équipes pluridisciplinaires. Mais laisser la place de médecin du travail dans l'entreprise pour adopter une autre profession relève à nouveau des stratégies défensives pour ne pas se " coltiner " avec la réalité du terrain et le vrai problème qui est d'aider à penser pour aider à transformer la situation de travail. De plus, la juxtaposition de constats de divers spécialistes découpe en items non intégrés au vécu de la personne, non articulés à la

manière dont pèsent sur la santé les différentes contraintes via l'organisation du travail, non validés par ceux-là mêmes qui souffrent. Elle n'aide nullement à rendre compte de la globalité de l'atteinte à la santé et surtout à la compréhension de son pourquoi et donc des pistes de solutions. L'affaire de l'amiante, des TMS prouvent bien que ce n'est pas parce que l'on " démontre " un risque qu'il disparaît.

Les pathologies, les souffrances que nous rencontrons sont à analyser et à articuler avec le particularisme de chaque situation, de ce qu'il peut y avoir de pathogène dans l'organisation de travail. La position du médecin du travail est ici irremplaçable.

Nous tenons enfin la raison d'être de la médecine du travail qui est une véritable clinique dont le diagnostic positif est nourri de tous les éléments recueillis au cabinet médical, articulés avec la connaissance du terrain et dont les hypothèses étiologiques sont éclairées par les acquis de la médecine, de l'ergonomie, de la psychodynamique. Cette clinique est à étoffer, à construire au sein d'un cadre clair affirmé collectivement. Mais celle-ci nécessite du temps. Le temps de recueillir les éléments au cabinet et sur le terrain, le temps de les organiser et de les rendre intelligibles aux différents partenaires pour qu'il puisse y avoir une chance qu'ils les reprennent à leur compte ; le temps ensuite de les accompagner dans leur réflexion pour qu'ils en tirent profit et qu'une véritable attitude de prévention se mette en place dans l'entreprise. L'expérience que nous en avons, c'est que plus l'on travaille les questions de santé dans les entreprises, plus il faut travailler et plus il faut du temps.
Si l'on articule cela avec la logique purement économique de nos services et la pauvreté de nos moyens, on peut saisir toute l'ampleur de la question de la possibilité de notre efficacité.

Travailler à améliorer la qualité de notre " professionnalité " est de notre responsabilité, nous en avons compris depuis longtemps toute l'urgente nécessité et toute sa richesse. Mais il faut aussi que toutes les instances sociales qui sont responsables de nous en donner les moyens, le fassent sans ambiguïté.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET LA POLITIQUE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Alain Carré

Il ne peut y avoir de mise en place d'une politique de santé au travail dans l'entreprise sans, ou pire encore contre, l'avis du médecin du travail.
C'est pourquoi il nous paraît légitime que les médecins du travail participent à l'élaboration d'une politique de santé au travail. La question qui se pose alors est de savoir sur quelles bases et comment. Doivent-ils par exemple dicter explicitement cette politique ? Cela ne nous paraît pas souhaitable.

Il faut noter l'importance du débat social pour débrouiller l'écheveau des rationalités qui se confrontent dans l'entreprise.
Il est indispensable que ce soit le débat entre les acteurs sociaux qui " accouche " d'une politique de santé au travail. La compétence médicale aussi performante soit-elle ne peut à elle seule donner des réponses aux oppositions qui se font jour. Elle ne permet pas non plus de faire l'impasse sur cette étape. Le débat a aussi l'immense intérêt d'impliquer les partenaires dans la mise en place d'une politique dont, pour avoir participé à la définition, ils seront partie prenante.

Une seconde justification de la nécessité de ce débat, tient à la nature même de la relation médecin/patient et au statut de la prescription médicale.
Si la santé est bien, comme nous l'estimons, un cheminement personnel et autonome, alors promouvoir la santé par l'acte médical, c'est permettre le libre exercice de ce cheminement. La " politique de santé " individuelle ne se décrète pas de l'extérieur. La prescription médicale n'est qu'un conseil dont il faut d'ailleurs s'assurer qu'il a bien été compris. Pour émettre ce conseil le médecin prend en compte ce qui est accessible chez le patient mais il ne connaît pas la part d'énigme personnelle de son interlocuteur. C'est cette humilité du *" que sais-je de l'autre ? "* qui dicte au médecin d'éclairer sur les choix et non d'imposer une solution. Si l'on considère la complexité des individus, celle des situations de travail et de leurs déterminants, il serait à notre avis présomptueux pour le médecin du travail de définir à lui seul une politique de santé au travail. Il est donc à la fois plus prudent et plus pertinent pour le médecin de s'en tenir à ce qu'il connaît, c'est-à-dire d'alimenter la réflexion de ses interlocuteurs en faits et en observations, interprétés éventuellement du seul point de vue de la santé. Ceci n'exclut pas qu'il puisse avoir un avis spécialisé sur une politique de santé ou sur ses différents déterminants au cours des étapes de son élaboration. Pour qu'il puisse participer à cette élaboration quelle qu'en soit la nature, il nous semble que plusieurs conditions doivent être remplies. Certaines tiennent à l'exercice de la médecine du travail, d'autres à la nature de la démarche.

Pour qu'un avis spécialisé s'impose à tous, sans discussion, il faut que la compétence du spécialiste soit reconnue, c'est pourquoi, en médecine comme ailleurs il est nécessaire que cet avis soit argumenté.
Une réflexion sur la nécessaire modification des pratiques devant les effets de la précarisation trouve ici sa place. Modifier les pratiques en médecine du travail a aussi pour but d'accroître la pertinence des conseils. Cela vise à se rapprocher encore plus

de la réalité des situations de travail pour que les avis des médecins entrent en résonance avec la perception des acteurs de terrain. À terme cela permet donc de construire et de faire reconnaître cette indispensable compétence.

En médecine une autre condition est requise pour que l'avis du médecin s'impose à son patient : il s'agit de la confiance.
La confiance individuelle du patient est incontournable pour que le conseil que constitue la prescription soit suivi. En médecine du travail il y a, d'un point de vue collectif, formalisation de cette relation. C'est à travers le contrôle d'instances où tous les acteurs sociaux sont représentés que naît la confiance de la collectivité de travail concrétisée chaque année lors de la présentation du rapport annuel. La confiance est ici contingente de la rigueur du rendu de résultat dont nous avons traité plus haut. Elle est aussi liée à l'indépendance du médecin vis-à-vis des pressions qu'induisent les rapports de force. Exercer dans un milieu où règnent en maître les rapports de force, ce n'est pas s'y plier, c'est tenter d'alimenter impartialement du point de vue de la santé, le débat qui devrait légitimement les tempérer. C'est pourquoi il est indispensable que l'indépendance des médecins soit aussi garantie pendant leur participation à l'élaboration d'une politique de santé ; cette garantie ne peut être simplement constituée, par un droit de retrait qui ne laisse aucune possibilité au médecin d'exprimer publiquement les raisons de son éventuel désaccord. Il n'est pas conforme à nos missions de nous plier à une confidentialité au seul bénéfice de l'employeur. Ceci a aussi pour corollaire le risque de perdre la confiance du personnel. Préserver dans l'entreprise la santé des femmes et des hommes consiste à leur permettre de tracer leur cheminement personnel et original vers le bien-être, or ce cheminement n'est possible que si l'activité de travail correspond à leurs capacités et à leurs désirs. C'est faire systématiquement prévaloir le point de vue de la santé.

Ce point de vue repose sur un modèle de l'être humain où celui-ci n'est pas un objet qu'on manipule ou dont on dispose, mais au contraire un individu sujet et acteur de son histoire personnelle.
Il s'agit là d'une approche humaniste. Le jeune médecin, qui prête le serment d'Hippocrate, reconnaît ainsi son appartenance symbolique à un monde de valeurs éthiques, progressivement élaborées au cours du temps. L'humanisme n'est pas ici une morale liée à une histoire personnelle mais une notion à la fois culturelle et méthodologique qui, si elle ne s'apprend pas, est un processus d'appropriation authentique et personnalisé. Indépendamment du savoir scientifique, la formation médicale implique un véritable mûrissement culturel à l'issue duquel la réflexion humaniste se sera incorporée indissociablement à la personnalité du médecin qu'elle aura contribué à enrichir. Le médecin considère donc l'être humain comme une fin et non comme un moyen, il respecte sa dignité et vise en toute circonstance à préserver son autonomie. Cette attitude qui fait du médecin une femme ou un homme de connaissance et non de pouvoir est parfois difficile à comprendre de certains de ses interlocuteurs. Elle sert aussi de fondation à la confiance que le patient lui accorde. C'est pourquoi pour un médecin, accepter de subordonner son exercice à des modèles de l'homme qui seraient en opposition avec celui que nous avons décrit, lui fait non seulement prendre un risque quant à l'efficacité de son action mais aussi un risque vis-à-vis de sa propre cohérence personnelle.
La participation du médecin implique un consensus entre les acteurs sociaux sur les principes qui doivent fonder la future politique de santé au travail.
Nous ne donnons pas ici au mot " consensus " le sens dévoyé qu'on lui attribue parfois. Il ne s'agit pas d'un compromis plus ou moins satisfaisant où l'on se met d'accord sur le moins pire ou le résultat d'un rapport de force ou le faible se rallie à la position du plus fort ou à son système de valeurs. Nous entendons ce terme dans sa signification étymologique de " même sens " : il s'agit de se mettre d'accord sur une même signification de la politique de santé au travail fondée sur le modèle de l'homme qui en constitue la pierre angulaire. En effet, sans ce consensus premier comment pourrait-on imaginer qu'un autre consensus essentiel, celui sur la politique élaborée, voie le jour ? Élaborer une politique de santé au travail, c'est se condamner à un véritable dialogue social à toutes les étapes de la conception : avant pour en déterminer les bases, pendant pour en construire les éléments, après pour l'appliquer. Si cela n'était pas, la tentative serait immanquablement vouée à l'échec. Y participer pour les médecins du travail serait au mieux une perte de temps, au pire un risque de déstabilisation.

ET SI ON CHANGEAIT !

Klauss Samat

Les données sociales produites par l'INSEE continuent à mettre en évidence des différences d'espérance de vie selon les catégories socio-professionnelles ; loin de s'atténuer, elles tendent à s'aggraver puisque la longévité augmente plus vite pour les plus favorisés.L'enquête conditions de travail et l'enquête SUMER, faites par le ministère du Travail, montrent une aggravation des conditions de travail pour l'une, et une exposition pour une majorité de salarié à des multiples contraintes physiques, organisationnelles et à de multiples nuisances chimiques et biologiques pour l'autre.Des paroles de médecins du travail, d'inspecteurs du travail et d'autres préventeurs s'élèvent de plus en plus ici et là pour dénoncer les effets dévastateurs sur la santé physique et psychique des salariés, des nouvelles formes d'organisations de travail. Polyvalence, flexibilité, flux tendu,

riment avec précarité, " stressÊÈ, détresse, isolement.Le scandale de l'amiante met en lumière de graves carences dans le fonctionnement du système de prévention actuellement en place en France.
L'affaire du docteur E. Imbernon, médecin du travail d'EDF-GDF, licencié au mépris de toute légalité et réintégrée par force de justice, met en lumière la question du respect de l'indépendance des médecins du travail.L'ensemble de ces éléments ne peut qu'amener à réfléchir sur le système et les outils de prévention existant en France, notamment le droit du travail et son application censés réguler les rapports entre employeurs et salariés, sur les questions d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail. **MISSION GÉNÉRALE EN HYGIÈNE, SÉCURITÉ ET CONDITIONS DE TRAVAIL DU CHEF D'ENTREPRISE**
Dans le cadre du Code du travail l'article L. 230.2 précise que *" le chef d"établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l"établissement y compris les travailleurs temporaires ".* Pour ce faire, il doit *" évaluer les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l"aménagement ou le réaménagement des lieux de travail et des installations ".* À la suite de cette évaluation et en tant que de besoin, les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production mis en œuvre par l'employeur doivent garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs !On ne peut avoir déclaration d'intention plus louable, mais combien d'établissement ont fait une évaluation des risques existants et combien de plan de résorbtion de ceux-ci ? Quel contrôle possible par l'inspection du travail ?À travers les échos suscités ça et là par les salariés, les inspecteurs du travail, les médecins du travail et l'ensemble des préventeurs, à travers les déclarations des maladies professionnelles et face à " l'épidémie " des troubles musculo-squelettiques ; il paraît pourtant et c'est ce qui ressortait de l'enquête conditions de travail du ministère du Travail, que l'on a plutôt une aggravation des conditions de travail avec les nouvelles formes d'organisation de travail, le flux tendu, le juste à temps, le " zéro stock ", le recours massif à la sous-traitance souvent donné au moins-disant sans que soit garanti le minimum de protection de la sécurité et de la santé des salariés des entreprises sous-traitantes. Combien de plans de prévention, chargés théoriquement d'assurer les bonnes conditions d'exécution du marché en terme d'hygiène et de sécurité pour les salariés, sont-ils réellement faits et respectés ?Il ne faut pas oublier le recours massif au contrat à durée déterminée ou à l'intérim ; là aussi les conditions prévues par la loi pour l'utilisation de ces types de contrats et pour les mesures à mettre en œuvre pour préserver l'hygiène et la santé des salariés ne sont en général pas respectées.Combien d'entreprises organisent une réelle formation à la sécurité pour les intérimaires et les CDD qu'ils embauchent ? Le recours à l'intérim n'est théoriquement possible que dans des cadres très stricts : remplacement de salariés absents, surcharge de travail etc, mais de fait, il existe dans beaucoup d'entreprises des salariés intérimaires permanents au mépris de la loi. **DANS LE DOMAINE DE LA DURÉE DU TRAVAIL**
Des inspecteurs du travail de la région Ile-de-France constatent, dans une publication[150] :
- *" la fréquence des situations dans lesquelles la réglementation relative à la durée du travail n"est pas appliquée ou ne reçoit qu"une application très partielle, les infractions et les anomalies constatées dans ce domaine sont de plus en plus fréquentes "*,- *" l"utilisation des marges de manœuvres ouvertes par la précarité de la situation des salariés semble être parfois devenue un des composants de la gestion des entreprises ".*
Ces situations témoignent dans le domaine de la durée du travail d'un recul de la règle de droit devant les rapports de force et les situations de fait.Pour confirmer ces propos, l'enquête SUMER montre que 16,4 % des salariés ont travaillé la semaine précédant l'enquête 41 à 45 heures, 6,9 % ont travaillé de 46 à 50 heures et 4,2 % plus de 50 heures.Il semblerait que l'économique soit plus fort que le droit.
LES AUTRES ACTEURS DANS L'ENTREPRISE – LE CHSCT, LES DÉLÉGUÉS DU PERSONNEL, LE MÉDECIN DU TRAVAIL
Hors l'employeur, les autres acteurs prévus par le Code du travail pour veiller à la sécurité et à la santé des salariés dans l'entreprise sont les CHSCT, les délégués du personnel et les médecins du travail. Nous ne parlerons pas des premiers si ce n'est pour insister sur le rôle fondamental qu'ils ont pour poser les vraies questions sur les atteintes à la santé dues au travail dans leur entreprise. Sans une action déterminée de leur part, il est très difficile – pour ne pas dire impossible – de faire évoluer de façon positive la question de la prévention dans les entreprises. L'activité du médecin du travail, dont l'objectif consiste *" à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d"hygiène de travail, les risques de contagion et l"état de santé des travailleurs "* est très encadré par les différents articles du Code du travail.Le principe de base est séduisant, il agit comme conseiller auprès du chef d'entreprise et des salariés. S'il est rémunéré par l'un, son activité est contrôlée par l'autre dans le cadre du comité d'entreprise ou des commissions de contrôle pour les services interentreprises.
Son indépendance est assurée, car en cas de désaccord entre les parties, il y a intervention de l'inspecteur du travail, et de plus en tant que médecin son activité est régie par le Code de déontologie médical qui l'oblige à agir en toute indépendance quel que soit son type d'exercice pour l'intérêt du patient (salarié) et avec son consentement dans toute la mesure du possible.
Les modalités de son exercice sont clairement édictées. Il doit passer le tiers de son temps à étudier le milieu du travail et pour mieux appréhender celui-ci, il a la possibilité de demander des examens complémentaires (mesures d'atmosphère, etc). Le reste

[150] Horizon Ile-de-France – Durée de travail-état des lieux n° 36, août 97

de son activité est consacré à la connaissance de l'état de santé physique et psychique des salariés, lors de l'examen clinique fait systématiquement ou lors de visite particulière, là aussi, il a la possibilité de prescrire des examens complémentaires.
La synthèse de ces deux actions aboutit à la fiche d'aptitude dans laquelle, en cas de difficultés de se maintenir ou de reprendre l'ancien poste pour le salarié, le médecin du travail doit formuler des propositions d'adaptation de poste, de mutations, etc., auxquels l'employeur devrait donner suite.
Enfin, le médecin du travail fait un rapport de son activité tous les ans, qu'il présente aux organismes représentant les salariés (CE et/ou commission de contrôle). Il doit également tous les ans présenter un plan d'activité devant le CHSCT, ce plan définissant un projet de recherche ou d'action pour l'entreprise ou les entreprises dont il à la charge. Il doit également établir une fiche d'entreprise qui fait le point sur la connaissance qu'il a du milieu du travail. Celle-ci doit être présentée aussi devant le CHSCT.
À travers ce bref résumé juridique au niveau théorique, la fiancée est magnifique… Mais comme toujours, le principe de réalité n'en renvoie pas une image aussi idyllique et les infractions aux droits sont multiples dans ce domaine, sans qu'aucune sanction ne vienne pénaliser celles-ci.
Au premier plan de ces infractions, celles touchant à l'indépendance des médecins du travail. L'affaire Imbernon a été exemplaire ; éconduit devant le tribunal des prud'hommes, EDF-GDF a été obligée de réintégrer l'intéressée, décision confirmée en appel. Mais plus insidieusement cette indépendance est mise en cause régulièrement dans les services interentreprises par l'intermédiaire du changement du médecin d'une entreprise, lorsqu'il y a une demande de l'employeur, par exemple, pourtant, il n'y a pas beaucoup de recours auprès de l'inspection du travail.Les modalités de ces changements sont nombreuses. Il serait trop long de les aborder ici mais disons que globalement cette atteinte à l'indépendance repose sur la faiblesse du contrôle des salariés sur le fonctionnement des services interentreprises, et sur l'ambiguïté du Code du travail vis-à-vis des possibilités de recours auprès de l'inspection du travail dans certains cas.Plus subtilement cette indépendance est mise en cause aujourd'hui par la création de prime pour les médecins ou par leur intéressement aux bénéfices de ces services qui sont pourtant des associations loi 1901 à but non lucratif. Aujourd'hui, on n'hésite plus à parler de concurrence entre les services, de *dumping* des prix, ce qui est paradoxal.Nous verrons plus loin que cette atteinte à l'indépendance est quotidienne dans le cadre des actions du médecin du travail. Mais déjà elles existent dans le cadre de la détermination du nombre de surveillances médicales spéciales qui sert de base au calcul du temps dont doit disposer le médecin du travail. La détermination d'une surveillance médicale spéciale du point de vue juridique appartient en dernier recours à l'employeur. Le nombre de SMS, déclaré par ceux-ci, est en moyenne moitié moindre que celui déclaré par le médecin du travail réduisant d'autant leur temps d'intervention. Il existe théoriquement un recours en cas de désaccord mais celui n'est jamais utilisé (article R. 241-25). La mission du médecin du travail ne peut se concevoir que s'il a une bonne connaissance des postes de travail. S'il est déjà difficile de le faire pour un médecin ayant 200 à 300 petites entreprises, cela devient une gageure lorsque ce tiers temps sert aussi à la formation, à effectuer des taches administratives ou à résoudre les problèmes d'aptitudes difficiles sur le plan médico-social.L'expertise des conditions de travail est un exercice très difficile qui demande du temps et des moyens. Nous avons vu que l'un fait défaut et l'autre n'est pas mieux loti.
Quelques instruments de mesure du bruit, de la luminosité et parfois de repérage de toxique dans l'air (pompe Draëger) constituent la panoplie moyenne du médecin du travail. Le recours à des experts extérieurs pour aider à une meilleure appréhension des conditions de travail, est de l'ordre du rêve sauf s'il est gratuit et encore l'entrée dans l'entreprise de personnes étrangères est souvent mal vécue.Malgré tout, si, avec opiniâtreté, le médecin du travail est allé jusqu'au bout de la démarche qui lui est assignée par le Code du travail et qu'enfin il a rédigé une vraie fiche d'entreprise (obligatoire pour celles ayant plus de dix salariés) et émis des propositions d'amélioration des conditions de travail, il est rare que celles-ci soient suivies d'effet et souvent, la fiche d'entreprise, qui est à la disposition de l'inspecteur du travail et des contrôleurs de la CRAM, aura disparu au prochain passage du médecin. Il est sûr que l'on s'épuise à ce type de démarche et l'on comprend que certains médecins préfèrent faire des actions de santé publique sur le dépistage du cancer ou sur le tabagisme dans l'entreprise pour lesquelles, il est plus facile d'obtenir un consensus.
Et pourtant certains tiennent, car ils ont su se positionner de façon très claire dans l'entreprise et prendre des appuis dans celle-ci, si c'est possible, ou à l'extérieur auprès d'autres collègues ou auprès de l'inspection du travail ou des centres de CRAM. Mais la marche de manœuvre est très étroite, le médecin du travail ne peut pas imposer, il ne peut que proposer. La majorité d'entre eux ont peur de faire intervenir l'inspecteur du travail, intervention souvent mal vécue par l'employeur et qui risque d'entraîner une rupture de dialogue et rendant toute action future illusoire, le piège de la diplomatie entraîne souvent une autocensure de la part des médecins du travail.Le deuxième volet de l'activité du médecin du travail, les visites cliniques, devrait être un temps de mise à plat avec le salarié du rapport de sa santé avec son travail perd dans le cadre actuel, l'essentiel de sa substance. La visite clinique est devenue le critère de l'obligation légale vis-à-vis de la médecine du travail, compteur au rythme duquel tombent les cotisations, quinze minutes par salarié, certains appellent ça de l'abattage ? Comment aider à la construction de la santé de seize personnes dans la demi-journée, mission impossible d'autant que là aussi s'exerce une pression sur les médecins pour limiter le recours aux examens complémentaires, pressions suffisamment subtiles pour qu'il n'y ait pas là non plus de recours. Pourtant, il se dit des choses dans ces consultations sur les difficultés du travail, sur les pressions s'exerçant sur les salariés, sur les cadences, sur la souffrance mais aussi sur le plaisir et sur les résistances. Certains médecins l'écrivent et se posent la question du " comment gérer ça ? " et surtout comment passer de l'écoute compassionnelle à l'action.

La synthèse des deux parties de l'activité du médecin du travail se traduit pour le salarié par l'avis d'aptitude. Cet avis d'aptitude est le garant (garantie renforcée par la loi sur la non-discrimination) que l'employeur ne pourra pas aller voir du côté de la santé de son salarié, le médecin du travail étant le seul habilité à le faire.Cet avis d'aptitude, d'après trois articles du Code du travail (L. 241-10-1, L. 122-24-4, L. 122-32-5), devrait être une force de proposition pour l'aménagement du poste, ou pour la mutation des salariés ayant des difficultés pour se maintenir à leur poste du fait de leur état de santé. L'employeur, la jurisprudence appuie très fortement dans ce sens, devrait prendre en compte les demandes du médecin du travail pour favoriser le maintien du salarié.Cet avis d'aptitude devrait se faire en accord avec le salarié conformément au Code de déontologie.
Donc, l'avis d'aptitude d'après le droit du travail devrait être très protecteur pour le salarié. Et pourtant, un certain nombre de voix s'élève pour demander sa suppression, celui-ci serait plus source de licenciement que de protection. Il existe effectivement un point pour lequel l'aptitude est porteur d'ambiguïté, c'est l'aptitude au poste de sécurité. Dans ce cas, la décision d'inaptitude peut-être prise sans l'accord du salarié, la sécurité des tiers pouvant être mise en cause, il faudrait que ce point soit réglé juridiquement.Mais beaucoup de dérives vis-à-vis de l'aptitude sont dues à d'autres facteurs et tiennent d'une part à l'adage que *" ce qui est bon pour l'entreprise est bon pour les salariés "*, ce qui amène à confondre l'aptitude médicale avec l'aptitude professionnelle, ou bien à la vision restrictive de l'aptitude, de l'adéquation entre le poste de travail et l'état de santé du salarié sans prise en compte de la force de propositions qu'il devrait contenir. Mais la dérive la plus fréquente est la non prise en compte par les employeurs des propositions d'aménagement de postes ou de mutations faites par le médecin du travail. *" Dites-moi simplement docteur, s'il est apte ou inapte un point c'est tout ? "* Discours manifestement en infraction par rapport au droit. Infraction d'autant plus grave si cela concerne un salarié victime d'une maladie professionnelle ou d'un accident de travail qui sont théoriquement plus protégés en droit vis-à-vis de l'emploi.Mais, en réalité de nombreux salariés hésitent à déclarer leurs maladies professionnelles car ils ont paradoxalement peur pour leur emploi et actuellement il existe, parallèlement dans certaines entreprises, de fortes pressions pour que les salariés ne déclarent pas leurs accidents du travail.Nous abordons là le troisième volet de la question santé-travail : la veille sanitaire des populations au travail. Il est reconnu que les statistiques des déclarations de maladies professionnelles sont de très mauvais indicateurs de l'état de santé des salariés du fait de la sous déclaration de celles-ci. Si certaines grandes enquêtes faites au niveau national telle l'enquête conditions de travail ou l'enquête SUMER permettent d'avoir un reflet des conditions de travail et des expositions, et si d'autres enquêtes s'occupent des liens entre conditions de travail et état de santé des populations, la majorité d'entres elles n'ont pas les moyens et n'ont pas une diffusion suffisante pour alerter les pouvoirs publics sur les problématiques santé et travail les plus urgents. L'affaire de l'amiante est un exemple de la faiblesse de ce réseau de surveillance aujourd'hui en France. Or, les médecins du travail seraient prêts à participer à une telle action. La mobilisation de ceux-ci lors des enquêtes SUMER (1 200 médecins du travail, le cinquième de la profession) et ESTEV, par exemple, le prouve.Une des grandes questions posées à la structure actuelle de la médecine du travail est l'extension du travail précaire en particulier le recours à l'intérim. Le texte spécifique les concernant a été un échec, il n'a pas répondu aux attentes qu'avait entraînées sa mise en place. Le nouveau texte en préparation aura bien du mal à devenir effectif dans le cadre actuel. La situation des salariés des entreprises sous-traitantes rend aussi la surveillance de leur santé et de leurs conditions de travail très aléatoire comme le montrent les travaux de A. Thébaud-Mony sur les salariés des entreprises sous-traitantes des centrales nucléaires, difficultés mises en évidence aussi par l'enquête STED concernant les salariés de ces mêmes entreprises.Une autre question est la faiblesse des organismes de contrôle et en particulier des médecins inspecteurs du travail en nombre ridiculement faible et sans réelles possibilités d'intervention bien qu'ils soient censés participer aux contrôles des services de médecine du travail, et à intervenir comme expert auprès des inspecteurs du travail dans le cadre des litiges opposant les médecins du travail aux employeurs et aux salariés, coordonner des études sur le champ santé-travail et faire de l'animation auprès des médecins du travail.**CONCLUSION**À travers tout ceci, faut-il faire table rase de l'existant pour reconstruire à neuf un nouveau système d'intervention sur le champ santé travail ? Il semble que malgré tout çà, il ne faille pas " jeter le bébé avec l'eau du bain ", de formidables potentialités existent, un véritable professionnalisme existe. Il ne tient qu'à mettre en place les mesures qui permettraient l'émergence d'une véritable politique de santé travail.Le premier écueil qui est revenu souvent dans ces lignes est le problème de l'indépendance technique des médecins du travail souvent mis à mal par ceux-là même qui en ont la gestion (les employeurs). Le contre-pouvoir, que devraient constituer les commissions de contrôle, prévu par les textes, n'existe quasiment pas du fait de l'absence de représentants salariés, mais aussi de l'absence de moyens (pas de temps de délégation) et de l'absence de pouvoir (par exemple, il est impossible à une commission de contrôle de faire faire une expertise financière des services de médecine du travail). Dès lors, ne devrait-on pas retirer la gestion des services de médecine du travail des mains des employeurs, pour revenir à une gestion saine des finances mais aussi au fondement des missions du médecin du travail. Une cotisation forfaitaire faciliterait le recours à des examens complémentaires ou à des experts quand le besoin s'en fait sentir.De même une plus grande autonomie des médecins du travail en particulier pour la répartition du tiers temps et des examens cliniques en fonction des entreprises et du désir des salariés permettraient de mettre en place des dynamiques de prévention plus efficaces. L'appréhension d'une collectivité de travail ne peut pas être identique dans tous les cas. Parfois cela passera par les visites cliniques, parfois par les activités de tiers temps. Cela irait de paire bien évidemment avec une obligation de rendre des comptes et une plus grande responsabilisation des médecins du travail.À cette proposition, peut être objecté le fait, que cela ferait sortir le médecin du travail de l'entreprise, et supprimerait le lien contractuel qui lui assurerait une meilleure emprise sur l'amélioration des conditions de travail. Mais ceci n'est le cas que pour une minorité d'entre eux, 80 % travaillent en service interentreprises et malheureusement, on voit affleuré ici et là de la part des médecins de services autonomes des positions tenant plus de la

médecine d'entreprise (œuvrant pour la bonne santé de l'entreprise) que de la médecine du travail ce qui militerait plutôt en faveur de la rupture de ce lien contractuel.Il faudrait également que soit créé un véritable recours vis-à-vis des avis d'aptitude du médecin du travail, l'article L. 241-10-1 n'étant en réalité initialement pas conçu comme tel.Il faudrait également développer une réflexion approfondie sur le suivi des salariés précaires. Ce suivi ne pouvant que reposer sur une coopération très importante des services de santé au travail.Enfin pour que ces services puissent développer des actions de veille sur la santé au travail, il est nécessaire de créer une ou des structures indépendantes pour pouvoir assurer la coordination des médecins du travail dans le cadre de recherche ou de veille épidémiologique tout en laissant la possibilité d'émergence de projets de recherche issu du terrain, le rôle d'une telle structure consistant dans ce cas en un appui logistique pour permettre la mise en place et le déroulement des projets.
La mise en place et le contrôle de l'ensemble de ce dispositif pourrait se faire sous la responsabilité des directeurs régionaux du travail avec l'appui des médecins inspecteurs du travail dont le nombre et les possibilités d'action doivent être amené à un niveau suffisant pour garantir leur efficacité (un par département semble être un minimum).Au-delà de cette refonte des services de santé au travail se pose une question fondamentale, manifestement la mission donnée aux employeurs par l'article L. 230-2 qui leur donne la responsabilité de la mise en œuvre de mesures d'amélioration des conditions de travail et de la protection de la santé des salariés est un échec total. À travers l'analyse du système tel qu'il fonctionne aujourd'hui, il est clair qu'ils sont le principal obstacle à l'évolution et à l'action pour promouvoir la santé au travail. Dès lors, ne faut-il pas poser la question de savoir si la protection de la santé au travail n'est pas une mission d'ordre public et non pas d'ordre privé comme c'est le cas aujourd'hui et d'en déduire toutes les mesures qui s'imposent.
Mais en tout état de cause, quel que soit le système mis en place, il ne pourra fonctionner efficacement que si les salariés et leurs représentants en deviennent les moteurs.

POUR UNE RÉFORME DE L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Association Santé et Médecine du Travail (SMT)

Nous proposons ici les éléments d'une réforme des structures de la médecine du travail. Ces propositions ne sont pas motivées par une vision théorique ou idéologique, mais par un certain nombre de constats largement partagés, au sein de la profession et par de multiples interlocuteurs ou partenaires. Après cinquante ans, le recul constaté est, à notre sens, suffisant pour lancer un débat pertinent sur les structures. Ce débat est devenu incontournable pour avancer dans le contexte des changements majeurs intervenus dans le champ du travail tout en conservant les principes fondateurs de la loi de 1946 sur la médecine du travail. Nous en dressons le bilan avant de tenter d'en tirer les conséquences en termes d'organisation.

LE BILAN

Un faible engagement des pouvoirs publics sur la question de la santé au travail

Il serait inexact de prétendre que les pouvoirs publics sont absents du terrain de la santé au travail. Depuis les années 70, le Ministère du Travail a renforcé considérablement le dispositif législatif et réglementaire. Cependant, dans les faits, les mêmes pouvoirs publics ne semblent pas très préoccupés de faire appliquer dans les entreprises les prescriptions de la législation. Sur le terrain, les problèmes de santé au travail sont laissés à la gestion de compromis locaux. Ces compromis sont fatalement très défavorables à la santé dès lors que la question de l'emploi prend le pas sur toutes les autres. Le choix est vite fait, par tous, entre un effet sur l'emploi socialement et immédiatement visible et mesurable, et des effets sur la santé, éventuels et différés. L'affaire de l'amiante est la parfaite illustration des errements où peut conduire le renvoi des questions de santé à un compromis de court terme. Or c'est précisément le rôle de l'état que de réguler les relations sociales par une vision sur le long terme échappant aux considérations opportunistes locales. Les pouvoirs publics doivent donc manifester avec davantage de netteté leur engagement sur le terrain.

Un patronat inapte à promouvoir, coordonner, diriger la médecine du travail

Pris par les impératifs économiques, les employeurs ont dans leur immense majorité une vision à courte et (éventuellement) moyenne échéance. Leur logique de pensée est l'individualisme. Leur culture est pragmatique, juridique, comptable, et souvent binaire. Toutes choses qui les rendent par conséquent inaptes à rendre efficace une institution qui nécessite au contraire une perspective humaniste : des prévisions à long terme, une mise en réseau, une synthèse, une relative déconnexion de l'économique. Le patronat vit au quotidien la médecine du

travail comme une charge. Ce n'est donc ni l'intérêt ni, en outre et surtout, la mission ou le métier du patronat de coordonner, d'animer, de favoriser le développement de réseaux, d'outils de synthèse, de transcription dans le champ public, dans le respect d'une institution qu'il ne perçoit pas comme participant à ses valeurs.

Une gestion de type commercial et comptable

Les services interentreprises sont gérés par des directions qui, dans leur grande majorité, ne se sentent investies d'aucune mission de santé publique. Leur origine professionnelle, leur formation et leurs mandants leur confèrent une mission essentielle dont la problématique est simple, et à l'aune de laquelle ils seront jugés : faire baisser ou maintenir les cotisations " à coût constant ". Cette vision purement comptable conduit à ce paradoxe de services réalisant d'importants bénéfices alors que les médecins manquent d'une grande partie des moyens nécessaires à leur activité.

La même logique commerciale incite à ne se préoccuper que de ce que l'on peut comptabiliser immédiatement, c'est à dire la visite médicale sans cesse ramenée au prix de la cotisation.

Et les prix introduisant la concurrence, c'est presque naturellement que le moyen de pression économique s'est introduit dans le système, aidé en cela par une administration de contrôle " naïve " et une réglementation insuffisante : loin de provoquer une saine émulation, l'octroi de la même compétence territoriale à deux ou plusieurs services n'a pu qu'induire la pratique du " moins disant " dont on constate chaque jour les dégâts dans certaines régions. Le chantage permanent au changement de service, tout aussi valable en service interentreprises qu'en service autonome vient illustrer les atteintes à l'indépendance dont sont l'objet les médecins les plus actifs.

Une profonde inégalité entre secteurs

L'organisation de la médecine du travail est extrêmement inégalitaire. Certains médecins ont la charge de 1500 salariés, voire de bien moins, alors que d'autres en surveillent dans le même temps plus de 3000. Or, bien souvent se sont les entreprises dans lesquelles les médecins ont les meilleures conditions de travail qui sont aussi celles dans lesquelles les compromis entre exigences de santé et exigences de production sont les plus favorables. En revanche, pour s'occuper des salariés des petites entreprises, qui sont les moins protégés, on trouve des médecins surchargés, se dispersant dans plusieurs centaines d'établissements. Cela relève d'une insupportable hypocrisie. En effet, comment est-il possible de remplir réellement la mission de la médecine du travail lorsqu'on surveille plus de 3000 salariés répartis dans plus de 300 entreprises ? Pourtant tout le monde fait semblant de ne pas s'en apercevoir.

Des médecins-chefs qui empiètent sur la responsabilité de leurs confrères

Dans de nombreux services interentreprises comme autonomes, les directions suscitent souvent l'apparition de médecins " coordonnateurs ", investis de pouvoirs sur l'embauche, l'activité et les moyens de leurs confrères. Ces médecins se comportent comme des médecins chefs et constituent la courroie de transmission des directions. En outre, notamment en service autonome, ils adoptent généralement un point de vue de médecine d'entreprise ou de sélection et en impriment la logique à l'ensemble du service. Ici également, il existe une atteinte à l'indépendance médicale. En raison de l'absence de réglementation définissant cette coordination, les pouvoirs publics se refusent à intervenir.

Un système de formation continue aux mains du patronat

Sous prétexte de formation continue, une association totalement controlée par le patronat permet d'encadrer et de canaliser l'information et la formation des médecins. Il est bien souvent plus facile d'obtenir une formation délivrée par celle-ci que par un organisme indépendant.

Dans ce domaine stratégique, la vigilance des pouvoirs publics est décisive, et sa carence à anticiper et à résoudre le problème du déficit de médecins du travail est ici patente. Le déficit est estimé au minimum aujourd'hui à cinq cents médecins du travail, celui-ci s'expliquant par les modalités restrictives de formation initiale. Le manque flagrant de médecins du travail aujourd'hui sape la médecine du travail par l'inflation des effectifs surveillés par médecin, et par l'embauche illégale de praticiens non formés.

Des représentants des salariés sans moyens réels

Les commissions de contrôle à majorité salariée constituent dans les services interentreprises un contrepoids indispensable au pouvoir patronal. Malheureusement, les représentants syndicaux dans ces instances ne disposent pas du minimum de moyens pour assurer leur mission : temps de délégation, formation, possibilités de contrôle

réel des comptes. La présence de syndicalistes aux commissions de contrôle est bien souvent assurée par des militants retraités ou permanents qui représentent imparfaitement le point de vue des salariés des petites entreprises.

Un contrôle financier insuffisant
Les services interentreprises manipulent des masses financières importantes sans réel contrôle, ni par leur personnel, ni par les commissions de contrôle, ni par la puissance publique. Une " comptabilité de ménagère ", qui étonne plus d'un professionnel, préside à la gestion de budgets pouvant aller jusqu'à plusieurs milliards de centimes. Cette situation conduit, on le sait, à des abus qui se traitent parfois devant les tribunaux mais qui, le plus souvent, bénéficient probablement d'une totale impunité.

PROPOSITIONS

Pour un service public décentralisé de santé au travail
La question de la santé au travail ne peut être laissée aux arrangements et aux compromis locaux. Elle constitue " une question d'ordre public ". Elle doit être assumée par un " service public décentralisé de santé au travail ".
Ce service organisé à l'échelon départemental, revêt un statut d'agence, comme c'est déjà le cas dans d'autres domaines d'intérêt public. Le fonctionnement de ce service départemental est assuré de façon décentralisée au niveau d'unités dont la taille et la composition favorisent le développement d'activités coopératives. Ces activités ont lieu entre les unités, à l'échelon départemental, régional, voire par secteur d'activité, dans le cadre d'enquêtes nationales pouvant impliquer, entre autres, des coopérations avec des réseaux de santé publique.
Les services extérieurs du ministère du travail participent à l'organisation de ces structures et à leur fonctionnement, en particulier en assurant leur contrôle réglementaire. Ils sont par conséquent dotés des moyens humains et matériels nécessaires à l'exercice de leur mission.
Le maintien dans ses grandes lignes de la sectorisation actuelle permet la coexistence et l'intégration dans le cadre de la même structure administrative des actuels services professionnels d'entreprises et interentreprises, des collectivités territoriales et hospitalières, de prévention, etc...Les services actuels conservent leurs implantations géographiques respectives lorsqu'elles sont conformes, ainsi que leur personnel paramédical et administratif.

Un financement par cotisations des employeurs
Ceux qui génèrent le risque assument le financement de sa prévention. Les employeurs versent une cotisation dont la collecte est assurée par la sécurité sociale comme pour les cotisations d'AT-MP ou éventuellement par un organisme spécifique comme cela existe par exemple pour l'AGEFIPH. Calculée sur une base nationale, cette cotisation est adaptée en fonction de la branche d'activité.
Cette masse financière, comme pour les AT-MP, s'équilibre en fonction de l'évolution des besoins en santé au travail. Elle est répartie, sur le même critère, entre les services départementaux de santé au travail. Cette redistribution permet un rééquilibrage des moyens au profit de la santé au travail dans les petites entreprises. Les grandes entreprises, agissant comme donneur d'ordre, tirent souvent profit des mauvaises conditions de travail et de la précarité dont pâtissent en aval les petits établissements. Cette redistribution apparaît donc comme nécessaire.
Seule la puissance publique, garante de l'intérêt général, assure légitimement entre les salariés une égale répartition des moyens financiers de la prévention des risques pour la santé au travail.
Toutefois la détermination des moyens financiers nécessaires et la gestion de l'utilisation du financement sont effectuées au plan départemental dans le cadre du contrôle social.
Le financement des études coopératives, dont celles se déroulant dans le cadre des réseaux de santé publique, s'effectue sur un budget spécifique, distinct du budget habituel de fonctionnement des services.

Un véritable contrôle social
L'organisation, la gestion et le fonctionnement du service public de santé au travail, ses objectifs et ses moyens, sont contrôlés, du point de vue des usagers, au niveau des unités locales et au niveau départemental, par une commission de contrôle dans laquelle les représentants des salariés sont majoritaires comme actuellement, mais avec des attributions étendues, en particulier en matière de définition des politiques de santé au travail. Bien entendu, les médecins du travail sont techniquement indépendants.

Les représentants des salariés disposent d'heures de délégation et d'une formation destinée à les mettre en position d'exercer leurs prérogatives.
Dans les entreprises qui en sont dotées, le Comité d'Entreprise ou le Comité Central d'Entreprise et les Comités d'établissement assurent la partie du contrôle social qui leur est spécifique. Ce contrôle concerne les missions de la médecine du travail, l'organisation des coopérations extérieures à l'entreprise et les coordinations nécessaires du point de vue de la santé au travail. Il porte sur l'activité du médecin du travail pour l'entreprise ou l'établissement considéré, y compris dans le cadre des coopérations. Il intervient, en tant que de besoin, pour majorer le calcul du temps d'activité des médecins du travail.
Une réflexion doit être menée pour rechercher les formes institutionnelles d'une véritable représentation des salariés des petites entreprises.

Un seul statut de médecin du travail
Le médecin du travail exerce, comme actuellement, sous son entière responsabilité qu'il engage devant les instances représentatives de l'entreprise et/ou de la commission départementale ou locale de contrôle.
Tous les médecins du travail ont, à terme, le même statut. Il n'y a plus de différence structurelle entre médecine du travail autonome, interentreprise ou médecine de prévention.
Tous les médecins du travail et de prévention ont le même contrat, dont le modèle est défini par voie réglementaire. Les médecins exerçant actuellement en service autonome ou interentreprises, conservent si ils le désirent leur contrat actuel dont la gestion est toutefois transférée au service départemental de santé au travail. Les embauches sont par la suite effectuées par le service de santé au travail.
L'effectif pris en charge par chaque médecin du travail est réellement adapté aux besoins. Celui-ci n'est plus calculé comme aujourd'hui à partir de données faussées par la sous-déclaration par les employeurs des agents devant bénéficier d'une surveillance médicale spéciale. Les besoins sont déterminés à partir d'un nombre maximum raisonnable de salariés par médecin et modulés en fonction des activités effectuées par les salariés surveillés. L'effectif suivi par un médecin du travail tient compte du temps à consacrer aux activités coopératives et aux études en milieu de travail.
Comme le prévoit le code de déontologie, les médecins du travail apportent leur contribution aux politiques de santé publique pour ce qui concerne la santé au travail. Leurs missions sont les missions actuelles de la médecine du travail.
Un ou des délégués des médecins du travail est ou sont élus pour une durée limitée, en fonction de leur nombre, dans chaque unité ou service, afin d'assurer la coordination.
Ils ne peuvent empiéter sur le domaine dépendant de la responsabilité personnelle de chaque médecin.
Cette nouvelle organisation permet d'embaucher d'autres professionnels de santé et de les faire bénéficier du statut protecteur et de l'indépendance des médecins du travail. En particulier les infirmières et infirmiers d'entreprise et de médecine du travail sont intégrés au service public de santé au travail.

CONCLUSION

Après avoir dressé le bilan de l'organisation actuelle nous proposons donc qu'on y substitue un service public de santé au travail, financé par les cotisations des entreprises, où exerceraient des médecins du travail titulaires d'un même statut dont pourraient bénéficier d'autres intervenants du champ de la santé au travail.
Ces services fonctionneraient sous un contrôle social des usagers qui verraient leur intervention accrue, sous un contrôle réglementaire des services extérieurs du ministère du travail, sous un contrôle technique collégial des médecins du travail.
Cela ne vise pas à sortir la médecine du travail des entreprises en espérant agir de l'extérieur sur la santé au travail. Il faut au contraire renforcer l'indépendance des intervenants en santé au travail et leur donner les moyens de travailler pour leur permettre d'y rester. Il faut leur restituer les marges de manoeuvre que le système actuel ne permet plus de dégager.

En proposant ces éléments de réorganisation nous n'avons pas l'ambition d'élaborer seuls une réforme de notre système de médecine du travail. Notre proposition vise plutôt à ouvrir des pistes de réflexion pour un nécessaire débat social.

CONCLUSION

Comme on le constate ici, le bilan de l'institution médecine du travail est pour le moins mitigé et même considéré par certains comme très négatif. L'institution riche d'espoir mise en place en 1946 a été trop souvent confisquée, détournée de ses buts premiers. Actuellement, un projet d'organisation du travail a pour conséquence une utilisation de plus en plus importante des salariés comme simples instruments des entreprises. Témoin gênant, la médecine du travail doit, pour certains, être réduite au silence ou subvertie.

Du côté des textes fondateurs il s'agissait pourtant d'une institution porteuse d'avenir. En lien dès l'origine avec la dynamique sociale des entreprises, son projet exclusivement préventif est confié à des professionnels, les médecins du travail jouissant d'un statut protecteur pour accomplir les missions qui leur ont été confiées, même si les infirmiers du travail, membres à part entière de l'équipe médicale, en manquent cruellement.
En réalité, le constat est plus terne, ambivalent. Les médecins du travail n'arrivent pas à répondre à toutes leurs obligations réglementaires, ni à mettre en oeuvre un exercice professionnel dont ils seraient entièrement responsables.

Les causes de ce bilan contrasté sont nombreuses :
-l'importance des modifications de l'organisation du travail depuis une quinzaine d'années,
-la difficulté pour les médecins du travail d'en mettre professionnellement les effets pour la santé en évidence,
-l'insuffisance du contrôle social par des représentants des salariés démunis de moyens,
-la gestion de la médecine du travail exclusivement aux mains des représentants des employeurs,
-l'absence de visibilité sociale des effets du travail sur la santé,
-l'absence de politique sérieuse de santé au travail de la part de la puissance publique.

Malgré ces nombreuses difficultés, des médecins du travail s'arc-boutent à la déontologie médicale, à leur mission réglementaire consistant à prévenir l'ensemble des atteintes à la santé au travail. Depuis quinze ans, parallèlement aux mutations de l'organisation du travail, les pratiques de nombre de ces professionnels se sont transformées. Pour compléter les acquis normalisés et réglementés, ils mettent en oeuvre un accompagnement des personnes par une démarche de prévention compréhensive. Ils font preuve d'un intérêt particulier pour les atteintes à la santé mentale au travail. Ils redoublent d'attention pour tout ce dont est faite " la normalité " des personnes au travail. Comment font-elles en effet " pour tenir " dans des situations difficiles ? Qu'est-ce qui fragilise leurs collectifs de travail ? Ces derniers sont en effet d'une grande importance pour se protéger de la souffrance générée par l'organisation du travail, et aussi pour construire son identité sous le regard des autres. La santé de chacun au travail ne peut se construire sans reconnaissance symbolique des contributions singulières. Les médecins du travail sont malheureusement bien placés, et comprennent de mieux en mieux comment " la goutte d'eau peut faire déborder le vase", c'est à dire ici faire basculer une existence, une vie.

Accompagner au travail la construction de la santé de chacun est bien le défi que doivent maintenant relever les médecins du travail. Pour cela, il leur reste un travail essentiel à accomplir dans leur métier. En effet, la clinique médicale qu'ils mettent en oeuvre prend mal en compte l'accompagnement de la dynamique de construction de la santé des sujets au travail ; elle est encore trop orientée vers la prise en compte exclusive de la maladie.

La clinique de l'accompagnement de la construction de la santé du sujet au travail reste en grande partie à construire. Nous espérons que notre contribution à travers cet ouvrage permettra de rendre visible à la fois l'importance de ce champ, mais aussi l'immensité des efforts à accomplir pour développer une clinique médicale appropriée de la santé des sujets au travail.

Ce que nous voyons dès maintenant nous conforte dans l'idée de l'importance de cette approche. Nous estimons aussi que le décodage par le travail des événements de santé que permet cette clinique n'est pas seulement l'apanage des médecins du travail. La prise en compte de la question du travail dans la clinique médicale concerne certainement de façon importante les médecins généralistes. Certains d'entre eux commencent à l'appréhender aujourd'hui. Certains spécialistes comme les psychiatres sont susceptibles de faire de même.

Accompagner la construction de la santé de chacun au travail, être veilleur, être témoin, être " passeur ", laisser des traces, permettre le débat sur les enjeux de construction de la santé au travail dans l'espace de l'entreprise, mais aussi dans l'espace public externe, dans la cité, tels sont les objectifs de la médecine du travail.

Il est souvent très difficile pour un médecin d'aller à contre-courant du management d'une entreprise, de faire entendre une autre voix, d'oser dire et témoigner. C'est pourtant ce qu'exige sa déontologie. Le milieu de travail est " rude ". Les intérêts contradictoires qui s'affrontent, laissent, au mieux, désarmés des médecins du travail qui y sont mal préparés ; au pire, d'autres médecins du travail abandonnent, tant les affrontements sont devenus brutaux. Faute d'une élaboration importante d'une

politique de santé publique au travail, les autres acteurs sociaux et les représentants de l'état, de l'intérêt public, de l'ordre public s'abstiennent d'intervenir.

L'affaire de l'amiante est là pour nous le rappeler : tous les médecins du travail n'ont pas fait pleinement leur devoir. L'abstention majeure des autres acteurs ne saurait les exempter de leur responsabilité. Et pourtant, de nouveaux nuages s'amoncellent à l'horizon. La question des facteurs cancérogènes au travail ne fait qu'émerger. Elle prend de l'ampleur du fait de l'accroissement non négligeable des connaissances dans ce domaine. La question des effets à long terme des autres facteurs pathogènes de l'environnement du travail suit le même cheminement. Les médecins du travail ne sauraient attendre que les médias leur ouvrent un espace d'exercice professionnel !

La question de l'intensification du travail et de sa densification est devenue maintenant un problème crucial pour la santé des salariés. Là aussi, une professionnalité nouvelle est à construire par les médecins du travail. La " centralité du travail " est bien au coeur des réflexions et pratiques à mettre en oeuvre. Comment les médecins du travail vont-ils pouvoir accompagner les pratiques sociales porteuses d'espoir de construction pour chacun de sa santé au travail, sans renoncer en parallèle à repérer et à rendre visible tout ce qui peut faire obstacle à cette construction ?

Les médecins du travail ne doivent pas attendre que des compromis sociaux finissent par fixer des limites tolérables pour les expositions professionnelles. Ils se doivent au contraire de définir, d'établir entre eux des règles, des conduites à tenir, face aux questions cruciales pour la santé de leurs salariés, comme l'intensification et la densification du travail ou l'exposition aux cancérogènes. C'est un autre défit. Là aussi, une professionalité nouvelle reste à construire par les médecins du travail.

Pourquoi en faire mystère : il n'y a pas homogénéité de l'ensemble des médecins du travail face à l'évolution des conditions de travail et aux nécessaires pratiques professionnelles nouvelles à mettre en oeuvre. Cela n'a d'ailleurs rien de choquant. Une même dénomination n'entraîne pas automatiquement des valeurs partagées au niveau de l'ensemble d'un corps professionnel. Si les médecins ont en commun l'obligation de respecter une déontologie commune, la façon dont ils " s'autonomisent " par rapport à " l'ordre social de l'entreprise " les différencie.

Certains médecins du travail s'inscrivent dans une logique d'entreprise. Ils estiment que leur métier est d'accompagner le développement de l'entreprise en soumettant leur exercice au primat économique.

Nous pensons différemment. Le métier de médecin du travail, conformément à la loi de 1946, consiste pour nous à accompagner la construction de la santé des sujets au travail. Il faut au besoin prendre de la distance face à la logique de l'entreprise, en n'y apportant aucune caution. Les médecins du travail sont en effet les seuls professionnels présents sur les lieux de travail qui ne soient pas subordonnés à " l'ordre économique ". Ils ont l'incontournable obligation de repérer et de mettre en débat ce qui peut faire obstacle à la construction de la santé au travail. C'est précisément ce qui différencie la médecine du travail d'une " médecine d'entreprise ". Si les médecins du travail sont spécialistes en médecine du travail, ils ne sont pas pour cela des experts situés au delà des nécessaires débats sociaux. Ils n'ont aucune qualité pour les obscurcir et les confisquer au nom d'un prétendu savoir scientifique.

Les médecins du travail ne sont pas des cadres d'entreprise ordinaires ! Leur fonction n'est pas de permettre la production de biens et services en y conformant les salariés ! Leur pratique professionnelle ne saurait être décidée par les directions des différentes entreprises où ils exercent ! Ils ont à être vigilants quant à une possible instrumentalisation de leur mode d'exercice. Les projets de sélection des femmes et des hommes au travail à partir de critères de santé, par sélection génétique par exemple, peuvent le faire craindre.

Comme on l'a vu dans cet ouvrage, l'irruption de la précarisation du travail bouleverse et aggrave bien des effets pathogènes des conditions de travail. Dans ce contexte, l'exercice professionnel des médecins du travail lui-même perd de son efficience et de sa crédibilité. Les véritables responsables des conditions de travail ne sont souvent plus les donneurs d'ordre directs. Les collectifs de travail sont fragilisés ou absents. Le code du travail perd une partie de son rôle de repère, puisqu'il a été construit en référence à l'emploi stable. Ses évolutions récentes permettent d'en contourner les éléments protecteurs de la santé au travail. L'irruption de l'intérim et de la sous-traitance ont eu pour effet que nombre d'institutions ou règles visant à protéger la santé au travail jouent principalement un rôle de simple alibi.

Ce contexte défavorable à la santé impose donc de réenvisager l'organisation de la médecine du travail et de certaines de ses pratiques. Il impose aussi aux médecins du travail de refonder en partie leur métier.

L'aptitude médicale au travail doit être totalement repensée. Les auteurs de cet ouvrage ont clairement pris position pour son dépassement et sa suppression. A la notion " d'aptitude médicale au travail " doit être substituée une " fiche de consultation "

permettant des conseils d'aménagement de poste, tout en conservant la possibilité de délivrer des certificats d'inaptitude ; les postes de sécurité devront être strictement définis.

Les structures actuelles de la médecine du travail sont en complet décalage avec les besoins grandissant en terme de santé au travail. Les auteurs de cet ouvrage plaident donc pour une réorganisation de la médecine du travail. Ils demandent sa transformation en un service public décentralisé. Cela a pour conséquence de retirer sa gestion aux employeurs. Celle-ci en sclérose le fonctionnement et la transforme en une institution vide de sens, alors que les besoins sont des plus criants. La santé au travail est une question d'ordre public, mais il serait justice que les responsables d'éventuelles atteintes à la santé en soient les payeurs. La puissance publique doit exercer ses responsabilités : les professionnels doivent être en mesure d'effectuer leur mission. Il est normal qu'ils en répondent. Ces raisons plaident donc pour un renforcement du contrôle social par les représentants des salariés. Ce contrôle social fait l'originalité et la richesse du système français. Mais pour que ce contrôle soit effectif, encore faut-il en donner les moyens !

Les besoins réels en rapport avec les atteintes à la santé au travail sont très importants. Pour y faire face, la médecine du travail a besoin d'une réforme profonde de son organisation. Il faut aussi que les professionnels qui l'exercent repensent leur métier, en élaborent collectivement les nouvelles règles à travers des coopérations renforcées.

Les règles de l'exercice professionnel des médecins du travail s'élaborent entre pairs qui se reconnaissent comme tels. Cette communauté de référence se fonde sur une compréhension des défis auxquels elle doit faire face, mais aussi sur des valeurs partagées, humanistes, permettant " le mieux vivre ensemble ". C'est en développant sans concession le point de vue de la santé des sujets, que les médecins du travail ont le projet d'accompagner la construction de la santé de leurs patients. Le métier de médecin du travail se développera à travers des coopérations permettant la construction de collectifs de travail, de pairs. Un métier qui n'est pas mis en délibération se sclérose, involue et meurt.

Notre ouvrage est un plaidoyer pour la réintroduction du travail dans les débats de société. La perspective de diminution du temps légal de travail plaide dans ce sens. En effet, si la question de la santé n'est pas prise en compte, tant par les professionnels que par les acteurs sociaux, le risque de densification du travail est une évolution défavorable sérieuse qui pourrait avoir des conséquences importantes pour les travailleurs.

L'aspiration des médecins du travail qui ont écrit ces lignes est de contribuer à changer le travail pour en faire un facteur de santé. Pour cela, il est nécessaire de favoriser un travail porteur de sens, de citoyenneté, de lien social, ouvrant à chacun la possibilité de construire son identité. Tâche utopique penserons certains : aveuglés par la question de l'emploi, ils ne débattent plus depuis longtemps de celle du travail. Les situations où on perd plus souvent sa santé au travail qu'on ne la construit, sont devenues habituelles. Et pourtant le désespoir des exclus du travail toujours plus nombreux, la souffrance de ceux qui sont cantonnés à des statuts " sans appartenance ", nous incitent à penser qu'il y a là un enjeu essentiel pour notre société. L'absence d'emploi, l'humiliation au travail, engendrent déjà la violence. Il y a urgence. C'est pourquoi, éclairer ces questions du point de vue de la santé, en menant la réflexion sur notre propre professionalité nous a paru de notre devoir de médecins et de médecins du travail.

GLOSSAIRE

" La médecine est le miroir de la culture et l'expression privilégiée du social. Comprendre comment s'établit collectivement la lutte contre la maladie n'est-ce pas en effet comprendre aussi comment la société envisage à la fois son organisation et sa pérennité ? " Carl Havelange

ACTION[151] :

" C'est par le verbe et l'acte que nous nous insérons dans le monde humain, et cette insertion est comme une seconde naissance dans laquelle nous confirmons et assumons le fait brut de notre apparition physique originelle. (...) Le fait que l'homme est capable d'action signifie que de sa part on peut s'attendre à l'inattendu, qu'il est en mesure d'accomplir ce qui est infiniment improbable.

(...) Cette énorme capacité de durée que possèdent les actes plus que tout autre produit humain serait un sujet de fierté si les hommes pouvaient en porter le fardeau, ce fardeau de l'irréversible et de l'imprévisible, d'où le processus de l'action tire toute sa force. (...)

La rédemption possible de la situation d'irréversibilité - dans laquelle on ne peut défaire ce que l'on a fait, alors que l'on ne savait pas, que l'on ne pouvait pas savoir ce que l'on faisait - c'est la faculté de pardonner. Contre l'imprévisibilité, contre la chaotique incertitude de l'avenir, le remède se trouve dans la faculté de faire et de tenir des promesses. (...)

L'acte ne prend sens que par la parole dans laquelle l'agent s'identifie comme acteur, annonçant ce qu'il fait, ce qu'il a fait, ce qu'il veut faire. (...)

L'action en tant que distincte de la fabrication, n'est jamais possible dans l'isolement; être isolé, c'est être privé de la faculté d'agir. (...) La fabrication est entourée par le monde, elle est constamment en contact avec lui: l'action et la parole sont entourés par le réseau des actes et du langage d'autrui, et constamment en contact avec ce réseau. (...)

On dirait que chaque action était divisée en deux parties, le commencement fait par une personne seule et l'achèvement auquel plusieurs peuvent participer en "portant", en "terminent" l'entreprise en allant jusqu'au bout. (...) Parce que l'acteur se meut toujours parmi d'autres êtres agissants et par rapport à eux, il n'est jamais simplement agent, mais toujours en même temps patient. (...) L'acte le plus modeste dans les circonstances les plus bornées porte en germe la même infinitude, parce qu'un seul fait parfois un seul mot, suffit à changer toutes les combinaisons de circonstances .(...)

Le domaine politique naît directement de la communauté d'action, de la "mise en commun des paroles et des actes". (...) L'espace de l'apparence commence à exister dès que les hommes s'assemblent dans le mode de la parole et de l'action. (...)

Dans les conditions de la vie humaine il n'y a d'alternative qu'entre la puissance et la violence - contre la puissance la force est inutile - violence qu'un homme seul peut exercer sur ses semblables, et dont un homme seul ou quelques hommes peuvent acquérir les moyens et posséder le monopole. (...) Tandis que la force est la qualité naturelle de l'individu isolé la puissance jaillit parmi les hommes lorsqu'ils agissent ensemble et retombe dès qu'ils se dispersent. (...) La puissance n'est actualisée que lorsque la parole et l'acte ne divorcent pas, lorsque les mots ne servent pas à voiler des intentions mais à révéler des réalités, lorsque les actes ne servent pas à violer et détruire mais à établir des relations et créer des réalités nouvelles. "

CITOYENNETÉ :

Classiquement : qualité du membre d'un état considéré du point de vue de ses devoirs et de ses droits politiques. Madeleine Rebérioux évoque le concept de " citoyenneté sociale " dont l'esprit de responsabilité, la volonté d'agir dans la société sont les éléments constitutifs.

La citoyenneté dans l'entreprise relève de la citoyenneté sociale car le travail à une position centrale dans l'expérience civique. Cette citoyenneté propose l'instauration de la démocratie participative, de la liberté d'expression, des valeurs de tolérance et d'antiracisme, elle s'oppose à l'exclusion et prône la solidarité.

Le droit à la santé et le droit au travail sont des droits constitutionnels fondamentaux.

En tant que professionnels les médecins du travail postulent, puis observent que ces droits ne sont pas contradictoires.

En effet dans certaines conditions, le travail, comme espace de sublimation du désir, participe à la construction de la santé.

C'est pour faire naître ces conditions et lever les obstacles qui s'opposent à cette construction qu'a été créé le corps professionnel des médecins du travail.

Ils doivent veiller à ce que nul ne compromette sa santé du fait de son travail.

Ce principe garanti la cohérence des règles fondamentales et donc la cohésion du corps social.

S'il s'avérait que droit au travail et droit à la santé sont devenus incompatibles c'est la base même de notre société qui serait compromise.

---

[151] Hannah ARENDT, Condition de l'homme moderne, Le Seuil, Paris, 1961

Or, actuellement, la cohabitation de ces droits fondamentaux devient problématique et souvent le salarié doit renoncer à l'un de ses droits constitutionnels en choisissant entre santé et travail.
En imposant ce choix l'organisation du travail déshumanise l'homme et tend à détruire en lui le citoyen.
Hors de l'entreprise, l'exclu perd la conscience de ses droits. L'assistance dont il bénéficie, à juste titre, risque d'atteindre son esprit de responsabilité et sa volonté d'agir qui sont les éléments constitutifs de la citoyenneté.
Face à cela certains réfléchissent *" à des formes nouvelles de gestion de la vie sociale susceptibles de contribuer à la reconnaissance de la porté civique du travail et de donner à chacun la possibilité d'organiser sa propre vie*[152] *".*
Ce programme correspond presque mot pour mot au projet professionnel du médecin du travail.
Pour alimenter cette réflexion les médecins du travail ont donc une position privilégiée :
Il leur appartient donc de porter leurs observations à la connaissance de leurs concitoyens. C'est en témoignant dans l'espace public de l'entreprise (CHSCT, CE), mais aussi hors de l'entreprise (participation à des colloques, articles, publications, interviews…), qu'ils y parviendront.
Lorsque la liberté d'entreprendre compromet quelquefois la liberté de vivre, lorsque les différences entre citoyens ne sont plus fondées sur l'utilité commune et qu'ainsi le principe d'égalité n'est plus respecté, lorsque la charité se substitue à la solidarité fraternelle ; en un temps où une faille sépare la conduite de la cité et les forces vives de la société, ce qui à terme peut être générateur de violence et de souffrance, se pose à chacune et à chacun la question du civisme.

COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE :
C'est *" l'ensemble stabilisé de savoirs et de savoir-faire qui sédimentent et structurent les acquis de l'histoire professionnelle*[153] *".* Elle naît de la rencontre des connaissances et de l'expérience et se révèle dans les " tours de main ". En plus de cette définition, issue de l'ergonomie, il faut considérer qu'elle procède également de la déontologie à travers les règles de métier. Il peut s'agir d'un jugement de valeur qui participe à la reconnaissance, s'il provient des usagers et des pairs.
C'est un concept distinct de celui de " qualification ", qui est du coté du travail prescrit, mais proche de celui de professionnalisme (de l'italien : *professionalita*), qui caractérise plutôt un regroupement de compétences et y intègre des éléments sociologiques. Expertise (dans le sens ergonomique) a trait aux compétences s'exerçant dans des domaines complexes.

CONFIANCE :
Comme le rappelle Chr. DEJOURS[154], la place de la confiance est centrale dans le travail.
C'est grâce à elle que se développent les conditions de la visibilité en particulier à l'égard d'autrui dans les rapports de parité. *" Il n'y a pas de collectif qui ne soit fondé sur la dynamique de la confiance entre les membres de ce collectif. "* C'est *" la condition* sine qua non *de la coordination et de la coopération ".*
" La confiance s'inscrit (...) dans une dynamique de suspension, de mise en latence des rapports de force ". " La confiance ne repose pas sur des ressorts psychologiques mais sur des ressorts éthiques "
Cette confiance repose donc sur le respect de l'autre : respect de son indépendance, accessibilité au déroulement de l'action, clarté sur les démarches et les résultats.
Elle naît aussi de la part de valeurs communes qui permettent d'agir dans la même direction. Il s'agit ici de créer une communauté de valeurs explicite ou implicite.
Elle est également sous-tendue par l'équité des jugements. Ceux qui donnent acte des *" difficultés pratiques rencontrées effectivement (...) dans l'exercice du travail, mais aussi ceux qui portent sur la qualité des aménagements, ajustements, innovations trouvailles produits grâce à l'ingéniosité (...) ".* Cette dernière catégorie s'exprime en terme d'utilité ou de beauté.

CONFIANCE : (médecine du travail)
Comme l'écrivait un médecin : *" Il n'y a pas de bonne médecine sans confidences, pas de confidences sans confiance, pas de confiance sans secret. "*
La confiance du patient, envers son médecin, est une des données fondamentales de tout acte médical.
En médecine du travail, elle est d'autant plus importante que le consentement du patient n'est assuré qu'à travers l'agrément par un organisme paritaire : le comité d'entreprise.
Cette confiance en médecine du travail peut être compromise si le médecin déroge à l'indépendance qu'exigent déontologie et réglementation.

---

[152] Madeleine REBERIOUX : Présidente de la Ligue des Droits de l'Homme, La citoyenneté sociale, Le Monde, 1993
[153] Maurice de MONMOLLIN, L'intelligence de la tâche, Peter Lang, Berne, 1987
[154] Christophe DEJOURS, Le facteur humain, QSJ, PUF, 1995

Elle pourrait l'être également si ses interlocuteurs craignaient qu'il ne dissimule des données, se dérobe au débat ou méprise les organismes représentatifs dont il tient sa légitimité.
C'est dans son exercice personnel que le médecin doit maîtriser les différents paramètres de cette confiance.
Il en est tout autrement en cas de coopération avec d'autres médecins du travail ou d'autres professionnels, puisque certaines caractéristiques de l'action peuvent lui échapper.
Comme sa responsabilité individuelle est par définition engagée, le médecin doit donc s'assurer que cette coopération et son résultat ne vont pas entamer le capital de confiance dont il jouit dans l'entreprise.
Il ne peut en être assuré que si certaines conditions sont réunies. Celles-ci président à la confiance qu'il peut accorder dans ce domaine à ses partenaires.
Il para"t donc indispensable qu'une réflexion préalable entre partenaires s'organise autour des principes des pratiques et des perspectives de l'action envisagée.
Confiance qu'il doit inspirer, confiance qu'il doit accorder pour coopérer et qui conditionne en retour la première, la question de la confiance et " la question de confiance " se pose au médecin du travail à chaque instant.

CONTRAT : (du médecin du travail)
Quelle est la nature du contrat du médecin du travail vis-à-vis de son employeur ?
" *Lié à son employeur par un contrat de louage de service, le médecin du travail, comme tout salarié vis-à-vis de l"employeur est d"abord responsable d"une obligation de faire. Ce faire est une obligation de résultat, en ce sens que l"organisation et le fonctionnement du service, la surveillance de la santé des travailleurs, de l"hygiène et de l"entreprise doivent être une réalité. Le résultat en l"occurrence, c"est le fonctionnement normal du service médical : faire normalement les examens nécessaires signaler les améliorations souhaitables des conditions de travail, tenir normalement les fiches et les registres, etc. ".*[155]
Le terme " contrat " a pris, dans le cadre du management✶, un sens particulier : un contrat est un document signé par un salarié avec son manager.
" Il ne s"y attache aucune valeur juridique : c"est un outil de management, un support du dialogue hiérarchique, et non un contrat d"assurance. En ce sens, le contrat est un constat d"une vision commune de l"entreprise, et non l"intersection d"intérêts divergents, à laquelle on aurait abouti après une négociation. (Document interne à une grande entreprise publique). Malgré l'affirmation qu'il ne s'y attache aucune valeur juridique, on peut se rendre compte qu'il s'agirait bien pour un médecin d'une convention portant sur des aspects de l'activité ayant un rapport direct avec l'exercice médical et pouvant même le conditionner. Il est donc au minimum indispensable de le soumettre au conseil de l'ordre des médecins.
D'autant qu'il ne saurait s'agir d'une négociation comme l'indique très clairement le document puisque le " contrat " implique que celui qui le souscrit est soumis à la hiérarchie qui le propose.
Un " contrat " qui serait conclu dans de telles conditions risquerait de ne pas être équitable.
Dans un commentaire à l'article 95 du Code de déontologie (*Bulletin du Conseil de l"ordre des médecins* – décembre 1986), il est pourtant précisé que " *le médecin salarié ne peut accepter que ses décisions et ses actes soient limités par des directives ".*
Or précisément, la fixation des objectifs par le manager est une des composantes principales du système de management participatif.

CONTROLE SOCIAL :
Par contrôle social on désigne la surveillance, par le comité d'entreprise ou son équivalent, de l'administration, de l'organisation et du fonctionnement du service médical du travail prévue à l'article R. 241-3 du Code du travail et les dispositions concernant l'embauche, le licenciement et les observations sur le rapport annuel du médecin prévus aux articles R. 241-31 et R. 241-33 du Code du travail.
Relèvent aussi de ce contrôle la rédaction par le médecin d'un plan d'activité en milieu de travail et d'une fiche d'entreprise transmis au CHSCT, ainsi que l'application des dispositions des articles 13 et 14 du décret du 28 décembre 1988.
Le contrôle social n'est pas seulement une obligation réglementaire et possède également des finalités déontologique et technique.
Il compense en partie dans l'exercice de la médecine du travail l'absence de libre consentement du salarié à l'acte médical en lui substituant un accord collectif annuellement renouvelé, légitimant l'action du médecin du travail.
Cet accord donne acte de la confiance de la communauté de travail au médecin.
Le contrôle social institue donc un indispensable droit de regard des salariés sur la prévention de leur propre santé. Il permet ainsi au médecin de percevoir les souhaits en matière de santé des salariés, de les éclairer du point de vue de leur santé afin qu'ils puissent collectivement la construire.
Il concourt à l'indépendance du médecin en apportant un contrepoids au pouvoir de l'employeur sur son salarié, le médecin du travail.

[155] P. LEPEE, H-J. LAZARINI, J. DOIGNON - La responsabilité du médecin du travail, MASSON, Paris, 1981.

Plus encore, puisqu'il est réglementairement institué avec la participation de l'employeur et des représentants des salariés, son exercice est l'occasion d'un débat social structuré sur les questions de santé au travail, préalable indispensable à toute politique de santé au travail.

COOPÉRATION : (médecine du travail)
Un outil essentiel de prévention de la santé au travail est la coopération entre les différents acteurs institutionnels impliquée, directions, représentants du personnel, services médicaux du travail, services sociaux.
Le but de la coopération est de favoriser le débat social dans l'espace public interne de l'entreprise sur les questions de santé au travail.
Ce débat précède toute élaboration d'une politique de santé au travail.
Coopérer implique le respect de l'indépendance professionnelle des participants.
La coopération est une démarche commune, volontaire entre des partenaires indépendants qui peuvent y mettre fin à tout moment.
Il n'est pas de coopération sans confiance, ni de coordination sans volonté coopérative.
La démarche suivie doit être transparente et ses résultats accessibles.
Lorsqu'un travail coopératif ponctuel est envisagé, un protocole doit être défini après une réflexion préalable. Il porte sur les principes, les pratiques et les perspectives de la démarche.
Pour qu'une coordination soit organisée son principe doit recueillir l'unanimité des participants. La ou les personnes chargées de la coordination sont l'objet d'un mandat précis unanime dont ils doivent rendre compte régulièrement.
Toute coopération dans le champ de la santé au travail concerne les organismes statutaires compétents qui en assurent le suivi et quelque soit son origine sont saisis de son résultat et en débattent.
La coopération des médecins du travail avec les employeurs et les représentants du personnel est une nécessité.
Toutefois actuellement, la coopération avec les premiers est devenue souvent difficile du fait de l'attitude de certains employeurs qui tentent d'imposer aux services médicaux du travail un fonctionnement managérial qui va à l'encontre des principes même de la médecine et des règles d'exercice en médecine du travail.
L'intrumentalisation des salariés, l'exclusivité des liens avec l'employeur, les pressions pour que les médecins du travail transgressent le secret médical, la fixation d'objectifs au médecin par les managers, l'obligation de résultat imposée aux médecins, la participation dans le cadre de la communication, la stérilisation des lieux de débat, l'entrave au contrôle social sont parfois et seraient des obstacles à une véritable coopération avec les employeurs.
Pour que la confiance s'installe entre médecins du travail et acteurs sociaux, il faut que ces derniers s'engagent, pas seulement en paroles, à respecter l'indépendance professionnelle et la lettre et l'esprit du contrôle social, à donner les moyens et à participer à un véritable débat sur les questions de santé au travail.
La confiance est la clé de voûte de toute médecine. C'est aussi celle de toute coopération.
Pas de coopération sans confiance, pas de politique sans coopération, pas de politique de santé au travail sans confiance.

COORDINATION :
Coordonner (co-ordonare), c'est ne pas ordonner ensemble, c'est ordonner un ensemble.
Si coordonner peut se faire avec le consentement des individus qui font l'objet de la coordination et si celle-ci peut être l'objet d'un contrôle, cela peut ne pas être illégitime.
Quoiqu'il en soit " coordonner " implique l'exercice d'une volonté extérieure pour obtenir un certain ordre dans un groupe.
La coordination de professionnels ne peut se concevoir sans leur coopération, elle implique donc, pour le coordonnateur éventuel d'avoir éclairci entre lui et les autres professionnels la question de l'action et de ses principes et d'accepter les bases sur laquelle se fondent la coopération.
Dans le triangle qui défini le travail : " Activité-Coordonnée-Utile ", la coordination des activités et des intelligences singulières, si elle implique des arbitrages sans lesquels la coopération n'est pas possible, est aux antipodes d'une attitude autoritaire.
Cette activité normative nécessite obligatoirement un " espace de discussion " c'est-à-dire un espace où peuvent être formulés librement et surtout publiquement des avis éventuellement contradictoires.
C'est pourquoi la fameuse synergie que veut établir le management est par définition vouée à l'échec puisqu'elle prétend imposer au professionnel un ordre contraignant sans avoir pris la peine d'analyser les caractéristiques obligées de la coopération.
Reposant sur des bases purement idéologiques ce système ne peut engendrer la confiance car il ne peut porter sur autrui un jugement équitable. Or, *" ce jugement est équitable si les arguments pris en compte portent effectivement sur le faire (l'activité) et s'ils ne sont pas distordus par des arguments hétéronomes relevant de la stratégie d'autrui concernant le pouvoir et la domination "*
Quelle qualité peut-on attendre d'une telle synergie imposée.

Car travailler ce n'est pas seulement accomplir des actes techniques, c'est aussi faire fonctionner le tissu social et les dynamiques intersubjectives indispensables à la psychodynamique de la reconnaissance

DÉFENSES :
Encore appelées *procédures défensives*, les défenses sont des comportements destinés à sauver l'équilibre psychique du sujet ou de l'opérateur. Elles peuvent être individuelles et développées pour lutter contre l'angoisse. Elles peuvent aussi être collectives et sont alors spécifiques au cadre professionnel. Elles sont destinées à lutter contre la souffrance et peuvent se structurer en stratégies défensives ou en idéologies défensives[156].

DÉONTOLOGIE :
Théorie des devoirs en morale. A trait aux devoirs moraux d'un professionnel, aux devoirs moraux qu'il doit observer dans ses rapports avec ses pairs, à ses devoirs envers sa clientèle, à ses obligations sociales ; c'est une morale professionnelle. Elle fait parfois référence à des principes moraux plus généraux ou à des éthiques partagées.

ÉCOUTE COMPRÉHENSIVE :
Pour le médecin, agir sur l'organisation du travail du point de vue de la santé implique donc de développer une écoute particulière qui puisse lui permettre d'entendre et donc d'identifier difficultés, souffrances, défenses : l'écoute compréhensive.
Cette écoute aussi bien individuelle que dans l'espace public de l'entreprise relève d'une nouvelle clinique : celle de la santé du sujet.
Cette écoute est qualifiée de compréhensive. Cela ne fait pas uniquement référence à la compréhension des situations qu'elle permet au médecin. Ce terme désigne en fait sa finalité principale qui est de permettre au patient d'accéder lui même à la compréhension des situations auxquelles il est confronté. Le rôle du médecin du travail est bien de soutenir cette quête du salarié vers la transformation des situations de travail.

ÉGALITÉ :
L'égalité est une tentative de compenser grâce à la solidarité les inégalités du sort, de l'origine sociale, du handicap. Elle a été remplacée par " l'équité ". Or, être équitable c'est répartir en fonction des mérites, dans le monde libéral seuls les gagnants sont méritants. Etre un perdant n'est pas un coup du sort. Il n'existe pas d'injustice sociale. Les victimes du système sont en fait des " insuffisants " qui n'ont pas su exercer *" leur aptitude à se procurer par eux mêmes les biens et les services dont ils ont besoin*[157] *"* . Ce sont des indigents. Il ne leur reste plus que la charité que leur assure le principe de " subsidiarité ".

EMPLOI :
Fait référence à l'activité de travail rétribuée. Ne fait référence au contenu du travail que dans un contexte de subordination du salarié à son employeur. Se distingue en cela du terme travail.

ESPACE PUBLIQUE EXTERNE :
Situé à l'extérieur de l'entreprise, c'est l'ensemble des lieux qui permettent l'expression et la diffusion des idées dans la société, à travers la presse, les réunions, les congrès, l'enseignement et plus généralement les médias.

ESPACE PUBLIC INTERNE :
Situé à l'intérieur de l'entreprise, c'est l'ensemble des lieux de débat informels ou formels, où la question du travail peut être débattue. Les espaces institutionnalisés par le Code du travail sont par exemple les CHSCT et les comités d'entreprises, où se confrontent la prescription (contrat, conventions, organisation du travail, règles d'hygiène et de sécurité) et la réalité du travail.

ÉTHIQUE :

---

[156] Christophe DEJOURS : Psychopathologie et rapports sociaux au travail, Rev. de Méd. psychosom. 20, 1989
[157] DELSOL, Agir jusqu'aux limites de ses capacités, quelques éléments sur le principe de subsidiarité, Bulletin d'information des cadres, EDF-GDF, n° 28/2, 1995

Longtemps synonyme de morale et étant encore souvent employée dans ce sens, ce terme désigne plutôt l'intériorisation d'une morale, sa traduction et sa pratique personnelles.
Morale de nature individuelle, elle peut toutefois être partagée en particulier par des professionnels ; dans ce cas elle peut faire l'objet d'une validation théorique et être constitutive de la déontologie de cette profession.

EXCLUSION :
Attitude de rejet vis-à-vis d'un groupe, d'une organisation et plus généralement d'une partie des membres de la société. Souvent aboutissement d'un processus de précarisation du travail, elle s'origine souvent dans des contrats précaires aux conditions de travail problématiques, trop souvent vécus comme excluants. Elle débouche sur la marginalisation sociale. Au bout de l'exclusion, se profile le spectre de l'indigence.

EXPERT : (Management)
Aujourd'hui, dans l'entreprise, un expert n'a plus, comme autrefois, des relations directes avec les salariés. Il faut qu'il vende ses compétences. L'expert est directement attaché à son manager à qui il rend des comptes. *" Les experts assurent, en exerçant principalement des activités fonctionnelles, la mise à disposition de compétences à l'ensemble des managers du centre. " (Document interne à une grande entreprise publique)*
La demande se fait par la ligne managériale et l'expertise donne lieu à facturation.
On voit combien ce système est aux antipodes de la notion d'acte médical. En devenant ce type d'expert, le médecin ne perdrait-il pas *ipso facto* la confiance de ses patients ? Le médecin du travail est du point de vue de la santé le conseiller indépendant, à parité, du chef d'entreprise, des salariés et de leurs représentants. Il est proche de chacun mais ne saurait être plus proche de l'un ou de l'autre. Il ne peut être un expert lié par un contrat au chef d'entreprise.

HUMANISME :
Théorie ou doctrine qui prend pour fin la personne humaine et son épanouissement. Elle repose sur un modèle de l'être humain où celui-ci n'est pas considéré comme un objet qu'on manipule ou dont on dispose, mais au contraire un individu sujet et acteur de son histoire personnelle. Telle est l'approche humaniste.
Le jeune médecin, qui prête le serment d'Hippocrate, reconnaît ainsi son appartenance symbolique à un monde de valeurs, progressivement élaborées au cours du temps. Cette approche en fait partie.
L'humanisme n'est pas ici une morale liée à une histoire personnelle mais une notion à la fois culturelle et méthodologique qui, si elle ne s'apprend pas, est un processus d'appropriation authentique et personnalisé.
Indépendamment du savoir scientifique la formation médicale implique un véritable mûrissement culturel à l'issue duquel la réflexion humaniste se sera incorporée indissociablement à la personnalité du médecin qu'elle aura contribué à enrichir.
Le médecin considère donc l'être humain comme une fin et non comme un moyen, il respecte sa dignité et vise en toute circonstance à préserver son autonomie.

IDÉOLOGIE :
Classiquement, c'est un système d'idées générales constituant un corps de doctrines philosophiques et politiques, à la base d'un comportement individuel ou collectif. C'est aussi un ensemble de représentations dans lesquelles les hommes vivent leur rapport à leur condition d'existence.
Selon la philosophe Hannah Arendt[158], une idéologie est très littéralement ce que son nom indique : c'est la logique d'une idée qui a la prétention de constituer une philosophie scientifique.
L'idéologie traite l'enchaînement des événements comme s'il obéissait à la même loi que son idée : tout peut être expliqué, jusqu'au moindre événement en le déduisant d'une seule prémisse. Celle ci est devenue un instrument d'explication avec sa logique propre, aucun facteur extérieur n'influence son déroulement. Aucune expérience ne peut enseigner quoique ce soit parce que tout est compris dans une progression cohérente de la déduction logique.
Hannah Arendt estime que les idéologies prédisposent à l'oppression et à la dictature. Elle les implique spécifiquement dans la survenue du totalitarisme qu'elle défini comme la greffe de la terreur sur une idéologie. Elle explique ces dérives par les trois caractéristiques cardinales d'une idéologie : sa prétention à tout expliquer, son affranchissement de la réalité, 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[159], pas plus que celle-ci ne peut tirer d'enseignement de la réalité.

[158] Hannah ARENDT, Le Système Totalitaire, les origines du totalitarisme, Le Seuil, Paris, 1972
[159] Ignacio RAMONET, La Pensée Unique, Le Monde Diplomatique, janvier 1995

INDÉPENDANCE :
L'article 95 du Code de déontologie fait de l'indépendance professionnelle le premier devoir du médecin salarié :
" *Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.*
En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance professionnelle de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui emploie.
Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé 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. "
Cet article reprend pour les médecins salariés l'article 5 du même Code (*" Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. "*) pour lequel l'indépendance du médecin est un droit du patient. Elle fonde la confiance indispensable à tout exercice médical.
Cette indépendance s'exerce également lors des activités de tiers temps. Elle a été précisée à l'occasion de l'affaire Imbernon par le Conseil national de l'ordre des médecins:
" Il n'est pas suffisant que votre indépendance professionnelle soit consacrée dans le contrat qui vous lie à EDF-GDF, encore faut il qu'elle soit effectivement assurée et que vous disposiez dans votre activité médicale d'épidémiologiste de la possibilité de participer au choix des thèmes pertinents, de réaliser des enquêtes suivant les règles de l'art et de diffuser leurs résultats selon les procédures que vous estimeriez adéquates pour sauvegarder l'intérêt des patients. "
Le Code du travail précise, de son côté, les conditions réglementaires de l'indépendance du médecin du travail.
Pour le législateur, il semble que cette indépendance doive être notamment garantie du côté de l'employeur.
N'est-il pas celui qui, à travers le statut de salarié du médecin, a potentiellement vis-à-vis de lui les moyens d'atteindre son indépendance ?
C'est pourquoi l'employeur se voit imposer des obligations légales garantissant l'indépendance du médecin du travail.
Celui-ci est un salarié particulier qu'un statut, protège d'un licenciement abusif. Dans le cas d'un licenciement, l'accord du comité d'entreprise ou d'établissement (CE) est requis. En cas de désaccord c'est l'inspecteur du travail qui tranche[160].
L'employeur a également obligation d'assurer la représentation élue des médecins dans les CE.
L'activité du médecin est contrôlée à travers des organismes comprenant des représentants des salariés et de l'employeur.
Les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et les Comités d'Entreprises (CE) participent à l'indépendance du médecin du travail en assurant le contrôle social.

INDIGENCE :
État de misère, de dénuement matériel et moral responsable parfois d'une régression intellectuelle. Il est caractérisé sur le plan de l'emploi par sa relative irréversibilité. Peut être l'étape ultime de l'exclusion.

INTERSUBJECTIVITÉ :
Modèle mis en œuvre par la psychodynamique du travail et qui diffère de celui de la communication. D'une part c'est à travers la subjectivité des opérateurs que sont repérés les éléments pathogènes de la situation ; d'autre part c'est à partir des effets du discours des salariés sur sa propre subjectivité – à partir d'une écoute de sa propre écoute – que le praticien propose ses interprétations et soutient le travail de recherche engagé par le collectif de travail[161].

MANAGEMENT :
" Le management peut être défini – en se référant à Michel Foucault – *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*[162] *".*
Instrument opératoire d'une idéologie, l'idéologie libérale, chacune de ses initiatives doit être analysée avec beaucoup de soin par les spécialistes du champ de la santé au travail, comme pouvant être porteuses de risque pour la santé au travail.
Comme tout instrument idéologique, la " communication ", dont il se sert, utilise manipulation des mots et des concepts pour instrumentaliser les salariés.

---

[160] Article R. 241-31 du Code du travail
[161] Philippe DAVEZIES, Point de vue épistémologique, Intervention introductive aux XXIe Journées Nationales de Médecine du Travail, Rouen, 1990
[162] Frederik MISPELBOM, Au-delà de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur, Syros, Paris, 1995

MORALE :
Science du bien et du mal, théorie de l'action humaine en tant qu'elle est soumise au devoir et a pour but le bien.
Ensemble des règles de conduite considérées comme valables, de façon absolue[163].

OBJECTIF : (Management)
Dans un commentaire à l'article 95 du Code de déontologie (*Bulletin du Conseil de l'ordre des médecins* – décembre 1986), il est pourtant précisé que *" le médecin salarié ne peut accepter que ses décisions et ses actes soient limités par des directives "*.
Or, précisément, la fixation des objectifs par le manager est une des composantes principales du système de management participatif.
" Un objectif est la description d'un résultat à atteindre pour une date donnée " et *" les résultats d'un niveau de management de l'entreprise sont définis par le niveau de management supérieur à celui-ci " (Document interne à une grande entreprise publique)*
Le médecin placé en position " d'expert " astreint à un objectif fixé par le " manager " perdrait toute marge de liberté d'exercice et ne pourrait donc échapper aux directives du manager. Il ne pourrait plus exercer avec toute l'indépendance prévue par l'article 95 du Code de déontologie et la parité des conseils précisée par l'article R. 241-41 du Code du travail.

PRÉCARITÉ :
État qui n'offre aucune garantie de durée, de stabilité et qui peut toujours être remis en cause. Source d'insécurité, elle peut conduire à l'indigence.

PRÉCARISATION:
Employé souvent dans l'expression " précarisation du travail ". Plusieurs sources de précarisation du travail peuvent être distingués à travers le statut de l'emploi, le statut du salarié sur son lieu de travail, mais aussi à travers les conditions même de travail. On prend ainsi en compte la dynamique dans laquelle se situe le salarié par rapport à la précarité : trop souvent processus d'entrée ou d'aggravation d'une situation précaire.
Le terme de précarisation semble aussi préférable, car la santé n'est pas un état stable, mais un terrain de lutte pour un sujet acteur de sa destinée; la santé est une quête et une reconquête.

RATIONALISER LES PRATIQUES:
Consiste à réflechir aux modifications des pratiques professionnelles rendues nécesssaires par l'évolution actuelle des rapports entre la santé et le travail. Cela permettrait de profiter de l'experience et des savoir-faire accumulés et d'élaborer des règles de métier.

RECONNAISSANCE :
Constat qui prend acte de la réalité que constitue la contribution du sujet dans l'activité de travail. La reconnaissance se concrétise par l'intermédiaire de jugements portés par les pairs et/ou l'encadrement et/ou les usagers. Elle porte sur les résultats du travail et non sur la personne. C'est donc un jugement sur le savoir-faire et non sur l'être[164].

RÈGLES DE MÉTIER :
Concept introduit par D. Cru[165]. Cet auteur a pu mettre en évidence que toute activité de travail est articulée autour de règles formelles ou informelles, construites et partagées par les membres d'une équipe ou d'un collectif. Ces règles non écrites, plus ou moins explicites dans leur formulation, orchestrent les différentes façons de travailler à partir de débats permanents sur le *" comment faire "* et le *" comment faire ensemble "*. Elles prennent en compte les différences entre les individus, aussi bien du point de vue de la personnalité que de l'expérience professionnelle, pour les orienter vers un but commun : le travail selon des modalités définies et acceptées par tous. Elles cimentent ainsi une équipe de travail dans des relations de confiance et d'efficacité.

---

[163] Dictionnaire Petit Robert
[164] Christian JAYET et coll, Psychodynamique au quotidien, Alexitère, 1994
[165] Damien CRU, Les règles de métier, Plaisir et Souffrance dans le Travail, CNRS, 1987

SOUFFRANCE :
Le concept de souffrance est avant tout lié aux conflits de l'histoire infantile de chaque sujet. La psychanalyse pose ces conflits comme étant constitutifs de l'être humain et leur fait jouer un rôle fondamental dans la structuration de la personnalité. L'énergie liée à cette souffrance première pousse le sujet à la transformer, dans le champ social, en expériences constitutives et structurantes. Elles le nourrissent en retour dans la construction de son identité et dans sa quête d'accomplissement. La psychodynamique s'intéresse au destin de la souffrance dans l'activité de travail. Si cette souffrance n'y trouve pas une issue socialement valorisée, le sujet est déstabilisé dans son identité et dans son organisation psychique et psychosomatique. Cette souffrance, cette fois inhérente à l'activité de travail, va faire écho à la souffrance première. Elle s'y ajoute et dans le pire des cas la redouble. Toute l'énergie du sujet est de ce fait mobilisée dans une économie de lutte contre la souffrance.

STRATÉGIE DÉFENSIVE :
Encore appelées stratégies collectives de défense, il s'agit de mécanismes inconscients dans leurs mobiles, destinés à lutter contre la souffrance et qui en nie l'origine par un système d'interdit. Elle exige la participation sous peine d'exclusion de tout les travailleurs du groupe concerné. Dans un premier temps destinées à contrôler la souffrance, elles peuvent ensuite jouer un rôle de blocage des rapports de travail et de résistance au changement. Ces stratégies ne sont pas réservées aux seuls collectifs techniques, il existe des stratégies défensives de l'encadrement. Une stratégie défensive peut déboucher sur une idéologie défensive.

TÉMOIGNAGE :
Déclaration par laquelle on assure qu'une chose est certaine, vraie, du moment qu'on l'a vue, entendue, perçue ou sentie.
Du fait de sa position professionnelle et de son éthique, le médecin du travail a le devoir de témoigner, de rendre visible, de donner sens à ce qu'il a constaté dans le domaine des atteintes à la santé au travail.
Un moment fondamental de l'action du médecin du travail est sa prise de position publique, non pas du point de vue d'un expert scientifique mais toujours du point de vue de la santé, pour servir de point de départ de la réflexion commune, pour alimenter le débat social sur les questions de santé au travail.

TRAVAIL :
Le travail réel implique la mobilisation d'hommes et de femmes dont la fonction essentielle est l'ajustement. Le travail, c'est l'activité coordonnée des hommes et des femmes pour faire face à ce qui, dans la production, ne peut être obtenu par la stricte exécution de l'organisation prescrite du travail. C'est-à-dire l'activité déployée par les femmes et les hommes pour faire face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail[166]. Le travail est donc toujours humain par essence ou par définition : le travail c'est ce que dans la production, les automates ne peuvent pas faire[167]. Il est le centre même du processus de socialisation qui révèle à l'humanité son unité et sa solidarité.
Le travail est l'élément fondamental de construction de la santé de chacun, facteur d'insertion sociale, de construction identitaire, socle de la citoyenneté[168].
Le travail, lorsqu'il n'est plus qu'alimentaire ou lorsque l'homme n'y est plus que l'instrument de la volonté d'autres hommes, compromet la santé.
Mais la santé peut se construire au travail si celui-ci préserve les conditions de la construction de la personnalité du sujet et l'approfondissement du lien social.
Du fait de la dualité entre travail réel et travail théorique (celui de l'application des consignes), le travail est avant tout *" affrontement à la résistance du monde ".*
" C'est à travers le lien social que se joue cet investissement de la personnalité. Le travail est toujours une expérience sociale. "

[166]Philippe DAVEZIES, Eléments de psychodynamique du travail, in Comprendre le Travail, Education Permanente n° 116, 1994
[167] Christophe DEJOURS, Exposé présenté au Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Genève, septembre 1993
[168]Dominique HUEZ, Actualité et dossier en santé publique, Revue du Haut Comité en Santé Publique, novembre 1994