

LES CAHIERS

S.M.T. N° 15

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

JUIN 2000 50 F

Rendre visibles les expositions Témoigner des risques

EN AVANT-PREMIÈRE, PRÉSENTATION DE L'OUVRAGE
« Femmes au travail, violences vécues »
Un ouvrage collectif de l'association Santé et Médecine du Travail
- parution 18 mai 2000 -

L'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

POUR UNE REFONTE DE L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE
DU TRAVAIL (SUITE)

À PROPOS DU CONGRÈS DE CHATENAY-MALABRY
— 4 ET 5 DÉCEMBRE 1999 —

Editorial

Du singulier au pluriel et réciproquement *Denise Renou-Parent* 3

En avant-première, présentation de l'ouvrage
« Femmes au travail, violences vécues » *Jocelyne Machefer, Fabienne Bardot, Annie Deveaux, Nicole Lancien, Denise Renou-Parent, Odile Riquet, Odette Tencer et Ghislaine Doniol-Shaw* 4

Avant-propos 4

Des stratégies défensives au harcèlement au travail 6

La favorite 11

Conclusion 13

Séminaire de printemps : l'évaluation des risques professionnels

La visibilité sociale de l'ensemble *Dominique Huez* 16
des expositions professionnelles, moteur de la prévention

Méthodologie d'élaboration de fiches collectives de poste, *Dominique Huez* 20
la méthode EPREX

Prévention des risques professionnels *Alain Carré* 25

Le médecin du travail *Gilles Seitz, François Leroux* 28
et l'évaluation des risques professionnels

La notion de principe de précaution en médecine du travail *Fabienne Bardot* 30

L'évaluation dans les « Toutes Petites Entreprises » : *Fabienne Bardot* 32
difficultés

Pour une refonte de l'organisation de la médecine du travail (suite)

Des règles de métier *Claude Schucht* 36

Pour substituer à la fiche d'aptitude *Pierre Abécassis* 40
une ordonnance individuelle de santé au travail

Collectif « Pour une autre médecine du travail » – Préambule 42

Propositions au débat 43
du Collectif « Pour une autre médecine du travail »

À propos du Congrès de Chatenay-Malabry

Actualités sur la réduction du temps de travail *Claude Schucht* 46

Bilan du fonctionnement Ass. S.M.T., année 1999 *Alain Randon* 47

Annonces

É D I T O R I A L

Du singulier au pluriel et réciproquement

Coluche disait que « certains étaient plus égaux que d'autres... » ...

Face à la morbidité et à la mortalité, cela se confirme si l'on en croit des études récentes : les chiffres sont implacables avec un rapport différentiel de 1,6 quant à la mortalité selon les catégories socioprofessionnelles et faut-il le souligner, ce chiffre n'est pas à l'avantage des ouvriers et des manœuvres... enfin il nous décerne la lanterne rouge vis-à-vis des pays voisins (Congrès de l'A.D.E.R.E.S.T. 2000 à Tours).

Les bougies du cinquantenaire de notre institution à peine soufflées, et son histoire ambiguë portée comme un secret de famille, foin de festivités ou de repentance, ni paillettes ni robe de bure, la question de l'évaluation revient tout naturellement en force : oui, mais évaluer quoi ? comment ? avec qui ? pourquoi faire aujourd'hui et demain ?

Si l'idée n'est pas nouvelle (nous l'avions mise à l'ordre du jour dans notre revue n°3, juin 1989), elle résonne encore de façon contrastée : d'abord, ça grince un peu quand ça appuie où ça fait mal et puis quoi ! évaluer dans un rapport comptable, tatillon, forcément réducteur de notre travail !

Mais c'est aussi se donner des balises quand on navigue à vue et, au-delà, il vaut mieux apprendre à laisser des traces qu'à effacer les empreintes...

Entre le niveau zéro, caricatural et le désir d'une mise à plat toute puissante (comme si on pouvait faire arrêt sur l'image), la réalité est quand même un peu plus complexe.

Si notre objectif est toujours et encore : « d'éviter toute altération de la santé du fait du travail », il nous renvoie à sa double articulation avec la santé de l'individu et celle du collectif de travail.

Qui sert-on et à quelle fin ?

Quelle que soit notre désir de ne pas perdre de vue cette question éthique sous-tendue, on a vite fait de se couler dans une logique de gestion assurantielle.

Mais repérages et mesurages des risques, aussi rigoureux qu'ils soient, ne bouclent pas la question puisqu'il faut sans cesse revenir à « l'homme, au sujet vivant de l'expérience, derrière l'opérateur des tâches codifiées » (D.Huez dans son article « Pour une éthique de l'évaluation en médecine du travail ; revue n°3 » faisant référence au propos d'Y. Schwartz).

Le médecin du travail ne saurait avoir le dernier mot, encore moins le dernier chiffre face à l'expérience du sujet : c'est cette réalité là que nous tentons d'identifier pour la porter dans une approche individuelle plurielle auprès des collectifs de travail et qu'à partir de sa mise en mots, ils soient mieux en mesure de s'en saisir ; faut-il encore que ce que nous avons voulu rendre visible soit suffisamment incarné (certains bilans peuvent aussi bien confisquer la souffrance et brouiller les messages) pour que cela participe à une mobilisation collective.

On est bien là au cœur de notre métier.

C'est toujours autour de cette question de métier que certaines d'entre nous se sont interrogées sur le sens des témoignage recueillis sur « les précarisations et violences vécues par les femmes au travail » et sur les issues possibles vers l'action.

Comment faire barrage à la violence et accompagner un changement si mince soit-il ? ... Il nous fallait passer de l'éthique du témoignage à la construction de notre métier par l'analyse de nos pratiques. Quelles actions individuelles et collectives pouvions-nous mettre en œuvre ?

Comment articuler la singularité avec le collectif ? Décidément, quelle que soit la porte d'entrée nous sommes toujours ramenés à cet espace central et irréductible de notre activité.

*Denise Renou-Parent
Présidente de l'association Santé et Médecine du Travail*

AVANT-PROPOS

De nombreux médecins du travail sont confrontés à la violence et la précarisation grandissante des situations professionnelles. Dans un premier temps, ils ont donné l'alerte par la publication d'un livre de témoignages intitulé *Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail*(1), publié en 1994, aujourd'hui épuisé.

À la lecture de l'ouvrage, émerge une évidence : la violence et la précarisation concernent d'abord les femmes ! Et ce, à chaque chapitre !

Que l'on parle des sujets jeunes et voici que ce sont des femmes ! Quant aux récits concernant le personnel âgé, ils parlent essentiellement des femmes ! Les handicapés sont en réalité des handicapées ! Les travailleurs immigrés sont des immigrées !

La dégradation massive de leurs conditions de travail qui y transparaît est en parfaite adéquation avec les données existantes sur le chômage et la précarité de l'emploi en France. En 1995, 14 % des femmes sont au chômage contre 10 % des hommes et elles sont plus souvent touchées par le chômage de longue durée. Par ailleurs, 10 % des femmes occupent des emplois précaires (CDD, intérim, stages...) contre 7 % des hommes. Surtout, ces pourcentages ne prennent pas en compte les contrats à temps partiel à durée indéterminée qui concernent les femmes dans 85 % des cas, temps partiel imposé et non « choisi », avec des horaires fluctuants d'une semaine, voire d'un jour à l'autre, comme dans certains emplois de commerce ou de l'industrie agro-alimentaire !

Si la lecture de *Souffrances et précarités au travail* montre la violence des rapports dans le travail auxquels les salariées précaires doivent faire face, ainsi que les conditions de travail et l'organisation du travail qui précarisent tout particulièrement les femmes, on est surtout frappés, au-delà de la souffrance dévoilée, par le silence de ces femmes :

« **Surtout, Docteur, ne dites rien !** »

Mais la violence vécue par les femmes au travail doit-elle rester longtemps encore frappée d'invisibilité ?

Leur souffrance, exprimée dans la confidentialité et le respect du secret médical, doit-elle être tue ?

Nous sommes resté(e)s un temps figé(e)s par ce paradoxe : quand, au-delà de l'accompagnement individuel, nous aurions souhaité les aider, la seule attitude raisonnable pour ne pas nuire était de respecter leur silence, respecter la promesse de nous taire à notre tour !

Toutefois, si dire la souffrance au travail fragilise les femmes dans l'entreprise, par contre, l'idée de publier ce qu'elles subissent les a rapidement interpellées et elles donnèrent spontanément leur accord :



« **Docteur! Vous pouvez l'écrire !
Il faut que ça se sache !** »

Nommer la violence, rendre visible l'invisible, c'est le porter à la connaissance d'une société très technique, où priment le tout économique, la rentabilité maximum au détriment de l'humain en général, mais surtout au détriment des femmes, décidément en première ligne !

Les médecins du travail confrontés à la souffrance exprimée des femmes ne doivent pas garder seuls ces confidences ! C'est pourquoi, au-delà de l'écoute compréhensive, ils, elles ont décidé de collecter de nouveaux récits avec méthode, de regrouper les données, grille de lecture à l'appui, avec l'aide et le soutien d'une chercheuse ergonomiste, Ghislaine Doniolshaw, dans le but de renforcer le statut scientifique des analyses globales qui en découleront.

•••••

1 - *Souffrances et précarités au travail, Paroles de médecins du travail*, (Collectif), association Santé et Médecine du Travail (SMT), éd. Syros, Paris, 1994, 357 p.

DES STRATÉGIES DÉFENSIVES AU HARCÈLEMENT AU TRAVAIL

Depuis quelques mois le mot « harcèlement » revient quotidiennement lors des consultations de médecine du travail. Ce terme était déjà employé, mais avec une fréquence moindre. Le harcèlement moral est-il un phénomène nouveau ou a-t-on mis un nom sur un phénomène déjà ancien que nous avions du mal à analyser jusqu'à ces quinze dernières années faute d'accès à la compréhension des situations de travail et de ce qui est en jeu pour chaque individu, en terme de santé mentale, quelque soit son métier et son mode d'exercice ?

Lors de nos entretiens, certaines phrases reviennent souvent « *il ou elle nous crie toujours dessus* » ... « *ça ne va jamais, ce qui est de la qualité aujourd'hui n'en sera pas demain* », « *on n'en fait jamais assez* » ... « *il ou elle nous harcèle* » ... « *on voit bien qu'il/elle ne connaît pas le travail ; pourtant, on a essayé de lui expliquer ; il/elle n'écoute pas, il/elle fait les questions et les réponses* ».

Ces « petits chefs », ces « jeunes cadres aux dents longues », nous les rencontrons aussi et ils nous parlent de leur travail et même parfois de leurs difficultés avec leurs subordonnés qui « *décidément ne comprennent rien, ne respectent pas les procédures ; et pourtant on leur a demandé leur avis et on fait des réunions* », « *c'est un atelier de bonnes femmes, c'est toujours pareil, il y a des histoires de jalousie* ». Souvent, c'est indirectement qu'ils expriment leurs difficultés : pathologie, fausse décontraction, « *pour moi, tout va bien docteur, et mon équipe ça va, je ne les stresse pas trop ?* ».

La persistance dans le temps de telles situations violentes aboutit parfois à la maladie dépressive et à l'exclusion progressive du monde du travail de certains salariés.

Dans cette PME familiale, le rythme de travail est rapide, les heures supplémentaires ne sont pas comptées. Lorsqu'il y a des salons le week-end, les employés doivent être présents le lundi. Le travail doit être fait, les objectifs atteints, même si l'effectif est réduit au minimum. A chacun d'organiser son équipe comme il l'entend. Si le travail n'est pas fait, c'est que vous n'êtes pas compétent ou trop lent. Le patron lui-même travaille beaucoup.

C'est ainsi que je recevrai, complètement effondrée, une assistante commerciale un peu plus âgée que les autres à qui son jeune chef de service reproche quotidiennement d'être trop lente, de ne pas avoir assez de mémoire, tout cela dans le bureau paysager du service commercial devant vingt personnes. Dernière embauchée, elle n'a pas participé à la montée en puissance de ce service et n'a pas encore les savoir-faire des plus anciens. Anxiolytiques, brûlures d'estomac, insomnie sont entrés dans son quotidien. Elle se sent nulle, ne dort plus. Nous passerons du temps à reconstruire l'histoire de ce service et à retracer son propre itinéraire professionnel pour qu'elle reprenne confiance en elle. Éloignée de ce secteur, elle deviendra à son tour un cadre efficace et performant...

parfois très dure avec d'autres jeunes mères qui ont du mal à tenir. Cette attitude ne durera pas, comme s'il lui était impossible d'adopter cette posture virile. Elle s'investit de plus en plus dans son travail, essayant de compenser les temps partiels des uns, les handicaps des autres, au prix de journées de travail atteignant parfois dix-huit heures ; elle serre les dents, ne se plaint jamais. Combien de temps tiendra-t-elle ?...

Un an plus tard, des douleurs de l'épaule et du coude sont apparues. Une année passe encore sans que la voit, elle n'a pas le temps !! Cette année, elle vient m'annoncer son prochain arrêt de travail pour intervention chirurgicale : hernie discale dont elle souffre presque en permanence depuis deux ans. Elle fait bien le lien entre sa maladie et son travail. Cette interruption forcée lui permettra t-elle de prendre de la distance ? Stratégie défensive bien féminine partagée avec sa collègue agent de maîtrise : serrer les dents, se taire, assurer quoiqu'il arrive puisque nous avons été reconnues et promues bien que femmes.

Une autre salariée de la même PME me confiera que depuis qu'elle a demandé un congé parental à 80 % d'un temps complet, pour avoir le mercredi avec ses enfants, a constaté que ses collègues ne lui parlaient pas quand elle revenait, le jeudi. Pourtant, elle travaille largement à temps plein, au moins neuf heures trente chacun des quatre jours de présence et ses collègues n'ont pas à assumer son absence (travail de comptabilité). Le lundi, pas de problème, le jeudi, pas un mot, les visages se ferment. Cette situation durera trois ans et cédera spontanément le jour de sa reprise à temps plein. Deux autres femmes cadres viendront travailler jusqu'à la veille de leur accouchement et n'utiliseront pas leur congé maternité (elles ne viennent pas depuis longtemps à la consultation de médecine du travail).

Stratégies défensives construites sur le mode viril, pour les femmes et les hommes de cette entreprise qui ont conduit beaucoup de jeunes femmes à différer leurs maternités, à démissionner de poste d'encadrement ou à quitter l'entreprise. Depuis peu, certaines jeunes mères se sont fixé des heures limites de départ avec un argument imparable : « *Si je reste au-delà de 18 h, je paye pour travailler puisque je dois payer ma nourrice et que moi ; je ne suis pas payée, donc je pars.* » D'autres ont adopté un système de covoiturage, covoiturage efficace... pour partir à une heure plus raisonnable.

En parallèle, je constate aussi que maintenant, l'entreprise recrute plus volontiers des hommes là où auparavant il n'y avait aucune discrimination, voire même une discrimination en faveur des femmes. Cette discrimination inversée m'avait étonnée, il y a quelques années, car inhabituelle dans le monde du travail. Le P-DG interrogé à ce propos m'avait répondu qu'il avait un *a priori* plutôt positif car les femmes étaient plus efficaces sur le plan commercial et « se battaient plus ».

De la même façon, il me dira préférer affecter les nouveaux salariés à des postes... ne correspondant pas à leur formation initiale parce que sinon « *tous ces jeunes cadres issus d'école de commerce se ressemblent trop et n'apportent rien de nouveau* ». Il est par ailleurs extrêmement attentif à toutes les suggestions que font les salariés, ouvert à toutes les formations demandées. Il a parfaitement intégré que l'efficacité de son organisation est liée à la mobilisation de l'intelligence de chacun. Il dit même : « *L'idéal, c'est de faire faire à quelqu'un le métier qu'il n'a pas appris à l'école* ». Il veille également à répondre aux demandes de changement de poste en échange de la plus grande polyvalence. De la même façon, certains salariés sans diplômes initiaux pourront accéder à des postes d'encadrement, parce qu'ils ont montré leurs compétences sur le terrain.

Je ne verrai qu'une seule fois la nouvelle assistante du DRH/contrôleur de gestion ; quand je la retrouverai dans une autre entreprise, elle me racontera qu'elle avait été conduite à démissionner, complètement et durablement « cassée » par les remarques incessantes de son responsable et du P-DG sur son travail. Nouvelle dans l'entreprise, jeune diplômée sans expérience professionnelle, affectée à un poste qui venait d'être créé, il lui était impossible d'anticiper sur les demandes de son responsable et d'obtenir les informations des services concernés. Pourtant ce DRH/contrôleur de gestion, interlocuteur extrêmement agréable pour le médecin du travail, a une bonne compréhension de ce qu'est le travail des autres. Habituellement attentif aux observations de tous, il sera cassant, méprisant et autoritaire avec son assistante, adoptant une posture virile faite de certitude, de maîtrise, alors que son activité habituelle serait du côté du féminin : « *Le plus difficile — dit-il — c'est qu'à la fin de la journée, je suis incapable de dire ce que j'ai fait, j'ai réglé une foule de détails, j'ai répondu à des tas de questions, mais j'ai l'impression de n'avoir rien fait. Quand ça ne va pas, je vais discuter avec les agents de la maîtrise de la production — sous-entendu qui eux savent tout ce que je fais et règle pour que l'entreprise marche bien.* »

Alors que je le rencontre régulièrement lors des réunions et qu'il est mon interlocuteur pour les problèmes de reclassement, je ne le verrai pas en consultation de médecine du travail pendant cinq années consécutives. Cette année, la consultation va durer près de deux heures. Il vient vérifier ses réflexions personnelles sur ses récents problèmes de santé : crises de migraine plus fréquentes et plus sévères, épisodes de vertiges l'ayant cloué au lit à deux reprises mais aussi une irritabilité hors travail mettant en péril son couple et sa vie familiale. Des changements se sont produits dans l'entreprise : le P-DG va passer la main à ses enfants, jeunes cadres tout aussi dynamiques, qui s'impliquent de plus en plus dans la gestion et l'organisation. Les décisions que prend le DRH sont plus souvent discutées et contestées que par le passé, il n'est plus sûr que les décisions définitives prises soient les plus adaptées, mais les futurs dirigeants doivent aussi apprendre leur métier et faire leur place.

Je comprends alors pourquoi son assistante a démissionné, dans un contexte de vécu de harcèlement. Il me dit que maintenant, il s'est mis à faire comme les autres : « *Quand ça ne*

va pas, je râle aussi fort que les autres et je les envoie balader. Ça marche, les gens apprennent à se débrouiller, je suis détendu chez moi, je n'ai plus de malaise ». Tant que l'organisation du travail lui avait permis d'effectuer son travail sans se heurter aux stratégies défensives viriles des autres, il avait pu demeurer en bonne santé en investissant le pôle féminin de sa personnalité dans le travail. Dorénavant, il n'a pas le choix, il doit se mettre à l'unisson des autres cadres pour faire son travail tout en préservant sa vie privée.

En interrogeant systématiquement la question du travail — « *Je ne comprends pas quel est votre travail, est ce que vous pouvez m'expliquer ?* » —, nous essayons de comprendre et de faire verbaliser ce qu'est l'activité réelle (activité pris au sens de l'ergonomie de langue française) de chacun. Repérer ainsi les savoir-faire, mais aussi les zones d'incertitude, nous permet de pointer les contradictions de l'organisation du travail. Le travail avec l'encadrement et la maîtrise nous donne des informations sur le fonctionnement général de l'entreprise, les liens entre services, les relations avec les fournisseurs et les clients mais surtout essaie de nous donner accès au regard qu'ils portent sur leurs subordonnés (savoirs, qualité, motivation) et leurs collègues. Connaître et comprendre ce qui pose problème aux uns et aux autres, savoir ce qui a déjà été fait pour tenter de sortir d'une situation difficile, faire exprimer les réponses de chacun pour y remédier nous permet d'éviter de renvoyer les difficultés aux problématiques individuelles et de « psychologiser » des difficultés de travail liées à l'organisation du travail.

Certains nous reprocheront de tout rapporter à l'organisation du travail, comme si décidément les concepteurs étaient mauvais. Ce n'est ni notre propos, ni notre point de vue : l'organisation et les objectifs sont nécessaires. Mais l'organisation est obligatoirement imparfaite et c'est heureux pour la santé des salariés. Et c'est bien parce que le salarié est pris dans une contradiction, la prescription d'une part et la résistance du réel d'autre part, qu'il va mobiliser son intelligence, inventer, ruser, tricher pour construire ses savoir-faire et atteindre les objectifs. Parallèlement, la reconnaissance des savoir-faire par les collègues et la hiérarchie est indispensable. Cette reconnaissance permettra à son tour la constitution de savoir-faire collectifs. Ces savoir-faire « incorporés », liés à l'expérience individuelle sont difficiles à formaliser. Ils mettent à mal la prescription et la toute puissante maîtrise technique, d'où la mise en place de stratégies défensives de l'encadrement, stratégies individuelles ou collectives, qui peuvent évoluer vers des idéologies défensives. C'est une de nos difficultés : le « harceleur » et le harcelé sont tous deux des salariés en difficultés et il ne s'agit pas de casser les défenses de l'un pour permettre à l'autre d'aller mieux. Les questions posées lors des entretiens médicaux visent à faire évoluer les représentations des uns et des autres pour permettre la reprise du débat sur l'organisation du travail.

Ce type d'organisation du travail qui fixe des objectifs à atteindre en laissant à chaque responsable d'équipe toute autonomie (sauf en moyens humains et en temps de formation initiale) séduit les nouveaux embauchés et ils s'engagent « corps et âme », dans la « guerre économique » qui met aussi en concurrence les équipes commerciales entre elles. La réus-

site de l'entreprise est au rendez-vous. Il n'y a pas de licenciement, mais des démissions ou des maladies somatiques. Ce type d'organisation du travail n'offre pas une issue structurante pour l'identité sexuée. Les traditionnels rapports sociaux de sexe sont respectés avec les représentations de la virilité et de la féminité. Les chefs de service hommes ou femmes adoptent un comportement viril et « manager » les agents commerciaux, les assistantes règlent les problèmes quotidiens... pour que le client soit satisfait. Le résultat de leur travail ne se voit pas, ce qui se voit c'est ce qui n'est pas fait (comme dans les travaux domestiques traditionnellement dévolus aux femmes... c'est le ménage qui n'est pas fait qui se voit).

Martine, 39 ans, vient de quitter une grande surface de vente de meubles, entreprise dans laquelle elle était employée au service après vente pour le matériel électroménager. Après un arrêt maladie prolongé, associé à un traitement antidépresseur, c'est sur les conseils de son médecin traitant, qu'elle avait pris contact avec son médecin du travail. Ce dernier avait émis un avis d'inaptitude sans reclassement possible dans l'entreprise. Les médecins du travail sont de plus en plus souvent amenés à émettre ce type d'avis qui permet au salarié de quitter une situation de travail dangereuse pour sa santé, sans avoir à démissionner.

En rencontrant un salarié lors d'une visite d'embauche, nous essayons de retracer son histoire professionnelle et de repérer les activités qui ont été marquantes en terme de construction de la santé (effet favorable ou défavorable). Dans l'histoire récente de Martine, ne connaissant ni les anciens collègues de travail, ni l'environnement professionnel, le nouveau médecin du travail va construire des hypothèses sur cette période de travail qui a marqué cette salariée.

Après avoir élevé ses enfants, elle avait refait une première formation professionnelle en secrétariat et comptabilité et avait travaillé quelques années dans la vente, en contrats saisonniers. Souhaitant travailler toute l'année, elle avait refait une autre formation de technicienne en électroménager avec stage dans cette entreprise qui l'embauchera plus tard à temps partiel en octobre 1997, temps partiel susceptible d'évoluer vers un temps plein, car il s'agit d'une création de poste. Elle apprendra plus tard, qu'il s'agissait d'une vacance de poste, sans connaître les motifs de départ de son prédécesseur. Elle devait réceptionner le petit ménage, recevoir les dépôts des clients, répondre au téléphone ; pas question de toucher au gros ménage. Les dépannages extérieurs de blanc (lave-linge et lave-vaisselle essentiellement) sont sous-traités ainsi qu'ils l'étaient avant son embauche.

Ils sont deux au service après-vente : le chef qui s'occupe du brun (télévisions, magnétoscopes, matériel vidéo-hifi) et elle. Dès le début, son chef lui reprochera de ne pas balayer correctement leur atelier commun le samedi (elle travaille le samedi et lui le lundi), comme si elle ne savait pas qu'on n'utilise pas un balai dans ce type d'atelier. Elle renoncera à passer l'aspirateur parce que « *que je le passe ou pas, il ne voit pas la différence* ». Cherche-t-il à provoquer une faute ? Est-il mal à l'aise d'avoir un collègue réparateur de sexe féminin

et éprouve-t-il le besoin de la reprendre dans un domaine traditionnellement réservé aux femmes ?

Elle sera rapidement amenée à faire les dépannages extérieurs du blanc et elle appréciera ce travail. Les appels sont pris par son chef qui prend correctement les appels, sauf... le numéro de téléphone des clients à dépanner et elle ne peut donc moduler sa tournée de dépannage. Il soupire quand elle rentre et que ce n'est pas fini. Elle se rend compte que peu à peu son poste d'employée de bureau est grignoté par son chef et qu'elle fait un travail de technicien... payé au SMIG horaire, sans horaire déterminé. Elle répare le matin dans l'atelier et l'après-midi fait les dépannages à l'extérieur. On ne fait plus appel au sous-traitant.

Comme ses horaires représentent un temps plein, le directeur lui proposera dans un premier temps, parce qu'elle insiste, de lui refaire un contrat à temps partiel avec des heures complémentaires payées en prime, contrat qu'elle refusera. Elle travaille à temps plein, elle veut un CDI sur un temps plein. Victime jusque là de l'abattement des charges sur les embauches à temps partiel, elle sera en juin 1998, « victime de ses compétences » comme lui dira le directeur. Elle a le choix entre un CDI à temps plein au tarif le plus bas de ce secteur ou la démission. Comme elle aime beaucoup les dépannages extérieurs, elle accepte.

Pour dépanner rapidement une secrétaire du service voisin, après avoir recherché vainement la pièce défectueuse chez tous les fournisseurs habituels, elle ouvre un nouveau compte client et passe commande. Son collègue et chef lui reproche cette initiative, fait annuler la commande. Quelques jours plus tard, Martine apprendra qu'il a dit à cette cliente que le retard lui était imputable : « *Elle n'avait pas été capable de prendre l'initiative de commander la pièce manquante chez un autre fournisseur* ».

Alors qu'elle avait pris deux jours de congé, en laissant du travail à son stagiaire, Martine découvrira en rentrant que son chef l'a dénigrée auprès du stagiaire, « *Elle ne vous a pas bien formé* », alors qu'il vient lui-même de lui faire faire une fausse manœuvre qui détériore définitivement le moteur à réparer. Martine reconnaît volontiers qu'il est très compétent dans son domaine (le brun) et que dans ce cas, il s'agissait d'un tour de main difficile dans le « blanc ». L'entreprise accueille volontiers les stagiaires, main d'œuvre gratuite, vivier peut-être.

En plus du dépannage, Martine devra de plus en plus souvent effectuer des livraisons pour le magasin de vente ; le client réclame à être livré, le vendeur veut garder sa commission intacte, on confie la livraison au SAV, c'est-à-dire à Martine (jusque-là, les livraisons de blanc étaient sous-traitées). Le client n'est pas informé que le livreur sera une femme seule. Dans le meilleur des cas, elle va voir si quelqu'un est disponible au dépôt pour l'accompagner. Dans ce type de grande surface, le plus souvent le client emporte lui-même ses achats.

Martine ne dort plus, se rend compte qu'elle adopte chez elle, le même comportement que son chef « chercher la petite bête pour pouvoir râler ». Plus elle se défonce, plus elle se sent piégée. Elle décidera de renoncer le jour où s'emportant con-

tre une vendeuse qui lui a prévu une livraison sans le numéro de téléphone du client (comme le fait son chef !), elle s'entendra répondre « *Tu ne vas te mettre à crier comme lui* ». C'est trop pour Martine, tout mais surtout ne pas lui ressembler.

Voilà ce qu'elle dit de ce chef : « *Il a monté le SAV lors de l'ouverture du magasin, il a accepté ensuite une diminution de son salaire, il ne prend pas tous ses congés, il emmène du travail à domicile c'est un perfectionniste.* » Mais cet homme dit aussi aimer « s'engueuler avec les clients » et reconnaître que parfois il ne fait pas la réparation, pour avoir le plaisir de « s'engueuler avec le client ». Au téléphone, il est souvent violent et désagréable ; pas facile ensuite pour Martine d'arriver pour la réparation et d'arrondir les angles avec le client.

À l'évidence, il fait tout pour compliquer le travail de sa collègue subordonnée. Quand elle demandera à rencontrer le directeur, ce dernier reconnaîtra volontiers que ce n'est pas un collègue facile, que c'est peut-être beaucoup pour une femme. Il lui proposera de mettre une cloison au milieu de l'atelier pour les séparer ! !

Martine qui s'est battue pour obtenir un CDI à temps plein n'a-t-elle pas signé aussi ce jour-là le début d'un processus de harcèlement par surcharge de travail, par dénigrement du travail effectué, processus visant en tout cas à la faire démissionner ? Le temps partiel avec heures complémentaires payées revenait moins cher au SAV. En terme d'objectifs, le SAV doit être le moins déficitaire possible. S'agissant d'appareils sous garantie, la réparation est le plus souvent gratuite. Comment faire un peu de hors garantie sérieusement, alors que les achats de pièces détachées sont le plus limités possible. L'idéal serait qu'il n'y ait pas de client. Le client devient rapidement l'ennemi. Comment construire son identité dans le travail pour cet homme ?

Ne pas prendre le numéro de téléphone du client à dépanner supprime des marges de manœuvre à Martine et lui impose une contrainte temporelle. Stratégie de construction de l'identité sur le mode de la virilité pour ce chef de service qui va dans le sens d'un rendement maximum. Même stratégie qui explique le recrutement d'une femme (temps partiel, reproche sur le ménage). Mais stratégie mise en échec par Martine qui développera régulièrement de nouvelles compétences devant chaque situation nouvelle sans transiger sur ses droits, ni sur ce qui fait son plaisir au travail : chercher la panne, inventer, bricoler sans moyen, bref mobiliser son intelligence et avoir la reconnaissance du client. Quand les stratégies défensives de l'un évoluent vers l'idéologie défensive, il faut exclure celle qui n'adhère pas à cette idéologie et qui s'obstine à faire son travail.

S'agissait-il d'un vrai pervers ou d'une attitude perverse ? Quels objectifs lui avaient été fixés par sa hiérarchie ? Comment satisfaire le client et tenir les objectifs ? Quelle reconnaissance de la hiérarchie et des pairs ? Quels pairs ?

Quels liens organisationnels entre le SAV, le dépôt, le magasin de vente ? Quels liens informels ? Existence d'un collectif ou absence de collectif ?

En tout cas, cette organisation qui a rendu Martine malade semblait satisfaire le directeur du magasin, qui se dira navré

de perdre une aussi bonne technicienne... payée au SMIG mais n'interviendra jamais sur l'organisation du travail. Quels étaient les objectifs de ce directeur ?

Curieusement, ces grandes surfaces de vente de meubles et d'électroménager évoquent volontiers la qualité de leur SAV comme argument publicitaire, le SAV étant souvent l'élément déterminant dans la fidélisation d'une clientèle.

En ne rencontrant qu'un seul salarié, même avec un questionnement sur le travail et son organisation, il est difficile d'avoir tous les éléments de compréhension d'une situation.

Nous comprenons donc bien la difficulté du thérapeute confronté à un individu isolé, qui ne peut interroger la situation de travail et dont la seule ressource est de renvoyer les problèmes à la personnalité de chacun.

Alors le déni du travail, avec le mot travail tel que l'a défini Philippe Davezies « *activité coordonnée des hommes et des femmes pour faire ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail* », stratégie ou idéologie défensive du thérapeute ?

Dans cet atelier de préparation textile, travaillent majoritairement des femmes et deux hommes, l'un est magasinier, l'autre aide magasinier. Le chef d'atelier est une femme, agent de maîtrise issu du terrain Un directeur technique supervise l'ensemble des ateliers de production. L'ambiance n'a jamais été bonne, les aide-magasiniers se succèdent (l'un d'eux laissera en souvenir dans le réfectoire une plaquette pyrogravée portant la mention « Atelier des dragons », plaquette conservée et affichée). L'un des aide-magasiniers fera plusieurs tentatives de suicide et tentera d'alerter le P-DG sur les problèmes d'organisation du travail qu'il rencontre, problèmes qui l'empêchent d'effectuer correctement sa tâche. Il se dit constamment harcelé entre autres par la responsable d'atelier. Si le magasinier réceptionne les matières premières, en assure le stockage et approvisionne l'atelier en fonction du planning de production, l'aide-magasinier assure le tri et le rangement des bobines de fils partiellement utilisées par les femmes, les aide lors des manutentions. Même s'il s'agit d'une tâche à contrainte physique non négligeable, c'est un travail qui évoque les emplois classiquement dévolus aux femmes : le ménage, le rangement, etc.

Le médecin du travail apprendra plus tard que cet aide-magasinier est particulièrement malmené par d'autres salariées de l'atelier : on lui complique la tâche délibérément, on se moque de lui, on fait des réflexions sur le contenu de ses repas, on évite de manger avec lui, il a même été frappé par un autre salarié d'un atelier voisin sans intervention de la hiérarchie alertée, bref il est devenu le bouc émissaire. Situation inhabituelle : un homme harcelé par des femmes. Les entretiens lors des examens médicaux annuels confirment les difficultés de l'ensemble des salariés, hiérarchie comprise et les problèmes de santé associés (prise d'anxiolytiques, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques, hypertension artérielle, état dépressif, gastralgies). Dans cette entreprise, située dans un petit bourg, les relations familiales semblent jouer un rôle important : on est rarement jugé sur ses compétences et son travail, il existe des passe-droits pour certains. Pour les fem-

LA FAVORITE

Mme S..., incitée par le médecin-conseil de la CPAM, demande à rencontrer le médecin du travail dans le cadre d'une visite de préreprise. Il se trouve que, à l'occasion d'une réorganisation interne du service interentreprises et surtout à cause du déficit dramatique de médecins du travail, l'association de service public qui est l'employeur de Mme S... est en suspension de surveillance en santé au travail. Dans le cadre d'une permanence dite des « non-attribués », j'accepte donc de recevoir cette personne que je ne connais pas. Je récupère son dossier médical. Dès son entrée, je suis frappée par l'apparence de Mme S... : tout habillée de rose et gris assortis, savamment maquillée, d'allure gaie, on a plaisir à la regarder. Mais l'entretien commence difficilement. Les mots se bousculent, elle veut tout exprimer à la fois. Le regard est apeuré, les mains tremblent. Elle essaie de me dire qu'elle voudrait reprendre son travail mais qu'on ne veut plus d'elle à la direction régionale, que c'est injuste, que sa collègue est extrêmement méchante, qu'elle ne peut continuer comme cela et qu'il faut faire quelque chose.

Mme S... a 52 ans. Elle est en arrêt maladie depuis un an. Elle est suivie par un psychiatre depuis trois mois. Les mots sortent en désordre. Ils ont tous un rapport avec le travail. Elle pleure en parlant. Je ne comprends pas le déroulement des événements, car ce qui revient inlassablement dans son discours est la « méchanceté » de sa collègue et l'injustice subie... Je reprends le dossier médical, qui rend compte d'un suivi régulier, annuel, depuis 1992, date de son entrée dans l'association. Il ne décrit aucun incident professionnel. C'est un long fleuve tranquille qui se déroule sur cinq années. J'exprime mon incompréhension à Mme S... Elle sort alors neuf pages manuscrites de son sac : « Voici toute l'histoire ! » Il s'agit d'une belle écriture serrée, mais on ne peut pas dire appliquée : on sent que les idées se sont bousculées, les mots et les phrases rajoutés foisonnent. Je lis les neuf pages. Un peu de cohérence apparaît.

Mme S... est embauchée en mars 1992 en contrat emploi solidarité comme dactylo. Le 1^{er} avril 1994, un nouveau contrat la « déprécise ». Il est à durée indéterminée, mais toujours à mi-temps. Elle est toujours dactylo. Fin 1994, elle devient secrétaire, en appui de l'assistante de direction, Mme A. D..., à temps plein, au bureau de la direction régionale. À partir de ce moment, les ennuis commencent. Je lis : « Je n'ai pas été acceptée par mes collègues féminines... Je subissais l'enfer sans rien dire... Au contraire, l'enfer continuait... J'ai eu beaucoup de problèmes par des agressions, des mises à l'écart, des pressions psychologiques... Il n'y a que des monstres qui en soient capables... J'étais à bout de force, j'étais seule... Epuisée moralement et physiquement par ces pressions psychologiques de la part de certaines personnes... Toutes ces années ont été un véritable cauchemar... Quand j'arrivais le matin, j'avais l'impression d'entrer dans un tribunal... La réunion "droits d'expression des salariés" de laquelle j'ai été exclue volontairement... Même si vous aviez dit la vérité, on ne vous aurait pas écoutée, pas crue... » Cependant, elle estime faire le mieux possible le travail demandé : « J'ai dû assurer l'intérim du secrétariat pendant les congés de Noël... Pendant ma semaine de congés, j'ai reçu un appel téléphonique me demandant si je pouvais venir travailler... J'ai donc dû changer à nouveau mes congés d'été et je ne suis pas partie en vacances... Je n'ai fait aucune faute professionnelle... »

À la fin de ma lecture, Mme S... s'est calmée. Je lui demande si, parmi le personnel, qui est presque exclusivement féminin et qui est constitué d'une trentaine de personnes, elle a noué quelques relations amicales. Durant cinq années de présence, aucune relation affective n'a existé ! Elle ne sait pas pourquoi Mme A. D..., qui est la personne le plus souvent accusée dans son écrit, l'a ainsi rejetée avec violence et agressivité. Elle ne sait pas pourquoi l'ensemble des collègues l'a ainsi marginalisée.

Je me trouve confrontée à une masse d'interrogations, qui paralysent toute action pour soulager cette personne que je trouve en grande souffrance et, je le pense, en danger. Je décide donc de rencontrer un responsable de cette association. Mme S... approuve cette démarche. Elle me suggère de prendre contact avec Mme H. R..., qui est responsable du personnel et qui est une des rares femmes à qui elle accorde sa confiance.

À ce stade, je me trouve dans une incertitude totale. Je comprends seulement qu'il me manque une clé de taille pour décoder la mise en place et l'évolution d'un processus qui a débuté voici trois années.

Avant de rencontrer Mme H. R..., je prends contact avec le médecin traitant de Mme S... (qui en avait été prévenue), afin de m'assurer que des événements de vie n'interféraient pas avec tous ces symptômes ne se rapportant qu'au travail.

De même que Mme S..., Mme H. R... est une femme pour qui l'esthétique de son apparence physique et de son cadre professionnel est un élément important dans son rapport d'harmonie et de relation au monde. Cet élément est probablement à l'origine du subtil rapprochement qui s'est produit entre ces deux femmes, sans que la distance hiérarchique ne soit cependant jamais franchie. J'apprends donc les faits suivants : en fin d'année 1994, c'est le directeur régional, M. D..., qui nomme Mme S... secrétaire à la direction du bureau régional. Ce poste n'existe pas. Il est déjà tenu par Mme A. D..., assistante de direction titrée. Mme S... n'a pas suivi le chemin ascensionnel classique de rigueur dans l'institution. D'autres attendaient depuis longtemps un poste équivalent. Mme S... « sort » d'un CES et, dans cette association d'aide aux personnes en difficulté sociale, ceux qui « passent » quelques mois en CES ne sont jamais embauchés. C'est un principe. C'est en quelque sorte un acte conjuratoire. Côté la souffrance sociale au quotidien interdit d'introduire dans le groupe des individus qui l'ont connue « en vrai ». M. D... vient d'installer la Favorite. Il l'a définitivement stigmatisée. L'injustice est immédiatement et violemment ressentie et manifestée par Mme A. D... et par tout le collectif du travail. Mme S... est rejetée et marginalisée. Elle subit en silence cette violence. En février 1997, M. D... tombe gravement malade. Il ne reprendra jamais son travail. Mme S... est aussitôt « sortie » de la direction régionale et mutée sur des postes qu'elle estime ne pas répondre à sa qualification de secrétaire. Elle ne le supporte pas et s'arrête en mars 1997. Elle n'a pas encore repris le travail.

Ce que je comprends, c'est que M. D..., sur un critère purement affectif, a mis Mme S... dans une situation professionnelle intenable de courtisane favorite. Mme S... s'est sentie Cendrillon et, dans ce conte,

n'a voulu percevoir que la « méchanceté » revendicatrice de ceux qui criaient à l'injustice. Venant du directeur qui lui donnait une image glorifiée d'elle-même, elle a rejeté tout ce que cela avait de décalé par rapport aux normes sociales de fonctionnement de l'institution. Cependant, en reprenant ses écrits, je m'aperçois qu'elle avait en main toutes les pièces du puzzle, mais ces pièces étaient encore plus en désordre que le jeu lui-même. Je retrouve les mots et expressions suivantes : « Ne plus avoir l'exclusivité auprès de Monsieur D... J'étais privilégiée... Les autres secrétaires sont très jalouses de ta personne parce que tu es très différente... Tu as tout ce qu'elles voudraient et qu'elles n'ont pas... Est-ce un privilège?... Ne pas accepter les invitations à déjeuner de Monsieur D... Une personne d'une jalousie extrême... »

Lors de l'entretien médical, j'avais demandé à Mme S... la raison de l'absence totale d'allusions à ses difficultés professionnelles lors des visites médicales antérieures. Elle m'avait alors répondu qu'elle pensait que cela relevait du privé. Elle avait donc bien perçu l'anormalité professionnelle de sa situation et la place prise par la dimension affective voire amoureuse qui était à l'origine de sa promotion. Mme S... est actuellement dans l'incompréhension partielle et dans l'humiliation. Passer de l'état de favorite à l'état de pestiférée avec, entre les deux, la perte du « protecteur » est un jeu où la violence se répète sur des modes différents. La violence subie durant le règne de M. D... a été supportée, car cette position lui renvoyait malgré tout une certaine valeur mais surtout le sentiment d'être intouchable. Le rejet est humiliant, car il lui renvoie le factice de sa position antérieure et il la laisse sans possibilité de défense par absence d'ancrage sur des bases professionnelles. Ses réelles capacités, que seule Mme H. R... lui reconnaît, ne peuvent lui être utiles. Elle ne peut donc revenir travailler de sa volonté propre. Il faut la rappeler. C'est ce que je conseille au nouveau directeur régional. La stratégie est la suivante : il doit, symboliquement et personnellement, reprendre en main le nouveau départ professionnel de Mme S... Il doit lui signifier le retour du légitime, de l'équitable et de la normalité des rapports sociaux de travail. Pour cela, il décortiquera historiquement tous les événements antérieurs en pointant la

confusion introduite par M. D... dans le domaine de la reconnaissance, mettant ainsi en lumière la dynamique de la violence qui s'est installée. Il démontrera à Mme S... qu'elle a été un jouet de pouvoir et qu'elle n'a pas à s'en sentir coupable. Il prendra acte de la souffrance intense vécue dans la discrétion. Il lui fera savoir que ses capacités professionnelles sont connues et reconnues, en particulier par la hiérarchie. Il lui affirmera que l'association a besoin de son travail. Il lui proposera un projet professionnel bâti, décrit et situé. Je lui conseille aussi de préparer cette réintégration en avisant les futures collègues de Mme S... des réalités de son parcours professionnel, afin qu'elle soit accueillie comme une personne encore en convalescence d'un « mauvais traitement » et comme une future collègue « banale ». L'entretien du directeur régional et de Mme S... se déroule donc sur ce mode. Mme S... comprend et adhère à ce décodage et elle reprend son travail.

Cette histoire illustre cheminement d'une décompensation psychopathologique. Un directeur joue de son pouvoir pour transgresser les règles du fonctionnement d'attribution des postes de l'entreprise (diplôme et ancienneté) pour ne s'intéresser qu'à l'identité féminine d'un agent, guidé en cela par un choix d'ordre érotique strict en refoulant l'ordre professionnel. La reconnaissance par les pairs est donc impossible à construire, c'est plutôt la répulsion qui s'installe instantanément. La salariée se battra pour, au moins, acquérir un jugement positif de sa hiérarchie : elle ira jusqu'à venir travailler durant les vacances... quand, justement, les collègues sont absentes. Elle y réussira d'ailleurs partiellement. Malgré tout, la conquête de son identité professionnelle est un échec. Elle a tenu tant que le « soutien-artifice » était là. Puis tout s'est effondré lorsqu'il a disparu. La bascule psychopathologique a été immédiate.

Ma proposition a donc été une reconstitution d'une situation permettant de remettre en place le jeu fondamental de la reconnaissance dans le travail : reconnaissance d'utilité par la hiérarchie, de beauté par les pairs et possibilité d'affirmer sa singularité dans une tâche bien choisie.

Fabienne Bardot

L'association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (S.M.T.) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail.

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente : Denise RENOU-PARENT

Vice-président(e)s : Alain CARRE - Dominique HUEZ - Jocelyne MACHEFER - Nicolas SANDRET

Trésorier : Jean-Noël DUBOIS

Secrétaire : Alain RANDON

Membres : Pierre ABECASSIS, Fabienne BARDOT, Patrick BOUET, Josiane CREMON, Georgette DELPLANQUE, Jacques DESHEULLES, Annie DEVEAUX, Nicole LANCIEN, Gérard LUCAS, Marie PASCUAL, Catherine ROCHE, Gilles SEITZ

CONCLUSION

Les témoignages recueillis dans ce livre sont des exemples de la réalité que nous constatons au quotidien dans l'entreprise. Certains de ces récits nous ont bouleversé(e), d'autres nous ont indigné(e), ou mis(e) en colère. Le vécu douloureux de ces femmes au travail est ici traduit par notre regard professionnel de femmes médecins du travail. Ce que nous soumettons au jugement du lecteur n'est donc pas seulement une catharsis mais le résultat de nos pratiques professionnelles. La violence vécue par les femmes au travail et la souffrance qui en résulte sont désormais incontournables. Il nous a bien fallu entendre :

Quand le silence, qui colmatait des violences si longtemps compilées par ces femmes au travail, se fissure, il nous livre avec leurs corvéabilités, la peur tout à la fois de continuer à les subir mais aussi de les perdre, craignant plus de précarité encore.

Elles nous parlent aussi de leur révolte d'avoir été flouées, dépossédées de compétences conquises et bientôt perdues, tout étourdies encore d'avoir été mises hors-jeu par des coups qu'elles n'ont pas vu venir, à moins que l'effacement ait été assez efficace pour esquiver ces coups là et continuer à se reconnaître, quitte à limer un peu leur caractère.

Mais, la violence racontée n'est pas du genre neutre quand les corps de ces femmes sont malmenés par et au travail, qu'elles en soient victimes ou témoins, c'est de la honte qui les recouvre et parfois les exclut, dans la surenchère de l'âge, de la maladie et du handicap (alors, si en plus elles sont étrangères !).

La violence naît aussi de l'écartèlement entre leur vie privée et leur vie de travail : compétition parfois féroce qu'il faut remporter en ayant l'élégance de ne pas montrer ses plaies, pour les autres mais aussi pour soi parce que ça raviverait la peur...

Et la peur peut faire capituler, mais « le pire n'est jamais sûr » et certaines violences peuvent jouer comme des ressorts de résistances : feutrées, faisant face à une réalité jaugée au plus près, ou plus bruyantes : colères des sursauts de dignité ou colères sourdes des coureuses de fond qui puisent au plus profond d'elles-mêmes la réassurance de pouvoir tenir plus longtemps encore.

Ce constat éloquent remet en question notre société qui semble ou ne pas voir la réalité, ou ne pas réagir. Il nous oblige à décrypter les rouages de l'organisation du travail conduisant à un tel « inéluctable ». Il nous force à dépasser nos propres difficultés à agir, à repenser le métier et réinventer de nouvelles pratiques professionnelles.

Nous vivons aujourd'hui dans une société où le primat du tout économique aboutit à la mise en place dans nombre d'entreprises, d'une organisation du travail qui considère l'être

humain comme l'une de ses « ressources » dont elle attend une rentabilité maximale à court terme. Qui dit « ressources humaines » sous-entend variabilité inter et intra-individuelle considérées comme obstacles à la fiabilité des systèmes de production ou à la qualité du service que l'organisation du travail aurait totalement et parfaitement maîtrisés. Le travailleur devient un instrument dont l'organisateur doit pouvoir contrôler le savoir-faire et prescrire le savoir-être afin d'imposer ses procédures. Peut-on prétendre prescrire les réseaux de confiance ? Qu'importe ! la coactivité en synergie du salarié avec les autres travailleurs se doit d'être également planifiée. Tout ce cortège de prescriptions se passe du réel du travail, gomme les espaces de parole et limite les marges de manœuvre des opérateurs. Le tout technologique, sensé éviter les irrémédiables erreurs humaines aboutit, bien sûr, à un contrôle de plus en plus étroit des processus ou des activités humaines. À la question qu'elle soulève du pouvoir nécessaire à la réalisation d'un tel verrouillage organisationnel, l'organisation du travail répond et se justifie par son ambition d'inafaillibilité.

La société s'enlise dans cette réalité, toute pensée et esprit critique semblant se paralyser. Et l'organisation du travail feint de méconnaître les conséquences de ses méthodes, se livrant à des interprétations en terme de fatalité, de nécessité, de processus individuels pathologiques, de nature archaïque des rapports humains. Ainsi, pour l'organisation du travail, la précarité organisée serait elle devenue une conséquence regrettable mais passagère d'une libre concurrence qui, à terme, par un accroissement global des richesses, rétablira le bien-être pour tous. L'agressivité des rapports entre les salariés serait une nécessité inévitable imposée par la guerre économique. Le harcèlement moral destiné à augmenter les cadences ou à éliminer les salariés serait le fait d'individus pervers. La violence vécue par les femmes serait la triste traduction dans l'entreprise des rapports sociaux de sexe.

Ce que nous relatons ici n'est pourtant pas seulement un nouveau chapitre de l'oppression des femmes. Certes les rapports sociaux de sexe majorent pour les femmes la violence au travail. Par exemple la traditionnelle double journée des femmes ou l'inégalité salariale augmentent les contraintes. Ce que nous discernons ici est la formidable capacité de l'organisation du travail à utiliser les conduites sociales existantes comme autant de coins permettant d'écarter les salariés les uns des autres. Ouvriers spécialisés contre manœuvres, français contre immigrés, statutaires contre précaires, salariés donneurs d'ordre contre salariés sous-traitants, actifs contre chômeurs, cadres contre exécution, hommes contre femmes.

On peut aussi être une femme et se conduire désormais vis-à-vis d'une autre femme avec la violence virile requise pour certaines tâches d'encadrement. Au travail, comme le montrent quelques témoignages, on peut être homme et vivre sa

semble. Témoigner dans ce cadre, ce n'est toutefois pas parler à la place des salariés et s'y substituer. C'est pourquoi, ce témoignage répond à des règles : « *garder le seul point de vue de la santé au travail (...), 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'autre solution* ». 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* »(3).

Toutefois, pour nous, médecins du travail, l'intervention dans l'espace public interne aux entreprises ne suffit plus, même si elle demeure indispensable et d'une importance cruciale pour préserver ce qui peut l'être. Nous nous heurtons d'ailleurs, dans les petites entreprises, à l'absence de représentants du personnel, l'espace public interne étant réduit à sa plus simple expression.

C'est pourquoi nous souhaitons rendre visible et lisible, aux yeux de tous et de toutes, professionnels de la santé ou non, ce qui est caché, la violence et le silence qu'engendre l'organisation du travail, à travers ce qu'elle fait subir aux femmes : violence de l'invisibilité du travail réel accompli par ces femmes qui, sans perdre de vue leurs limites, font face à la réalité des exigences (temporelles, gestuelles, compassionnelle...) dans une adéquation supposée aller de

soi, naturelle, en somme... Double déni de leur contribution originale et donc d'elles mêmes en tant que sujet féminin.

Ce refus de reconnaissance se trouve renforcé par les singularités sociales, culturelles, ethniques qui les marginalisent encore davantage et les font glisser au plus bas de l'échelle de la précarité. Toute tentative d'échappée risque d'être sévèrement contrôlée ou réprimée quand elle n'a pas déjà été autocensurée avant d'avoir pu s'exprimer. Il est légitime de voir reconnues et respectées les singularités du féminin aujourd'hui marginalisantes.

Parce que le travail reste une valeur pour les êtres humains, parce que c'est un lieu essentiel de maintien de l'identité et de construction de la santé, mais aussi parce que l'absence de marges de manœuvre et d'espaces de parole en entreprises est source de souffrances et de décompensations, nous espérons, par cet ouvrage, alerter les pouvoirs publics. La santé publique se préoccupe bien peu, aujourd'hui du rôle de l'organisation du travail, dans les phénomènes de construction/déconstruction de la santé. Nous appelons de nos vœux la mobilisation des partenaires sociaux autour de cette importante et douloureuse question de la santé des femmes au travail.



3 - Perceval B. : « *Accompagnement des pratiques des médecins du travail par la psychodynamique du travail — Expériences coopératives en Val de Loire* », contribution à l'ouvrage *Des médecins du travail prennent la parole : un métier en débat*, Editions Syros, 1998

LA VISIBILITÉ SOCIALE DE L'ENSEMBLE DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES, MOTEUR DE LA PRÉVENTION

Comment les médecins du travail peuvent-ils participer de leur point de vue professionnel à l'identification et à l'évaluation des facteurs de risques professionnels, sans basculer dans la gestion des risques du ressort des employeurs ?

Comment les CHSCT peuvent-ils permettre et faciliter une démarche de mise en visibilité sociale de l'ensemble des facteurs de risque ?

« L'évaluation des risques » confiée réglementairement à l'employeur du fait de son pouvoir de décision, est en réalité une évaluation des facteurs de risque pour la santé, c'est-à-dire de l'ensemble des expositions professionnelles. En effet l'employeur n'a pas les compétences de mesurer ou d'accéder aux effets délétères des facteurs de risque. Ce n'est d'ailleurs pas son rôle.

Il ne s'agit pas non plus quand on parle d'identification et d'évaluation des expositions aux facteurs de risques professionnels, de confondre cette démarche avec la surveillance individuelle ou collective des risques professionnels pour la santé. Cette dernière intervention est une démarche de santé publique en santé au travail qui devrait trouver sa place dans les pratiques spécifiques des médecins du travail, ou dans l'intervention d'organismes comme l'unité santé-travail de l'Institut de veille sanitaire, ou dans les enquêtes d'organisme de recherche en santé au travail.

Il ne s'agit pas non plus de confondre cette démarche avec l'évaluation sanitaire des risques par projection des effets attendus selon des modèles prenant en compte le principe de précaution.

Pour le médecin du travail, participer à l'évaluation des risques, c'est permettre l'identification et l'évaluation précise des expositions professionnelles, leur visibilité dans l'entreprise et le débat social sur leur prévention pour que chacun des acteurs, employeurs, CHSCT, médecins du travail, puissent « jouer leur partition propre » en terme de prévention et construire une politique de prévention de la santé au travail, qui pour l'employeur engage sa responsabilité en terme de « gestion des risques ».

Comment les médecins du travail peuvent-ils articuler d'une part identification et évaluation des risques, et d'autre part pratique clinique de l'accompagnement de la santé du sujet au travail ?

Comme on le verra plus loin, de moins en moins les médecins du travail seront en mesure de faire la « démonstration scientifique » issue de leur activité clinique des liens exposi-

tions délétères – santé. Les nouvelles « démonstrations scientifiques » nécessaires naîtront particulièrement de démarches de surveillance des risques professionnels collective et coopérative auxquelles ils doivent participer.

L'accompagnement clinique individuel, permet classiquement d'apporter, pour chacun les explications sur les effets pour la santé des expositions professionnelles, de « dépister » les effets délétères de celles-ci, et pour le médecin du travail, de se construire une représentation sur l'importance pour la santé dans la population qu'il « accompagne » de tel ou tel facteur de risque.

Mais l'accompagnement clinique permet aussi, et c'est essentiel, de faire « résonner » les expositions rencontrées dans l'histoire professionnelle du sujet, où il peut construire une compréhension singulière de ce qu'il subit, et de ce qu'il rencontre éventuellement en terme de santé.

Issues de cet accompagnement clinique, la compréhension collective de la façon dont les sujets sont exposés aux facteurs de risque, la façon dont ceux-ci « subissent » et « vivent » ces expositions, et éventuellement les « traces » de celles-ci sur la santé de la collectivité de travail concernée, permettent au médecin du travail d'apporter un point de vue médical à l'évaluation des risques, et une contribution dans un objectif de prévention primaire pour la collectivité de travail.

Ainsi la clinique médicale du travail est-elle en amont et en aval de l'évaluation des risques :

- en amont car à partir de ce que perçoit le médecin du travail dans l'accompagnement individuel, du point de vue exclusif de la santé au travail, il participe à l'identification de « traceurs » pertinents des expositions subies par les salariés dans un objectif de prévention primaire ;
- en aval, car la « résonance clinique » lui permet individuellement et collectivement de donner sens aux situations de travail délétères, pour refuser leur inévitabilité, et permettre leur transformation.

LA PRÉVENTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DOIT S'APPUYER SUR LA MISE EN VISIBILITÉ SOCIALE DANS L'ENTREPRISE DE TOUS LES FACTEURS DE RISQUE

Longtemps on a cru que l'identification des risques professionnels par le biais de leur reconnaissance en maladie professionnelle serait le moteur de la prévention dans les entreprises. Cinquante ans après cette hypothèse, il faut constater que c'est un échec

Dans de nombreuses situations dans l'entreprise, la dynamique de prévention des expositions professionnelles ne peut plus s'adosser à la vérification concrète de leurs effets pour la santé.

En effet ceux-ci sont trop différés et se différencient mal des autres atteintes morbides. Le fait que de nombreux risques soient polyfactoriels gênent encore plus cette identification. De plus, nombre de risques ne seront visibles que longtemps après le départ en retraite.

D'autre part, les effets pour la santé sont trop individualisés, trop vécus dans la souffrance solitaire et coupable, et trop manipulés dans leur comptabilité médico-réglementaire.

Dans nombre de situations il est illusoire de penser construire la prévention des risques professionnels sur la visibilité dans l'entreprise des effets pour la santé des conditions de travail actuelles.

Aujourd'hui dans l'entreprise, le point fort pour accentuer la dynamique de prévention résulte de la nécessité réglementaire pour les employeurs d'identifier et d'évaluer directement les risques professionnels, c'est-à-dire les expositions professionnelles environnementales ou organisationnelles.

Un des moteurs de la prévention primaire devient la visibilité sociale des facteurs de risque collectifs eux-mêmes et non plus d'en attendre l'expression de leurs effets.

Les employeurs doivent offrir aussi le bénéfice du suivi médical post-professionnel aux travailleurs antérieurement exposés, en attestant de leurs expositions passées.

Notre projet est de concourir à une stratégie permettant la prévention primaire des facteurs de risques professionnels d'aujourd'hui se renforçant sur les obligations de suivi post-professionnel des conséquences des expositions d'hier.

L'employeur a la responsabilité exclusive de « la gestion des risques » du fait de son pouvoir de décision. Légalement l'employeur doit identifier et prévenir les facteurs de risque « médico-réglementaires », qui sont très encadrée par des décrets spéciaux.

Mais selon les articles L230-2, II et III, la prévention doit concerner aussi l'organisation du travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, et donc évaluer les

procédés de fabrication, l'aménagement des installations, les postes de travail, les préparations dangereuses et les équipements de travail.

L'employeur doit donc évaluer l'ensemble des expositions professionnelles, en apprécier l'importance en terme de repérage des postes exposés, en probabilité pour chacune des personnes qui y travaillent, en fréquence temporelle, en niveau quantitatif ou qualitatif.

Pour inciter à l'exercice légal de la responsabilité de l'employeur, l'évaluation des risques du point de vue de la santé devra « laisser des traces » dans le champ social.

C'est d'ailleurs l'enjeu du débat qui s'ouvre aujourd'hui sur l'obligation d'un « support stable d'évaluation des risques » qui engagera durablement la responsabilité des employeurs et aidera selon nous à une dynamique de prévention.

Une telle démarche peut être un moteur très puissant de prévention en s'appuyant sur les compétences et la mémoire des travailleurs de terrain qui y jouent leur santé.

L'identification des expositions professionnelles permettra ainsi la dynamique sociale de leur prévention

- à travers les changements de représentations des risques,
- à travers le contrôle social de cette identification par l'intervention des acteurs de terrain, concernés directement pour leur propre santé par ces expositions,
- à travers l'intervention des partenaires sociaux dans les choix de priorisation de la prévention.

Ce sont donc les expositions professionnelles qu'il faut rendre visibles socialement pour y construire leur prévention faite :

- d'identification exhaustive des facteurs de risque, réglementés ou non ;
- d'évaluation des niveaux d'exposition à ces facteurs de risque, où l'aide de professionnels indépendants en santé au travail est essentielle ;
- de choix des priorités en terme de réduction des facteurs de risque (expositions) ; ici le débat social a toute sa place, particulièrement dans les CHSCT ;
- de réduction effective des facteurs de risque ; c'est la responsabilité de gestion des risques de l'employeur juridiquement responsable ;
- de surveillance des risques ; c'est la responsabilité des professionnels intervenant en santé au travail ;
- enfin de réduction générale des risques ; c'est la responsabilité de tous les acteurs œuvrant à une politique de santé publique en santé au travail.

L'évaluation des risques est une mission d'ordre public social. À côté de la responsabilité de l'employeur, l'État y engage pleinement sa responsabilité à travers le contrôle des organismes à qui il délègue des missions spécifiques, particulièrement la médecine du travail qui accompagne l'évaluation des risques du point de vue exclusif de la santé. L'État est responsable du contrôle de l'indépendance de la médecine

L'évaluation des risques professionnels

cine du travail pour ce faire et des moyens professionnels alloués, des règles de prévention opposables qu'il édicte.

MÉDECINS DU TRAVAIL ET CHSCT ONT DES RESPONSABILITÉS PROPRES

Les CHSCT, l'ensemble des intervenants en santé au travail, particulièrement les médecins du travail doivent donc construire leur intervention pour faire en sorte que l'employeur réduise les risques professionnels, en s'appuyant sur ses obligations de gestion des risques professionnels.

Les membres des CHSCT comme représentants des salariés exposés, et les médecins du travail du fait de leur obligation exclusive d'intervention du point de vue de la santé, doivent veiller à ce que la première phase de « l'évaluation des risques » que représente l'identification des facteurs de risque, soit la plus exhaustive possible.

Les acteurs en responsabilité de leur prévention doivent donc « s'autoriser à » identifier les expositions professionnelles en terme de danger potentiel dans un souci d'exhaustivité, quelle que soit l'importance des risques qu'on se représente en première intention dans la situation de travail. La réglementation ne définit pas de seuil de risque pour identifier les dangers.

Dans un certain nombre de cas comme pour les cancérrogènes, la réglementation prévoit que les traces des éléments ayant concourus à l'évaluation soient conservées.

La non prise en compte du risque cancérogène du fait de la peur qu'il pourrait engendrer au regard de la hauteur du risque jugée faible pour ceux-là, la non prise en compte des contraintes horaires ou de rythme pour ceux-ci au prétexte de leur effets non exclusifs pour la santé ou parce que leur prévention souffre de déficit d'un encadrement réglementaire contraignant, n'est aujourd'hui plus acceptable socialement. Le bilan de l'amiante devrait être tiré !

Ce repérage et la hiérarchisation des dangers des expositions qui sera ultérieurement permise par l'évaluation des risques en terme d'importance des facteurs de risque pouvant les générer, entraînera l'employeur à procéder à des choix, à définir des priorités d'action préventive.

Ces choix doivent pouvoir être débattus dans l'entreprise, particulièrement par le CHSCT.

La priorité des actions de prévention est trop dépendante aujourd'hui du médiatique. L'importance du débat social face à la gestion des risques par les employeurs doit être réaffirmée, à la lumière des connaissances scientifiques identifiant des dangers potentiels et des éléments de compréhension en situation apportés par les professionnels en santé au travail.

Des questions de « politique de santé » ne doivent pas passer inaperçues pour les membres des CHSCT.

Qui déterminera quelles expositions professionnelles seront investiguées ? En première intention, elles ne sauraient être

en-deçà des items des facteurs de risque proposés à l'investigation dans l'enquête SUMER, c'est-à-dire de l'ensemble des facteurs de risques toxiques, biologiques, physiques, mais aussi des contraintes « objectives » de l'organisation du travail, horaires et rythme.

L'évaluation qualitative des expositions professionnelles par l'ergonomie ou quantitative par la métrologie des ambiances font partie des moyens spécialisés utiles et souvent nécessaires pour documenter la démarche « d'évaluation des risques ».

Attention toutefois de ne pas confondre l'identification des facteurs de risque « objectifs » visés dans cette démarche, et la prise en compte du vécu des salariés de l'exposition aux contraintes, saisie par exemple par des items d'enquêtes épidémiologiques dont l'objet est alors d'appréhender les interactions entre les contraintes de travail et la santé. Dans ce dernier cas, cela relève de la surveillance épidémiologique des expositions professionnelles.

L'INTÉRÊT POUR LES MÉDECINS DU TRAVAIL DE BÂTIR DES FICHES COLLECTIVES DE POSTE AVEC L'EXPERTISE D'AGENTS DE TERRAIN POUR L'ANALYSE DE TOUS LES FACTEURS DE RISQUES

Pour de nombreux médecins du travail, l'identification exhaustive des expositions professionnelles individuelles est quasi impossible. Ils procèdent donc à des choix arbitraires dans l'identification des expositions en privilégiant « l'obligatoire réglementaire » et le « médiatiquement nécessaire ».

Nous pensons tout au contraire que le rôle des spécialistes en santé au travail est de permettre l'identification de l'ensemble des facteurs de risque.

C'est à l'étape postérieure de la gestion des risques, après leur mise en visibilité sociale, que l'employeur devra procéder à des choix de priorité d'action, débattus alors en connaissance de cause en CHSCT.

Pour évaluer tous les risques, nous plaiderons pour la mise en œuvre en première intention de « fiches de poste collectives », actualisées en permanence, comme premier support de l'évaluation des expositions.

L'identification et la thésaurisation des expositions professionnelles individuelles passent dans une première étape, sauf exception réglementairement encadrée, par une approche des contraintes ou expositions collectives des postes ou tâches de travail.

Dans un deuxième étape, selon les nécessités, une évaluation individuelle plus fine pourra être pratiquée, en prenant l'évaluation collective déjà réalisée pour guide. En la matière, mieux vaut pêcher d'abord par excès que par défaut.

Comment transformer le « passif du passé », en « actif pour l'action » préventive de demain ?

Quel rôle, des salariés qui ont été ou sont amenés à subir ces expositions peuvent-ils jouer dans leur évaluation ?

Il s'agit en effet de risques pour la santé de collectifs de salariés connus, de regard jeté sur leur propre histoire, actuelle et passée, en terme de repérage des expositions professionnelles.

Les salariés qui participent à une telle expérience se l'approprient du fait que c'est de leur histoire dont il est question. Ils perçoivent de plus assez vite le lien qu'il y a entre la justice pour autrui liée à l'identification des risques passés, et la nécessité de s'en prémunir pour l'avenir dans une démarche où ils sont acteurs

Un tel projet coopératif entre des acteurs de terrain exposés, et des animateurs de cette démarche, médecin du travail ou ingénieur de sécurité, est possible et particulièrement riche.

Mais une telle démarche ne peut se concevoir sans moyens qui sont de la responsabilité de l'employeur, comme les mesures de prévention qui pourront s'y adosser. Cela signifie dégager du temps pour des groupes de salariés, différents selon les postes, pour procéder avec l'aide d'un spécialiste en santé au travail, à une telle évaluation.

POUR LES MÉDECINS DU TRAVAIL, L'IMPORTANCE DE LA THÉSAURISATION DES EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES INDIVIDUELLES

Il y a aujourd'hui dans les entreprises un déficit criant de « thésaurisation » individuelle des informations concernant les expositions professionnelles individuelles.

Comment mettre en œuvre le suivi postprofessionnel, qui répond à un devoir de justice et à une volonté de savoir pour les travailleurs antérieurement exposés, si on ne dispose pas de ces informations.

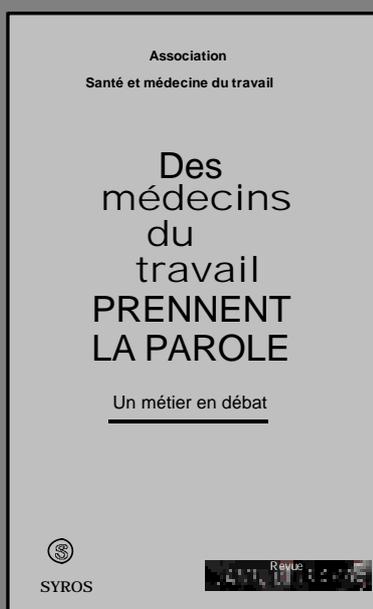
Cela suppose de définir le support de thésaurisation de ces informations et pour l'employeur, et pour les services médicaux du travail. De notre point de vue, ce support doit être informatique.

Au décours des consultations périodiques, les médecins du travail mettront ainsi en visibilité les expositions professionnelles sur « des fiches de visite médicale » qui remplaceront « l'aptitude ».

Ce document sera en lien avec des problématiques collectives de réduction des risques, voire avec des problématiques individuelles de « sauvegarde » de la santé, du fait des risques d'atteintes individuelles importantes, ou du fait « du danger particulièrement notable » de tel poste de travail.

Dominique Huez

Des médecins du travail prennent la parole



Les analyses de médecins du travail présentés dans ce livre donnent la mesure de l'ampleur des dégâts sur la santé des salariés provoqués par la précarisation des emplois, l'intensification du travail ou la violence des rapports sociaux dans les entreprises.

Les auteurs de ce livre invitent résolument à repenser le rôle de la médecine du travail. D'abord parce que ceux qui l'exercent sont de plus en plus instrumentalisés par les employeurs : incontestablement, une médecine d'« entreprise » subordonnant l'exercice médical aux objectifs économiques, au mépris des acquis de la Loi sur la médecine du travail de 1946, progresse de façon larvée. Ensuite parce que le médecin du travail ne peut plus seulement s'intéresser aux maladies organiques : son métier doit aussi appréhender la dimension psychodynamique de la santé des salariés et en situer les enjeux en matière de santé publique.

Dans cette perspective, les médecins du travail qui ont rédigé ce livre explorent les solutions qui permettraient de garantir concrètement l'indépendance des médecins du travail, notamment en retirant la gestion de la médecine du travail aux employeurs. Une responsabilité qui les conduit à débattre des conséquences éthiques, sociales et scientifiques de leurs pratiques.

vente en librairie - 195 F -

des exemplaires sont à disposition des membres du réseau pour le prix de 120 F

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DE FICHES COLLECTIVES DE POSTE MÉTHODE EPREX D'ÉVALUATION PROFESSIONNELLE DES EXPOSITIONS

**Par le Médecin du Travail ou avec un groupe d'analyse d'agents de terrain
Aide d'un outil informatique**

Les développements ultérieurs considèrent comme acquis et ne développent pas les éléments permettant aux médecins du travail de développer une compétence professionnelle concernant les expositions professionnelles.

Ces connaissances concrètes en situation proviennent des informations recueillies lors des consultations médicales à travers des entretiens individuels faisant appel à une clinique spécifique.

Elles proviennent aussi des éléments recueillis lors de l'activité de prévention collective du médecin du travail : connaissance des postes, études éventuelles de ceux-ci, formation spécifique prodiguée, groupes de travail, participation aux CHSCT, saisine spécifique par les salariés ou la hiérarchie...

L'ensemble des éléments recueillis sont interprétés à la lumière des connaissances scientifiques (toxicologie, ergonomie, pathologie professionnelle, épidémiologie en santé au travail, statistiques et sociologie des risques professionnels différentiels, psychodynamique du travail), et des compétences du médecin du travail.

CADRE RÉGLEMENTAIRE ET OUTIL INFORMATIQUE

La méthode EPREX vise d'une part à identifier les salariés exposés aux facteurs de risque « médico-réglementaires », qui sont très encadrées par les 14 décrets spéciaux, particulièrement en ce qui concerne les risques des substances dangereuses et cancérigènes (articles R 231-54.1, R 231-56.1), les risques biologiques ou physiques.

Mais cette méthode vise aussi à prendre en compte les informations concernant l'ensemble des facteurs de risque professionnel selon les articles L 230-2, II et III.

Nous utilisons le système informatique POSTIX/HORIZON, de repérage, d'analyse, de surveillance, de thésaurisation individuelle et de suivi des expositions professionnelles. Une table des « expositions dangereuses » prenant en compte l'ensemble des contraintes médico-réglementaires (maladie pro-

fessionnelle, cancérogénicité, mutagénicité, effets pour la reproduction, surveillances médicales spéciales...) a été constituée pour « classifier » de façon pratique les facteurs de risque rencontrés. Cette table a été validée avec les items de l'enquête SUMER conduite par l'Inspection médicale nationale du travail.

Ces « expositions dangereuses » ont été mises en lien informatique dans un fichier spécifique avec une table des substances toxiques constituantes des préparations toxiques. Ces substances toxiques sont repérées par leur numéro CAS et index européen. Ainsi, lors de la saisie des substances constituant une préparation toxique, les expositions médico-réglementaires sont automatiquement repérées.

Ces « expositions » ont été elles-mêmes mises en lien informatique avec les tableaux de maladies professionnelles les concernant, leur pathologie spécifique, les examens médicaux périodiques qu'elles doivent déclencher lorsque les salariés sont exposés, éventuellement à l'occasion du suivi médical postérieur à l'exposition.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL SEUL, DE FICHE COLLECTIVE DE POSTE INFORMATISÉE

Dans un premier temps le médecin du travail peut commencer à synthétiser son expérience d'évaluation personnelle des expositions professionnelles dans une version succincte d'une fiche de poste. Il y intègre les expositions professionnelles pour lui « évidentes » : par exemple, amiante, bruit, 3x8. Les salariés concernés par ce poste bénéficient immédiatement de cette information par déversement informatique.

Mais dans notre expérience, il est très difficile de repérer exhaustivement les expositions toxiques, au sens médico-réglementaire, issues des préparations dangereuses. D'où la nécessité d'utiliser une procédure informatique qui procède à l'identification des expositions à partir de la seule saisie du nom d'une préparation dangereuse, à la condition que la base de données des préparations dangereuses contienne les substances la constituant, souvent issues des FDS. Les exposi-

tions toxiques au sens médico-réglementaires en sont alors automatiquement déduites.

Dans un deuxième temps le médecin du travail peut utiliser une méthode d'enrichissement du premier recueil des expositions professionnelles ; plusieurs sont possibles :

- Utilisation d'une **fiche d'autoquestionnaire** remplie par le salarié, revue avec le médecin du travail, recensant particulièrement des items concernant l'organisation du travail. Cette fiche n'essaie pas de recenser directement le nom des préparations dangereuses ou leurs expositions spécifiques, mais plutôt les tâches susceptibles de générer leur utilisation. Dans notre expérience, il est possible de constituer une première version de fiche de poste à partir des données de deux ou trois auto-questionnaires de salariés d'un même poste. Le premier questionnaire est rapidement saisi sur une première fiche de poste. Celle-ci est mise en discussion avec un autre salarié au cours d'une visite suivante. Une évaluation en probabilité et fréquence d'exposition est faite avec un troisième salarié.
- Utilisation d'un **listing à prétention d'exhaustivité des expositions professionnelles**. Le médecin du travail s'en sert pour interroger systématiquement un salarié lors de la visite ou d'un entretien prévu à cet effet. Le listing que nous utilisons empreinte beaucoup de ses items à l'enquête SUMER.
- Utilisation d'une **fiche de poste « modèle » informatisée** que le médecin du travail décide d'utiliser comme première version de sa fiche de poste. Par exemple, fiche de poste fournie par un confrère, ou issue du système MATEX ou EPREX ou SUMER, etc. Celle-ci peut être renommée et utilisée dans un premier temps sans modification. Puis progressivement celle-ci est modifiée selon « l'expertise » du médecin du travail qui l'utilise. La technique de duplication-modification est très utile pour fabriquer des fiches de poste « voisines », de métiers proches ou de filières professionnelles qui se distinguent souvent seulement par le niveau différent des expositions.

INTRODUCTION DE LA NOTION DE TÂCHE

Il s'avère assez rapidement utile d'utiliser des « tâches » comme « éléments constitutifs » des fiches de poste.

Une tâche est un regroupement pragmatique et pertinent d'expositions professionnelles dans un projet d'en faciliter l'évaluation des risques, et la prévention. Elle correspond à une activité de travail « découpée » dans un poste, de façon compréhensive et qui fait sens pour les agents de ce poste. Un poste comprend ainsi plusieurs tâches évoluant dans le temps.

Une tâche peut être créée pour regrouper une famille de produits toxiques utilisés dans un poste de travail. Elle peut aussi être créée pour regrouper l'ensemble des expositions professionnelles de telle activité transverse à de nombreux postes (par exemple la découpe de joints, amiantés ou non), ou pour isoler telle activité d'un poste, de telle autre qui a pu varier dans l'histoire de ce poste ou qui est maintenant sous-traitée, etc.

Dans notre expérience, nous faisons en sorte qu'après investigation, chaque préparation dangereuse soit reliée à un poste de travail par l'intermédiaire d'une tâche. Cela clarifie grandement l'utilisation ultérieure de la fiche de poste, particulièrement au moment de l'évaluation de chaque exposition. Dans un même poste une même préparation dangereuse peut être issue de plusieurs tâches.

À partir du moment où une tâche est créée pour prendre en compte au moins une exposition professionnelle spécifique, il est intéressant d'étendre l'analyse aux autres expositions professionnelles rencontrées aussi en effectuant cette tâche. Elles sont repérées à partir d'un listing d'expositions à prétention d'exhaustivité. La limite de l'intégration d'autres expositions professionnelles dans une tâche est la plus ou moins grande spécificité de cette tâche. Plus une tâche est transversale à de nombreux postes, donc peu spécifique, moins elle inclut des expositions professionnelles différentes.

Une tâche doit-elle être évaluée en terme de probabilité, fréquence et niveau d'exposition ? À partir du moment où une tâche est utilisée sur plusieurs postes, l'évaluation de celle-ci perd de l'intérêt, car elle devrait être effectuée pour chaque modalité de mise en œuvre de cette tâche, ce qui n'est pas possible, sauf à en faire plusieurs versions. Une tâche évaluée ne peut plus être utilisée sur plusieurs postes.

Dans notre expérience, l'évaluation des expositions se passe au niveau de chaque poste, en visualisant informatiquement les arborescences explicatives de la genèse de chaque exposition (les préparations dangereuses et les tâches les générant dans chaque poste de travail). Il n'est alors pas utile d'évaluer chaque tâche.

Au cours du temps le médecin du travail pourra introduire dans les postes de travail de nouvelles tâches qu'il jugera utile d'individualiser.

Dans un certain nombre de cas, de plus en plus fréquents avec les nouvelles organisations du travail, l'ensemble des salariés regroupés sous le même intitulé de poste de travail défini administrativement, n'effectuent pas toutes les tâches de ce poste.

Deux stratégies sont alors possibles :

- La plus économe en énergie pour le médecin du travail, et dans notre expérience parfaitement opérationnelle, est d'inclure quand même cette tâche dans la fiche de poste. Mais au moment de l'évaluation de chaque exposition, la probabilité pour chaque salarié d'être exposé sera indiquée comme inférieure à 100 %. C'est donc par exemple l'information 50 % qui apparaîtra secondairement dans le dossier individuel de chaque salarié concerné. Le médecin du travail pourra laisser cette information en l'état dans le dossier individuel. Il décidera de la préciser au moment opportun, par exemple pour rédiger un document médico-réglementaire, par exemple une fiche de suivi post-professionnel de l'exposition aux cancérogènes.
- Mais l'affectation directe d'une tâche à un salarié sans passer par un poste de travail pourra être privilégiée par le médecin du travail. Il pourra y adjoindre une fiche collective de poste *a minima* pour les expositions concer-

L'évaluation des risques professionnels

nant l'ensemble des salariés. Cette démarche est un peu plus lourde. Mais des tâches élaborées pour d'autres postes pourront être utilisées de cette façon.

Dans notre expérience il nous semble qu'il est beaucoup moins lourd pour le médecin du travail, de privilégier des fiches de poste collectives comprenant des tâches qui ne sont pas effectuées par tous les salariés, que d'affecter à chaque salarié des tâches individuelles. Mais la réalité du travail aujourd'hui risque d'entraîner le développement d'une approche mixte.

À noter que le système informatique permet l'élaboration de fiches de poste « permanentes », puisque, fonctionnant dans un système « dates à dates », concernant de façon différenciée les expositions et leurs évaluations éventuellement différentes dans le temps, les tâches, et les préparations.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION COOPÉRATIVE, AVEC DES AGENTS DE TERRAIN, DE FICHE COLLECTIVE DE POSTE INFORMATISÉE — MÉTHODE EPREX —

PRÉALABLE À LA MISE EN ŒUVRE CONCRÈTE DE GROUPES D'ANALYSE AGENTS-MÉDECINS DU TRAVAIL OU SPÉCIALISTES DES RISQUES PROFESSIONNELS

Pour rendre cette élaboration possible, plusieurs éléments semblent devoir être réunis auparavant selon notre expérience :

- Présentation et discussion dans l'entreprise des principes réglementaires appuyant la nécessité de cette élaboration, et mise en débat de la méthodologie, avec « démonstration » de sa faisabilité avec un groupe expérimental, tellement l'objectif pourrait paraître ambitieux sans vérification de l'apport concret d'un outil informatique fonctionnel.
- Préélaboration souhaitable par le médecin du travail d'une « première » fiche de poste concernant dans un service, le métier « de terrain », avec, à la fois un premier recensement des préparations toxiques employées, et des autres expositions, reliées directement au poste. Cette étape n'est pas indispensable.

CONSTITUTION D'UN GROUPE D'ANALYSE PAR SERVICE

Constitution d'un groupe d'analyse des expositions professionnelles regroupant des agents de terrain et la hiérarchie de proximité, animé par un spécialiste des risques professionnels connaissant bien la méthodologie d'analyse, la technique d'élaboration, et l'outil informatique. Le médecin du travail est un des mieux placé pour cette animation.

À partir du moment où l'on se fixe comme objectif d'investiguer une partie du passé selon l'histoire spécifique de l'entreprise, il faut intégrer dans ce groupe des personnes qui ont des connaissances concrètes sur les tâches passées qui éventuellement ne sont plus effectuées. Dans notre expérience nous sommes remontés dix-huit ans en arrière, au démarrage de l'installation industrielle.

Nous avons rencontré souvent quatre postes de travail (au sens administratif) minimum par service, chiffre qui peut être multiplié par le nombre de sections constituant ce service.

L'élaboration s'étendra de trois mois à un an pour un service, avec un groupe d'analyse de deux à quatre agents, sur une durée cumulée de deux à sept jours. La phase de validation intégrant la recherche des produits dangereux utilisés peut être longue si le service médical du travail ne dispose d'aucune information antérieure.

Nous pensons que le médecin du travail est de beaucoup le mieux placé pour animer ces groupes. De plus, c'est pour lui une façon de valoriser sur un support facilement utilisable, de nombreuses informations sur les expositions professionnelles qu'il connaissait, mais qu'il ne savait souvent pas thésauriser et valoriser.

Rappelons que l'avantage de l'outil informatique est de pouvoir intégrer une nouvelle information, ou la corriger à tout moment.

Notre expérience nous a montré que même avec une connaissance non négligeable de la réalité des expositions professionnelles, « l'élaboration collective » des fiches de postes avec des acteurs de terrain est particulièrement riche pour le médecin du travail, et lui fait découvrir des tâches inconnues, des modalités de mise en œuvre de préparations dangereuses qu'il ignore totalement, et des expositions professionnelles qu'il n'avait pas repéré antérieurement. Enfin, cette méthode est indispensable pour évaluer en fréquence et probabilité chaque exposition réelle.

ÉTAPES CONCRÈTES DE L'ÉLABORATION COLLECTIVE DES FICHES DE POSTE

1^o étape : Présentation de la méthode EPREX, au groupe d'analyse

***Notions d'expositions professionnelles médico-réglementaires et de leurs différentes origines :** cancérogènes/mutagènes/térogènes, toxiques généraux, biologiques, physiques, radiologiques, contraintes générales, contraintes horaires, contraintes de rythme, contraintes générées par les protections individuelles, sécurité.

***Principes d'articulation « poste – tâche – préparation toxique – exposition – salarié »,** liens des préparations toxiques avec les substances toxiques constitutives de celles-ci et les expositions qu'elles engendrent automatiquement, modalités de rattachement des expositions et des préparations toxiques avec les tâches et/ou les postes. Repérage automatique des maladies professionnelles.

***Étapes d'identification des expositions et de leur première évaluation :**

identification progressive des différentes expositions professionnelles, progressivement affinée ;

évaluation effectuée avec le groupe d'analyse, en probabilité pour un groupe d'agents d'être exposé, en fréquence temporelle d'exposition sur l'année ;

acquisition éventuelle des niveaux d'exposition qualitatifs ou en terme de fraction temporelle d'exposition par poste ;

évaluation quantitative par la métrologie ou qualitative par l'ergonomie et protection individuelle atténuant éventuellement les expositions.

2° étape : Mise en œuvre de la structure de la fiche de poste, selon la méthode EPREX

***Identification des préparations toxiques** employées dans le poste ;

***Construction de tâches** pertinentes du point de vue du regroupement de logiques d'utilisation de préparations toxiques ou de prises en compte d'expositions spécifiques, d'autant plus nécessaire si une tâche est transversale à plusieurs postes ; puis recensement exhaustif des autres familles d'expositions professionnelles pouvant concerner ces tâches. **Chaque tâche doit être soigneusement définie pour permettre son utilisation par d'autres acteurs.**

***Construction d'une fiche de poste pour les « agents de terrain »** d'un service qui pourra servir de fiche « mère » pour les fiches de poste des autres agents du service (hiérarchie ou fonctionnels), ou pour la constitution de fiches de poste d'éventuelles activités sous traitées.

***Construction des fiches de poste des fonctionnels, hiérarchie** de terrain, et autres responsables, par duplication et transformation de la « fiche mère », souvent par suppression de tâches non pertinentes.

3° étape : Mise en œuvre progressive de l'évaluation de chaque exposition en hiérarchisant leur priorité selon l'importance des risques attendus

***Première phase, évaluation en probabilité et fréquence par expertise collective du groupe d'analyse**

L'expérience montre que l'évaluation en probabilité et fréquence des expositions est aisée. Pour ce qui concerne les expositions toxiques, l'idéal est de commencer par les risques les plus dangereux (groupe des cancérogènes...). Pour les expositions à provenance multiple (exemple, les différents produits amiantés d'un poste donné), le logiciel est particulièrement adapté à visualiser les arborescences explicatives de la provenance de celles-ci en terme de substance toxique, préparation dangereuse et tâche. Pour une exposition donnée sont alors prises en compte les tâches et les préparations les plus fréquemment employées. Pour chaque exposition, il faut déterminer quelle proportion d'agents d'un poste est concernée. Puis on définira la fréquence temporelle d'exposition pour le groupe exposé.

***Deuxième phase, évaluation des niveaux d'exposition ; mesures métrologiques ou analyses ergonomiques.**

L'évaluation par niveau d'exposition, plus complexe, devra définir des priorités de mesures à effectuer, intégrer les mesures antérieurement réalisées, et définir des périodes d'exposition pertinentes pour intégrer les différents niveaux d'expositions passées.

MISE EN ŒUVRE CONCRÈTE SUR UN SITE, PROJET EPREX

Mise en place d'un travail d'expertise collective par des agents de terrain guidés par le médecin du travail. Constitution pour chaque service d'un groupe d'analyse de deux à quatre personnes.

Réunions espacées dans le temps pour recenser les préparations dangereuses et les autres expositions, puis construction

des tâches pertinentes de ce point de vue, par poste de travail. Thésaurisation immédiate du travail collectif sur le logiciel spécifique POSTIX.

Des profils indicatifs de postes ont été créés, en regroupant des activités dans lesquelles les principales tâches exécutées sont identiques.

Réalisation dans un premier temps, d'une fiche de poste des agents de terrain, en identifiant les tâches et les préparations ou expositions dangereuses de celles-ci, en s'appuyant sur une première identification générale de l'ensemble des préparations dangereuses utilisées dans chaque poste.

Construction coopérative de l'évaluation de chaque exposition en probabilité et fréquence, en visualisant les substances, préparations et tâches les engendrant, selon chaque poste de travail. Après chaque réunion d'analyse, édition informatique pour les agents, du travail réalisé.

À noter que l'outil informatique de construction des fiches de poste et des fiches individuelles de conditions de travail peut être disjoint totalement du logiciel des dossiers médicaux informatisés. Cela permet à l'employeur ou ses délégués d'en nourrir directement les informations avec l'aide du médecin du travail.

Dans un deuxième temps, les informations des fiches de poste seront importées dans les dossiers médicaux. Les médecins du travail pourront alors éventuellement « réévaluer » les expositions sous leur responsabilité propre, et y intégrer « les parcours » d'exposition antérieurs aux postes de travail actuels, en complétant les historiques des emplois à l'aide de fiches de poste appropriées.

L'ensemble des données (préparations toxiques, tâches élémentaires, postes de travail, dossiers individuels de thésaurisation des expositions) sont accessibles à tous sur le serveur du site sous POSTIX.

Ces données font l'objet « d'échanges réguliers » avec la base informatique du service médical HORIZON.

L'ensemble des expositions professionnelles ainsi repérées sont individuellement historisées dans les dossiers médicaux par une importation informatique automatique qui permet de les historiser dans les dossiers médicaux individuels du logiciel HORIZON.

Une exposition individuelle issue d'une fiche de poste bénéficiera de toutes les réévaluations apportées à cette dernière aussi longtemps qu'elle en restera en lien informatique. Le médecin du travail peut aussi décider d'en gérer entièrement l'évaluation.

Les données de ce système d'évaluation EPREX, enrichies par les données de MATEX (matrice emploi/exposition pour les cancérogènes) et des fiches de tâche FACN permettent d'élaborer aisément le suivi post-professionnel des agents.

Il est aisément possible aux médecins du travail de « reconstituer » les historiques d'exposition professionnelle pour les agents encore en activité ayant antérieurement été exposés à des cancérogènes, ainsi que pour les agents devant partir en retraite, pour leur permettre de bénéficier des éléments né-

L'évaluation des risques professionnels

cessaires à la mise en place de leur suivi médical post-professionnel s'ils ont été exposés à des cancérogènes de catégorie 1 et 2 européenne.

Les dossiers du suivi post-professionnel sont quasi exhaustifs. Les fiches de tâches et de poste peuvent être le support d'une base de donnée utilitaire pour la prévention primaire à disposition des agents concernés. Les fiches de tâche peuvent

servir de guide pour les plans de prévention des travaux sous-traités.

Des systèmes informatiques conviviaux permettent des tris multiples. Une importation informatique permet aussi de « nourrir » la fiche d'entreprise. Des analyses collectives expositions-santé peuvent être effectuées avec ce système.

Une politique plus ambitieuse de choix des produits et méthode de travail peut être mise en débat.

Dominique Huez

LES CAHIERS S.M.T.

- N°1 Spécificité et médecine du travail (89) - (épuisé) -
- N°2 Éthique et pratique en médecine du travail ; introduction aux débats (90) - (épuisé) -
- N°3 Évaluation en médecine du travail (nov. 90) - (photocopie) -
- N°4 Éthique en médecine du travail (mars 91) - (photocopie) -
- N°5 Précarité et sous-traitance en médecine du travail (mai 92)
- N°6 Médecine du travail et santé publique (mai 93)
- N°7 **Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail (mai 94)**
Editions Syros, 160 F
- N°8 Parler des règles de métier : nos pratiques en médecine du travail (mai 95)
- N°9 Les dérives de l'organisation du travail. Quelles pratiques pour les médecins du travail ? (mai 96)
- N°10 Pluralité, éthique commune, un métier en quête de sens (mai 97)
- N°11 Médecine du travail, un débat nécessaire (avril 98)
- N°12 **Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat (juin 98)**
Editions Syros, 195 F en librairie
- N°13 Poursuivre la Refondation de la médecine du travail (juin 99)
- N°14 **Femmes au travail, violences vécues (parution le 18 mai 2000)**
Editions Syros, 185 F en librairie

Ce Cahier n°15 m'a intéressé(e) :

Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 100 F à titre de soutien et de réservation du Cahier n°16 (à paraître courant 2001)

Je demande des exemplaires gratuits (port 30 F)

numéro(s) :

nombre :

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

Prévention des risques professionnels



1 Prévention primaire

EVITER LES RISQUES

Évaluation *a priori* des risques
(voir pages suivantes)

2 Prévention secondaire

SURVEILLANCE DE LA SANTE DES PERSONNES EXPOSEES



Médecine du travail



Institut
de veille sanitaire
+
CRAM, CNAM
+
Mutuelles



Gestion des risques (Réduire les risques)

Alain Carré

LE RÔLE DES DIFFÉRENTS ACTEURS EN MATIÈRE D'ÉVALUATION À PRIORI DES RISQUES

Employeur	Médecin du travail	CHSCT	CE
<p>Article L 230-2 : Il - Le chef d'établissement met en oeuvre les mesures prévues au 1 ci-dessus sur la base des principes généraux de prévention suivants :</p> <p>a) Eviter les risques; b) Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ; (...)</p> <p>III - Sans préjudice des autres dispositions du présent code, le chef d'établissement doit, compte tenu de la nature des activités de l'établissement :</p> <p>a) Evaluer les risques pour la sécurité et la santé 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 réarrangement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail; à la suite de cette évaluation et en tant que besoin, les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production mises en oeuvre par l'employeur doivent garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs et être intégrées dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement(...)</p> <p>Art. L. 236-4 : Au moins une fois par an, le chef d'établissement présente au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un rapport écrit faisant le bilan de la situation générale de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et concernant les actions qui ont été menées au cours de l'année écoulée dans les domaines définis à l'article L. 236-2, • un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (...) <p>Article R. 241-25 : Dans les entreprises et établissements de cinquante salariés et plus et dans les entreprises et établissements de moins de cinquante salariés où existe un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, les modalités d'application de la réglementation relative à la médecine du travail sont définies dans un document signé par l'employeur et le président du service médical du travail interentreprises. Ce document est établi après avis du ou des médecins du travail appelés à intervenir dans l'entreprise ; il est ensuite soumis au Comité d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut aux délégués du personnel. Ce document doit contenir toutes indications sur les lieux où s'exerce la surveillance clinique des salariés, le personnel du service médical, le nombre et la catégorie des salariés à surveiller, les risques professionnels auxquels ils sont exposés, les réunions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le temps dont le ou les médecins disposent pour remplir leurs fonctions.(...)</p>	<p>Article R. 241-41-3. Dans les entreprises et établissements de plus de dix salariés, le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise, sur laquelle sont consignés notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés exposés à ces risques. Cette fiche est transmise à l'employeur. Elle est tenue à la disposition de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur régional du travail. Elle est présentée au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en même temps que le bilan annuel prévu à l'article L. 236-4. La fiche d'entreprise peut être consultée par les agents des services de prévention des caisses régionales d'assurance maladie et par ceux des organismes mentionnés à l'article L. 231-2. Le modèle de fiche est fixé par arrêté du ministre chargé du travail. Article R. 241-44. Dans l'exercice de ses fonctions, le médecin du travail peut, aux frais de l'employeur, effectuer ou faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyses. Il peut aussi faire procéder à des analyses ou mesures qu'il estime nécessaires par un organisme agréé choisi sur une liste établie par le ministre chargé du travail. En cas de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail, l'inspecteur du travail décide après avis du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre. Art. 13. - A titre expérimental et en vue de développer les actions que le médecin du travail conduit sur le milieu de travail dans les domaines mentionnés aux articles R. 241-41 (1°, 2°, 3°) et R. 241-58 du Code du travail, des conventions peuvent prévoir le recours, sous le contrôle du médecin du travail, à des personnes ou des organismes, publics ou privés, spécialement qualifiés en matière de prévention des risques professionnels, de sécurité ou de conditions de travail. Ces conventions sont passées, après consultation, selon les cas, du Comité d'entreprise ou de l'organisme de contrôle mentionné à l'article R. 241-14, entre d'une part, l'employeur ou le président du service médical du travail interentreprises et, d'autre part, les organismes ou personnes mentionnés à l'alinéa qui précède. Le ou les médecins du travail concernés ou, le cas échéant, le ou les délégués des médecins du travail mentionnés à l'article R. 241-27 sont associés à la préparation de la convention. Les modalités selon lesquelles la convention peut recevoir application dans une entreprise adhérente sont précisées par le document prévu à l'article R. 241-25 du Code du travail.</p>	<p>Article L 236-2 (...) Le Comité procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les salariés de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail (...)</p> <p>Article L 236-9: Le CHSCT peut faire appel à un expert lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail ou une maladie à caractère professionnel, est constaté dans l'établissement. (...)</p>	<p>Article L 431-4 Le Comité d'entreprise a pour objet d'assurer une expression collective des salariés permettant la prise en compte permanente de leurs intérêts dans les décisions relatives à la gestion, à l'évolution économique et financière de l'entreprise, à l'organisation du travail, à la formation professionnelle et aux techniques de production. Il formule à son initiative, et examine à la demande du chef d'entreprise, toute proposition de nature à améliorer les conditions de travail, d'emploi et de formation professionnelle des salariés, leurs conditions de vie dans l'entreprise (...)</p> <p>Article L.432-3:(...) Il bénéficie du concours du CHSCT dans les matières relevant de la compétence de ce comité dont les avis lui sont transmis. Le comité d'entreprise peut confier au CHSCT le soin de procéder à des études portant sur des matières de la compétence de ce dernier comité (...)</p>

❶ **ÉVITER LES RISQUES (PRÉVENTION DES RISQUES)**

EMPLOYEUR

L 230-2: Évaluation des facteurs de risque *a priori*

(= ensemble des expositions professionnelles)

Formalisation: Bilan social (L 236-4)

Document d'application de la réglementation (Sec. Inter: R 241-25)

CRAM, INRS, ARACT, ANACT

Médecin du travail

- ❶ **Prévention primaire** du point de vue exclusif de la santé du sujet au travail(L 241-2)
- ❷ **Conseiller de la communauté de travail** (R 241-41)
- ❸ **Moyens** : mesurages et interventions de spécialistes du champ santé-travail (R 241-44, R 241-58, Art 13)
- ❹ **Plan d'activité** en milieu de travail (R 241-41-1)
- ❺ **Fiche d'entreprise** (R 241-41-3)

Employeur

Débat social sur l'évaluation et la prévention des risques

CHSCT

Mission du CHSCT : Analyse des risques professionnels (L 236-2)

Moyens :

- expertise (L 236-9)
- demande au médecin du travail

Liens entre CE et CHSCT (L 432-3)

CE

Mission du CE : Intérêt des salariés dans les décisions de gestion (L 431-4)

EMPLOYEUR

❷ **RÉDUIRE LES RISQUES (GESTION DES RISQUES)**

Politique de prévention

LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET L'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Les deux articles qui suivent ont été rédigés d'après les débats du Séminaire de printemps de l'Association Santé et Médecine du Travail — « Le médecin du travail et l'évaluation des risques professionnels » —, qui s'est tenu à Paris le 25 mars 2000.

En médecine du travail, la question de l'évaluation des risques se pose en ces termes : mettre en évidence le danger, analyser facteur par facteur le risque afin d'éviter, par la compréhension du phénomène et par une action en retour, la survenue d'atteinte à la santé des travailleurs exposés à ces risques du travail.

Notre action se situe du côté de la santé des travailleurs. Mais il existe un autre point de vue soutenu par les employeurs qui est celui de la gestion du risque ; pas de disparition du danger, mais gestion du risque au moindre coût possible pour l'entreprise. Rappelons-nous l'histoire de l'amiante.

Dans cette évaluation des risques, le médecin du travail doit-il intervenir seul ? N'y-a-t-il pas d'autres personnes ou institutions pouvant intervenir dans celle-ci ?

La directive européenne de 1989, sur la prévention des risques et le Code du travail rendent les employeurs responsables de sa tenue. Ils doivent désigner dans leur entreprise des salariés chargés de la mener à bien et selon l'article 7 de cette même directive, ces salariés doivent avoir une indépendance dans leurs réflexions et actions. Nous verrons plus loin que d'autres intervenants intérieurs ou extérieurs de l'entreprise ont leur rôle à jouer.

Revenons au médecin du travail. Celui-ci a pour mission « d'éviter toute altération de l'état de santé du travailleur du fait de son travail » et pour fonction correspondante d'être le conseiller de l'employeur, des salariés et de leurs représentants en ce qui concerne la santé au travail (Code du travail). Il est indépendant techniquement, ne doit accepter aucune limitation de celle-ci (Code de déontologie). Il n'est pas le préposé de la direction. Il est soumis au secret médical et professionnel. Dans ce cadre doit-il participer à l'évaluation des risques ? Si oui pourquoi, avec qui, comment et dans quel but ? Le médecin du travail est un spécialiste agissant du côté de la santé des travailleurs, basant son métier sur des règles se construisant quotidiennement, respectant des principes éthiques. Son lieu de travail est (principalement) son entreprise.

Ainsi, dans un premier temps, pour éviter les altérations ou les atteintes de la santé *versus* Code du travail, il doit mettre en évidence les dangers en les identifiant. Il doit les analyser. L'analyse comprend la nomination des dangers et donc les risques encourus par les travailleurs exposés à ceux-ci.

Dans un second temps, il doit mettre en relation les dangers et les risques avec les postes de travail et leur environnement, non seulement pour déterminer les travailleurs exposés en vue d'un suivi médical de ces derniers, mais aussi pour prévenir

ces risques (voir ci-dessus). Dans ce cas nous nous occupons des dangers et des risques existants. Nous devons aussi nous intéresser aux dangers et aux risques futurs : introduction de nouveaux produits par exemple.

Les employeurs peuvent-ils introduire n'importe quoi, n'importe comment sans une étude préalable ? Les médecins du travail ont aussi un rôle à jouer grâce à leur connaissances théoriques... Ainsi ceux-ci jouent-ils un rôle de veilleur dans l'entreprise.

Une autre question importante à débattre est le champ d'études que le médecin du travail se donne dans le domaine des risques. Il est immense. Nous traitons aussi bien des risques entraînant des atteintes physiques que mentales et psychiques. Il s'intéresse aux individus et aux collectifs. Nous pouvons nous poser aussi une question sur le rôle que pourrait avoir un médecin du travail en santé publique à l'extérieur d'une entreprise polluante.

Autre remarque à faire : les risques sont-ils tous mesurables et donc évaluables ? Pouvons-nous évaluer un risque au niveau mental ? Pouvons-nous démontrer le caractère pathogène d'une organisation du travail ? Nous pouvons nous heurter à des difficultés et faire appel à notre conviction.

Quels sont les moyens dont dispose le médecin du travail pour remplir son rôle ? Le législateur impose un certain nombre d'écrits (le rapport annuel, la fiche d'entreprise). Il demande à ce que celui-ci donne son avis sur un certain nombre de problèmes, fasse des études de poste, participe à des études épidémiologiques... Il est prévu des visites médicales périodiques ou non qui sont des moments privilégiés pour connaître le travailleur, son travail, son vécu. Le médecin doit avoir un tiers temps devant lui permettre de connaître l'entreprise, ses postes de travail. Ces deux moments dans le temps sont unis par le même but : la prévention primaire. Il est important que le médecin laisse des traces écrites de son action. Le médecin du travail doit porter ces éléments devant les intéressés et leurs représentants pour qu'ils puissent en débattre.

Abordons la question des autres personnes intervenant dans l'évaluation. L'employeur est en première ligne quant aux décisions à prendre. Il peut se faire aider par des salariés désignés par lui-même (voir ci-dessus). Dans l'entreprise, les salariés et leurs représentants doivent être partie prenante dans la prévention. Ils ont donc un rôle très important à jouer car il s'agit de leur santé. Ils ont aussi comme rôle le contrôle social de la médecine du travail. À l'extérieur de l'entreprise, d'autres personnalités, spécialistes en ergonomie, en toxicolo-

gie, en psychodynamique peuvent intervenir. Le grand problème est le travail collectif à effectuer entre le médecin du travail et ces différents intervenants : travail en coopération, travail en pluridisciplinarité. Comment travailler ensemble ? Sur quelles bases ?

Dans quel but ? *Those are the questions*. Il nous faut donc, avant de commencer, définir les critères et la méthodologie de ce travail. La finalité est facile à définir et ne doit pas poser question : la prévention primaire. Sur cette base, les différents acteurs se reconnaissent dans leurs spécialités et champs d'action.

D'autres institutions sont aussi à impliquer, en respectant les différents critères ci-dessus : L'INRS, L'INERIS, L'ANACT, LES ARACT, les secteurs de prévention des CRAM.

Pour conclure, je pense que les médecins du travail doivent participer à l'évaluation des risques dans le but d'une prévention primaire en tant que spécialiste de la santé au travail du côté de la santé des salariés, en tant que personnalité indépendante. Il doit ainsi enrichir par son apport spécifique le débat social dans lequel interviennent les salariés et leurs représentants qui sont aux premières loges ; il s'agit de leur santé. Les employeurs ont actuellement leur rôle à jouer et une responsabilité qu'ils doivent assumer.

Gilles Seitz

Après une redéfinition des concepts, des missions qui nous sont imparties dans le cadre de l'évaluation, la question de l'opérabilité et de l'efficacité à travers les moyens qui nous sont donnés (et que l'on se donne !) s'est posée notamment dans les petites entreprises.

La fiche d'entreprise (ou le courrier qui fait office de) est un des moyens pour arriver à cet objectif même si l'évaluation y est parfois trop ciblée. Des moyens « détournés » peuvent être utilisés : rédaction de fiches de synthèse pour les fiches toxicologiques, formations gestes et postures ou secourisme, qui peuvent être des moments collectifs d'évaluation et qui seront potentialisées par le médecin du travail.

Si l'évaluation est un moyen politique de faire bouger les choses notamment en regroupant les observations comparables dans un secteur puis en les vulgarisant, l'enthousiasme n'est pas au rendez-vous chez les confrères, (crainte d'une surcharge administrative de plus ? ; « retour sur investissement » décevant pour des confrères qui ont déjà fait des belles fiches, de beaux rapports ; marge de manœuvre réduite des sous-traitants ; absence de collectifs dans les entreprises pour s'emparer de ce travail d'évaluation...).

Si l'importance de laisser des traces est primordiale (avec parfois des effets différés positifs inattendus), une meilleure exploitation de ces fiches d'entreprise est nécessaire : renforcement de la synergie avec les CRAM, l'AGEFIPH... (mais sans tomber dans le panneau des chasseurs de primes).

Le support informatique est indispensable pour la gestion des fiches de postes, le suivi des post-expositions, des fiches de tâches pour la sous-traitance, de questionnaires ciblés et assez rapides permettant de poser des questions que l'on ne s'autorise pas toujours à poser.

La question des moyens pose celle de la coopération avec confrères, experts, représentants de CHSCT... Les matrices emploi-exposition ne sont pas réservées aux grandes entreprises et les logiciels permettant de théauriser l'information ne demandent qu'à servir ! Avec moins de moyens des pays sont en avance sur le nôtre (méthode Salsa en Suède...).

Et surtout l'approche médicale de l'évaluation doit être bien distinguée de l'évaluation du risque par l'employeur !

Débat sur l'aptitude

(cf. texte de Pierre Abécassis, page 40)

Si tout le monde est d'accord sur l'inadéquation actuelle entre cette fiche et les réalités actuelles (polyvalence, intérimaires...), malgré l'utilisation intelligente qui en est faite dans le sens protection du salarié, il y a risque de dérive toujours possible vers l'employabilité ou comme support d'un certain biologisme (tests génétiques, psychotechniques affinés...).

Que mettre à la place ?

Les blocages juridiques français à la suppression de la fiche d'aptitude (en contradiction avec le droit européen mais aussi avec les pratiques des Collectivités territoriales, de France Telecom...) venant de la Cour de Cassation, la peur du vide des collègues... ne doivent pas occulter le côté de la prévention médicale des risques qui est le cœur de notre métier.

D'autre part il y a une menace sur la visite médicale systématique (qui pourrait d'ailleurs s'appeler plutôt « consultation ») du fait du déficit de médecins. C'est donc tout un champ de la clinique médicale qui peut disparaître.

Nous sommes donc dans une attitude ambivalente où l'avis d'aptitude légitime l'évaluation (toujours elle !) des risques, et inversement, mais où elle est de fait non pertinente au regard de l'évolution du monde du travail et de notre évaluation imparfaite, inexistante voire pas possible...

De visites médicales où nous sommes très souvent distributeurs de fiches d'aptitude, il est possible d'évoluer vers des consultations médicales sans fiches d'aptitude mais où la relation intersubjective, la clinique de l'accompagnement pourraient se développer et où le concept santé-travail-environnement prendrait tout son sens. Cette consultation pourrait se terminer par une prescription dans le sens noble du terme et qui a été développée par Pierre Abécassis. Cette consultation et cette prescription doivent permettre de développer une appropriation par le salarié (par exemple : stratégie de reconnaissance du risque, réacquisition par les gens de leur autorité morale bafouée...). Elle doit donc générer de l'action, du mouvement, et laisser des traces du côté du poste, du débat public.

Les médecins du travail doivent sortir du registre relation individuelle et prescription individuelle avec le salarié. Nous devons sortir de la démarche de réparation et aller vers une réelle démarche de prévention. N'oublions pas l'inégalité sociale de santé énorme qui se traduit par un différentiel d'es-

pérance de vie de 1,6 en France, chiffre le plus fort de l'Europe industrialisée où il est de 1,2 à 1,4 et aujourd'hui il a tendance à s'accroître.

Le passage de l'aptitude à l'évaluation du risque est en route !

François Leroux

LA NOTION DE PRINCIPE DE PRÉCAUTION EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Le texte de Laurence Baghestani-Perrey analyse le principe de précaution par rapport à la responsabilité et cela, du point de vue du droit.

En tant que médecin du travail, est-ce par la même voie que nous sommes mobilisés par le principe de précaution ?

Repartant de l'obligation déontologique (article 2 du Code de déontologie) : « *Le médecin au service de l'individu et de la collectivité* » et de l'obligation réglementaire : « *éviter toute altération de la santé du fait du travail* » (article L 241-2 du Code du travail) et repartant aussi d'une tentative de définition de la santé :

- « La santé c'est la vie dans le silence des organes » (R. Leriche – 1936).
- « État de bien être physique, psychique et social » (OMS).
- « La mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu et s'adapter à lui » (première conférence internationale pour la promotion de la santé – Ottawa – novembre 1986).
- « La santé est un idéal jamais atteint. D'où la nécessité d'introduire une autre notion : celle de la normalité, que l'on définira provisoirement comme un état réel (et non un idéal) où les maladies sont stabilisées et les souffrances sont compensées. Dans cette perspective, la normalité, et à fortiori, la santé, ne sont pas des états passifs. La normalité est une conquête difficile, jamais définitivement acquise, toujours à reconstruire. » (Ch. Dejours – 1995 – le travail humain – tome 58), il en découle que la visée du médecin du travail est une visée d'aide à la protection, au maintien ou à la construction de la santé du sujet au travail.

Pour cela le médecin dispose de divers outils d'évaluation : données scientifiques, données environnementales, données biologiques et cliniques, etc. L'accumulation de ces données apporte une connaissance et un savoir expert qui autorise le médecin à tenir sa fonction de veille sanitaire, voire d'alerte. C'est au nom de l'exigence de santé définie par le Code de

déontologie et par le Code du travail, mais aussi au nom d'un principe moral et éthique, que le médecin du travail se doit d'informer le décideur sur l'existence d'un risque pour la santé connu ou suspecté.

Un risque connu mobilise l'action préventive. Un risque suspecté introduit la notion de principe de précaution qui peut mobiliser aussi l'action préventive à priori ou bien l'abstention.

Dans les deux cas, le médecin du travail précède la question de l'employeur sur la protection sanitaire. Le médecin du travail dépasse la fonction d'expert.

Il s'agit ensuite de bien différencier les fonctions de gestion des risques qui relèvent de la responsabilité du décideur des fonctions de veille sanitaire et d'alerte qui incombent au médecin du travail.

Le décideur gère les risques professionnels au nom du principe de responsabilité. Un risque suspecté donc annoncé comme incertain ne soustrait pas au principe de responsabilité. Il introduit un niveau supplémentaire dans la protection car il signifie qu'en l'absence d'une certitude scientifique « il faut faire comme si ». En fait, le principe de précaution est un pari jouant gagnante la probabilité la plus défavorable.

Le principe de précaution oriente le responsable d'entreprise dans son processus de décision.

L'action du médecin du travail est l'information (d'ailleurs bien définie dans l'article R 241-41 du Code du travail : « *le médecin du travail est le conseiller du chef d'entreprise...* »), celle de l'employeur est la décision du niveau de risque accepté et endossé ou refusé après prise en considération des éclairages apportés par le médecin du travail.

Exemples :

- Cas de la décision du refus d'importation de viande de bœuf britannique. Les scientifiques ne peuvent affirmer que la viande importée ne sera pas exempte de potentialités de transmission de la maladie de Creutzfeld-Jacob. Au nom du principe de précaution, le Premier ministre refuse de faire courir le risque de contamination de certains consommateurs car le risque n'est pas nul.

- Cas d'un médecin du travail confronté à l'utilisation de multiples substances chimiques achetées en supermarchés et pour lesquelles les compositions sont impossibles à obtenir. Devant l'incertitude du risque sanitaire encouru, le médecin conseille la mise en place de ventilations, d'aspirations et de travail en vase clos au nom du principe de précaution.

Pourquoi en arrive-t-on, en médecine du travail, à s'interroger sur cette notion de « principe de précaution » comme s'il s'agissait d'une nouveauté?

Sans doute pour plusieurs raisons.

- Parce qu'il y a confusion dans les rôles et les responsabilités de chacun. Comme cela a été dit plus haut, l'employeur décide. Cependant, s'il n'a pas eu accès à la connaissance d'une possible nuisance pour la santé de certains processus qu'il gère et dont il assume la responsabilité, il est bien sûr dans l'incapacité d'y apporter la moindre transformation. On peut alors affirmer, qu'au nom de principe de précaution, le médecin du travail a failli à sa mission et, donc a commis une faute professionnelle.

Pour le médecin du travail le devoir d'information à visée de transformation est obligatoire, mais la transformation ne relève pas de la responsabilité du médecin.

- L'article 40 du Code de déontologie est ambigu :
« *Le médecin doit s'interdire dans... les interventions qu'il pratique... de faire courir au patient un risque injustifié* ».

Question : un risque, au sens de probabilité de survenue d'un événement délétère, peut-il jamais être justifié lorsqu'on est justement médecin « au service de l'individu et de la collectivité » (article 2 du Code de déontologie). N'existe-t-il pas, en amont de l'action du médecin, une visée éthique supérieure au Code de déontologie ? En d'autres termes, si on peut admettre qu'un thérapeute ait à choisir entre plusieurs alternatives thérapeutiques face à une pathologie vitale l'obligeant, par son jugement propre, à choisir la moins « coûteuse » au nom de la sauvegarde de la vie d'autrui, on ne peut en dire autant du médecin du travail qui ne peut se permettre de maintenir une exposition professionnelle risquée au nom d'un principe ne relevant pas de la dimension humaine (au nom d'un principe économique par exemple).

En médecine préventive, aucun risque n'est justifiable.

- L'obligation de déterminer une aptitude en médecin du travail détourne la prévention vers la caution médicale à exercer un travail, ce qui, vis-à-vis de l'employeur, atténue largement la notion de responsabilité face au risque

professionnel. Chacun connaît bien ces injonctions patronales communément émises comme celle reçue ce jour :
« *votre rôle est de vérifier l'état de santé des employés et leur aptitude à réaliser leur activité* ».

L'aptitude pollue et détourne la notion de protection sanitaire.

Pour conclure donc, le principe de précaution n'est pas nouveau. C'est en son nom que le médecin du travail doit exercer son rôle premier de veille sanitaire.

Pour le médecin du travail, le principe de précaution est de l'ordre du dire, pour l'employeur, il est de l'ordre de faire.

C'est pourquoi il est important, pour le médecin du travail d'écrire et de laisser trace de tout ce qui a été relevé, analysé et expliqué des relations et interactions entre conditions de travail, organisation du travail et santé. Cette information apportée (c'est la fiche d'entreprise) n'est, le plus souvent, jamais demandée. Elle est cependant la marque de l'ouverture à l'autre, du service à autrui dans l'objectif de la « vie bonne » pour tous. À l'inverse, la décision qui est prise par l'employeur incorpore obligatoirement une part de cette dimension morale ainsi rappelée, mais elle s'assoit prioritairement sur des contraintes marchandes, économiques et financières et sur l'appréciation du niveau de risque encouru au nom de la responsabilité endossée. Dans la décision le SOI est central, dans l'information, c'est l'AUTRE qui est central.

Fabienne Bardot

P.S : c'est pourquoi, pour moi, l'évaluation du médecin du travail est quelque chose d'insensé. Évaluer c'est mesurer. Comment mesurer ce qui ne relève pas de l'action formatrice, privilège de celui qui est détenteur du pouvoir ? Et même dans le meilleur des cas, là où le médecin est à l'origine d'une action corrective, comment mesurer ce qui n'est pas arrivé (en terme de pathologie clinique, voire infra-clinique) ?

Ne cédon pas à la standardisation de la mode de l'évaluation qui est actuellement le mobile de tous les financiers pour justifier de pratiques sociales qui font horreur.

Commençons par supprimer « l'aptitude » pour voir ce qui restera du métier puis reconstruisons ce dernier. Nous parlerons alors d'utilité sociale, de règles de métier à élaborer, de pratiques communes à définir ... pour n'agir que du côté de la prévention et de la précaution.

L'ÉVALUATION DANS LES T.P.E. : DIFFICULTÉS

L'évaluation des risques professionnels dans les très petites entreprises a pu être vécu, durant de longues années, comme une épreuve difficile, délicate voire insurmontable par un certain nombre de médecins du travail. De multiples facteurs, souvent associés, peuvent éclairer les réticences à affronter cette partie du métier.

Le souci prioritaire de la détermination de l'aptitude qui envahissait la totalité de l'objectif professionnel. Cette pratique obligeait, du fait, à avoir un comportement de sélection. Il s'agissait, les risques étant connus à l'avance, de rechercher les sujets atteints de symptômes ou de pathologies professionnelles. Il fallait donc « dépister » les malades pour les soustraire au risque. Évidemment, aucun objectif de prévention primaire donc de transformation des situations de travail n'était recherché.

Le travail solitaire en interne (pas de structures sociales organisées) et en externe (peu de coopérations formelles et informelles entre médecin, aucune aide technique de métrologue ou d'infirmière...).

L'absence de formation à l'analyse du travail, à l'ergonomie, au décodage toxicologique, etc.

Le rôle de « conseiller de l'employeur » faisant exceptionnellement l'objet d'une demande de ce dernier. Oser se prétendre comme tel, surtout lorsqu'il s'agit d'un médecin-femme, est un acte de courage. Nous avons toutes connu des silences ou des remarques méprisantes du genre : « *Il est normal que le travail soit pénible* », ou bien aussi : « *De quoi se plaignent-ils ! ils ont déjà de la chance d'avoir du travail !* ».

L'absence de savoir-faire : comment évaluer et qu'évaluer ?

Donc, diverses notions, sans doute un peu floues telles que : évaluer, gérer, prévenir, responsabilité, précaution, transformation... ont entraîné des résistances fortes... Le retournement sur l'aptitude a été, sans doute souvent, une fuite élégante, facile et surtout légale !

Personnellement, je me suis emparée de la fiche d'entreprise pour essayer d'évaluer les risques professionnels du seul point de vue de la santé au travail. Les documents suivants sont censés démontrer une certaine progression dans ma démarche (qui est néanmoins, encore actuellement loin d'être correcte).

Mars 1995

Le 10 mars 1995, j'ai visité votre atelier afin d'évaluer les conditions d'hygiène et de travail de vos salariés. Je me permets de vous faire part de mes constatations quant à l'état de vos installations :

En premier lieu, j'ai été fort surprise d'être accueillie par un chien plutôt hargneux. J'ai échappé de peu à la morsure ; heureusement, je n'étais pas une cliente, auquel cas je m'en serais retournée à vive allure ! (ce fait peut être intéressant pour vous, pour gérer votre réception « client »).

En second lieu, il est tout à fait surprenant, lorsqu'on circule dans l'atelier, d'être obligé de regarder le sol pour ne pas marcher dans les excréments ou dans les traces d'urine du chien. Cet animal qui semble être le chien de garde devrait être tenu dans un local extérieur aux lieux de travail.

En ce qui concerne les machines à bois, je pense que les aspirations, telles qu'elles sont conçues sont rendues partiellement inefficaces par un manque de puissance du à l'inexistence de clapet obturateur à l'origine des manchons d'aspiration lors de la mise en route d'une machine. Je vous rappelle que l'exposition prolongée aux poussières de bois peut favoriser la survenue du cancer de l'ethmoïde. (ci-joint le texte que nous remettons à tous les salariés exposés). Pour cette raison, vos salariés sont classés en surveillance médicale particulière.

L'exposition au bruit fera l'objet d'une surveillance audiométrique régulière.

L'industrie du bois est une industrie salissante (poussières) et dangereuse. Aussi, il serait souhaitable d'équiper les salariés de tenues de travail (cottes ou pantalons et vestes) ainsi que de chaussures de sécurité. Un rappel de la réglementation :

√ 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. », m'autorise à appuyer cette demande.

Les locaux de détente (pseudo-réfectoire) et d'hygiène (toilettes, lavabos), sont tellement sales qu'il est difficile d'imaginer que vos salariés puissent les utiliser.

La trousse de secours est dans le même état (et particulièrement difficile à atteindre car située au fond d'une pièce dont le sol est encombré d'objets non identifiables divers). Un entretien régulier par une personne compétente dans ce domaine ne serait sans doute pas un luxe.

L'image de votre entreprise serait à améliorer, et, même si, comme vous me l'avez affirmé en me quittant « en venant le vendredi après-midi à partir de 16 h., tout est propre : on mangerait par terre ! », permettez-moi d'en douter un peu.

Ce document est votre fiche d'entreprise et doit être tenu à disposition de la CRAM, du médecin inspecteur du travail et de l'inspecteur du travail.

Fin 1999

Veillez trouver ci-joint le rapport de Monsieur Bruno Aubailly, technicien en mesures physiques au CIHL, qui a procédé à une estimation du niveau sonore dans votre établissement, le mercredi 22 septembre 1999.

Comme vous pouvez le constater, les postes des machines à commande numérique TC 31 A et FJV-20 atteignent un niveau sonore supérieur à 85 dBA. Le niveau de tour HBX 300 est estimé à 83 dBA.

Je me permets de vous rappeler que la réglementation concernant la nuisance sonore au travail (décret du 21 avril 1988) classe les salariés dont l'exposition sonore quotidienne dépasse le niveau de 85 dBA en surveillance médicale particulière. Le risque est alors la survenue progressive d'une surdité qui peut être, à terme, reconnue comme maladie professionnelle lorsque la perte auditive atteint des niveaux invalidants. La surdité professionnelle correspond au tableau n° 42 des maladies professionnelles.

L'obligation qui vous incombe est de réduire le plus possible le niveau sonore émis lors de l'activité de travail et de proposer des protections individuelles. Ces protections peuvent être des casques antibruit, des bouchons jetables ou à entretenir ou des bouchons moulés. La meilleure solution est évidemment la réduction du bruit à sa source car le port de protections individuelles est très souvent considéré comme une contrainte. Cette contrainte peut être de l'ordre du confort mais aussi de la perturbation du contrôle sensible de l'activité du travail. Par exemple, dans leur activité, il est bien connu que les opérateurs ne se contentent pas d'appliquer des règles prescrites de modalités de fabrication, mais qu'ils font participer le corps entier à la technique par l'intermédiaire de la vue, du toucher et de l'ouïe. Des

protections individuelles modifient parfois tellement le vécu du travail qu'elles ne peuvent être portées. La réduction du bruit, dans ce cas, en passe donc par une intervention à la source.

À ce sujet, Monsieur Aubailly m'a fait remarquer que la pression d'utilisation des soufflettes était de 3,5 bars (alors que le maximum recommandé par la CRAM est de 3 bars). Il a aussi noté que les soufflettes utilisées n'avaient pas le meilleur jet directionnel ce qui, sans doute, oblige les opérateurs à augmenter la durée de soufflage pour retirer les copeaux dans les petits orifices. Il est vrai, a-t-il aussi remarqué, que vos soufflettes semblent très efficaces pour le nettoyage des supports des pièces dont la surface est évidemment plus grande et plane.

Peut-être serait-il judicieux pour vous d'essayer un outil de soufflage à jet plus directionnel. Il serait alors intéressant de noter dans quelle proportion la nuisance sonore est atténuée.

Je joins donc à ce dossier des renseignements sur différents embouts de soufflettes que Monsieur Aubailly a sélectionné.

Ce document est à considérer comme étant votre fiche d'entreprise et comme tel, doit être tenu à disposition du médecin inspecteur du travail et du contrôleur de la CRAM.

Janvier 2000

Je vous remercie de m'avoir fait parvenir la fiche de données de sécurité du solvant appelé FORANE. Il s'agit d'un hydrocarbure halogéné de la classe des chlorofluorocarbones. Il est très rapidement et très facilement absorbé par voie respiratoire. L'inhalation de fortes concentrations peut provoquer un coma avec arrêt cardiorespiratoire mortel. À des doses d'exposition moins élevées, on peut noter un effet anesthésique et des troubles de la pression artérielle. Lorsque ce solvant est utilisé, l'interdiction de fumer doit être stricte. Toute source de chaleur doit aussi être interdite à proximité puisqu'il y a un risque de production d'un gaz toxique, le phosgène, dont l'action retardée est à l'origine de brûlures tissulaires à l'acide chlorhydrique (action qui ne peut plus être maîtrisée). Des procédures de protection par système d'aspirations et d'évacuation des gaz doivent donc être mises en place.

Par ce courrier, je me permets à nouveau de vous rappeler les rôles et responsabilités des différents acteurs dans le domaine des nuisances professionnelles.

Le chef d'établissement endosse la responsabilité de l'évaluation et de la gestion des risques professionnels : article L 230-2 du Code du travail : « 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... Sur la base des principes généraux de prévention suivants :

- éviter les risques,
- évaluer les risques qui ne peuvent être évités,
- combattre les risques à la source... »

Il est évident que pour procéder à une évaluation correcte des

L'évaluation des risques professionnels

risques professionnels, il est nécessaire de s'appuyer sur certaines connaissances d'ordre scientifique voire médical et sur une connaissance assez précise des procès de travail.

Toutes ces données : nature des produits utilisés et leurs fiches de données de sécurité, durée d'utilisation, quantités annuelles achetées, conditions physiques des procédures... devraient être fournies au médecin, qui, en tant que conseiller de l'employeur (article R 241-41 du Code du travail : « le médecin du travail est le conseiller du chef d'entreprise. »), est, de droit, autorisé à assister ce dernier dans son devoir d'évaluation des risques. En effet, pour cela, le médecin dispose de divers outils : données scientifiques, données environnementales par la voie de la technique de la métrologie, données biologiques et données cliniques. La synthèse de ces données apporte une connaissance et un savoir expert qui autorise le médecin à tenir son rôle de veille sanitaire, voire d'alerte auprès de l'employeur ce qui renforce son rôle d'aide à l'évaluation des risques professionnels.

Au total, donc, on peut dire que la fonction du médecin du travail est l'information et celle de l'employeur est la décision au niveau du risque accepté et endossé ou refusé après prise en considération des éclairages apportés par le médecin du travail.

Mais, pour que ce système fonctionne harmonieusement, encore faut-il que le médecin du travail dispose des éléments lui permettant cette analyse.

Or, il ne me paraît pas satisfaisant de n'avoir aucune information globale sur les nuisances en général de votre entreprise et d'être obligée d'aller à la recherche des documents concernant de nouveaux produits ou techniques au fur et à mesure qu'ils me sont décrits dans le cadre des consultations médicales.

Cependant, il est vrai que je ne vous avais jamais formulé la demande dans ces termes et que vous m'avez toujours fait parvenir les documents réclamés.

Par souci de cohérence et d'efficacité, j'aimerais donc que vous me fassiez connaître le récapitulatif des risques professionnels de votre entreprise, qu'il s'agisse des nuisances physiques ou chimiques.

Ce document est partie intégrante de votre fiche d'entreprise.

Février 2000

Après avoir rencontré quelques-uns de vos salariés en entretien médical dans le cadre d'une surveillance santé-travail, en principe, systématique, j'ai pris connaissance de leurs lieux et situations de travail le 4 février 2000.

L'objectif de la médecine du travail est « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (article L 241-2 du Code du travail). La consultation médicale, grâce à un rapport de confiance, grâce à une volonté de compréhension de ce qui est investi dans le travail et grâce à l'examen clinique, permet au médecin du travail d'évaluer l'apport positif ou négatif de l'activité du sujet sur la construction de sa santé. Le regard porté,

dans la réalité, sur le déroulement des opérations professionnelles étoffe les connaissances du médecin sur les nuisances qu'il suspecte ou, au contraire, cela lui permet de relativiser certaines représentations qu'il pouvait en avoir. Au total, il établit ainsi une sorte de diagnostic dans le domaine de la santé au travail.

En droit français, dans ce qui est relatif aux risques professionnels, l'employeur assume la responsabilité de l'évaluation et de la gestion de ces derniers. Cette responsabilité est d'ailleurs inscrite dans le Code du travail et y est érigée en principe :

√ article L 230-4 : « ...le principe de la responsabilité des employeurs ou chefs d'établissement »,

√ article L 230-2 : « 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 (...) le chef d'établissement doit (...) évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs... ».

Le médecin du travail est désigné comme étant le conseiller du chef d'entreprise (article R 241-41 du Code du travail). C'est à ce titre que je me permets de vous présenter la synthèse de mon analyse des risques professionnels de votre entreprise. Je commencerai par définir la notion de « risque pour la santé » comme étant la probabilité de survenue d'un effet pathogène, qu'il s'agisse d'un symptôme isolé ou d'une maladie avérée. L'estimation de cette probabilité doit tenir compte de la nuisance qui est la caractéristique propre, connue, mais parfois inconnue, du produit ou du procédé utilisé et de la dose d'exposition. L'exposition étant la rencontre de l'individu avec le danger, la dose d'exposition est donc dépendante de la durée, de l'intensité de l'exposition et des conditions d'utilisation (avec ou sans protections individuelles, dans le froid ou à température correcte, etc).

Voici donc ce que j'ai repéré dans votre entreprise et qui devrait, au fur et à mesure de l'évolution des installations, régulièrement se transformer.

Les salariés travaillent dans le froid (température en dessous de 0°C durant la semaine 4). Le froid engourdit les muscles et ralentit les temps de réponse à toute sollicitation quelle qu'elle soit. Une grande énergie est nécessaire pour lutter contre ce froid, ce qui accroît la fatigabilité de l'individu. Il faut savoir que l'article R 232-6 du Code du travail prescrit que « les locaux fermés affectés au travail doivent être chauffés pendant la saison froide ».

Le travail sur le sol mouillé et boueux augmente le risque de chutes.

Le travail sur chaîne oblige à des gestes répétés en station debout prolongée avec piétinement. Des atteintes musculo-squelettiques peuvent bien sûr faire leur apparition. Cette probabilité est majorée par le froid qui impose aussi des contractions musculaires de lutte. Cependant, j'ai noté que, bien qu'un rendement quotidien soit demandé, aucun rythme de travail n'est imposé ; j'ai même constaté que le rythme d'emballage des pro-

duits est souvent ralenti par des interventions imprévues telles que : sectionner une tige mal positionnée ou gênante, ou bien manipuler plusieurs tiges afin de découvrir celle qui retiendra le mieux la bague d'accrochage d'une étiquette. Les opérateurs ne sont donc pas dépendants de la chaîne et disposent de marges de manœuvre temporelles apparemment suffisantes pour effectuer un travail de bonne qualité.

J'ai observé de nombreux doigts bardés de sparadraps car blessés par des épines de rosiers. Bien sûr, les opératrices concernées travaillent sans gants de protection. Il semble bien qu'il s'agisse là de postes de travail très particuliers exigeant une grande dextérité et une habileté des doigts mobilisant fortement la sensibilité tactile ; il s'agit, par exemple, de décoller les deux bords d'un sac en polyéthylène en les frottant entre le pouce et l'index pour l'ouvrir ; il s'agit, par exemple aussi, de saisir un tout petit rameau pour y enrouler une ficelle semi-rigide qui sera tordue pour se transformer en anneau, etc. Les gants mis à disposition sont beaucoup trop épais et rigides pour effectuer ces opérations. Des gants plus souples mais résistants seraient à rechercher (par exemple gants E N 388 de Comasec). Les pointes des épines ainsi que le terreau utilisé en grande quantité peuvent être porteurs du bacille du tétanos qui est un bacille anaérobie. Il pénètre dans l'organisme par des plaies minimes et banales. Le tétanos peut être reconnu comme maladie professionnelle au titre du tableau n°7 de la classification du Régime général. La seule prévention efficace est la vaccination. La consultation médicale est évidemment le moment privilégié pour contrôler la situation vaccinale et pour demander sa mise à jour en cas de nécessité. C'est la raison pour laquelle je demande aux salariés de se présenter avec carnets et cartes de vaccination. Évidemment, la survenue d'une telle maladie pourrait, par la voie de la Commission Régionale de Reconnaissance des Maladies Professionnelles, être imputée à l'activité exercée dans votre établissement.

Si la plomberie et l'électricité ont été refaits dans tous les locaux sociaux, il reste néanmoins à les rendre propres et accueillants par des finitions de peinture et par un entretien peut-être plus rapproché.

Au cours de notre entretien, j'ai bien noté que vous programmez un certain nombre de transformations :

- augmentation de la surface de travail permettant un regroupement, sur un même site, de toutes les activités ;
- remaniement du sol pour créer des « rigoles » récupérant l'eau actuellement stagnante et non évacuée ;
- mise en place d'un tunnel chauffé où seraient installées les chaînes de préparation ;
- prolongation du programme de remise en état des locaux sanitaires (vestiaires, toilettes, douches et réfectoire) afin que propreté et bonne hygiène y soient garanties.

En dernier lieu, j'insiste sur la nécessité de posséder une trousse à pharmacie pour effectuer, au minimum, les petits soins de désinfection des nombreuses blessures qui se produisent quotidiennement. Cette trousse sera placée dans un endroit parfaitement propre, à proximité d'un point d'eau afin que la personne intervenante puisse se laver les mains avant chaque intervention. Vous trouverez jointe une liste de produits recommandés pour constituer cette trousse de soins sur laquelle j'ai souligné les produits qui doivent être obligatoirement réapprovisionnés.

Ce document représente votre fiche d'entreprise. Il s'agit d'un document réglementaire (article R 241-41-3) du Code du travail qui peut vous être réclamé par l'inspecteur du travail, le médecin inspecteur du travail et le contrôleur de la CRAM.

Conclusions

Et les résultats de tout cela, la transformation ?
C'est une autre histoire.

Fabienne Bardot

DES RÈGLES DE MÉTIER

Que peut-on entendre par règles de métier pour notre exercice de médecin du travail, un exercice qui touche à l'humain et à ce qu'il a de plus précieux: la santé, mais aussi le sentiment de soi, de dignité, d'être reconnu parmi les autres par son métier, son savoir-faire et son savoir-être ?

J'appellerai règles : des « devoirs », devoirs dans le sens, non d'obligation, mais de « ce qu'on doit à l'autre » ; j'en ai choisi trois, mais sans doute y en a-t-il d'autres : **respect, efficacité, restitution**. Je vais, maintenant, aborder successivement ces trois aspects.

LE DEVOIR DE RESPECT

Avoir comme règle celle de respecter les personnes avec qui nous travaillons, quoi de plus consensuel, de plus évident, de plus partagé par notre profession ? Y a-t-il quoique ce soit de particulier à dire sur ce sujet ? Je vous propose d'aller revisiter l'activité du médecin du travail en chaussant les lunettes du droit au respect des personnes, question de découvrir ce qu'on y voit.

LES ACTIVITÉS CLINIQUES LES VISITES MÉDICALES OBLIGATOIRES

CARACTÉRISTIQUES

L'activité clinique du médecin du travail se compose en grande partie de visites médicales imposées par la réglementation tant à l'employeur qu'au salarié : visites d'embauche, périodiques et de reprise. Pour le salarié qui s'y rend, cette visite se place dans un contexte où il n'a ni le choix du médecin, ni celui du moment, ni celui du sujet à aborder, ni celui du lieu où cela se fait. Il s'agit là d'un contexte contraignant susceptible de placer le salarié d'emblée dans une position de subordination, vécue d'autant plus fortement que dans son environnement de vie, le droit au choix est avancé constamment comme une valeur fondatrice de la médecine dite libérale, et qui, à tort ou à raison, pose ces possibilités de choix comme éléments clés, dans notre société actuelle, du respect de la volonté des individus. C'est donc dans un cadre *a priori* défavorable que va se dérouler la visite médicale.

LE DÉSHABILLAGE

Devant un médecin imposé, et que parfois il ne connaît même pas, nous allons demander au salarié de se déshabiller physiquement et psychologiquement et ce, au nom d'un principe d'efficacité quand au but de notre activité (améliorer ses conditions de travail). Bien plus, le salarié, reconnu par les siens de par sa place dans l'entreprise et son métier, se voit, en entrant dans le cabinet médical, dépourvu de cette aura et ce, devant

un personnage investi d'un pouvoir absolu puisqu'il peut l'exclusion de la communauté de travail, au nom de sa santé (ou de celle des autres), sans qu'il n'y ait même aucune possibilité réelle de recours ou de lutte (puisque cette exclusion éventuelle s'impose même à l'employeur). Où voit-on, dans notre société basée sur le droit des individus, un tel état de fait ?

Nous reviendrons plus loin sur ce qui touche ici à la décision d'aptitude, mais restons conscients de ce que le salarié ayant dû se dépouiller de tout pouvoir, avant d'entrer dans le cabinet de consultation, est en situation de fragilité, ce qui crée chez nous une obligation extrême de respect et d'écoute de la personne avec qui nous allons échanger.

Or, qu'en est-il de cette écoute à laquelle, d'ailleurs, nous tenons tant ?

L'ÉCOUTE

S'il est une profession où la valeur de l'écoute est reconnue par tous, c'est bien celle de soignant, mais s'il en est une où cela manque cruellement, c'est bien aussi celle-là. Certains d'entre vous ont sans doute eu déjà le privilège de fréquenter un hôpital pour vous-même ou un de vos proches, ou une consultation surchargée, pour vous rendre compte que, dans une situation de stress où justement le besoin d'écoute est majoré, bien peu de temps est laissé à la parole et à l'échange. En médecine du travail, le sabotage de l'écoute est carrément inscrit dans l'organisation même des visites médicales.

Les visites sont programmées le plus souvent toutes les quinze minutes ; j'ai même vu dix minutes... et même une fois, cinq minutes dans une Cotorep !! Que peut-on dire de son intimité, de ses peurs, mais aussi de son savoir et des plaisirs que l'on tire de la vie avec les autres, lorsqu'on ne dispose que de quelques minutes par an pour le faire, sachant qu'en quinze minutes il n'y a pas que le temps de la parole mais aussi celui de l'examen, des conseils, de la rédaction de l'avis avec son explication, etc. On peut le dire, le temps nécessaire à la visite médicale faite dans le respect des individus n'est pas fixé par le médecin, en fonction de celui dont il estime devoir disposer, mais est fixé par la direction du service médical pour des raisons de mise en conformité avec la réglementation : passage de tous les salariés dans l'année quelles qu'en soient les conditions et les conséquences.

Que devient l'écoute dans ce contexte sinon un entretien dirigé, limité à des questions fixées au préalable, dont il s'agit de ne pas trop s'écarter car le temps s'écoule vite et la décision d'aptitude doit être prise et donc étayée par les données recueillies. Le médecin ne peut même pas échapper à cet avis



Ce texte a fait l'objet d'une communication à la réunion de la Société de Médecine du Travail du Val de Loire, le 31 mars 2000

puisqu'il est, ici obligatoire. Quand à reconvoquer le salarié pour un entretien plus prolongé, cela comporte de multiples difficultés dans un service inter-entreprise, et n'est de toutes façons possible que si cela se fait pour peu de monde.

Quelle règle adopter si, placés dans une situation d'infaisabilité, nous considérons néanmoins que le temps d'une écoute correcte est le minimum du respect de la personne que nous recevons, et qu'il s'agit là d'une obligation déontologique ?

1^{ère} règle : le temps de consultation nécessaire à une écoute en corrélation avec le droit à l'expression du salarié prime sur l'obligation de voir l'ensemble des effectifs sur l'année.

L'EXAMEN MÉDICAL

Sa fonction est centrée sur le dépistage, celui de maladies consécutives au travail ou non comme celui de handicaps susceptibles de limiter les capacités du salarié à occuper son poste de travail. Sensée représenter un « plus » pour la santé des salariés, cette activité est peu contestée dans sa nécessité, mais plutôt dans les moyens qui lui sont donnés comme dans les résultats qu'elle produit.

On peut cependant se poser une question qui, quasi absente du débat en médecine du travail, est par contre très présente en médecine thérapeutique, comme en santé publique : « Qu'est-ce qu'un dépistage imposé ? Quel équilibre entre nécessité de santé et droit des personnes ? »

Ces questions ont été très débattues pour le dépistage du Sida, pour celui des cancers ; dans le premier cas il s'agissait de protéger les tiers, dans le second la personne même. Ce débat a été mené dans la société, dans la presse et, je crois, même au Parlement, pour le sida. La société a, jusqu'à présent et en France, tranché pour le droit des personnes et pour le dépistage volontaire et non imposé. Les examens de dépistage obligatoires et de masse, ceux prescrits à l'occasion d'une grossesse, sont motivés par le souci de protection de l'enfant et non celui de la mère, sensée être adulte et donc capable de choisir ce qui est nécessaire à sa santé.

En médecine du travail, curieusement, pas de problème, pas de débat, alors même que cette imposition du dépistage est associée à une menace sur l'emploi et donc devrait faire encore plus l'objet de questionnement.

Du point de vue du médecin, l'examen médical est source d'information permettant une bonne connaissance des liens état de santé et conditions de travail la mise en place d'une protection individuelle, comme collective et, en cas d'anomalie dépistée, une thérapeutique précoce et une juste réparation. C'est donc tout bénéfice.

Mais qu'en est-il du point de vue du salarié ?

- un risque d'entrer sain et de sortir malade du cabinet médical ? Le salarié ne vient-il pas chercher un certificat de bonne santé, plutôt qu'un dépistage de maladie qu'il n'a pas demandé ?

- un risque d'entrer travailleur et de sortir exclus de la collectivité de travail ?

- une absence quasi totale de prise sur la réalité et une position d'infantilisation où ses capacités professionnelles, valeur fondamentale comme reconnaissance dans le milieu de travail, sont ici de bien peu de poids. Que pèsent trente ans d'exercice de la maçonnerie devant une rupture de coiffe des rotateurs et ses conséquences ?

Il faut avoir conscience du poids énorme de ce qu'on peut appeler le pouvoir médical sur le droit au choix du salarié au nom d'un principe d'efficacité qui, inversement s'effondre devant l'employeur, malgré ce même principe.

Cette situation de pouvoir m'amène à poser d'autres questions :

- Comment un salarié peut-il ressentir le droit d'un professionnel imposé à fouiller son intimité psychique et physique, à le déshabiller, à le toucher, et ce, quelque soit son âge, son sexe, sa sensibilité psychologique ? Ne s'agit-il pas là d'une sorte de viol, non pas dans le sens de celui relevable des Assises, mais dans celui de violence faite aux individus et à leur corps.

Encore plus quand, à tort ou à raison, ce médecin est contesté voire rejeté ou suspect de connivence avec l'employeur ? Et même pas de possibilité d'en obtenir le changement même demandé collectivement !! En effet, seul l'employeur peut initier une demande de licenciement. On est dans un système contradictoire où un médecin ne peut communiquer des informations de santé à un autre médecin que sur l'accord du salarié, mais où ce médecin peut lui être imposé ! Alors peut-on proposer une règle qui fasse que cet examen médical soit librement consenti et vécu comme une aide et non une contrainte ?

Voici quelques pistes :

- **Toujours privilégier le droit au choix des individus et les considérer en adultes, tout en leur donnant les informations nécessaires à l'exercice de ce choix. Ne réserver l'imposé qu'à des catégories bien définies, motivées, et faisant l'objet d'un consensus social.**
- **Si, dans certains cas le principe d'efficacité doit primer, se battre pour qu'il en soit tiré toutes les conséquences pour l'employeur et non pour le seul salarié.**
- **Restituer aux salariés les informations tirées de ces dépistages, que l'entreprise ait un CHSCT ou pas.**

L'APTITUDE

L'avis d'aptitude, rendu obligatoire par la réglementation, s'appuie sur deux principes : celui de précaution et celui de responsabilité.

Nous avons déjà abordé le principe de précaution dans le paragraphe précédent et rappelé qu'il devrait s'exercer vis-à-vis de celui qui exerce le droit de décision, à savoir l'employeur.

Qu'en est-il de celui de responsabilité ? Quand le médecin est amené à prendre une décision d'aptitude, et qu'il est hésitant car il voit bien que le salarié va y perdre quelque chose, même s'il y gagne par ailleurs, il en vient à se poser cette question: si je laisse le salarié à son poste alors que je sais qu'il court un danger, serais-je responsable de ce qui pourrait lui arriver ? (Et je ne parle pas qu'en terme de responsabilité civile, mais aussi en terme de conscience). On voit là une situation où le médecin endosse la responsabilité en lieu et place du salarié. C'est moi, médecin, qui vais balancer ma décision entre nécessité de santé et besoin d'emploi. Le salarié est dépouillé de cette faculté ; il est minoré et considéré comme inapte à choisir pour lui-même. La responsabilité du médecin est couplée avec l'irresponsabilité du salarié. Si l'on en revient à la règle du respect que nous avons énoncée, qu'en est-il quand nous agissons dans un cadre qui viole ce respect ?

Peut-être faudrait-il aller vers une autre règle : considérer l'autre en adulte responsable, avoir un devoir de conseil et d'information, pas un devoir de décision ; et puis qu'on n'est pas, actuellement, dans un cadre qui le permette, avoir chaque fois que c'est possible, la démarche de laisser la décision au salarié.

L'ACTIVITÉ TIERS-TEMPS

RECONNAISSANCE DES COMPÉTENCES

Quand nous, médecins, pénétrons dans les ateliers ou les bureaux, nous entrons dans le champs des compétences de l'autre. Nous sommes parfois dans nos petits souliers, surtout quand nous ne sommes pas encore connus. Certains hésitent devant cet état de fait, voire reculent et retournent s'enfermer dans leur cabinet médical ; d'autres s'aventurent dans cet univers étranger en s'armant de technicité et d'appareillages. La position du médecin, celle qu'il pense être la bonne, et confortée par celle que les autres attendent de lui, c'est celle de conseiller (ici sur les améliorations à apporter aux conditions de travail), et, pour conseiller, il faut avoir préalablement acquis un savoir qui n'est pas que médical mais qui touche également à la technique et aux métiers. Ce n'est pas simple de convaincre un professionnel de la menuiserie que sa façon de travailler doit être modifiée, quand on n'est pas menuisier soi-même et donc pas reconnu à priori comme qualifié.

Que faisons-nous alors : nous tentons d'expliquer, d'informer, de motiver les salariés et les employeurs. Nous passons outre les compétences de nos interlocuteurs si nous ne commençons pas par les regarder, les écouter, par étudier avec eux leur travail réel et les données qu'ils ont à prendre en compte, déterminer avec eux si et comment il est possible d'intégrer nos conseils dans leur savoir-faire. Il faut dire que rien ne favorise cette démarche: l'entreprise est souvent le lieu d'une séparation entre savoirs et exécution, où l'on parle plus de consignes (concept de hiérarchie), que d'attitudes de sécurité (concept de métier). Observer et échanger prend beaucoup de temps, temps qui manque cruellement dans les servi-

ces inter-entreprises et même dans certains services autonomes. Or, la faiblesse du temps consacré à la présence du médecin sur les lieux de travail ne suffit plus à assurer les conditions d'une écoute et d'un partage. Qu'en est-il alors du point de vue qui nous préoccupe ici, le devoir de respect ?

RESPECTER, C'EST PARTAGER, C'EST FAIRE AVEC ET NON POUR, C'EST, DE NOUVEAU, CONSIDÉRER L'AUTRE NON COMME OBJET DE PRÉOCCUPATION, MAIS EN ADULTE ET EN SUJET

Et pour nous, médecins, partager c'est échanger nos savoirs, nos avis, nos informations; chacun donne à l'autre les outils nécessaires à un travail de qualité. Pour ce faire, nous demandons au salarié de nous décrire son travail, les problèmes qu'il rencontre, l'environnement dans lequel il évolue et ce, pour nous permettre de saisir la réalité du travail et des risques qu'il génère, condition préalable à l'élaboration de conseils de prévention et à l'orientation du dépistage.

En bref, nous considérons que le transfert d'informations du salarié vers le médecin est un préalable indispensable à une action de prévention efficace.

Curieusement la réciproque n'est pas toujours considérée de façon aussi indispensable. Prenons un exemple connu de tous : la fiche d'entreprise. De quoi s'agit-il ? D'un recueil d'observations sur les risques professionnels vus par le médecin et de conseils en prévention pour y faire face. C'est un outil d'information remis à l'employeur et communiqué aux CHSCT ou aux DP. De cet outil, les salariés, du moins ceux en charge des problèmes d'hygiène sécurité, ont besoin pour diriger leur action sur les champs des conditions de travail.

Mais qu'entend-on dans les services médicaux :

- pas le temps de remplir des fiches d'entreprise ;
- la fiche d'entreprise ne sert à rien ;
- le modèle de la fiche est inadapté ;
- la fiche est chez l'employeur, mais je ne sais si elle a été consultée par les salariés.

Et on s'arrête à ces constats. Rarement considère-t-on que l'absence de cette fiche et de sa mise à jour est un facteur de désresponsabilisation des salariés sur leur conditions de travail. Rarement considère-t-on que la non rédaction et communication de la fiche d'entreprise est une marque de non respect.

On pourrait en dire de même quand il n'y a pas de restitution collective des informations et observations recueillies au cabinet médical, quand les problèmes ne sont vécus que dans l'individualité et dans le secret de la consultation, alors que toute action en prévention qui se veut avoir un impact réel doit se fonder sur une prise de conscience collective de ce qu'induisent les conditions de travail, et sur une mobilisation collective des partenaires au sein de l'entreprise, soit au sein de leurs institutions (CHSCT), soit par d'autres voies.

Nous pouvons alors proposer une nouvelle règle : il existe un devoir de restitution des informations que nous collectons et ce devoir doit s'imposer à nous quel que soit le

contexte de notre travail. C'est une question de respect envers les capacités des salariés à agir pour l'amélioration de leurs conditions de travail. Pour ce faire, nous ne devrions plus balancer entre temps médical et tiers temps, même en période de pénurie. Les deux sont indispensables, non parce qu'ils sont obligatoires, mais parce qu'ils sont dûs à nos interlocuteurs. C'est peut-être dans ce cadre de réflexion qu'il faut aborder la problématique de la visite tous les ans, avec son cortège de pressions au bouclage des effectifs et de multiplications des visites d'embauche qui poussent, de l'avis même des médecins à une activité d'abattage et de sélection.

*RESPECTER LES AUTRES,
MAIS AUSSI SE RESPECTER SOI-MÊME*

Au cours de cette intervention je vous ai proposé de chausser les lunettes du respect et de cheminer au sein de notre médecine du travail pour l'examiner sous cet angle. Avant de les ôter, je vous propose de jeter un coup d'œil dans un miroir. Que peut-on y découvrir ? Un médecin bardé de compétences, mais exclu du champ de décision sur les changements dans l'entreprise, un médecin placé dans un lieu parfois dé-

crépi, parfois mal chauffé, parfois sans toilettes ; un médecin convoqué tous les jours chez le chef du personnel, style harcèlement moral, un médecin enterré au sous-sol d'une entreprise dans un local mal éclairé, un collectif de médecins obligé de pétitionner par écrit pour seulement obtenir un entretien avec le directeur, un médecin poussé à la porte parce qu'il a signalé une maladie professionnelle. Je n'invente rien et je ne cite pas tout ce que j'ai pu voir en dix ans d'inspection médicale, et ce, tout autant dans les services autonomes qu'entreprises.

On dit souvent, le respect de soi-même commence par celui des autres ; je rajouterai, le respect des autres commence par celui envers soi-même. Ce que nous avons dit pour les salariés, à savoir les considérer en adultes et responsables, est aussi vrai pour le médecin lui-même. Il doit se faire respecter. Étant non seulement médecin, mais spécialiste, il doit imposer des conditions de travail pour son exercice, qui respectent non seulement les conditions d'efficacité, mais d'abord de respect y compris pour lui-même. Rien n'est jamais acquis et nous devons toujours rester vigilants pour ne pas accepter de transiger sur l'existence d'un socle minimum en-dessous duquel nous devons refuser de descendre ; pourquoi ne pas appeler ce socle : les conditions minimales du respect ?

*Claude Schucht
Médecin Inspecteur du Travail
Région Languedoc - Roussillon*

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

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

Elle organise annuellement une Réunion-Congrès ainsi que des journées de réflexion sur des thèmes d'actualité en médecine du travail.

Elle assure une publication annuelle des Cahiers du SMT.

Pour les conditions d'adhésion et d'abonnement, voir pages 24 et 48

POUR SUBSTITUER À LA FICHE D'APTITUDE ACTUELLE UNE ORDONNANCE INDIVIDUELLE DE SANTÉ AU TRAVAIL

La problématique de la suppression de l'aptitude, mise en avant dans la dernière période par des courants de pensée significatifs dans le champ des intervenants en santé/travail, est fréquemment rejetée par certains médecins ou juristes qui, sans pour autant se situer dans une logique de médecine d'entreprise, craignent que cette suppression n'aboutisse à plus ou moins long terme à la suppression pure et simple de la médecine du travail elle-même. Cette crainte mérite largement d'être prise en compte. Elle traduit le fait que la notion d'aptitude est vécue comme le pilier porteur de la médecine du travail et renvoie à la relative imprécision avec laquelle on leur a répondu jusqu'à présent à la question qui les taraude :

« Que met-on à la place ? »

Cette légitime peur du vide, qu'il serait erroné de confondre systématiquement avec un conservatisme frileux, doit donc bénéficier d'une grande attention de la part des partisans de la suppression de l'aptitude qui doivent maintenant s'efforcer de construire des propositions alternatives crédibles et pertinentes.

L'affaire du carnet de santé l'a bien montré. Au-delà de ceux qui en ont explicitement interdit l'accès au médecin du travail, (pour des raisons qui, notons le au passage, montrent qu'à une échelle significative, ce praticien est vécu comme facteur d'exclusion sociale par sa possibilité d'interférer – via l'aptitude – sur la pérennité du contrat de travail), le Conseil d'État lui-même l'a clairement signifié dans ses attendus sur l'arrêt relatif au recours déposé contre cette interdiction. Pour lui, le médecin du travail n'est pas un prescripteur de soins, et c'est parce qu'il n'est pas prescripteur qu'il n'a pas accès au carnet de santé prévu pour les seuls prescripteurs. Aux yeux des sages de la haute juridiction, c'est clair, la seule prescription véritable est la prescription de soins directement remboursables par l'Assurance Maladie.

Or, une telle position mérite pour le moins discussion, à l'heure où, par exemple, la loi de financement de la Sécurité Sociale commence à introduire des modalités inédites de rémunération pour les médecins libéraux sur des actions de prévention de nature collective (éducation, sensibilisation, information dans les quartiers, les écoles, les associations). Même en se plaçant du point de vue de la Sécurité Sociale, cette position du Conseil d'État mérite qu'on s'y arrête.

Lorsque au cours de son activité de tiers temps, le médecin du travail préconise telles ou telles améliorations des conditions de travail, nombre d'entre elles sont financées partiellement par la Sécurité Sociale, grâce aux dispositifs de soutien financier dont peuvent bénéficier les entreprises (conventions d'objectif, contrats de prévention, minoration du taux d'A.T., etc.). Si l'on prend l'exemple d'une affection aussi répandue que la lombalgie, il est médicalement plus cohérent sur le moyen et le long terme de prescrire une réduction des manutentions manuelles en améliorant les conditions de travail — traitement de fond —, que de renouveler des ordonnances d'antalgiques et d'anti-inflammatoires — traitement symptomatique. Quelle est la véritable prescription thérapeutique ? Cet exemple illustre d'ailleurs parfaitement l'obsolescence de la séparation traditionnelle entre médecine de soins et médecine préventive. Lorsqu'on réduit les manutentions, on est à la fois préventif pour ceux qui sont indemnes de toute lésion et curatif pour ceux qui souffrent.

Le fait que certaines des propositions du médecin du travail ne soient pas toujours à proprement parler des améliorations (simple changement de poste par exemple), que d'autres de ces propositions s'adressent davantage au groupe qu'à l'individu (réduction du bruit à la source par exemple), ou le fait que le médecin ne soit pas seul à les mettre en œuvre (quel médecin travaille seul de nos jours ?), n'obèrent en rien une évidence à réaffirmer : le médecin du travail est bien un prescripteur dans tous les sens du terme, sauf à se limiter à une conception comptable de la santé en terme de coût assurantiel et à une appréhension de la médecine bornée à la seule pratique libérale traditionnelle : colloque singulier, paiement à l'acte, délivrance d'une ordonnance.

Ainsi posé, le problème de la prescription par le médecin du travail induit immédiatement la question du devenir de cette prescription : quelle utilisation en fait le bénéficiaire direct (le salarié), comment se déterminent par rapport à elle les différents acteurs qui peuvent avoir à la connaître ?

Lorsqu'un patient consulte un médecin traitant et qu'il quitte son cabinet avec une prescription de médicaments, d'exams complémentaires ou de soins spécialisés, cette prescription ne s'impose à lui, au pharmacien, au biologiste ou au kinésithérapeute que dans la mesure où l'intéressé souhaite l'utili-

ser, dans le temps et dans l'espace. En d'autres termes, le patient conserve la maîtrise absolue du moment, du lieu, et même de l'opportunité de la mise en route du traitement. Il est de fait considéré comme un adulte responsable de sa santé et libre de gérer sa vie comme il l'entend, même si on peut penser qu'il ne le fait pas toujours à bon escient car insuffisamment informé. En fait, l'exécution plus ou moins partielle de la prescription du médecin traitant correspond à la recherche, explicite ou non, d'un compromis entre les contraintes induites par la maladie d'une part, et les contraintes de toute nature occasionnées par le traitement d'autre part.

À la condition que la non-exécution de la prescription n'induise pas *ipso facto* la fin du contrat de travail (question évidemment décisive sur laquelle nous reviendrons), on ne voit pour quelles raisons de fond la prescription du médecin du travail devrait connaître un sort différent de la prescription des autres médecins.

Le Code du travail le rappelle souvent : le médecin est un conseiller. Or, l'aptitude n'est pas un conseil, encore moins une prescription. C'est devenu au fil des jurisprudences un concept juridique, en fait un constat, de plus en plus éloigné de la logique médicale, par essence relative parce qu'humaine.

Ainsi, muni de conseils et recommandations de toute nature, qui peuvent aller du respect par l'employeur de dispositions réglementaires, au port d'équipements de protection individuelle, en passant par des recommandations évidemment confidentielles relatives à son état de santé intrinsèque, le salarié doit disposer de toute liberté quant à la mise en œuvre de son ordonnance de santé au travail. Veut-il la produire à l'employeur afin d'amorcer avec lui une discussion/négociation sur ses conditions de travail ? Veut-il la montrer au délégué du personnel ou au délégué de CHSCT qui en fera une éventuelle utilisation dans un cadre collectif ? Veut-il s'abstenir de l'utiliser dans l'immédiat, considérant que le moment n'est pas actuellement le plus opportun, compte tenu du rapport de force dans l'entreprise ou tout simplement de ses propres préoccupations ? Veut-il la produire à l'inspecteur du travail, au service prévention de la CRAM, à tel ou tel préventeur interne ou externe à l'entreprise ?

Finalement, lors du colloque singulier que le salarié a eu avec le médecin du travail, il s'est produit un échange d'informations réciproques permettant au médecin du travail de saisir l'adéquation entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. Cette adéquation n'est rien d'autre qu'un diagnostic clinique, et ce diagnostic induit éventuellement un traitement. Ce traitement, comme tout traitement, nécessite pour être efficace l'information du « patient », sa coopération, sa compréhension. Comme tout traitement, il induit des effets secondaires sur lesquels le salarié doit être informé et que le médecin évalue avec lui en terme de risques. Qu'il s'agisse, dans ce cas précis, de risques pouvant induire de la part de l'employeur des réactions intempestives, ne change rien de fondamental dans la démarche générale du médecin du travail.

En fin d'examen, celui-ci se trouve donc dans la situation classique du médecin devant rédiger l'ordonnance visant à formaliser ses conclusions et à formuler ses prescriptions.

Comme cela devrait être le cas dans toutes les spécialités médicales, mais comme c'est particulièrement vrai en médecine du travail, il ne peut être question que cette ordonnance soit rédigée sans l'accord et l'information du « patient », sans son consentement éclairé. Outre les conseils qui relèvent d'une pathologie ou d'un facteur de risque apparemment indépendant du travail et naturellement confidentiels, il s'agit d'examiner avec le patient ce qu'il convient de signifier à l'employeur, pour une large part responsable de l'exécution de l'ordonnance puisque générateur du risque. Ici s'arrête l'analogie avec les prescriptions des médecins traitants. Le pharmacien, le radiologue, le kinésithérapeute sont responsables professionnellement de l'exécution de l'ordonnance. L'employeur, lui, est responsable juridiquement et financièrement de la prescription du médecin du travail. Les uns fournissent une prestation en fonction d'une logique de métier et en tirent une compensation matérielle et morale, l'autre la concède en fonction d'une logique de rapports de force et en tire une contrainte par rapport à son objectif productif et organisationnel. Enfin, dans la prescription « classique », c'est le traitement lui-même qui est intrinsèquement responsable d'éventuels effets secondaires ; alors que dans la prescription du médecin du travail, c'est le plus souvent du côté de celui sensé exécuter l'ordonnance que les réactions peuvent être imprévues.

Il conviendrait donc d'établir deux niveaux différents de « puissance » des prescriptions du médecin du travail, cette puissance de ses avis étant déterminée par le fait qu'il décide, avec le consentement du salarié, de les lier ou non au contrat de travail. Un article réglementaire du Code du travail — article en R — pourrait ainsi prévoir qu'à l'issue de chaque examen médical (le terme de « consultation » est largement préférable à celui de « visite » trop connoté), le médecin établit une fiche d'examen et de prescription de santé au travail. Cette fiche formalise au moins la consultation, indiquant ainsi que l'employeur comme le salarié ont satisfait à leurs obligations légales. Cette fiche peut également comporter divers conseils et recommandations s'adressant aussi bien au salarié qu'à l'employeur. Ce dernier doit tenir compte des recommandations qui le concernent, sans pour autant être tenu de rompre le contrat de travail s'il ne peut y donner une suite favorable immédiatement. On peut proposer qu'il soit néanmoins tenu de répondre par écrit, en indiquant les raisons qui s'opposent à ce qu'il y donne suite et en fixant un délai de réexamen de la proposition ou des échéances de travaux, d'aménagements, d'investissements en équipements individuels ou collectifs, etc. Le médecin jouerait ainsi pleinement son rôle de conseiller, le nouveau Code pénal venant utilement conférer à ses recommandations une portée juridique conséquente en terme de responsabilité. Personne ne pourra ainsi plus dire qu'il « ne savait pas », ou qu'on « ne lui a jamais rien dit ».

À un deuxième niveau, législatif celui-là, pourrait se situer, dans le cadre d'un article en L fusionnant les deux articles actuels L 241-10-1 et L 122-24-4 et reprenant tout ou partie des dispositions du R 241-51-1, une mesure plus contraignante visant à constater l'inaptitude au poste et à rompre éventuellement le contrat de travail en cas d'impossibilité avérée pour l'employeur de donner suite favorable dans l'entreprise aux

Pour une refonte de l'organisation de la médecine du travail

propositions du médecin du travail (mutations, transformations de postes).

Le médecin devrait toujours préciser sur son ordonnance de santé au travail le cadre juridique dans lequel il agit et établit sa prescription. Dans la plupart des cas, celle-ci est le résultat de l'échange entre le médecin et le salarié et le produit du consentement éclairé de ce dernier. Mais ne serait-ce que pour les postes dits de sécurité qui, eux, devraient être inscrits sur une liste réglementaire limitative et faire l'objet d'emblée et *ipso facto* de la disposition législative susvisée, de véritables voies de recours doivent être prévues. L'inspecteur du travail est-il le mieux placé pour trancher sur cette question ? Cela

n'est pas certain, mais ce qui est sûr, en revanche, c'est qu'il est capital d'instaurer deux règles dans le cadre de ce recours : son caractère suspensif de la procédure de licenciement, assorti d'un délai de décision raisonnable pour statuer.

Ces propositions doivent être affinées et certainement complétées. L'important est de saisir la démarche qu'elles veulent induire : rompre avec la perte de sens et la routine de l'examen systématique pour aller vers une véritable consultation médicale sortant d'une logique binaire et simplificatrice pour mettre en perspective le poste et ses contraintes d'une part, le salarié et ses astreintes d'autre part.

Pierre Abécassis

LES CAHIERS S.M.T.

publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN en cours

Responsable de rédaction : Jean-Noël Dubois

Responsable de publication : Denise Renou-Parent

Comité de rédaction : Pierre Abécassis, Fabienne Bardot, Alain Carré, Annie Deveaux, Ghislaine Doniol-Shaw, Dominique Huez, Nicole Lancien, François Leroux, Jocelyne Machefer, Alain Randon, Denise Renou-Parent, Odile Riquet, Claude Schucht, Gilles Seitz, Odette Tencer

Maquette : Jean-Noël Dubois

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil

COLLECTIF « Pour une autre médecine du travail »

— Préambule —

À l'occasion du Congrès de la médecine du travail de Strasbourg en juin 1998 et à la suite d'un travail de réflexion déjà largement engagé par plusieurs d'entre elles, plusieurs organisations (ANDEVA, CGT, FMF, FNATH, SMT, SNPMT) se sont rassemblées en collectif pour élaborer des propositions de réforme de la médecine du travail. Cette dynamique s'est vue renforcée par le discours de Martine Aubry en séance plénière du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, le 25 février 1999, qui s'est déclarée « convaincue qu'une réforme de la médecine du travail est absolument nécessaire ».

Les organisations de ce collectif sont convaincues de l'urgence d'une réforme d'ensemble du système de prévention des risques professionnels, dont la faillite a été clairement mise à jour par le scandale de l'amiante. Elles ont plus particulièrement axé leur réflexions sur la médecine du travail, acteur central mais non exclusif de ce dispositif et répondant à une mission de service public. Aujourd'hui, la modernisation de la médecine du travail paraît absolument indispensable au regard des nouvelles formes et conditions de travail (contrats précaires, intensification du travail, éclatement des parcours professionnels, nouvelles contraintes physiques et psychiques, etc.). Le décalage est important entre l'objectif affiché par les pouvoirs publics de prévention des risques et les conditions dans lesquelles se déroule la surveillance clinique des salariés et l'activité des médecins du travail. Ces déclarations de principe sauraient d'autant moins tenir lieu de politique que l'État n'assume pas suffisamment son rôle vis à vis des missions des médecins du travail.

Par ailleurs, la réforme du système de prévention des risques professionnels s'inscrira dans le cadre de la transcription de la directive européenne du 12 juin 1989 concernant « la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ».

Deux points doivent être soulignés à ce sujet :

- La directive distingue clairement les services de prévention (article 7) et la surveillance de la santé des travailleurs (article 14). Il convient donc de traiter ces deux aspects séparément.
- La directive pose le principe de la pluridisciplinarité dans les « services de protection et de prévention ». Les membres du collectif sont convaincus que l'application de ce principe doit avant tout consister en une articulation des institutions et outils existants, moyennant le renforcement des moyens matériels et humains de celles-ci.

Les propositions de ce collectif (cf. « Propositions au débat pour une autre médecine du travail » – février 2000) sont un ensemble de prescriptions minimales envisageables pour une réforme digne de ce nom de la médecine du travail.

Deux principes ne feront l'objet d'aucune concession :

1. La gestion du système : elle doit véritablement être indépendante ce qui impose de mettre fin à l'exclusivité de la gestion patronale.
2. La définition des missions du médecin du travail : il s'agit avant tout de protéger la santé des salariés et de participer à la veille sanitaire en repérant les atteintes à la santé dues au travail.

La réforme du paritarisme est indispensable pour assurer la représentation de tous les assurés sociaux mais elle ne saurait à elle seule représenter les évolutions nécessaires (missions, organisation, etc.) des institutions en charge de la santé au travail.

Ces propositions appellent une réforme législative importante et il est urgent que les pouvoirs publics engagent leur responsabilité. C'est dans ce sens que le collectif vient de s'adresser à Lionel Jospin pour une action immédiate.

le 07 janvier 2000

PROPOSITIONS AU DÉBAT DU COLLECTIF

« Pour une autre médecine du travail »

À PROPOS DES MISSIONS DES MÉDECINS DU TRAVAIL

- Éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail et promouvoir l'amélioration des conditions et de la santé au travail. Pour ce faire, l'activité du médecin du travail se répartit en temps égal entre une activité clinique et une prévention collective en santé au travail.
- Accès et maintien dans l'emploi sans discrimination en excluant toute médecine de sélection.
- Élargir la couverture à toutes les formes de travail salarié et non salarié.
- Participation aux missions de veille sanitaire en santé au travail.
- Permettre la visibilité sociale des effets du travail sur la santé.
- Dissocier la consultation médicale périodique de la délivrance d'un certificat d'aptitude.
- Dans un objectif de prévention primaire, la préoccupation principale doit être « l'aptitude » des situations de travail à garantir la santé des salariés qui y sont confrontés.

À PROPOS DE LA PLACE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Les médecins du travail participeront à :

- la promotion du système de prévention santé-travail en coordination avec l'institut de veille sanitaire, les Observatoires Régionaux de la Santé, les services de prévention de la CRAM, les CHSCT, etc.
- la surveillance épidémiologique et à des enquêtes en population si nécessaire.
- des actions de maintien dans l'emploi et de réadaptation dont bénéficieront notamment les victimes des accidents du travail ou maladies professionnelles et les personnes handicapées.

Les médecins du travail entretiendront des liaisons privilégiées avec les organismes de protection sociale en vue d'améliorer la réparation des atteintes à la santé par le travail (accidents du travail et maladies professionnelles).

À PROPOS DU FINANCEMENT

- Il est à la charge exclusive des entreprises puisque ce sont elles qui génèrent le risque.
- Un financement complémentaire pour les missions de recherche en santé travail sera assuré si nécessaire.
- Les cotisations ont un plancher minimal défini réglementairement et prenant en compte le rapport main d'œuvre valeur ajoutée, la branche professionnelle, le volume d'emploi précaire et la sous-traitance.
- Un contrôle de la gestion par l'État est mis en place.

À PROPOS DE LA STRUCTURE

- Mise en place des « agences spécifiques » départementales de la Médecine du travail chargées de l'administration et de la gestion regroupant tous les exercices actuels de la Médecine du travail (services inter, autonomes, Fonction Publique d'État, Fonction Publique Territoriale, Médecine du travail du Personnel hospitalier, Agriculture).
- Maintenir et organiser des services médicaux locaux au plus près des bénéficiaires chaque fois que possible dans l'entreprise. Le contrôle social y sera exercé par les instances représentatives du personnel et par des commissions interentreprises spécifiques.
- L'effectif attribué à chaque médecin sera déterminé selon la branche professionnelle et sera plafonné.
- Pour les entreprises excédant la taille départementale, afin d'en garantir la cohérence, le contrôle social est coordonné par les instances représentatives du personnel.

À PROPOS DE LA GESTION

- Suppression de l'exclusivité de la gestion patronale.
- L'agence départementale sera administrée par un conseil d'administration composé d'une majorité de représentants de salariés (le tripartisme préconisé par le SNPMT n'étant pas retenu par les partenaires sociaux du collectif), qui aura pour responsabilité la gestion administrative et financière. Y participeront également les employeurs, les associations de victimes (FNATH-ANDEVA...), la mutualité.
- Une Commission Médicale d'Établissement sera mise en place. Elle sera composée d'une majorité de professionnels élus qui gèrera le fonctionnement technique, proposera un projet d'établissement et veillera à l'indépendance des professionnels.
- Une représentation de la Commission Médicale d'Établissement participera aux travaux du Conseil d'administration avec voie délibérative.
- Les représentants de l'État pourront participer, d'une part avec voix consultative au Conseil d'administration, d'autre part auront un rôle de contrôle en rapport avec le cadre législatif et réglementaire.

À PROPOS DE L'INDÉPENDANCE

- L'indépendance des professionnels de la médecine du travail sera garantie y compris dans leur formation.
- L'indépendance des médecins du travail sera renforcée en instituant un délit d'entrave.
- Création, à l'intérieur des agences départementales de médecine du travail, de plateaux de compétence en santé au travail.
- Un statut, pour les infirmier(e)s et les professionnels des plateaux de compétence, sera institué en santé au travail garantissant leur indépendance technique.
- Des instances de coordination des organismes intervenant en santé au travail seront mises en place notamment au niveau départemental et régional.

LES SIGNATAIRES, au 18 février 2000

ANDEVA, Association nationale de défense des victimes de l'amiante, François DESRIAUX
Association L 611-10, Sylvie CATALA
Association VILLERME, Hugues GOURDIN BERTIN
FMF (Fédération des Mutuelles de France), Nicole RAYNAL
FNATH (Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés), Marcel ROYEZ
Union syndicale solidaires « Groupe des dix », Henri CELIE
SMT (Association santé et médecine du travail) Dominique HUEZ
SNPMT (Syndicat national professionnel des médecins du travail), Gilles ARNAUD

Secrétariat : c/o FNATH 38 boulevard Saint Jacques 75014 Paris
Tél. 01 45 35 00 77
Télécopie. 01 45 35 24 54
E mail : fnath.benech@wanadoo.fr

ACTUALITÉS SUR LA RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL

Compte rendu de la table ronde organisée lors du Congrès annuel de l'association Santé et Médecine du Travail à Chatenay Malabry, les 4 et 5 décembre 1999

Différentes observations ont été tirées des premières mises en place de la réduction du temps de travail :

- *la place du travail n'est jamais posée dans les accords conclus* : les négociations se mènent autour des problématiques de salaires, de réductions horaires au bénéfice du temps non professionnel, de l'adaptation des horaires aux nécessités de la production ; l'analyse de l'organisation du travail est repoussée à plus tard. Ceci transparait même pour les négociations qui concernent directement les médecins eux-mêmes : d'abord négocier sur le nombre de jours de congé supplémentaires et sur le maintien des salaires, ensuite on renvoie les problèmes d'organisation du travail à une éventuelle réforme en gestation.

- *Une période d'adaptation est nécessaire* : dans un premier temps la réduction du temps de travail a des effets destructeurs tant sur les collectifs de travail que sur les savoir-faire, mais cette première période permet la mise en lumière des problèmes souvent non ou mal considérés auparavant ; ceci peut amener à parler d'organisation du travail, si cela n'a pas été fait en amont, et à rectifier certains accords si des modalités de suivi et de modifications ont été envisagées. Cette adaptation se fait également pour la vie extra-professionnelle et c'est pourquoi l'analyse d'accords *De Robien* montre avec un recul que si la mise en place de l'ARTT est ressentie comme difficile il n'y a pas volonté de retour en arrière.

- *L'ARTT est l'occasion d'une remise à plat sur les horaires existants et sur les petits accords négociés dans les entreprises* : certains éléments sont bénéfiques, comme la nécessité de redéfinir des cadres de travail là où l'on faisait parfois n'importe quoi, voire là où il fallait tricher pour faire le travail demandé ; bénéfiques aussi certaines réductions qui entraînent une diminution de la coupure de mi-journée, pour les caissières, par exemple. Il a été noté que lorsque la direction s'appliquait à elle-même l'ARTT, la prise de conscience de la nécessité de bonnes conditions pour une réussite était plus importante.

- D'autres éléments sont pervers comme la remise en cause des pauses et autres avantages acquis, qui permettaient pourtant un meilleur équilibre entre fatigue occasionnée par le travail et moments de récupération au cours de la période travaillée ; comme les situations qui mettent les salariés en dette d'heures vis-à-vis de leur entreprise, après une période d'horaires allégés.

Dans certains secteurs protégés — comme le nucléaire — les accords se sont négociés collectivement, par service, avec élaboration de règles collectives de travail, et embauches en contre-partie de la RTT. Cette préoccupation de conserver le collectif de travail, a également été celle du service médical. Les points importants qui sont ressortis, dans ce secteur d'activité sont les notions de justice ou d'injustice, de transparence sur ce qui est fait ou pas fait, et une attention particulière aux délais de prévenance.

Dans d'autres secteurs d'activité, plus concurrentiels et moins protégés, les moyens mobilisés pour la mise en place d'un bon accord sont plus aléatoires. Parfois les difficultés rencontrées dans la réalisation des tâches ont été solutionnées par du recours supplémentaire à la sous-traitance, augmentant par là le fractionnement des statuts et la précarisation des emplois.

Enfin Alain Carré a souligné un précédent potentiellement dangereux : l'émergence de situations où l'on demande aux salariés des contre-parties à une supposée avancée sociale. Surtout lorsque l'on sait que le rapport de force est rarement équilibré dans les entreprises entre représentants employeurs et représentants salariés !

Dans le but de porter une attention particulière à ces accords et aux suites qui en découleront, des groupes de médecins du travail se sont constitués, et il apparaît important que les médecins soient également présents dans les observatoires de suivi qui se mettent çà et là en place.

À noter, d'après Nicolas Sandret un bon article à lire sur le sujet dans *Le Monde Diplomatique* de septembre 1999.

Résumé rédigé par Claude Schucht

BILAN DU FONCTIONNEMENT DE L'ASS. SMT

— POUR L'ANNÉE 1999 —

Investissement important du groupe chargé du suivi de l'ouvrage « Précarisations et violences vécues par les femmes au travail », la quatrième version a été diffusée en novembre aux adhérents afin de préparer le Congrès. Publication du *Cahier SMT N°13* en juin, diffusé à 2500 exemplaires.

RÉUNIONS TENUES

Participation au collectif *Pour une autre médecine du travail*, qui réunit ANDEVA, FNATH, FMF, ASSOCIATION L611-10, ASSOCIATION VILLERMÉ (inspecteurs du travail), UNION SYNDICALE SOLIDAIRES « GROUPE DES DIX », SNPMT, ASS. SMT. Précarités et violences femmes le 19 juin 1999 à Paris. Congrès de l'ASSOCIATION SMT, les 4 et 5 décembre 1999, à Chatenay-Malabry.

La synthèse de ces travaux paraîtra en juin 2000 dans le *Cahier SMT N°15*.

Création d'une commission « Alternative à l'aptitude ».

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Le Congrès a également procédé aux élections du bureau et au renouvellement du conseil d'administration.

Présidente : Denise Parent

Vice-président(e)s : Alain Carré — Dominique Huez — Jocelyne Machefer — Nicolas Sandret

Secrétaire : Alain Randon

Trésorier : Jean-Noël Dubois

Conseil d'administration : Pierre Abécassis (21) ; Fabienne Bardot (49) ; Patrick Bouet (86) ; Josiane Crémon (38) ; Georgette Delplanque (49) ; Jacques Desheulles (95) Annie Devaux (42) ; Nicole Lancien (72) ; Gérard Lucas (44) ; Marie Pascual (94) ; Catherine Roche (92) ; Gilles Seitz (75)

ORIENTATIONS 2000

Participation au collectif «Pour une autre médecine du travail », conférence de presse prévue le 15 février 2000

Séminaire de printemps « Le médecin du travail et l'évaluation des risques professionnels », samedi 25 mars 2000 FIAP rue Cabanis 75014 Paris

Publication du Cahier SMT N°15 en juin

Présence au 26^{ème} Congrès national de la médecine du travail à Lille en juin

Congrès de l'association SMT en décembre 2000

Alain Randon

Chère lectrice, cher lecteur,



L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel — 35 000 F (impression et routage) pour un tirage à 3 000 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.



Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir en page Annonces).



En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT



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

Mise en vente en librairie
à partir du 18 mai 2000

— Prix : 185 F —

l'association tient des exemplaires
à disposition pour les membres du réseau
au prix spécial de 120 F

Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé
et Médecine du Travail, paraît sous
le pseudonyme de Eve SeMAT

Il sera en vente au 26^{ème} Congrès national
de la médecine du travail à Lille,
du 6 au 9 juin 2000, au stand de l'Ass. SMT
- zone 2, stand 2A4, en face de l'escalier -
au prix spécial congrès (175 F)

BULLETIN DE (RÉ)ADHÉSION à l'ass. SMT

Coupon à renvoyer à :

Alain RANDON  25, rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

 01 48 93 45 45

☛ Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et j'adhère pour l'année **2000**

☛ Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation **2000**

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 500 F,
à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

.....