

**DE LA SUBORDINATION PATRONALE**  
**SORTIR**

# **LES CAHIERS**

## **S.M.T. N° 16**

Association **SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL**

JUIN 2001 50 F

**Articuler accompagnement clinique  
et identification exhaustive  
des expositions**

---

---

**L** **A CONSULTATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL**

**L'** **IDENTIFICATION MÉDICALE DES EXPOSITIONS**

**S** **ORTIR DE LA SUBORDINATION PATRONALE**

— **UNE ABSENCE DE VOLONTÉ POLITIQUE** —

— **BOYCOTTONS LA NON CONTRE-INDICATION AUX CANCÉROGÈNES**

---

---

## Éditorial

La consultation de médecine du travail *Fabienne Bardot, Chantal Bertin, Denise Renou-Parent* 3

## La consultation de médecine du travail

L'acte médical dans la consultation de médecine du travail *Odile Riquet, Denise Renou-Parent* 8

L'inaptitude thérapeutique *Fabienne Bardot* 11

Une consultation spontanée en santé au travail *Annie Deveaux* 13

Face aux facteurs complexes en jeu dans la souffrance au travail : « Osons ! » *Jocelyne Machefer* 15

Médecins du travail et psychothérapeutes face à la souffrance au travail *Philippe Davezies* 25

## L'identification médicale des expositions

Le point de vue spécifique du médecin du travail sur les risques de l'activité *Fabienne Bardot, Gérard Lasfargues* 27

Les forçats de la route *Annie Deveaux* 29

Le métier de médecin du travail *Dominique Huez* 31

Réflexion sur le métier *Josiane Crémon* 33

Entre troubles de la personnalité et troubles de l'organisation du travail *Chantal Bertin, Jean-Yves Dubré* 34

## Sortir de la subordination patronale

La santé au travail en détresse. Analyse provisoire de la situation de réforme imminente de la médecine du travail *Alain Carré* 37

Le point de vue de l'association Santé et Médecine du Travail sur le projet de refondation sociale concernant la santé au travail *Denise Renou-Parent* 44

Absence de contre-indication et aptitude : responsabilité et professionnalité *Alain Carré* 46

Règles et normes. « Refondation sociale » : des tentatives de prise de contrôle de l'ordre public par l'ordre privé *Alain Carré* 49

Système de santé au travail et système de prévention des risques professionnels. Une différenciation urgente à mettre en œuvre *Dominique Huez* 51

Un projet de loi subordonnant la « santé au travail » au bon vouloir patronal *Collectif « Pour une autre médecine du travail »* 53

Pour un système de santé au travail non subordonné aux employeurs. Pour une médecine du travail gérée majoritairement par les salariés et victimes *Dominique Huez* 56

Boycottons la non contre-indication aux agents CMR *Association SMT* 59

## Annonces

Association SMT, le bilan de l'année 2000 *Alain Randon* 61

Bibliographie. Un site internet pour l'association *Fabienne Bardot* 62

Appel à écriture : *Alain Carré* 64

*Agir en santé au travail. Dictionnaire critique de médecine du travail*

## É D I T O R I A L

**L** a consultation de médecine du travail

*Dans les articles R 241-41, 48, 49, 50, 51, 53 et 57, du Code du travail, il est question d'« examen » ou d'« examen médical » ; dans l'article R 241-56, on parle de « visite d'embauchage » et dans l'article R 241-54 on lit « examen médical clinique ». Le mot « clinique » n'apparaît qu'une fois.*

*Prendre le parti de choisir l'expression « consultation de médecine du travail », nous apparaît pleinement justifié. Pour plusieurs raisons :*

- le mot « examen » introduit une notion d'expertise que nous rejetons ;*
- le terme de « visite » renvoie à une notion d'intrusion s'adressant à un salarié passif. « Je vais me faire visiter », telles les paysannes de Philippe Davezies ou telle l'allusion au nombre de « visités » de l'année que les administrateurs des Conseils d'administration des services interentreprises rapportent au nombre d'actes médicaux facturés ;*
- la notion d'« examen médico-professionnel » renvoie à une double expertise : celle du médecin et celle de l'ingénieur ;*
- l'expression « santé au travail » est largement utilisée dans l'entreprise dans le sens de l'expertise qui est renvoyée à l'employeur. L'accoler au mot « consultation », réintroduit l'ambiguïté de cette notion.*

*C'est pourquoi nous pensons que l'expression « consultation de médecine du travail » pour labéliser notre activité clinique devrait être introduite dans le Code du travail.*

*Cependant, le terme de consultation sous-entend une demande du salarié ce qui n'est pas le cas le plus souvent. De plus, le contenu de la consultation médicale de médecine du travail fait l'objet de points de vue variés.*

**ACTE CENTRAL : L'EXAMEN DU CORPS**

*Le point de vue le plus généralement admis est que l'examen clinique du corps humain est au cœur du métier de médecin. En effet, le savoir médical c'est la connaissance du corps et de son fonctionnement. L'examen clinique ouvre donc un type de relation avec le salarié où la présence de cette connaissance ne peut être évacuée.*

*Cet examen clinique permet de repérer les traces corporelles liées au travail, traces qui sont différentes selon le type d'activité. Ce qui est recherché, ce n'est pas le symptôme comme le fait le thérapeute qui, par l'examen du corps, est chargé d'atténuer ou de faire disparaître ce signe ; ce qui est recherché, ce sont les marques du travail sur un corps qu'il faut comprendre et voir dans sa globalité. C'est ainsi que l'examen de ces traces permet de déchiffrer les liens*

*avec l'organisation et les contraintes du travail, qu'il s'agisse, aux extrêmes, du secteur tertiaire, en particulier sous forme de pathologies ostéo-articulaires ou du secteur du bâtiment sous forme de vieillissement prématuré, de mains déformées ou d'un corps gauchi aux mouvements ralentis, que l'on préserve ; corps entretenu ou corps abandonné, toujours corps marqué par l'engagement dans le travail. Dans le domaine des répercussions psychiques, la souffrance s'exprime aussi par l'expression du corps et pas seulement par des mots. Le regard que porte un médecin du travail sur une pathologie n'est donc pas le même que celui d'un autre médecin. Ce regard est alimenté par la connaissance des postes de travail, des pathologies professionnelles déjà rencontrées. L'examen clinique est alors un temps de mise en relation d'éléments qui ont à voir avec le corps, de mise en évidence de l'unité entre corps et travail, entre corps et mental.*

*Pourtant, il n'y a pas toujours une séparation nette entre l'entretien avec le salarié et l'examen du corps ; c'est d'ailleurs quelquefois à l'occasion d'un geste clinique comme la prise de la pression artérielle que les choses vont pouvoir se dire ; combien d'auscultations suspendues pour écouter ce qui n'avait pu se dire dans le face à face de l'entretien ! L'examen des traces laissées sur le corps par le travail est une occasion de parler du travail. Rien ne peut d'ailleurs être standardisé dans ce domaine et le médecin s'adapte aussi à la demande du salarié, au contexte de l'entreprise, au lieu d'exercice, etc.*

*Dans certains cas, l'examen du corps précède l'entretien avec le salarié. Le plus souvent, il a lieu après cet entretien, quelquefois déclenché par le salarié : « Et maintenant si vous preniez ma tension, docteur ! ». Les temps de déshabillage et de rhabillage qui l'encadrent permettent au salarié et au médecin de « souffler », c'est un soupir qui permet à d'autres questions de surgir.*

*Cet examen physique répond souvent à une « attente » des salariés « qui ne seraient pas "examinés complètement" ailleurs » — entend-on parfois. En réalité, il semble bien qu'il serve surtout à donner acte de l'engagement obligé du corps dans le travail par le seul professionnel qui en possède la légitimité, quelle que soit le contenu et la difficulté de l'activité.*

*Mais il pose aussi les limites et le cadre de la consultation médicale et protège de ce fait, à la fois le salarié et le médecin, ce dernier redoutant parfois de se retrouver « embarqué » dans un entretien qu'il maîtrise mal. C'est en parlant de ce qui a à voir avec le corps que l'on peut se permettre de donner des éléments éclairant les liens santé-travail. L'examen du corps peut alors « boucler » la consultation, il marque le côté symbolique d'un entretien avec un médecin. Il arrive que l'examen corporel ne s'assigne aucun autre objectif lorsqu'il est pratiqué dans le contexte de « visites » répétitives, avec la dérive de l'examen routinier, voire « tâtillon » fait dans un seul souci de santé publique occultant la question du travail et dans le seul objectif de remise d'un document administratif : la fiche d'aptitude. Le caractère rituel de cet examen lui enlève alors tout sens. Il est, la plupart du temps, vécu comme une fin en soi, sans prolongation vers une action en milieu de travail.*

## UNE CONCEPTION DIFFÉRENTE DE LA CONSULTATION

*Un courant existe en médecine du travail qui soutient que la consultation pourrait se passer de l'examen du corps, du « toucher du corps ». Cette consultation serait alors orientée exclusivement du côté de l'entretien, de l'accompagnement du salarié. Se passer d'examiner le corps des salariés, attitude qui est quelquefois possible dans le secteur tertiaire, nécessite un temps préalable d'explication donné collectivement, dans l'entreprise, aux partenaires sociaux. Mais alors, la suppression de l'examen clinique, qui, à lui seul, pose le cadre et balise les modalités de l'action du médecin, risque de pousser ce dernier vers l'activisme, vers l'intervention sur tous les fronts ; posture quasi-chrétienne, se substituant presque à la représentation collective. N'est-ce pas une posture extrêmement risquée ?*

*Il semble bien qu'en passant par l'examen clinique nous permette justement de nous positionner sur l'organisation du travail d'un point de vue éthique en passant par la santé des individus pour témoigner de ses effets. Supprimer l'examen clinique, c'est perdre le filtre apporté par les consultations médicales légitimant l'élaboration de tout projet d'action du médecin.*

*Et pourtant, il n'est pas rare qu'à l'occasion d'une consultation spontanée ou d'une consultation de pathologie professionnelle par exemple, l'examen physique soit « oublié » car la préoccupation principale urgente est celle du récit du vécu du travail. La proposition qui est souvent faite de se revoir plus tard repousse un acte qui n'avait pas sa place à un moment donné, mais qui, cependant n'était pas oublié.*

## LE CONTENU L'ATTENTE RÉCIPROQUE

*Médecins et salariés ont beaucoup de présupposés sur le contenu de cette consultation. Dans la réalité, la demande du salarié peut émerger du fait de la disponibilité ressentie du médecin : le salarié ne va rien dire au médecin si ce dernier n'attend rien. Pour qu'il soit possible de parler du travail, ce qui est un moment particulièrement difficile pour le salarié, il faut donc que l'attente soit réciproque. Et, ce qui va se passer pendant une consultation médicale dépend du projet d'action du médecin en ce qui concerne les problèmes de santé au travail. Pour le médecin, la consultation se déroule simultanément sur deux registres qui se croisent et se nourrissent : l'un accompagnant, collant en quelque sorte, au récit du salarié et l'autre, plus distancé, raisonnant en retrait, accumulant et assemblant des parts de vérités, décalées dans le temps, venues d'autres acteurs à l'occasion d'autres consultations. La juxtaposition de diverses histoires pour rechercher un dénominateur commun et pour se forger un point de vue, n'autorise cependant pas à décider à la place des individus. Il s'agit surtout de faire émerger des analyses pas encore pensées, de donner des éléments pour aider à modifier l'activité de travail. La consultation médicale est donc une occasion de désingulariser des histoires personnelles. On part d'une extrême singularité pour passer ensuite au collectif.*

*Désingulariser, c'est donner au salarié des éléments issus des connaissances sur l'activité de travail, du point de vue collectif, éléments qu'il peut se réapproprier individuellement pour mieux comprendre sa situation. Plus qu'une désingularisation à sens unique, il s'agit d'un mouvement de va et vient permanent entre individuel et collectif. Désingulariser, c'est aussi prendre acte qu'un salarié n'est pas le seul à énoncer ce qu'il énonce et que d'autres vivent la même chose.*

### **EN CONCLUSION : L'APTITUDE-POLLUTION**

*La consultation de médecine du travail doit se clore, selon le Code du travail, par la remise d'une « fiche d'aptitude » (article R 241-57) après que le médecin se soit assuré que le travailleur est « médicalement apte » (article R 241-48). La formulation précise de cet avis n'est pas imposée. La réponse la plus simple à cette règle qui s'est imposée au corps médical et aux partenaires à été le mot « apte ».*

*De fait, l'aptitude met le médecin en position de pseudo-expert venant ainsi perturber les pratiques et elle se révèle être un frein à la construction de la clinique médicale du travail, domaine de la relation incarnée.*

*L'aptitude porte en elle une notion de sélection et est directement liée au contrat de travail. Son obligation tient le salarié en soumission.*

*C'est pour cela qu'il n'est pas un médecin du travail qui n'ait eu à affronter ces déferlements de violence verbale exprimant un refus catégorique de se laisser toucher et de parler de soi, péjorant le métier de médecin du travail, vociférant sur son inutilité. Il n'est évidemment pas un médecin qui ait alors refusé de donner la fameuse « fiche d'aptitude » au prétexte de n'avoir pu juger de ce qu'il écrivait. S'est-on alors interrogé sur les motivations de ces explosions adressées à une profession et non pas à une personne ? Car, finalement, il y a bien eu une rencontre et une rencontre porteuse de sens. Le message, clamé publiquement, pourrait être celui-ci : « Je n'ai pas besoin de vous pour m'autoriser à travailler, je n'ai pas besoin de vous pour m'autoriser à parler ! ». Dénonciation brutale de l'aptitude-permis de travail. Pourquoi donc serait-il illégitime, dans ces cas, de remettre une « fiche de visite » qui donnerait acte de la rencontre et de la révolte entendue qu'elle contenait ?*

*Et pourtant des astuces sont trouvées pour repousser cette pollution. Par exemple, l'aptitude est « réglée » en début de consultation et personne n'y pense plus, ou bien elle est parfois oubliée et c'est le salarié qui réclame le « laisser-travailler » avant de partir. Mais, parfois aussi, elle est remise, pliée en deux, pour cacher les mots qui font honte, par un médecin exprimant de cette façon une souffrance éthique liée à un désaccord avec une situation de travail qu'il sait délétère. Elle peut aussi être utilisée à l'envers. Considérant que seule l'inaptitude est un acte médical dans le sens d'une action thérapeutique de retrait, garantissant guérison ou tout au moins non aggravation de la pathologie, rendre un avis sous forme d'une absence d'inaptitude permet de conserver, un tant soit peu, une attitude médicale et permet d'être en retrait de la toute-puissance de celui qui délivre la caution médicale au*

*travail et, par là-même, le médecin avoue son incapacité à savoir si un individu est « apte » au travail qui lui est proposé.*

*Quand bien même, dans certains cas, l'aptitude peut être utilisée, subvertie comme un outil de maintien dans l'emploi après un travail de délibération avec le salarié lui permettant de se la réapproprier comme stratégie. C'est la raison pour laquelle, lorsqu'elle sera supprimée, comme un sourd grondement commence à le réclamer, elle récupérera sa fonction utilitaire d'outil de préservation de certains emplois menacés par l'apparition de déficiences, déficiences qui sont des arguments mis en avant pour pousser le médecin à une décision d'inaptitude.*

*D'après les débats de la réunion de l'association SMT du 7 avril 2001*

*Fabienne Bardot, Chantal Bertin et Denise Renou-Parent  
Association Santé et Médecine du Travail*

**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 : Fabienne Bardot, Chantal Bertin, Alain Carré, Josiane Crémon, Philippe Davezies, Annie Deveaux, Jean-Yves Dubré, Dominique Huez, Gérard Lasfargues, Jocelyne Machefer, Alain Randon, Denise Renou-Parent, Odile Riquet**

**Maquette : Jean-Noël Dubois**

**Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil**

# L'ACTE MÉDICAL DANS LA CONSULTATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL

Toujours pour essayer de mettre des mots sur cette œuvre invisible dans le travail qui consiste à désamorcer la violence et à amorcer l'intersubjectivité, en prenant appui sur notre expérience qui est celle d'une émotion subjective en action, dans un débat de genres né de l'intuition d'une possible émancipation des salariés dans le travail de la rencontre, dans une controverse sur le métier qui nous oppose à l'idée d'une prescription médicale dans la consultation de médecine du travail, parce qu'il ne s'agit pas seulement de rendre compte des atteintes à la santé, des inégalités sociales, mais bien de permettre aux salariés de s'approprier cet « espace politique de la santé » à partir de leur histoire singulière et de retrouver leur pouvoir d'agir sur les contraintes organisationnelles, avec maintenant l'idée qui nous vient d'Yves CLOT que cette stratégie de subversion de la souffrance est peut-être, pour nous médecins du travail, une « riposte » efficace, « une protection active » mais aussi une compétence professionnelle, nous avons choisi de vous raconter la consultation de Monsieur C.

Voici ce que je sais de Monsieur C. quand il arrive au cabinet médical dans le cadre d'une visite annuelle : Monsieur C. a 51 ans, il est marié, il a deux enfants — un fils de 23 ans et une fille de 22 ans. Il a commencé à travailler à 14 ans, il a été coupeur dans une entreprise de confection pendant vingt deux ans, il a été licencié en 1985. Il a travaillé ensuite de 1985 à 1992 dans une fabrique de machines-outils où il était rectifieur. Nouveau licenciement économique en 1992. Depuis cette date, il travaille comme agent local dans un office d'HLM, c'est-à-dire qu'il assure le suivi administratif et l'entretien de cinq résidences situées sur cinq communes différentes, réparties le long de la vallée sur une vingtaine de kilomètres.

Il a toujours été très content de ce reclassement professionnel. Il évoque néanmoins en 1997 un épisode de surcharge quand il a assuré, en plus de son poste, le remplacement de sa collègue en arrêt maladie pendant deux mois. Il se plaint également d'être dérangé à son domicile par les locataires, sur sa ligne privée, quand il est en dehors de ses heures de travail et qu'il a branché le répondeur sur la ligne professionnelle.

De son métier, il parle volontiers. Les déplacements qu'il effectue tous les jours entre les différentes résidences par des routes parfois difficiles ne le perturbent pas, la question de la neige et du déneigement est un plus pénible. Il n'a pas de problèmes particuliers dans les travaux d'entretien, ni dans les relations avec les locataires. Il a de bonnes relations avec

sa hiérarchie, en particulier son supérieur direct qui répond tout à fait à ses attentes et qui est attentif aux problèmes qu'il rencontre.

Pour mon secteur, je ne vois que deux agents locaux de cet office d'HLM, mais l'ensemble des salariés qui exercent dans les banlieues présente des atteintes à la santé et une enquête ergonomique a été demandée par le CHSCT. Un travail dans lequel se sont engagés plusieurs médecins du travail qui se réunissent régulièrement et qui ont témoigné des atteintes à la santé dans l'espace public de l'entreprise.

Monsieur C. a connaissance des difficultés rencontrées par ses collègues sur les banlieues, mais lui-même a une perception très agréable de son travail. Il aime beaucoup le contact avec les personnes âgées, il bavarde volontiers avec les uns et les autres, il rend service, change les bouteilles de gaz par exemple, il aime se rendre disponible, il aime le travail bien fait, il est exigeant sur la propreté. Il ne cache pas le plaisir que ce travail lui procure.

En 1999, il est muté dans l'agence la plus proche, pour le remplacement d'un agent technique pour une durée de un an. Il a accepté ce poste, qui consiste à régler tous les problèmes techniques rencontrés par les locataires et signalés par les agents locaux. Quand je l'avais revu en mars 2000, il avait retrouvé son poste d'agent local avec beaucoup de plaisir mais il était déstabilisé, il venait de perdre sa mère et sa belle-mère; il était très inquiet pour sa fille qui faisait une dépression réactionnelle à des problèmes sentimentaux. Depuis le décès de sa mère, il prenait pour la première fois de sa vie un traitement antidépresseur : Deroxat<sup>®</sup> 1 cp /jour.

En janvier 2001, quand je le revois en visite annuelle, j'évoque d'abord avec lui le futur chantier de retrait d'amiante qui doit avoir lieu dans les semaines à venir sur une de ses résidences. Mais je comprends rapidement au ton de sa voix, à son visage qu'il ne va pas bien. Il est toujours agent local, mais sa collègue a démissionné à son retour de congé maternité. L'office d'HLM n'a pas trouvé de remplaçant et a donc décidé de confier les tâches d'entretien à une société de nettoyage, Monsieur C. a pris en charge l'ensemble des problèmes administratifs sur un total de sept résidences. Il est surmené. Il présente depuis avril 2000 des douleurs de l'épaule droite, mais il n'a consulté qu'en fin d'année, il vient de passer des radios et une IRM qui sont strictement normales. Son médecin a fait le diagnostic d'une tendinite. Spontanément Monsieur C. évoque la nouvelle technique de lavage à plat



préconisé par l'office depuis cette année. « *C'est plus technique comme méthode, plus intéressant mais c'est un mouvement particulier, c'est peut-être ce nouveau geste qui a entraîné ma tendinite.* »

Mais rapidement il m'explique que le problème ce n'est pas le travail. Est-ce que c'est sa fille qui ne va pas bien ? Non, c'est depuis la mort de sa mère, le deuil qu'il n'arrive pas à faire. Il a été obligé d'augmenter le traitement antidépresseur, il est sous Deroxat°, Nordaz° et Avlocardyl° pour ses migraines. Il est extrêmement culpabilisé, car l'an dernier il a pris des vacances d'hiver, et pour pouvoir partir, il a décidé avec ses frères et sœurs, et en accord avec le médecin traitant, d'hospitaliser sa mère à l'hôpital local pendant le temps de ses congés. Pendant cette hospitalisation la vieille dame a fait un accident vasculaire cérébral et elle est décédée quinze jours plus tard. Avec beaucoup d'émotion il évoque ce sentiment de culpabilité qui a complètement envahi sa vie, il se sent coupable, responsable de la mort de sa mère. Ses yeux s'embuent, son visage est transformé par ses mots. Cette émotion a besoin de l'autre pour advenir, j'accuse réception de cette transformation du corps par la parole, le silence de mon regard permet la poursuite de ce que Monsieur C. n'a jamais pu dire, le soutien du regard permet de résister à l'envahissement par les larmes, mais laisse parler le corps.

*Laisser parler le corps, reconnaître dans le face-à-face les effets de sa propre parole sur l'autre et sur soi, c'est pour le salarié le début de l'action, la mise en mouvement des masses musculaires, l'éveil de la chair dans le corps, le contraire de l'inertie. Accuser réception de cette émotion, adopter un régime d'action qui permette au salarié d'exprimer ce qui le motive ou ce qui le discipline dans son travail, un sentiment de culpabilité, de honte, une règle intériorisée, un conflit de règles relatif à l'engagement dans le travail, c'est un acte médical.*

Ce passage dans le régime d'agapè où l'on ne questionne pas puisqu'on croit tout, ne peut être que transitoire. Le passage à un autre régime d'action met un terme au silence de l'écoute et rouvre l'accès au dialogue et à l'argumentation.

Est-ce que Monsieur C. en a parlé avec ses frères et sœurs ? Dans un monde de justesse, est-ce qu'il n'est pas normal qu'un fils prenne une semaine de vacances avec sa famille ? Quel rôle a joué le travail dans l'apparition de cette angoisse ? Est-ce que le travail permet de penser à autre chose ? Qu'est-ce qui dans le travail interdit ce travail de deuil ? Monsieur C. évoque une des résidences où vivait sa mère et où il lui est très difficile de continuer travailler sans une forte émotion.

Monsieur C. ne sort plus de chez lui en dehors du travail, il ne voit plus d'amis. Il n'a jamais pu parler de cette angoisse à sa femme, à ses frères et sœurs, à ses collègues de travail. Il dort très mal. À ma question : « *Est-ce que vous pourriez mourir d'une telle situation ?* », il répond oui, il a pensé à se suicider. Je prends acte de la gravité de la situation tout en le soutenant du regard. À ma question « *Comment ?* », il dit qu'il a pensé se pendre.

Apporter une assistance non substitutive à la pensée, c'est reprendre le questionnement, étudier ensemble d'autres issues possibles.

Son médecin lui a proposé un arrêt de travail qu'il a refusé : « *À la maison - dit-il - ce serait encore pire* ». À ma question : « *Est-ce que vous avez le droit de vous arrêter de travailler ?* » Monsieur C. répond : « *Non, je me sens coupable, je n'ai pas le droit de m'arrêter. Qu'est-ce que les gens vont dire ? Je ne veux pas être comme ceux qui s'arrêtent tout le temps* ».

L'émotion surgie de l'énoncé de cette règle, qui vient en écho à celle manifestée à l'évocation des conditions dans laquelle la mère est décédée et qui est relative à l'engagement dans le travail nous conduit à un interrogatif éthique. Il faut accompagner le salarié dans les différentes voies possibles, construire avec lui l'argumentation qui pourrait permettre de sortir de ce conflit de règles. Est-ce le conflit de règles sur l'engagement dans le travail qui a conduit Monsieur C. à culpabiliser pour le décès de sa mère ou est-ce le décès de la mère qui a déstabilisé Monsieur C. ? Beaucoup de questions restent à poser, en particulier sur le rapport au collectif mais dans le cadre d'une visite annuelle, le temps est limité.

Dans cette situation, je propose à Monsieur C. de considérer la tendinite comme un symptôme d'alerte qui nous éclaire sur l'origine de son épuisement et sur sa difficulté actuelle à réagir aux événements de sa vie et de son travail. Après délibération, nous nous mettons d'accord sur : Monsieur C. est apte à son poste d'agent local, mais la tendinite est un signe d'appel qui impose du repos et une prise en charge thérapeutique, il ira voir — sans obligation de ma part, sans inaptitude temporaire, mais à son initiative — son médecin traitant demain matin samedi, pour prendre un arrêt pour maladie professionnelle. Je ne lui fais pas de lettre, c'est lui qui expliquera à son médecin traitant.

Je lui adresserai un certificat de Maladie Professionnelle tableau n°57, en vue d'une déclaration qu'il effectuera. La reconnaissance de la pathologie professionnelle l'autorisant là, par rapport au collectif et à l'employeur, à prendre un arrêt maladie.

Je lui propose de le revoir dans deux mois, il est d'accord. Mais il me tiendra informé de l'évolution. Deux jours plus tard, la fille de Monsieur C. passe au cabinet médical pour remettre une photocopie de l'arrêt maladie de la part de son père.

Je le revois trois semaines plus tard en visite de reprise du travail. Il a repris son travail depuis trois jours. Il va mieux, n'a plus d'idées suicidaires, il a organisé une réunion de famille avec ses frères et sœurs. Il a pu parler avec eux de sa culpabilité par rapport au décès de sa mère. Cette discussion avec ses frères et sa sœur l'a complètement déculpabilisé.

Il a été très touché par les nombreux coups de téléphone des locataires qui ont pris de ses nouvelles. Son épaule est toujours sensible. Il a eu quinze séances de kinésithérapie. Mais il a été « obligé » de reprendre. Pendant son arrêt c'est une société de nettoyage qui a effectué les travaux d'entretien et c'est son supérieur hiérarchique qui est venu assurer le suivi des locataires. « *Pour le nettoyage, j'ai été obligé de tout reprendre, le travail n'était pas fait correctement* », dit-il. Il a eu une discussion avec son responsable hiérarchique sur la



# L'INAPTITUDE THÉRAPEUTIQUE

Le Groupe d'Accompagnement des Pratiques d'Orléans n'est constitué que de médecins du travail, acteurs de terrain. C'est pourquoi, nous sommes tout orientés vers l'action et cela depuis le début : passage à l'action faisant suite à nos discussions ou à nos interrogations ou passage à l'action-expérimentation qui se réalise dans le décours de la situation. Et nous avons pour règle de toujours tenir la santé et le travail, en tant qu'ils ont partie liée, comme fil conducteur de nos pratiques.

En médecine du travail, l'inaptitude est, somme toute, un acte banal. Sa fonction est de soustraire un individu à une nuisance délétère en général visible. Nous avons élargi la question de l'inaptitude banale à l'affirmation de sa valeur thérapeutique dans le cas de l'intimidation au travail ; l'inaptitude relevant alors d'une nuisance quasi-invisible.

Ce que je voudrais démontrer, c'est jusqu'où nous avons pu aller et où nous en sommes actuellement.

Tout a commencé, donc, par la prise de connaissance de la question de la souffrance au travail, objet fort délicat pour nous, au début. Était-ce même de la médecine du travail, comme je l'entends encore, si souvent dire. Puis l'appel au médecin du travail est survenu, aussi bien de la part des thérapeutes qui prenaient en charge des décompensations ayant le travail comme origine, que de salariés qui, seuls, ne pouvaient résister et se sentaient dériver. Ce sont alors dévoilés des processus de *mobbing*, une hostilité organisée pour pousser à la démission, des procédés de gestion de la main d'œuvre par intimidation, etc. Il ne s'agissait jamais d'actes pervers. La question du travail était toujours centrale.

Nous avons considéré qu'il s'agissait bien d'un problème de santé au travail. Et de la clinique de la compassion qui maintient parfois dans l'aliénation et qui, parfois aussi, la renforce en la rendant plus visible et plus sensible, nous sommes passés à la clinique de l'intervention en co-activité avec le salarié.

Alors, nous avons pris le temps d'alimenter le dossier médical, par le recueil du récit des événements par le sujet, par le recueil des certificats médicaux d'alerte du ou des thérapeutes et par le recueil de la description clinique détaillée de la symptomatologie des « exposés » ; symptômes se caractérisant par des états anxio-dépressifs, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, des manifestations somatiques diverses telles que : douleurs abdominales, nausées, perte d'appé-

tit, amaigrissement, etc. Nous avons aussi pris la précaution d'agir dans un cadre juridique rigoureux : situation de visite de reprise, procédure des quinze jours, mais le plus souvent, procédure d'urgence toujours annoncée. En effet, à un moment donné, la situation devient une urgence, le salarié se sentant incapable de retourner dans l'entreprise.

Le retrait immédiat par inaptitude au travail se présentait alors comme la seule issue et le seul aboutissement restaurant la santé et la dignité et préservant l'image de soi du salarié. Cette inaptitude a toujours été émise avec l'accord de ce dernier.

Mais de plus, afin que la sortie de l'entreprise ne se fasse pas dans la discrétion, ni dans l'impression donnée d'une « faiblesse de la personnalité » du travailleur, ni dans la neutralité d'une décision médicale extérieure à la scène du travail, nous avons assorti ce retrait d'une démonstration écrite du processus de décision adressée à l'employeur. Nous pensons que cette démonstration est indispensable. Indispensable car, dans tous ces cas, que nous avons, en quelque sorte, modélisés, nous avons affaire à des entreprises de moins d'une dizaine de salariés – le plus souvent, deux ou trois, voire un seul salarié. L'absence de toute instance sociale représentative des salariés ne pouvait rendre visible, ni porter à la moindre critique ces maltraitements au travail. Indispensable aussi, car nous avons souhaité atteindre le sens moral de ces dirigeants immergés dans une logique de domination, logique troublant voire gommant tout rapport civique aux salariés contractuellement subordonnés. Indispensable enfin, car mettre en écriture les conduites agressives et parfois violentes dirigées contre un individu en état de soumission, c'est matérialiser ce qui est toujours dénié après la sortie de l'état de conflit et c'est protéger le futur prospecteur d'emploi de jugements péjoratifs ou malveillants transmis à un éventuel futur employeur.

Ce document, difficile à écrire, est lu et relu à différents confrères afin d'éviter dans son contenu et dans sa forme, tout dérapage, toute agressivité et tout parti pris.

Il est toujours validé par le salarié qui réajuste le déroulement des événements et qui, parfois, le paraphe. À cette occasion, le sujet se réapproprie son histoire et récupère sa capacité critique et à agir.

Il est ensuite intégré au dossier médical et envoyé au médecin inspecteur du travail. Jusqu'à ce jour, la perte de l'emploi n'a jamais été un drame, au contraire, nous assistons à un grand

soulagement car justice est rendue presque publiquement. Dans tous les cas, si le licenciement n'est pas prononcé, le salarié, mais bien plus souvent, la salariée, fait preuve d'une défensivité active surprenante et n'hésite pas à affronter l'entreprise par la voie prud'homale pour faire valoir ses derniers droits.

C'est pourquoi, nous trouvons que le mot thérapeutique est totalement juste. D'autant plus que la guérison en est très souvent l'issue.

Quant au médecin du travail, s'il est convaincu d'avoir accompli un acte professionnel, c'est à un coût exorbitant.

En effet, il est toujours exposé au risque de voir contester, par l'employeur, sa décision d'inaptitude. Dans ce cas, l'affaire est renvoyée à l'inspecteur du travail qui sollicite l'avis « expert » du médecin inspecteur du travail. Ce dernier se doit, en principe, de ne juger que sur la forme et non sur le fond.

Il n'empêche, l'incertitude de la décision est toujours source d'anxiété dans la mesure où elle nous confronte au doute quant à notre capacité et à notre valeur professionnelle.

Et nous sommes plongés dans l'appréhension de nous voir dénié ce que nous considérons comme l'action centrale qui définit la caractéristique unique de notre métier de médecin du travail.

Il nous arrive même, parfois, et cela d'un strict point de vue médico-légal, d'être obligés d'en passer par une consultation de pathologie professionnelle afin de faire confirmer par un psychiatre, un événement de santé qui ne relève pas de la pathologie mentale mais qui relève de la pathologie professionnelle, qui est justement notre spécialité.

Quelques commentaires critiques peuvent être apportés à ces actions :

1°- De tels faits rapportés à un employeur ne posent-ils un problème d'écart au Code de Déontologie, en particulier dans le cadre de l'article 4 qui énonce que :

— « *Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu et compris.* » —

Nous pensons que la perturbation de la sphère psychique et mentale liée à des agressions d'origine professionnelle a le même statut que des pathologies reliées à des expositions chimiques ou physiques. Il n'y a donc pas lieu de ne pas en révéler la pathogénie, du moment qu'on ne révèle rien de ce que la situation de travail met en résonance du côté de la sphère privée.

2°- Retracer une partie de l'histoire professionnelle d'un salarié emprisonne ce dernier dans un cadre événementiel forcément incomplet puisque le médecin n'accède jamais à la connaissance de tous les fils conducteurs déterminant le sens et l'articulation des faits. Une histoire figée et partielle pourrait entraver la capacité de réappropriation par l'intéressé d'un morceau de vie en quelque sorte tronqué. Il devient alors captif d'une histoire bornée, la sienne, ce qui peut lui retirer une certaine possibilité de maîtrise et d'action.

3°- Faire acter la prise de connaissance du contenu de la trace adressée à l'employeur par le salarié expose au risque d'instrumentaliser ce dernier et de le montrer passif face à son histoire.

4° Trop de détails apportés à l'employeur ressemble, en perception première, à une tentative de justification d'une décision, même si notre démarche s'en veut très éloignée. Ensuite, tous ces détails si minutieusement collectés et décrits, mais approchant de si près le salarié, peuvent nous renvoyer un effet d'individualisation d'une situation qui n'est à relier qu'au contexte du travail et non à un individu.

Peut-être serait-il plus explicatif et plus révélateur de globaliser dans une synthèse distanciée l'affirmation des relations entre les processus de maltraitance installés au travail et l'apparition des pathologies ; le médecin adoptant alors simplement une posture relevant du pur savoir médical : présentation des facteurs de risques dans l'entreprise, constat clinique et action thérapeutique.

Le récit premier pourrait n'être destiné qu'au seul salarié qui en userait selon les modalités qu'il jugerait les plus appropriées.

5°- Approcher d'aussi près, dans son contenu et dans sa temporalité, la conduite d'une personne telle qu'un dirigeant ayant d'immenses pouvoirs de décision renvoie à cette dernière une image tellement péjorative et surprenante d'elle-même qu'elle l'insupporte. Étant soumise professionnellement à des pressions diverses, elle sort brutalement de sa « réalité » habituelle et est très décontenancée par la dépersonnalisation de l'affaire qui ne met en lumière que la question du travail. Elle se retourne alors très souvent, vers le système juridique par la contestation de l'inaptitude. Le médecin se trouve alors en position de vulnérabilité professionnelle. Est-il justifié de s'exposer à de tels risques ?

6°- Contradictoirement à tous ces arguments, ne pas brosser un descriptif détaillé pourrait apparaître comme un soutien au processus de sortie forcée du salarié au prétexte que le médecin lui-même en atteste de la nécessité ; peu importe, dans cette occurrence, que cette nécessité soit médicale, seule la sortie est alors perçue. L'injustice et l'atteinte au sens moral sont alors déniés et le salarié n'y retrouve aucune estime de soi ni aucun retournement de valeur.

7°- Malgré tout, les traces sont une nécessité cruciale ; traces individuelles médicalisées dans le dossier médical, mais aussi traces comme « aide à penser » destinées au responsable de l'établissement voire au collectif de travail dans les grosses entreprises par le rapport annuel ou la fiche d'entreprise par exemple.

Les expériences différemment répétées vont sans doute nous permettre de trancher entre ces diverses oscillations. C'est ainsi que se réajustent les règles de métier.

Fabienne Bardot

# UNE CONSULTATION SPONTANÉE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Je suis très surprise de son appel téléphonique un mardi matin. Lucie, 51 ans, veut me voir rapidement, « On m'a pris ma place au bureau pendant que j'étais en congés ». Elle est mutée au magasin, à un poste de manutentionnaire et – « avec mon dos, ça n'ira pas ; d'ailleurs je suis suivie par le rhumatologue et il m'a bien dit de me ménager ». Rendez-vous est pris pour la fin de la journée, la consultation risque d'être longue.

Elle m'explique que dans le cadre d'une réorganisation interne, et du retour d'une collègue de congé maternité, elles se retrouvent à trois sur deux postes. Elle en avait entendu parler et avait demandé à avoir plus de précision puisqu'elle devait partir deux jours plus tard pour une semaine de congés – chaque départ ou retour de congés maternité inaugure une partie de chaises musicales.

C'est en franchissant la porte le soir de ses congés qu'elle est rattrapée par le responsable du personnel : le poste d'une de ses collègues est supprimé et c'est à Lucie que l'on demande si elle accepte d'aller travailler au magasin, au pliage et à l'expédition d'échantillons de tissus. Elle exprime alors son souhait de rester à son poste pour des raisons de santé ; soignée depuis plus d'un an pour des rhumatismes, elle pense que ce poste est trop dur pour elle.

En rentrant de congés, dix jours plus tard, elle ne peut que constater : « Michèle m'a pris ma place. »

Elle discute longuement avec le chef du personnel surpris de cette résistance inattendue et inhabituelle dans l'entreprise. Ce dernier en réfère à la fille du P-DG qui s'étonne également « Je ne pensais pas que ça allait se passer comme ça, je pensais que ce serait plus facile ». On lui propose trois postes possibles mais tous au magasin. Elle refuse argumentant sur ses problèmes de santé. On va en parler au P-DG. En attendant, elle n'a pas le choix, elle rejoint sa nouvelle affectation, de l'autre côté de la vitre qui sépare le bureau du magasin.

Elle pleure beaucoup, quelques collègues de bureau viennent lui témoigner leur solidarité face à ce qu'elle vit et que ses collègues considèrent comme une injustice.

Le vendredi, c'est le P-DG qui se déplace. Elle demande à retourner à sa place, pas de réponse. Le lundi, elle retourne à ce poste de manutention. Le P-DG la salue par le traditionnel — « Vous allez bien » — que ce jour-là elle trouve franchement déplacé ; elle montre sa surprise. « Vous restez là cette semaine, la semaine prochaine on verra. »

« Je n'arrive pas à comprendre pourquoi on m'a fait ça. J'ai fait l'effort d'apprendre l'informatique. Ils ont fait ça de manière malhonnête. Depuis que je suis à ce poste, tous les ma-

tins au réveil, j'ai les mains gonflées. Au bout de trois jours, je ne pouvais plus plier le tissu tellement j'avais mal au dos. Vous vous rendez compte, le P-DG m'a dit : "Vous avez été enlevée du bureau parce que vous n'êtes pas assez souriante. Vous avez fait du travail plus pénible dans le passé !". Je n'aurai pas de diminution de salaire, mais m'entendre dire que j'ai été déplacée pour mon bien, c'est trop fort !! »

Je connais Lucie depuis quatorze ans, son itinéraire professionnel, son parcours familial et sa cyphoscoliose. Elle a commencé à travailler à 14 ans, employée de maison chez un boulanger puis vendeuse et bien plus tard, lorsque le boulanger avait vendu son affaire, manutentionnaire dans cette entreprise textile. Elle est dans ce bureau depuis trois ans : elle m'avait dit alors : « Je n'aime pas ce travail de classement, j'ai envie de pleurer quand je vois tout ce qu'il y a à faire ; pour moi, ce n'est pas une promotion. » Un an plus tard, il fallait commencer à apprendre l'informatique. Lumbago et gastralgies sont au rendez-vous. Pas d'augmentation de salaire. Elle pense que son responsable de secteur n'a pas transmis sa demande. « Moi j'aide les autres et personne ne m'aide ». À l'époque, quand je lui avais suggéré d'apprendre à dire non elle avait relevé : « Ça fait trente ans que je travaille, je n'ai jamais dit non. »

Bien qu'elle insiste exclusivement sur l'aspect contrainte physique à ce nouveau poste, il m'apparaît nettement que c'est l'injustice subie, le sentiment de déqualification qui constituent l'atteinte la plus sévère pour la santé de Lucie. Nous convenons d'une stratégie pour essayer de retrouver sa dignité et sa place. Il s'agira de rédiger un courrier pour le chef du personnel et la fille du P-DG, remis en mains propres, avec double au médecin du travail. Ce courrier dont nous élaborerons le brouillon ensemble, à sa demande, reprendra les faits et l'argument santé qu'elle avait avancé. Nous convenons ensuite d'un arrêt maladie pendant lequel je la reverrai, à la demande de son médecin traitant en visite de pré-reprise pour organiser une reprise à temps partiel thérapeutique et aménagement de son poste de travail (demande de son médecin traitant que je susciterai par un courrier).

Par rapport au courrier initial élaboré ensemble, le double que je recevrai quelques jours plus tard comportera la phrase : « J'essaie de me consoler en me disant que je n'ai pas été déplacée sur une faute. »

Pendant le congé maladie, elle me téléphonera fréquemment, inquiète.

Je la reverrai en visite de pré-reprise, et l'examinerai enfin. On ne sait jamais, il faut des traces dans le dossier, s'il y a un conflit et recours au médecin inspecteur du travail et à l'ins-

avec sollicitation du rachis et des membres supérieurs bien au-delà des angles de confort. Je demanderai un reclassement interne ou une formation permettant de garder un poste administratif. Le contact téléphonique avec le chef du personnel se passera bien : il reconnaîtra qu'il s'agit d'une mauvaise décision compte tenu du parcours professionnel de Lucie.

Le soir de la reprise de travail à temps partiel de Lucie, je recevrai un coup de téléphone triomphant — « *J'ai retrouvé ma place* ».

Six mois plus tard, elle a conservé son poste et va bien.

**D**ans ce type d'entreprise paternaliste, où le débat social est inexistant, il faut d'abord travailler à l'analyse de la situation lors de la consultation, en expliquant les enjeux pour les différents protagonistes.

Lucie était arrivée en me disant : « *Michèle m'a pris ma place, c'est son poste qui est supprimé et c'est moi qu'on déplace.* » Curieusement elle emploie le mot déplacé au lieu du mot muté. L'analyse de la situation montre qu'il s'agit d'une réorganisation du travail avec suppression d'un poste. Le chef du personnel est bien dans l'exercice normal de sa fonction sauf qu'il y a des règles que l'entreprise n'a pas l'habitude de respecter ; on demande régulièrement aux gens de changer de poste mais ils n'ont pas le choix — on accepte ou on s'en va. Lucie n'a donc pas le choix même si elle s'estime bien mal payé de tout ce qu'elle a fait. Ses deux collègues de travail sont plus jeunes, et peuvent se former rapidement à l'apprentissage des langues étrangères. La décision est logique du côté du chef du personnel.

Lucie a du mal à admettre que ce n'est pas parce qu'on ne l'aime plus qu'on la mute, elle pense : « *Michèle ne se laisserait pas faire, donc ça tombe sur moi.* » Elle en veut à sa collègue. Au début, elle est sûre que le P-DG, qui est si attentif et pour qui elle et son mari ont tellement fait, ne va pas la laisser pleurer et souffrir de l'autre côté de la vitre ! Elle découvre enfin que le travail ce n'est pas la famille ! Je lui fais constater l'hypocrisie qui consiste à lui faire endosser la res-

ponsabilité de la situation : « *Vous n'êtes pas assez souriante.* »

Il s'agit pour le médecin du travail, de ne pas agir frontalement car Lucie risque de faire les frais d'une intervention intempestive, et d'être sanctionnée pour avoir alerté le médecin du travail. Il s'agit de construire un argumentaire, des traces s'il faut aller au conflit mais en même temps de préserver l'emploi de Lucie en restant dans l'ombre et en paraissant intervenir à la demande d'un tiers extérieur. (Quand Lucie avait remis sa lettre, car nous avons convenu qu'il fallait éviter l'envoi en recommandé, le P-DG lui avait dit : « *Ce n'était pas la peine d'avertir le médecin du travail* »). Lucie se défend, il s'agit simplement de l'aider à mieux analyser la situation et de la soutenir dans sa démarche de préservation de sa santé.

Dans cette histoire, la stratégie utilisée tient à la situation particulière de l'entreprise, au mode de fonctionnement interne, à l'absence totale de représentant du personnel : Lucie habite le village et il est difficile de la licencier — réputation de bienfaiteur du village oblige. Il faut donc permettre à l'employeur de revenir sur une décision injuste, sans recourir aux arguments réglementaires pour ne pas envenimer la situation. L'intervention du médecin du travail permet alors au P-DG, parce que des critères de santé sont mis en avant, de revenir sur une décision sans paraître céder. Personne n'a perdu la face.

Trois consultations prolongées, quatre lettres, un soutien téléphonique, beaucoup de temps, une bonne connaissance de l'organisation du travail, un moment particulier dans la vie de l'entreprise (l'intégration de la fille du P-DG à la gestion du personnel), la connaissance du parcours professionnel (et même de la vie privée) de Lucie, une confiance construite lors des examens annuels précédents, la connaissance des postes de travail. L'intelligence rusée que l'on peut mettre en œuvre lors de ces consultations spontanées s'appuie sur une connaissance approfondie du contexte et des différents protagonistes. Il n'y a pas de recette, pas de conduite à tenir, il faut inventer dans le cadre d'une relation intersubjective.

Annie Deveaux

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

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

#### CONSEIL D'ADMINISTRATION

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, Jacques DESHEULLES, Annie DEVEAUX, Nicole LANCIEN, Gérard LASFARGUES, Gérard LUCAS, Marie PASCUAL, Catherine ROCHE, Gilles SEITZ

# FACE AUX FACTEURS COMPLEXES EN JEU DANS LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL : « OSONS ! »(1)

## LES ÉVOLUTIONS DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET SES CONSÉQUENCES EN TERME DE SANTÉ

Elles se passent dans un contexte de financiarisation de l'économie et de développement de la concurrence qui concerne l'ensemble du monde du travail.

Depuis les années 1985, la souffrance au travail prend une ampleur considérable, dans une société où le tout économique permet la précarisation massive des salariés. Alors que l'entreprise se réapproprie parfois l'ergonomie comme formidable outil de dépossession des savoir-faire, de rentabilité économique, la rigidification des procédures (norme ISO oblige) renforce le taylorisme jusque dans des secteurs jusque-là épargnés comme le tertiaire, « l'enrichissant » d'horaires atypiques et de temps partiels imposés. Le recours à la sous-traitance freine la mise en place des mesures de prévention (sous-traitance des risques). L'éclatement des collectifs qui en résulte est renforcé par la responsabilisation individuelle. Dans cette ambiance de course contre la montre, d'urgence productive, de management aux objectifs, sans débat sur les moyens, les salariés se surpassent en horaires, en charge physique, en cadence et stress sur chaîne, en activité cognitive complexe. Certains laissent une part d'eux-mêmes au travail, gommant leurs désirs, leur imaginaire, voire leur identité pour adhérer à la culture d'entreprise.

Dans cette nouvelle rationalité cognitivo-instrumentale où la technologie soit-disant sans faille doit tout résoudre, le rêve de maîtrise absolue, de toute puissance conduit l'entreprise à considérer le salarié comme une denrée. Dans une logique d'exclusion des plus faibles, le médecin du travail deviendrait alors l'outil de délivrance de fiches d'inaptitude.

En refusant le principe du tout économique, en replaçant l'humain au centre du débat dans l'entreprise, le médecin du travail devient témoin gênant de l'effondrement du droit social et de la dégradation des conditions de travail.

Or, les consultations spontanées se multiplient. On y écoute la plainte, la souffrance tantôt physique, tantôt psychique, la peur (du chômage, du licenciement) qui engendre le silence ; la colère, la honte. On y rencontre le largage d'un silence trop pesant, les dénis de réalité et leur rupture, débouchant sur la difficulté à faire face, l'épuisement, l'interrogation face à l'ab-

•••••

1 - Cette publication a fait l'objet d'une présentation au cours de la réunion de la Société de médecine du travail du Val de Loire de Tours, à Blois

surde. Le besoin de parole grandit, comme pour compenser le manque d'espace de discussion en entreprise. Il s'accompagne parfois du sceau de la confidentialité. Du point de vue du médecin du travail, la première difficulté en consultation sera de distinguer ce qui se rattache à l'intensification du travail, dont l'objectif est clairement l'augmentation de productivité, des techniques d'éviction des salariés. La préoccupation première n'est pas de repérer dans l'entreprise un authentique sujet pervers. Il s'agit bien au contraire de rechercher ce qui a pu changer des modes de production, d'organisation, des choix en matière de nouvelles technologies, de l'histoire de l'entreprise (restructuration), de l'organigramme (nouvelle direction, nouveaux collègues, mutations, promotions), aboutissant à transformer des sujets jusque là indispensables en indésirables. L'objectif de l'employeur est de les regarder partir sans avoir à les licencier !

Faire intervenir le médecin du travail sur le thème de la souffrance, du stress et du harcèlement moral au travail semble à la fois légitime, (nous sommes de plus en plus sollicités sur ces questions) et en même temps illusoire, au-delà de l'aspect gratifiant de l'écoute en consultation, en raison de nos difficultés d'intervention dans l'espace public.

Le médecin du travail accueille en consultation, encore aujourd'hui au moins une fois par an, tous les salariés, accumulant les données individuelles, juxtaposées dans des placards obscurs et bien verrouillés. La mise au placard est-elle aussi l'avenir du métier ?

Pour répondre à cette question, je tenterai d'abord de développer sur un plan théorique, la question de la clinique médicale et, au-delà de l'écoute compréhensive, la notion d'acte et les régimes d'action.

L'action du sujet et celle du médecin du travail qui s'ensuivent s'inscrivent dans un réseau de possibles intervenants au service du sujet en difficulté dans l'entreprise. Ce thème du réseau dans et hors entreprise sera développé dans un second chapitre.

Quelques exemples développés à cette occasion nous contraindront à mailler pratique et théorie, tout en tenant compte du contexte économique et à nuancer les certitudes, s'il nous en reste !

## LA CLINIQUE MÉDICALE

La relation médecin/salarié est sous tendue par une nécessaire relation de confiance, elle-même étayée par la qualité des consultations antérieures, par la représentation que le salarié a pu construire du réel de l'activité de son médecin du

travail, de la connaissance qu'il peut avoir de la spécificité de ce métier ... « éviter toute altération de la santé du salarié du fait du travail », y compris dans le cadre de la souffrance psychique.

## L'ÉCOUTE COMPRÉHENSIVE

Une étape nouvelle de prise de responsabilité dans ce contexte économique défavorable à l'action de prévention, face à la souffrance vécue, est l'écoute compréhensive. Écouter, en consultation, c'est d'abord se placer en position de non savoir, en toute équité, dans une authenticité réciproque et faire preuve d'une disponibilité sans faille. C'est permettre la parole risquée, le sujet choisissant ou non le dévoilement de sa souffrance et de la réalité pathogène de l'organisation du travail. C'est aussi l'écoute risquée, le médecin du travail ne pouvant rester sourd face à ces révélations, devant s'engager à faire savoir et porter en débat, cette question, dans l'entreprise. L'écoute compréhensive, c'est permettre l'échange d'interprétations que chacun des deux pourra nuancer, remanier. Dans ce dialogue, le sujet gardera cette part d'énigme irréductible liée à son histoire singulière, pendant que son récit prendra sens. Il gardera toute liberté d'interprétation, et face aux solutions proposées, choisira lui-même l'issue à donner à cette crise. Mais il ne semble pas présomptueux de dire que le sujet qui a choisi de parler s'inscrit dans une dynamique qui débouchera sur l'action.

Cette approche intersubjective et les dévoilements qu'elle a suscités, a permis la mise en évidence de particularités liées aux femmes au travail. Ces particularités du féminin et du masculin posent des questions relatives à la reconnaissance (du côté du masculin), au jugement sur l'être des hommes vis-à-vis des femmes, sur les violences vécues et l'absence de déni au féminin qui conduit à la peur, l'isolement et donc à l'absence de collectifs de défense, le plus souvent, chez les femmes. La question du pouvoir ne semble pas du côté du féminin acceptant l'incomplétude, orienté vers les métiers du social, de la santé, de l'accompagnement de l'être souffrant, autant de professions souvent non valorisées. Tous ces constats doivent être pris en compte, nous obligeant à la nuance, face au dévoilement des salariés. Ces réflexions ont été compilées à la suite de nombreux témoignages dans un ouvrage collectif *Femmes au travail, violences vécues*(1).

Nous avons souvent débattu de l'intérêt de l'écoute intersubjective, tout en critiquant l'écoute compassionnelle isolée, c'est-à-dire sans projet d'action. Mais comment affirmer que l'on y préfère l'écoute compréhensive, dans un accompagnement non substitutif à la pensée du sujet, sans étayer plus avant la pratique ? Celle-ci conduit-elle le sujet à changer de regard par rapport à sa réalité professionnelle ? Lui donne-t-elle la « force » d'agir ? Existerait-il des recettes généralisables ?

Cette question a d'autant plus d'intérêt que le médecin du travail peut être confronté à sa propre impuissance à changer les conditions de travail délétères. La clinique médicale viendra-t-elle à son secours ?

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

1 - SEMAT Eve, Ass. Santé et Médecine du Travail, Femmes au travail. Violences vécues – Ed. Syros, 2000

La clinique médicale est en effet le cœur, le moteur du métier ; elle nous alerte quand soudain le sujet prend le risque de la parole, en attente d'une aide potentielle, ou avec parfois la promesse de notre silence après ses confidences !

En quoi le silence n'est-il pas synonyme d'inaction ?

Quelle est donc, autant que l'opacité de la rencontre, la place à donner à l'authenticité réciproque ? Quelle méthodologie, possible ou utopique, ou restrictive en son essence même ?

Quels résultats tangibles de la rencontre ?

## LES RÉGIMES D'ACTION

**NOUS EMPRUNTERONS QUELQUES IDÉES À LUC BOLTANSKY**, issues de son ouvrage *L'amour et la justice comme compétences*. Ce sont essentiellement les travaux d'O. Riquet (avec la participation de D. Parent), sur les régimes d'action de L. Boltansky qui sont repris dans ce chapitre. Dans la sociologie des régimes d'action de L. Boltansky, chaque acteur est doté de compétences et de capacités qui vont être ou non actualisées dans l'action, en fonction des types de situations rencontrées, rendant possibles une pluralité de modes d'engagement et d'ajustements dans l'action. C'est ainsi que les personnes pourront s'engager dans la justification publique, l'agapé, la compassion, la violence, la stratégie, la familiarité, autant de régimes d'action.

L'hypothèse de L. Boltansky est que les gens se maintiennent dans le régime où ils sont installés. Ils ne s'en sortent, en quelque manière, malgré eux que lorsque la situation les confronte à une autre personne installée dans un autre régime.

L'émotion est le résultat du basculement d'un régime dans un autre. Son caractère corporel en fait le support de la rémanence. Dès lors, la personne ne s'installe plus dans un état qui la submerge malgré elle. Tout en conservant l'événement en mémoire, elle peut accéder à une activité réflexive.

**EN PRATIQUE**, le sujet qui se présente à nous n'apparaît pas « à découvert ». La souffrance psychique ne se donne pas à voir spontanément. Nous accueillons un sujet que nous abordons à notre manière, c'est-à-dire, selon notre bon vouloir. S'il n'y a pas de recette, nous savons néanmoins que le résultat différera selon qu'il pourra parler librement ou devra répondre à des questions ouvertes voire à un interrogatoire serré, fermé, sans avoir eu la possibilité de croiser notre regard. Qu'est-ce qui dépend du sujet, qu'est-ce qui dépend du médecin du travail, dans cette potentialité de rencontre ? Peut-on atteindre « l'authenticité réciproque » ?

La bienveillance est nécessaire ; elle n'est pas suffisante. Elle peut même tendre à la compassion sans réflexion. Écouter, laisser le sujet se dévoiler, se dire, se livrer, avec ses faiblesses, c'est le laisser donner à sa souffrance l'importance que lui confère la gravité de la situation. N'est-ce pas marginaliser les choses du monde du travail et à travers elles la part importante qu'elles jouent dans le cours de sa vie et de sa santé ?

La question du travail, les problèmes d'organisation, doivent impérativement être abordés pendant cet entretien. Dans



l'agapé (définie par le don, n'attendant pas de retour, ne connaissant pas le calcul), l'écoute est sans demande, sans justification. Je crois ce qui est dit. J'attends l'autre, le sujet en consultation, sans précipiter les questions, les propositions d'interprétations. J'emmagasine les paroles. Le vécu subjectif des événements m'importe plus, dans l'instant, que leur contenu. Il, elle a tout le temps, toute la place nécessaires à l'expression de son vécu.

Sortir de ce régime d'action, c'est en principe chercher à retrouver l'équilibre en attribuant aux événements du travail l'importance que je pense souhaitable de leur conférer, et que je suggère, avec l'humilité due à mon regard externe. Cette intervention nous sépare, le sujet et moi. Elle nous éloigne de l'agapé mais tend à nous entraîner dans un « régime de paix en justesse ». Au juste retour des choses s'ajoutera, je l'espère, la justesse de l'analyse, la juste place accordée aux événements professionnels supposés en cause. Nous pourrons alors commencer ensemble à structurer l'action, les actions qu'il sera possible d'entreprendre. Peut-être cette tentative nous entraînera-t-elle vers un « régime d'action de dispute en justice », le sujet soulevant les critiques et apportant des justifications, dépassant sa singularité en parlant pour lui-même et pour les autres, acquerrant un niveau de généralité plus élevé, tendant à rompre de lui-même l'irréversibilité des choses.

Le sujet peut nous apparaître au contraire d'emblée dans un régime dit de « dispute en violence », n'attendant aucune délibération, n'attribuant aucune place à la réflexion. Le problème surgit dans l'urgence. L'imminence de la décision à prendre me jette dans la tourmente, dans le tumulte d'un conflit qui me dépasse et pourtant ne me concernait pas. L'écoute risquée conduit ainsi à entendre et partager soudain l'indignation du sujet. Me laisserai-je emporter par l'urgence du simple fait d'avoir entendu le récit du sujet qui me fait face ? Ma propre indignation, très incorporée, très subjective, est le signe de mon changement de régime d'action du fait du consultant. L'émotion qu'elle engendre m'en informe. Quel cheminement adopter pour en sortir ? Le chemin n'est pas tracé d'avance et dépendra de la capacité du sujet à me suivre dans un régime d'action moins offensif, plus structurant. L'intersubjectivité alors à l'œuvre, par l'usage de la phronésis, sagesse pratique ici appliquée à la dialectique, guidera ses choix. L'activité réflexive va permettre de donner sens à son récit et le guider vers l'action.

## L'ACTE OU LA LIBERTÉ PAR ACCIDENT

Sans projet, il n'y a pas d'acte. Il ne suffit pas que le sujet soit confronté à la réalité du travail, il lui faut aborder cette réalité avec un projet d'action. En l'absence d'un tel projet défini et conscient, il ne peut que réagir à la réalité.

Au fondement de la liberté de l'acte, il y aurait à la fois le vouloir de création et la réalité hors sujet. Rapportée à la relation intersubjective en consultation, cette notion de liberté s'applique aux deux acteurs en présence. La parole risquée se confronte à l'écoute risquée conduisant toutes deux à la dialectique et ses régimes d'action.

Selon Mendel, dans l'ouvrage *L'acte est une aventure*, « Elle

*ne résulte pas, cette liberté, d'un choix d'entrer dans l'acte qui aurait été décidé librement par le sujet mais témoigne de la levée partielle au cours de l'acte des déterminismes qui pesaient et sur le sujet et sur la réalité concernée... Une liberté qui surgit occasionnellement de l'interactivité d'un vouloir de création échappant à la volonté et d'une réalité qui se dérobe au projet d'action. »*

Chaque sujet en consultation, du fait de son histoire singulière, du fait que l'accompagnement qu'il requière n'est pas substitution à sa propre pensée, garde son libre arbitre. Je ne peux que l'assumer, en tant que médecin du travail. Pour que cette liberté de parole devienne un acte, il faut qu'elle ait un effet sur la réalité.

Lorsqu'il se situe dans un régime d'action en agapé, le médecin du travail a beau faire appel à son savoir, à son expérience, il bute rapidement sur l'inconnu. Il ne peut qu'attendre l'autre, accepter ce qui est dit sans juger, tout en ouvrant la voie l'activité réflexive du sujet. Selon Mendel, « *s'engager dans l'acte, c'est assumer, qu'on le veuille ou non, la liberté menaçante qui découle de l'aventure et du risque de l'acte* »... « *Tout acte inclut dans son processus une indétermination au moins potentielle de son issue. Et cette indétermination ouvre au moins potentiellement une fenêtre de liberté pour un sujet qui serait, sinon, complètement déterminé dans son avenir par son passé* ». La liberté du sujet ne survient qu'à travers la liberté de l'acte, donc secondairement, comme par accident.

## LES RÉSEAUX D'ACTION

Ces réseaux internes et externes ne nous sont pas inconnus. Ils réfèrent cette fois à notre expérience, notre savoir-faire. Ils ne sont pas méconnus des sujets au travail qui les auront peut être spontanément sollicités, de façon partielle. À chaque situation ses solutions ! Après un regard schématique sur les possibilités internes et externes de travail en réseau, nous examinerons quelques cas concrets.

### LES RÉSEAUX DANS L'ENTREPRISE

Le salarié en difficulté peut en avoir discuté avec un groupe de collègues, avec les délégués du personnel ou les membres du CHSCT, s'ils existent. Il a peut être, en vain, informé le responsable des ressources humaines ou le dirigeant de l'entreprise.

Nous n'ignorons pas, toutefois, que la peur isole. Soit par le silence du sujet, soit par le processus de banalisation du mal.

### LES RÉSEAUX HORS ENTREPRISE

Nous distinguons, peut être arbitrairement, prévention et réparation. La prévention permet au sujet, au-delà de la réflexion, de mener à bien une action, seul ou avec l'aide d'un réseau externe, afin de reconstruire sa santé et conserver son métier et son emploi dans l'entreprise.

#### PRÉVENTION EN RÉSEAUX

La plupart du temps, le salarié a déjà bénéficié de l'aide de son médecin traitant, soit par l'apport d'une thérapie médica-

menteuse, soit par un arrêt de travail.

Certains ont aussi contacté l'inspecteur du travail. C'est déjà plus rare. Plus exceptionnelle est le contact avec l'union syndicale locale. Ces pistes pourront lui être proposées, de même qu'une réflexion prudente, face à sa difficulté à reprendre le travail, sur la terrible question de l'inaptitude et de ses conséquences. Une fois ce souhait exprimé, bien que vérité de l'instant, non définitive, il faudra bien envisager d'autres issues que le chômage. C'est pourquoi les réseaux externes se complètent de l'assistante sociale, de l'ANPE, de l'ASSEDIC.

En cas d'utilisation du droit d'alerte et de retrait par le salarié ou son représentant, le technicien de la cram sera également associé dans les quarante-huit heures, par l'employeur lui-même.

Le médecin du travail, au-delà de l'écoute, et peut être après avoir conseillé au sujet une prise en charge thérapeutique spécialisée, elle-même non systématique, aura de plus en plus souvent, suffisamment d'éléments en main pour agir dans l'entreprise. Sauf avis contraire du salarié. Nous avons longtemps rencontré cette situation qui nous a d'abord confronté(e)s à notre impuissance et conduit(e) à la mise en visibilité sociale, hors de l'entreprise, par des écrits collectifs (éthique du témoignage), ce qu'il nous fallait taire au-dedans.

Dans les entreprises où les instances représentatives du personnel sont présentes, le médecin du travail peut mener la question de la souffrance au travail en débat, le plus souvent en CHSCT, y abordant les problèmes liés à l'organisation du travail, dont la question des espaces de parole et des marges de manœuvre en entreprise.

Les déclarations de maladies à caractère professionnel, dont un double peut être remis aux sujets, auront d'autant plus de poids que plusieurs cas auront été répertoriés dans l'entreprise. La fiche d'entreprise est un bon moyen de laisser des traces écrites auxquelles l'inspection du travail et l'inspection médicale du travail auront accès. Le Comité d'entreprise en prendra connaissance, s'il existe.

## RÉPARATION

Le sujet quitte parfois l'entreprise, que ce soit par l'intermédiaire de la fiche d'inaptitude « thérapeutique » ou de sa démission. Il aura éventuellement utilisé le droit de retrait, ce qui représente encore l'exception, du moins dans les petites entreprises. Ce qui signe aussi le recul du droit, l'effacement de la citoyenneté dans l'entreprise.

La dévictimation, pour être complète, passera parfois par le recours à la justice civile ou pénale par le salarié lui-même. Le médecin du travail n'entre pas dans cette démarche ; pas plus pour la freiner, en raison du soit disant manque de preuves, que pour l'encourager au-delà des souhaits du sujet lui-même !

## QUELQUES EXEMPLES CLINIQUES

### L'AJUSTEUR MOULISTE

M. Gauthier est ajusteur mouliste. Il a du prendre deux semaines d'arrêt de travail, il y a deux mois, en raison d'un sentiment d'asthénie prononcée, s'accompagnant

d'hyperéveil, de difficultés à l'endormissement, de rêves se rapportant au travail, de réveils fréquents avec des pensées obsédantes du travail. Il m'annonce assez triomphalement qu'il a donné sa démission, que son employeur a tenté de le retenir en lui promettant une augmentation de salaire. Il a proposé de lui-même un changement de poste qui, en remontant vers l'amont, lui éviterait d'être toujours dans une fausse urgence, tout à la fin de la fabrication. Impossible ! Alors il a su dire « non » et il va partir.

M. Gauthier, en effet, n'a plus envie d'aller travailler le matin, depuis quelques temps déjà et présente, selon lui des difficultés à franchir la porte de l'usine. C'est ce qui a motivé sa démission.

Son employeur est un sous-traitant de l'industrie de la chaussure. Il réalise des moules, en aluminium, pour l'essentiel. Ce sont ces moules qui serviront à réaliser les semelles. Pendant la basse saison de production des chaussures, le donneur d'ordre prépare la collection suivante. Le salon approche, M. Gauthier, sollicité au dernier moment, va devoir fabriquer deux moules par taille et par modèle de chaussures, un pied droit et un pied gauche. Quatre tailles suffiront pour le salon de la chaussure. Il va exécuter ses moules en un temps record, puis effectuer l'essai du moule en fabriquant le prototype de semelle de façon parfaite. « *C'est très important pour la suite,* » — précise M. Gauthier — « *en effet, le client va repartir effectuer lui aussi dans l'urgence, le montage de la tige (partie cuir), sur la semelle. Une nouvelle chaussure est née ! Si le modèle plaît, le sous-traitant aura décroché la fabrication des moules en série, pour l'industrialisation du modèle, y compris en délocalisation.* »

En pleine saison d'industrie de la chaussure, la pression est moins importante, selon M. Gauthier, qui me précise qu'on est alors en pleine fabrication des moules en série. Il s'explique : « *Le donneur d'ordre, il est foutu, il a signé le contrat pour toute la série, nous sommes en sécurité.* »

Presque paradoxalement, c'est en basse saison que la pression monte. M. Gauthier est extrêmement minutieux et recommence alors sans fin les retouches du moule, les essais du moule, l'examen attentif du prototype, et ainsi de suite, jusqu'à obtenir un prototype de semelle parfait. Les salariés en amont travaillent à leur rythme mais lui ne peut commencer son travail de finition que lorsque les autres ont fini. Or, les délais sont les délais ! Le donneur d'ordre est sur mon dos et attend ! Il est arrivé qu'il demande une modification supplémentaire et qu'il attende, dans sa voiture en marche, coffre ouvert, la fin des retouches et des essais et l'arrivée du prototype parfait.

Ce qui est frappant dans ce récit, et M. Gauthier en convient, c'est que le client met la pression sur le sous-traitant qui la répercute sur son salarié en ne lui donnant aucun moyen en temps ou en main-d'œuvre supplémentaires.

M. Gauthier vit sa démission comme un soulagement — les projets pleuvent — depuis cette décision, le travail n'est plus source d'anxiété pour lui. L'intérim ne lui fait pas peur, quoique... ça l'empêche de dormir !

Toutefois, il me rappellera quelques jours plus tard, pour m'an-

noncer que les propositions concrètes en intérim, loin de le satisfaire, lui semblent ennuyeuses par le risque de simplicité et de répétitivité que je lui avais un peu prédits, après avoir demandé l'avis d'une collègue ayant l'expérience du travail en entreprise de travail temporaire.

Enfin, quelques jours avant son départ, l'employeur l'a reconvoqué et cette fois, au-delà des propositions d'augmentation de salaire, a accepté le débat de fond sur les moyens à mettre en œuvre à ce poste de travail. Les délais de finition seront rallongés et des salariés viendront l'aider, le temps nécessaire à la réalisation du moule.

## ÉPILOGUE

M. Gauthier me demandera, puisqu'il reste dans l'entreprise, de ne pas répéter à son employeur ce qu'il m'avait laissé entrevoir des problèmes organisationnels. Il craint son employeur et d'éventuelles retombées négatives sur ses conditions de travail.

## SYNTHÈSE

Cet exemple montre que l'intensification du travail est pathogène (mais je ne vous apprend rien), que des solutions existent pour y remédier, mais qu'il ne suffit pas forcément de demander. Le médecin du travail accompagne le sujet dans son analyse et sa démarche, comme un passeur, sans intervenir en entreprise. Dans la négociation, il faut parfois dire non et donner sa démission, pour tout solutionner.

## LA CONFECTION INDUSTRIELLE UN MAILLAGE TRÈS SERRÉ !

### SCÈNE 1 : ACTIVISME PROFESSIONNEL

Mme Colac a 30 ans. Son BTS en confection lui a ouvert les portes de cette entreprise de confection voilà six ans. D'abord en stage, puis en CDD. Elle revient dans la région après quelques années d'absence. Elle est réembauchée dans cette même entreprise, en CDI. Elle occupe, au service création, le poste de codification. Elle adore son travail et donne entière satisfaction.

Lors de sa visite annuelle, elle évoque des troubles du sommeil. Je lui fais préciser ces troubles : oui, elle se réveille en pleine nuit, vers 3 h du matin ; oui, elle pense au travail et se rendort à 5 h 30 pour se lever à 6 h30.

La tension au travail serait due à un manque de coordination avec la responsable du service création : « *Si on ne communique pas les informations, il est difficile de travailler ! Je perds beaucoup de temps à chercher* ».

L'examen clinique apparaît satisfaisant ; je note un léger éréthisme cardiaque qui disparaît en cours d'examen. Par contre, elle a pris 5 kg, qu'elle attribue au grignotage, qu'elle rattache à la tension au travail.

À ma demande de précisions, elle me raconte comment la responsable a essayé de se servir d'elle « faire virer une salariée qui avait plus de vingt ans d'ancienneté. Elle a cherché par tous les moyens à lui trouver des fautes professionnelles et tenté de l'utiliser. *« Cela ressemble à de la délation ; j'ai refusé de coopérer »*.

Sa collègue a effectivement été licenciée. Mme Colac a longtemps assuré les deux postes, en l'absence de remplacement, dans un premier temps. Mme Colac pense que ça va aller, qu'elle va pouvoir tenir.

Quelques mois plus tard, Mme Colac revient me voir. Le service des ressources humaines, qui applique très approximativement la législation du travail, demande une visite médicale de reprise du travail vingt-quatre jours après la reprise ! C'est mieux que rien !

L'arrêt de travail a duré près de quatre semaines et serait du à un état dépressif. Le conjoint a été très présent dans cet épisode difficile, en raison des problèmes de la sphère privée (de santé, dans sa famille et sa belle-famille) et dans la sphère professionnelle.

Au travail, on lui a promis une augmentation de salaire dans trois mois, si elle fait ses preuves dans ses nouvelles fonctions :

Ce faisant, elle reprend, cette fois, une part de l'activité de sa responsable, en plus des tâches antérieures. En principe, les dossiers doivent circuler de façon plus fluide, entre les services BE, BM, prototypes. Elle reprend tous les dossiers en cours, s'investit, répond aux questions de sa responsable qui l'appelle au téléphone pendant la petite pose qu'elle s'octroie le midi, doit souvent s'interrompre dans le travail quand sa responsable désire un détail qui n'a rien à voir avec son travail en cours, au risque de lui faire perdre le fil.

Les conséquences sur la santé sont impressionnantes. Lorsqu'elle doit s'arrêter, Mme Colac ne dort plus du tout ! Ou alors, ce sont des cauchemars, évoquant le travail ! Éveillée, des scènes traumatisantes s'imposent à elle, en lien avec son travail, avec cette responsable sur son dos, à guetter les erreurs, menaçante ! Ce syndrome de répétition s'accompagne de crises d'angoisse, avec tremblement, sueurs, tachycardie, oppression et d'un syndrome d'évitement, la peur de rencontrer sa responsable l'empêchant de retourner travailler.

« *Pendant mon arrêt de travail, je me suis vidée ; je n'ai fait que dormir. Ma seule activité aura été de reprendre contact avec ma fille et mon mari. Mon mari m'a beaucoup aidée. J'ai pu rencontrer ma mère (dans une ville lointaine), ça m'a fait beaucoup de bien* ». À la reprise, il y a trois semaines, elle allait très bien. Elle a repris sans hésiter, sans reculer.

Mais dès le premier jour réapparaissent la peur de se retrouver en face de cette responsable, les scènes traumatisantes resurgissent, les insomnies, l'angoisse. Chaque soir, elle rentre du travail en pleurant. La nuit de dimanche à lundi, c'est la panique !

Si cliniquement, le syndrome de stress post-traumatique est incontestable, par contre, je trouve la réaction disproportionnée par rapport à la situation que je suis tentée de qualifier d'intensification du travail. D'une part des contraintes professionnelles fortes, elle doit faire plusieurs choses à la fois, toujours se dépêcher davantage, alors que sa responsable l'interrompt souvent dans le travail, au risque de lui faire faire des erreurs. Face à cela, le degré d'autonomie dans le travail, qui aurait du progresser avec ses nouvelles fonctions, s'ame-

nuise avec ces contrôles incessants.

*« Je sais gérer mon travail, je m'organise... mais elle met le planning à l'eau ».*

En réalité, Mme Colac va parvenir à m'expliquer que les ordres impératifs qu'elle reçoit, au plan informatique, sont tellement inadéquats qu'il faut faire semblant de les appliquer, tricher pour y arriver ; mais aussi, les ordres se succèdent de façon contradictoire ; mais encore la responsable alterne entre séduction et colères injustes.

Aucune erreur n'est tolérée, comme si elle avait l'ambition de passer du BE au BM à la fabrication, sans les prototypes ! De plus, la recherche d'erreur relance les tentatives de délation dans le service, comme si le plus important était de trouver des coupables au lieu de chercher des méthodes pour éviter de refaire les mêmes erreurs !

Cette fois, les éléments déstabilisants sont bien là, qui ont pu la faire décompenser. Tout me semble clair et la synthèse que je lui propose a un effet immédiat. D'abord, parce que je la crois. Ensuite, parce que mon analyse donne sens à son récit.

Je lui propose un courrier au médecin traitant, qui décrit la clinique, en précisant bien que chaque symptôme du syndrome de stress post traumatique est « en lien avec des éléments de la sphère professionnelle, vécus comme « traumatisants ». Prudence rédactionnelle ! Les éléments traumatisants, dans la mesure où je n'en ai pas été témoin, sont relatés au conditionnel ! Un double du courrier lui est remis. Elle me dira plus tard être rentrée le soir et l'avoir relu dix fois, avec sérénité.

La fiche d'aptitude est rédigée ainsi : « Apte sous réserve d'aménagement de poste. Aptitude limitée à 8 jours ; à revoir le... »

Je lui explique que je vais négocier, avec le RRH, un arrangement qui lui évitera d'avoir à rencontrer trop souvent cette responsable avec qui j'espère pouvoir discuter. Mme Colac m'apprend que sa responsable est absente aujourd'hui.

Le soir même, le RRH me reçoit et stoppe rapidement mon exposé. « *Nous savons très bien de quoi vous voulez parler. Mme Colac est venue me voir et m'a tout raconté. Ceci recoupe d'autres informations recueillies par ailleurs. Pour tout vous dire, la responsable a reçu hier une magistrale engueulade. Elle ne fait plus partie de l'établissement ! Pour l'instant, elle est en arrêt de travail.* » Voilà un aménagement de poste radical, qui ne satisfait pourtant pas mon désir de comprendre. Nous sommes passés de l'intensification du travail à un comportement de contrôle tatillon dont nous ne tenons pas l'explication. Lors de la visite suivante, huit jours après, Mme Colac va très bien. Sa responsable est absente. Elle ne sait pas pourquoi. J'ai promis le silence. Je suis juste autorisée à lui dire : « *Vous êtes sortie du tunnel et vous n'en savez rien.* »

## SCÈNE 2 : RETOUR À LA CASE DÉPART

Un mois plus tard, Mme Colac m'appelle après une nuit d'insomnies et de larmes : « *Ma responsable est revenue, comme si de rien n'était, et s'est installée comme avant à son bureau. Dès qu'elle est arrivée, je me suis sentie perdue, paniquée.*

*Mes collègues ont cru que j'allais donner ma démission ; je n'ai pas dormi de la nuit ; dès que je fermais l'œil, je la revois en face de moi à me menacer. Je ne peux plus me retrouver en face d'elle. Le responsable de fabrication m'avait informée de son retour. Je garde toute autonomie, mais je devrai lui rendre des comptes en fin de semaine. »*

Elle aura à nouveau un mois d'arrêt de travail, une psychothérapie focalisée, pendant que je prépare son retour en rencontrant à nouveau le RRH et le P-DG.

Que c'est intéressant ! Et fâcheux pour le RRH, dans ses petits souliers. Le P-DG, qui a besoin de cette responsable, l'a rappelée pendant son arrêt de travail (un mois au total) pour lui demander de bien vouloir reprendre son poste de travail. Elle a pu s'expliquer à son tour et dévoiler la persécution illégitime qu'elle subissait depuis quelques temps par une responsable commerciale ! Ses méthodes consistent, lors des réunions mensuelles du service création et du service commercial à la mettre en porte-à-faux en public, à démontrer par de petites phrases assassines que les erreurs viennent du service création, responsable de tous les problèmes. Ces méthodes, la responsable me le confirmera plus tard, l'ont complètement déstabilisée ; elle a perdu confiance en elle et commencé à tout vérifier près de Mme Colac. sans le lui expliquer.

Le P-DG s'exprime avec agacement. Il se contient à peine et parle de cabale à l'égard de cette responsable. Il aimerait que Mme Colac y soit mêlée. Je perçois sa colère à peine voilée. Mais mon diagnostic indique des pathologies en lien avec le travail. Il s'impatiente et reste courtois, jusqu'au moment où j'aborde les questions de surcharge de travail et de fausses urgences qui conduisent parfois les salariés du secteur tertiaire à me parler harcèlement. Invariablement, mon analyse me conduit à leur expliquer que décidément « non », que l'objectif recherché dans cette entreprise est bien l'accroissement de productivité et non l'éviction. Il apprécie visiblement et se détend d'un coup. Justesse du propos ? Il accepte la responsabilité de l'entreprise dans le cas de Mme Colac et parle de dommages alors que j'évoque le droit de retrait, au cas où elle serait dans l'incapacité de revenir à son poste dans l'entreprise.

Le P-DG a pris la décision d'éloigner la responsable commerciale qui passe désormais par les assistantes commerciales et non plus par le service création. Les plus jeunes assistantes craquent à leur tour et me demandent de ne pas intervenir. Elles donnent progressivement leur démission. Le P-DG a fini par convoquer sa responsable commerciale pour lui demander de changer sa façon de communiquer dans l'entreprise. Il l'a fait avec délicatesse, car elle représente à elle seule la moitié du chiffre d'affaire.

Mais ma curiosité me conduit à me demander pourquoi cette responsable commerciale exerce une telle pression sur les différents services, pour passer la première ?

## ÉPILOGUE

En fait, les commerciaux font trop bien leur travail, quel que soit leur secteur de vente, engendrant un véritable goulot d'étranglement au service patronage, en début de fabrication. Peu importe alors que le service création se désorganise un

peu ou que les assistantes commerciales partent ces temps-ci, il y a du retard en fabrication !

On comprend alors l'accroissement de la compétition entre commerciaux, il n'y en aura pas pour tout le monde !

Mme Colac a fini par reprendre son travail, en grande partie parce que je lui ai expliqué que sa responsable subissait les pressions du service commercial. Elle en avait été témoin, reconnaît-elle *a posteriori*. Sa responsable et elle ont pu s'expliquer, en partie parce que j'ai annoncé à sa responsable que ses recherches de preuves sans argumentation près de Mme Colac avaient été vécues comme traumatisantes. Elles travaillent à nouveau ensemble dans le même service. La responsable a néanmoins donné sa démission, cette fois-ci officiellement, ne pouvant supporter le climat de tension actuel. Quant à Mme Colac, elle pense qu'elle s'est bien fait avoir ! Elle n'a jamais eu l'augmentation de salaire promise. Elle n'a pas été récompensée de son activisme. Alors, elle cherche du travail ailleurs.

## SYNTHÈSE

Cette histoire en cascades montre que la vérité est plurielle et qu'il convient d'orienter les projecteurs dans les zones d'ombre. Elle s'enrichit avec le temps, alors que de nouveaux événements se succèdent et complexifient la situation. La vérité est donc aussi évolutive. L'essentiel du débat a pour l'instant eu lieu avec la responsable création. Elle en veut encore beaucoup au RRH alors que c'est en réalité la responsable commerciale qui, à l'origine l'a poussée à bout. Elle reconnaît que tout cela n'est que bouc émissarisation, psychologisation, quand en réalité il faudrait s'attaquer de toute urgence au goulot d'étranglement que représente le service patronage.

Reste à transcrire quelques grandes lignes dans le rapport annuel d'activité du médecin du travail, des grandes lignes sur les dangers de la psychologisation, vision tunnel des situations professionnelles, et de la nécessité d'instituer dans cette entreprise, des espaces de parole autour de la question de l'organisation du travail.

## FEMMES « AU FOYER »

### ACTE 1 : PLANTER LE DÉCOR

- Un petit village au fin fond des Mauges, dans le Choletais ;
- Un foyer logement d'une trentaine d'années, devenu tout récemment foyer logement avec cure médicale ;
- Des résidents retraités présents depuis l'ouverture de l'établissement, dont l'état de santé nécessiterait un établissement pour personnes âgées dépendantes (EPAD).

Dans ce contexte, arrive, il y a trois ou quatre ans, une ex-infirmière, dont c'est la première prise de fonction en tant que directrice. Elle doit donc faire ses preuves, avec un tout petit budget, 80% des ressources étant liées aux loyers des résidents. Séparée de son mari, elle vit seule, avec trois enfants à charge.

J'arrive, pour ma part, en 1999 sur ce nouveau secteur. Les visites systématiques annuelles et la visite de l'établissement ne laissent rien prévoir, à un détail près ; à la question de cette

directrice : « *Que pensez-vous de mon équipe ?* », je ne peux que répondre : « *Je n'ai pas trouvé d'équipe.* »

Pendant l'année 2000, l'affaire se corse en début d'année lorsque Mme Poupard, en contrat emploi solidarité, employée aide aux cuisines, commence à présenter des arrêts de travail en raison de fatigue, idées suicidaires, tout en se plaignant de la façon dont la directrice traite le personnel, dont elle en particulier : « *Elle est toujours sur notre dos, elle arrive sans prévenir et nous crie dessus ; on n'en fait jamais assez ; il y a longtemps que ça dure.* »

Mme Poupard a été agricultrice avec son mari, lui-même en GAEC avec son père. L'entreprise a fait faillite. La maison neuve est loin d'être payée et il y a quatre filles à élever, qui n'aident pas beaucoup à la maison. Une maison à proximité de la ferme des beaux-parents avec qui la tension est extrême.

M. Poupard est lui aussi en CES dans une ville voisine, cet emploi ayant un peu freiné sa violence en aidant à la réduction de son alcoolisation. Je travaille en lien avec le médecin traitant qui l'adresse au psychiatre.

Son contexte privé nuit beaucoup à sa santé. Quant à la sphère professionnelle, je me sens totalement démunie et à cours d'arguments pour y intervenir. Jusqu'au jour où, de passage au bureau de cette directrice, j'assistai à sa colère, face justement à Mme Poupard, médusée !

Il n'y avait pas place, à travers les vociférations, pour une éventuelle réponse, ni même pour la moindre possibilité de penser ! La directrice, me sollicitant en l'instant pour entrer dans ce « débat », je me contentai de lui demander avec un grand calme : « *Ça vous arrive souvent ?* » Le calme revint aussitôt.

### ACTE 2 : VOUS AVEZ DIT INAPTE ?

La directrice m'appelle un vendredi après midi, pour me demander s'il ne serait possible d'envisager une inaptitude pour Mme Poupard qui voulait ce jour, en lui apportant un nouvel arrêt de travail, lui donner sa démission. Cela lui éviterait le chômage. Certes ! Mais je doute que Mme Poupard souhaite cesser le travail !

Le lundi matin, Mme Poupard arrive avant moi, sans rendez-vous et passe la première. Elle a peu dormi depuis que sa directrice lui a dit et écrit sur un post-it qu'avec une inaptitude, elle pourrait toucher le chômage.

Je rédige d'emblée une lettre avec double à la salariée :

« *Madame,*

*Mme Poupard s'est présentée en visite médicale de préreprise ce lundi... Elle était très angoissée par votre petit message sur post-it qui reprenait les termes de votre appel téléphonique de vendredi dernier à mon intention, c'est-à-dire "Voir si possible rupture du contrat de travail pour raison de santé, afin de préserver les droits au chômage et d'éviter la démission ?"*

*En réalité, Mme Poupard adore son travail, qu'elle fait du mieux possible. Et elle n'envisage pas de donner sa démission. On peut supposer, et j'en jugerai à sa reprise du travail, que la fin de la prescription des arrêts de travail du D'...*

*correspondra avec l'aptitude à la reprise du travail au poste.*

*Espérant avoir répondu à votre question du vendredi... et restant à votre disposition... »*

### ACTE 3 : PRISES DE PAROLE

Il me faudra attendre les visites annuelles 2000 pour que le personnel se mette à me parler.

Le foyer logement est tenu d'une poigne de fer. Et la gestion très serrée. La directrice a l'œil sur tout, s'énerve facilement : « Depuis le début, elle arrive par surprise ; elle commence à parler vite et fort en faisant des gestes... » — ou encore — « Au début, aux transmissions, y'en avait souvent une qui prenait un savon. Ça pleurait souvent à la sortie. » Une autre encore : « J'entends ses talons, je me dis : Oh ! Là ! Là ! Qu'est ce qu'elle vient faire ! Je n'arrive pas à la regarder en face, depuis le début ! Elle sait que j'ai peur d'elle ! »

La directrice est économe et les moyens financiers sans doute dérisoires. Alors, elle compte les sous et essaie de « grappiller ». Une salariée s'est d'ailleurs vu donner quelques conseils au retour de son congé maternité : « J'espère que vous n'avez pas l'intention de faire un deuxième enfant parce que vous avez coûté trop cher au foyer. »

Une de ses collègues, qui avait accouché avec une prématurité de quinze jours se voit supprimer quinze jours de congés maternité en principe reportés après l'accouchement : « Je n'ai pas cédé ; je me suis fait incendier ! Je n'ai pas de témoin — elle m'a dit — Je n'y suis pour rien si votre gamine est arrivée quinze jours plus tôt ! Vous venez pour l'argent ; vous voulez le beurre et l'argent du beurre. »

Pour renforcer son autorité, la directrice n'hésite pas à solliciter M. le maire. La même salariée aide soignante raconte : « En 98, une stagiaire qui avait apporté de l'alcool et bu sur les lieux de travail, a fait une "crise de nerfs". Il a fallu appeler les pompiers ; le lendemain, la directrice m'a dit que j'avais été trop dure avec la stagiaire, qu'elle avait craqué à cause de moi ; "Vous êtes convoquée chez le maire. De toutes façons, vous terrorisez toute l'équipe ! Vous maltraitez les personnes âgées". Chez le maire, ça c'est plutôt bien passé. Il a reconnu que depuis le temps que je travaillais là, si j'avais tous ces défauts, il en aurait entendu parler avant. »

Toutefois, le récit de cette salariée me montre qu'il existe un clivage avec quelques aides soignantes qui ont choisi le camp de la directrice, qu'un noyau dur s'est constitué en réaction et s'est syndiqué, que le syndicat a écrit au maire sur l'aspect relationnel qui réside dans l'établissement, le problème des jours fériés non payés : « Depuis qu'on a mis les syndicats, on est la bête noire ; on est des menteuses. »

Le maire a bien essayé de réunir le personnel, pendant les congés de la directrice ; il voulait que tout le monde parle. La cuisinière a pris l'initiative de parler pour les autres. Mais une nouvelle rencontre a été organisée au retour de la directrice et cette fois, personne n'a pu parler. Devant divers adjoints et membres du Centre communal des affaires sociales (CCAS), la cuisinière a été humiliée en public par la directrice :

*« Je n'aurais pas mon mari et mon fils, je ne dis pas que je n'aurais pas fait une tentative de suicide. J'aurais pris la voiture... Le soir, je me suis couchée à trois heures du matin ; je n'ai pas dormi ; mon mari routier n'était pas là. Le foyer logement, mon mari en a par dessus la tête... J'ai personne à qui parler.. Je ne pouvais plus manger, je ne voulais plus voir personne.*

*Ce qui m'inquiète le plus, c'est : est-ce que je vais arriver à faire mon boulot ? Je vérifie trois fois mon travail, si tout est nickel. Elle va nous faire des avertissements comme à... Ils attendent que l'on fasse une connerie. Je n'ai jamais été un tempérament à rouspéter à tort et à travers. »*

Plus j'écoute et plus je comprends que le maire, le président du CCAS, autant que la directrice elle-même, ont tous peur de la montée du syndicalisme ! Dans les Mauges !

L'ambiance ressemble de plus en plus à Clochemerle. Une salariée, Mme X... a donné sa démission sans motif particulier. Mais quelqu'un a appelé anonymement la mairie en se faisant passer pour elle et a déclaré tout simplement s'appeler Mme X... et être bien contente de partir car l'ambiance est invivable au foyer logement ; elle plaint sincèrement celles qui restent. Le maire a rapidement convoqué Mme X... et s'est aperçu que quelqu'un jouait les corbeaux au village ! Mais qui ? Quelqu'un du foyer logement ?

La réaction est énergique. Accompagné de la directrice, il porte plainte à la gendarmerie, en glissant quelques noms de suspects : deux salariées syndiquées, deux des plus solides, résistant particulièrement à l'autorité largement déployée... Il y a d'abord celle qui fut injustement convoquée chez le maire après alcoolisation de la stagiaire et puis... la cuisinière.

Les gendarmes appellent et s'excusent de devoir les entendre à la gendarmerie.

*« C'est terrible — me dit la première — d'être toujours suspecte alors qu'on n'a rien fait. »* Ca l'a rendue d'abord perplexe ; depuis, elle est dans l'insécurité chronique face à l'imprévisibilité de sa directrice.

Les consultations se déroulent en deux journées à un mois d'intervalle. Lors du second passage, j'apprends que certaines salariées, pour défendre la directrice, sabotent le travail de l'aide soignante rebelle, laissant quelques montaubans non vidés, en partant à 14 h. L'aide soignante doit donc tous les contrôler en arrivant, de peur d'être accusée à tort, l'après-midi, de négligence envers les personnes âgées. Ce sont d'ailleurs ces mêmes salariées qui, en consultation me font spontanément l'éloge de leur directrice qui, c'est vrai, a fait des investissements intéressants au plan technique. J'en ferai d'ailleurs l'éloge dans ma fiche d'entreprise.

Lors de la visite médicale de la directrice, celle-ci annulera une heure avant ; elle est en congé. Elle viendra quand même, une heure en retard. Je la recevrai pendant deux heures.

La consultation n'aura été pour l'essentiel qu'un long monologue ; je ne demande rien, comme pour les autres. Elle passera son temps à me raconter à sa manière les récits déjà entendus et ceux qu'elle suppose m'avoir été faits, se justifie,

mais livre aussi ses insomnies, son anxiété, ses certitudes perdues, ses hésitations, ses questions, ses larmes. Elle a beau demander des finances, voilà plusieurs années qu'elle se bat pour rien. Le maire ne veut pas augmenter les prix de journée et les résidents font des bonds quand les loyers augmentent. On ne voit les familles que pour râler quand ça arrive... Elle est en pleine bagarre avec la DISS, la DASS, pour médicaliser l'établissement et ça demandera des années. C'est pourquoi elle a essayé par tous les moyens, y compris en donnant aux salariées des documents sur le syndicalisme, pensant qu'elles allaient l'aider. « Là, tout c'est emballé ! J'avais l'impression d'être à la tête d'un énorme véhicule qui s'emballait qui s'emballait et moi, je n'avais plus de freins. »

J'apprends de la directrice qu'elle utilise le budget formation à sa manière. Elle trouve que les salariées ne savent pas travailler entre elles et elle souhaite, avec l'aide d'un psychologue, leur enseigner le travail d'équipe.

Les consultations m'avaient révélé la méthode du psychologue. Ses entretiens individuels sont sensés mesurer par questionnaire le profil psychologique des salariées, cherchant à savoir si elles sont contestataires ou simplement victimes et si la directrice est acceptée ou si son départ est souhaité. Il présentera plus tard des statistiques, sans livrer, paraît-il, les confidences.

J'évoque avec la directrice le travail d'équipe, basé sur la confiance, et donc imprescriptible. Mais aussi les clivages dangereux avec sabotage à l'appui, au sein du personnel. J'évoque son style de management par la menace, qui engendre la peur et se révèle à l'origine d'une part des clivages. J'évoque la banalisation du mal. Car nous y sommes ! Au total, pour un effectif de trente-deux salariées, je comptabilise sept déclarations de maladies à caractère professionnel. J'évoque aussi ma stupéfaction d'entendre dire qu'un psychologue prétend donner des statistiques sur le nombre de personnes souhaitant le départ de la directrice. Pour ma part, ma méthode d'écoute, qui ne suggère pas les réponses, a tout juste permis d'entendre dire par deux fois : « Faudrait au moins qu'ils s'excusent. »

Pour moi, cette intervention du psychologue a renforcé le manichéisme ambiant et transformé le débat en règlement de compte, avec bouc émissarisation de la directrice, sans analyser la question du manque de moyens financiers du foyer logement le moins cher de la région !

## ÉPILOGUE

Mon diagnostic est le suivant : la répression de toute ébauche de résistance se révèle assez massive. En même temps, toute réplique, en forme de réponse écrite en recommandé accusé réception, aux avertissements injustes engendre un recul et un retrait des démarches du maire et de la directrice.

Par ailleurs, les conséquences en terme de psychopathologie sont nombreuses. Il est donc temps d'attirer assez énergiquement l'attention des dirigeants. Les maladies à caractère professionnel sont agrafées consciencieusement et adressées avec la fiche d'entreprise, au médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre, qui a droit de regard sur les collectivités locales territoriales depuis seulement juin 2000.

La fiche d'entreprise reprend consciencieusement en compte les risques infectieux, ceux liés aux manutentions et aux produits chimiques. Elle se termine par un bref historique sur l'évolution du foyer logement en terme de vieillissement des résidents, en terme de besoin de main-d'œuvre et de budget restreint, pour en tirer les conclusions sur les moyens de management de ses dirigeants vécus comme traumatisants avec pour conséquences sept maladies professionnelles déclarées.

Le président du CCAS comme le maire ne tarderont pas à répondre à mon courrier qui proposait par ailleurs, au chapitre prévention, l'intervention possibles de psychodynamiciens du travail.

La directrice a rapidement pris contact avec les consultants proposés mais les élections toutes proches ont permis au maire de ne pas prendre de décision. Il n'était pas candidat. Mon intervention aura évité le licenciement de la directrice. Celui-ci, comme ils le reconnaissent « n'aurait rien changé au problème de fond qui est avant tout un manque de moyens financiers. Or, la directrice est une bonne gestionnaire ». L'ambiance s'est bien détendue depuis quelques temps et la directrice est elle-même plus souriante. Elle accepte la contestation sans avoir pour autant la possibilité de satisfaire les revendications. Les négociations semblent aujourd'hui du domaine du possible.

## SYNTHÈSE

Ce récit interpelle ma propre conscience quant à la manière d'écouter, d'abord en agapé, puis, très vite emportée par l'indignation, dans la violence contenue, encombrante, qui tente de faire la loi et de me dicter ma conduite. Le retour au rationnel me demande de dépasser mon désir inacceptable de faire la peau de l'agresseur. C'est toujours par un effort conscient et volontaire qu'il me faut sortir du manichéisme trop facile pour entendre les protagonistes.

La directrice a été capable d'entendre les conséquences de son management par la menace et de les assumer. Elle reste aujourd'hui très activiste et se lance par exemple dans les transmissions des consignes par informatique... Encore une façon de prendre la distance par rapport aux sermons antérieurs et de respecter un collectif de femmes. Ce n'est pas si souvent !

Si les questions du manque de moyens ont été mis à plat et surtout le manque de moyens financiers de la directrice et des dirigeants eux-mêmes face à la DISS par exemple, C'est bien grâce au médecin du travail. Mais si la contestation et les négociations sont aujourd'hui possibles, c'est grâce au courage de ce collectif de femmes et l'appui d'un syndicat. Retrouver la santé, la santé psychique en particulier, devient possible en portant le débat dans l'espace public « naissant » de cette entreprise.

## CONCLUSION

L'écoute compréhensive, non substitutive à la pensée du salarié, par passage des questions de « problématiques personnelles » à celles de l'organisation permet l'action du médecin du travail en dehors du cabinet médical. Celle-ci se situe modestement près des autres acteurs et privilégie le retour des

marges de manœuvre, par l'inauguration ou le rétablissement des discussions autour des questions d'organisation.

J'espère que les exemples cliniques vous auront convaincu(e)s. J'espère vous avoir entraîné(e)s, pendant l'écoute de chacun des récits, à changer malgré vous de régime d'action. J'espère que vous m'avez déjà pardonné.

Jocelyne Machefer

## 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)**  
**Éditions 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)**  
**Éditions Syros, 195 F en librairie**
- N°13 Poursuivre la Refondation de la médecine du travail (juin 99)
- N°14 **Femmes au travail, violences vécues (mai 2000)**  
**Éditions Syros, 185 F en librairie**
- N°15 Rendre visible les expositions. Témoigner des risques (juin 2000)
- N°16 Articuler accompagnement clinique et identification exhaustive des expositions (juin 2001)

**Ce Cahier n°16 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°17 (à paraître courant 2002)

✓ 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



# MÉDECINS DU TRAVAIL ET PSYCHOTHÉRAPEUTES FACE À LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

*Introduction à la table ronde « Médecins du travail et psychothérapeutes : quelles coopérations ? ». Troisième Colloque International de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail, 1, 2, et 3 février 2001*

L'importance qu'a pris, au cours des deux dernières décennies, la souffrance au travail bouscule les professionnels de santé. D'un côté, les médecins du travail sont peu au fait des approches cliniques de la subjectivité ; de l'autre, psychiatres et psychologues cliniciens ignorent les questions du travail. Assez naturellement, la coopération apparaît s'imposer. L'idée véhicule cependant une illusion. Elle laisse penser que la solution serait à rechercher du côté de l'addition des deux types de savoirs et des deux types d'approches. Au risque de la confusion. La coopération implique, au contraire, le respect des responsabilités de chacun. Elle implique aussi, dans chacune des deux positions, d'affronter les difficultés spécifiques que fait surgir la souffrance au travail.

J'insisterai surtout sur celles des médecins du travail. Ceux-ci sont évidemment aux premières loges et leur position est, au départ, difficile. Le cadre légal dans lequel ils exercent n'a pas été réellement conçu pour leur permettre de s'occuper de santé au travail au sens où nous l'entendons aujourd'hui. Centrée sur l'aptitude, la médecine du travail s'exerce sous une pression constante qui vise à mouiller le médecin du travail dans la gestion des risques et dans la sélection-orientation de la main-d'œuvre.

Sur de telles bases, l'approche de la subjectivité au travail pose toujours le problème de la manipulation.

Face à ces impasses, la profession a effectué, au cours des deux dernières décennies, un travail considérable de clarification. Dans la pratique, de nombreux médecins ont recentré leurs activités autour des règles de base de la déontologie médicale. Il a été réaffirmé que cette pratique ne pouvait, en aucun cas, être subordonnée aux intérêts de l'entreprise.

Cette conquête n'est pourtant pas définitivement assurée. Les textes restent ambigus. Du côté patronal, la pression reste et restera très forte. La bataille pour l'indépendance et pour le respect de la déontologie n'est donc pas près de s'achever.

Or, paradoxalement, dans cette bataille, les praticiens extérieurs à la médecine du travail constituent un des maillons faibles. Sollicités par l'entreprise, un certain nombre de psychiatres et de psychologues développent, sans états d'âmes apparents, les investigations cliniques demandées par les directions. De la même façon, il est courant, dans le secteur public, de voir les praticiens extérieurs à l'entreprise commu-

niquer directement des données médicales à la hiérarchie. Il ne manque donc pas de médecins ou de psychologues volontaires pour contribuer aux fonctions managériales dont les médecins du travail ont, en général, réussi à se dégager.

L'indépendance vis-à-vis des pressions des directions est donc toujours à reconquérir, pour les médecins du travail comme pour les autres. Et la coopération ne peut se construire sans une clarification sur ce plan.

Mais les difficultés des médecins du travail ne se limitent pas à la défense du cadre.

L'irruption de la souffrance psychique donne une importance nouvelle à la dimension de psychothérapie élémentaire, potentiellement présente dans toute rencontre entre un patient et un médecin. L'activité du médecin du travail apparaît alors tendue entre deux pôles : celui, gratifiant, de l'écoute au cabinet médical et celui, périlleux, de la contribution publique au débat sur les conditions et l'organisation du travail. Une tendance au repli sur la relation au sein du cabinet se manifeste alors. Ici et là, des médecins du travail investissent les formations portant sur la relation. Certains se forment aux thérapies comportementales, à la sophrologie, aux techniques de gestion du stress.

Évidemment, les directions encouragent ce type d'évolution vers une clinique qui ne renvoie plus ses questions à l'organisation du travail. Sous des dehors gratifiants, cette position constitue une évolution indéfendable de la médecine du travail. Lorsque la prise en charge thérapeutique s'avère nécessaire, elle doit, dans tous les cas, être mise en œuvre, à l'extérieur de l'entreprise, dans un cadre clair, par un praticien spécialisé et sans liens avec la direction.

La voie est donc étroite pour les médecins du travail amenés à défendre la position médicale sans se transformer en thérapeutes. Elle implique non pas de s'éloigner mais, au contraire, de venir au plus près des questions du travail. L'analyse menée en commun avec le salarié afin de comprendre les impasses vis-à-vis desquelles l'organisation laisse ce dernier désarmé, permet au médecin d'aider le salarié sans pour autant se transformer en psychothérapeute. Elle fournit aussi les matériaux élémentaires à partir desquels le médecin peut porter l'interrogation publique. C'est l'enjeu de la construction d'une clinique spécifique dans laquelle est engagée la médecine du travail.

J'ai beaucoup moins de légitimité à discuter les difficultés des psychothérapeutes. Permettez-moi cependant d'évoquer ce que je peux en percevoir. Les difficultés sont, là encore, pour une part, liées à la position. À la base, il y a l'importance centrale accordée à la demande. Dans la relation psychothérapeutique, il n'y a, en principe, d'approche de la souffrance qu'à partir de la demande. Le corollaire en est qu'en l'absence de demande, il n'y a pas de discours légitime sur la souffrance.

Le deuxième point tient à la situation d'extériorité. N'entrevoiant que de très loin les conditions objectives du travail, le praticien n'est pas en mesure de s'interroger sur la discordance entre des situations manifestement dangereuses physiquement et psychologiquement et l'absence de demandes ou de plaintes.

Enfin, ne rencontrant que des individus isolés, il n'a pas accès aux stratégies collectives de défense. Le fait que les décompensations soient interprétables en terme de rupture de ces stratégies lui est donc, en général, inaccessible.

En l'absence d'une perception de ces enjeux, le quotidien du travail ne présente pas, pour le psychiatre, de dimensions dramatiques. Tout est donc en place pour que la plainte soit interprétée comme témoignant d'un pur problème d'adaptation individuelle à une situation de travail considérée comme normale.

Le plus souvent, les psychothérapeutes ne vont mettre en cause le travail que lorsque se produisent des événements exceptionnels manifestement traumatisants du point de vue de l'observateur extérieur, des événements qui relèvent du médico-légal. À ce moment, psychiatres et psychologues se retrouvent sur un terrain familier, celui de la clinique du traumatisme telle qu'elle se développe aujourd'hui à propos du travail.

Le basculement, sur ce point, a été consécutif à la vague d'attentats qui a frappé la France il y a quelques années et à la mise en place de cellules d'assistance médico-psychologique aux victimes. À partir de là, la vogue de la victimologie a très rapidement gagné le monde du travail, véhiculant un modèle exclusivement centré sur la prise en charge des victimes et sans la moindre interrogation sur les problèmes d'organisation du travail à l'origine des phénomènes psychopathologiques.

Il est évidemment très important d'assurer la prise en charge des victimes de traumatismes ; il faut cependant signaler que, le plus souvent, les décompensations en lien avec le travail ne sont pas les conséquences de l'exercice d'une violence ouverte.

Mais en laissant de côté le travail, en ne posant pas, de ce côté, la question du sens et en renvoyant ainsi ce qui s'y passe du côté de l'insensé, le psychiatre construit-il pas lui-même, artificiellement, la conformité du problème avec le cadre du traumatisme psychique tel qu'il est défini par les différentes versions du DSM.

En posant ainsi le postulat qu'il n'y a pas à chercher du côté du travail, ne rend-il pas inaccessible à l'analyse une partie de la souffrance ?

Ne contribue-t-il pas ainsi à rendre difficile, pour le sujet, le travail d'élaboration et de construction du sens ?

Tout ceci converge vers une question : n'est-il pas possible de prendre en compte les enjeux subjectifs et sociaux du travail sans pour autant basculer du côté de l'adhésion à l'imaginaire dans lequel se débat le patient ?

Une réponse à ces questions ne permettrait-elle pas de clarifier les conditions de la coopération entre médecin du travail et psychothérapeute.

*Philippe Davezies*

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

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

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

**Elle assure la publication annuelle des Cahiers S.M.T.**

*Pour les conditions d'adhésion et d'abonnement, voir pages 24 et 61*

# LE POINT DE VUE SPÉCIFIQUE DU MÉDECIN DU TRAVAIL SUR LES RISQUES DE L'ACTIVITÉ<sup>(1)</sup>

Si la responsabilité de l'évaluation des risques revient légalement à l'employeur, le médecin du travail, en tant que conseiller des salariés et de l'employeur, a clairement une légitimité dans la participation à cette évaluation des risques au côté d'autres acteurs de prévention.

De nombreux risques du travail manquent aujourd'hui de visibilité. Cette notion est particulièrement vraie pour les risques toxiques à long terme comme le risque cancérogène ou encore pour les risques de troubles psychiques liés aux contraintes de l'organisation du travail. Les actions de prévention restent de ce fait majoritairement des actions de prévention secondaire et de surveillance médicale instaurée après constatation de la survenue des effets des expositions sur la santé.

L'insuffisance de ce type d'approche en termes d'efficacité préventive est criante et l'évaluation des risques suppose, pour en améliorer l'efficacité, de s'intéresser au recensement *a priori* des facteurs de risques et donc des expositions.

Le médecin du travail se sent souvent partagé entre l'obligation d'éviter l'altération de la santé des travailleurs, de conseiller l'employeur sur la manière de protéger contre les nuisances, les salariés sur la protection individuelle au travail et la recherche d'effets sanitaires individuels des expositions. Clarifier les objectifs, la hiérarchie et l'articulation des investigations est donc pour lui un préalable à la qualité de l'évaluation des risques professionnels de son point de vue spécifique.

Cette évaluation *a priori* des expositions et contraintes de travail, au sens d'une identification exhaustive première, ne peut être fait sans l'aide de l'employeur ou d'une équipe de ce dernier qui engage ainsi sa responsabilité en matière de prévention effective et d'amélioration ultérieure des conditions de travail. Surtout, la garantie d'une exhaustivité de l'évaluation est liée à la prise en compte dès le début du savoir salarié sur les expositions, la mémoire de salariés exposés ou anciennement exposés constituant ici un outil précieux d'aide à l'identification.

Bien que, réglementairement, il ne soit pas obligatoire de recenser tous les risques professionnels car les risques de l'organisation du travail n'apparaissent pas dans le Code du travail, il est essentiel de laisser des traces et donc de thésauriser le maximum d'éléments dans le dossier d'entreprise et dans

le dossier médical. La fiche d'entreprise, document d'évaluation des risques du médecin du travail, se doit donc d'être un réel dossier d'entreprise auquel seront annexés d'autres documents éventuels comme les courriers à l'employeur. L'identification ainsi faite est une manière d'articuler la responsabilité de l'employeur avec le rôle de conseil du médecin.

Dans un second temps seulement, au travers entre autres des données de la littérature scientifique, il s'agit de repérer les dangers et les facteurs de risques parmi l'inventaire obtenu. Ce travail d'analyse sert à établir des projections en termes d'effets sanitaires en passant de la notion de danger à l'estimation de l'importance de chacun des facteurs de risques. Cela permet de hiérarchiser le risque potentiel en fonction d'estimations semi-quantitatives ou quantitatives sur les niveaux et fréquence d'exposition. La mise en débat des données de l'évaluation permettra ultérieurement aux instances appropriées tels les CHSCT et aux employeurs de faire les choix en matière de gestion de risque découlant de l'évaluation.

Ce premier travail qui cible l'importance des expositions est différent de la question des effets que la clinique serait censée rechercher. Ce rapprochement est foncièrement perturbateur pour le médecin du travail enclin, à partir de la connaissance livresque issue du système de formation qu'il a suivi, à rechercher d'abord des effets pathologiques pouvant relever d'une monoexposition et risquant d'oublier les notions d'effets différés et de multifactorialité du risque.

La formation des médecins du travail manque encore aujourd'hui clairement de spécificité par rapport à la formation médicale générale ou des spécialités de la médecine de soin. L'accent reste mis sur la science des organes et les pathologies à partir d'une approche positiviste, tirant sa vérité de l'expérimentation objective. L'histoire de la personne et la subjectivité n'y ont que peu ou pas de place. Dans une telle approche, l'effet sur la santé doit être obligatoirement démontré et visible sur l'individu, les facteurs de risque professionnels et individuels reconnus s'inscrivent sur un même plan sans interrogation sur leur articulation et leurs niveaux doivent être considérés comme forts pour envisager une action préventive spécifique. L'accent thérapeutique est mis immanquablement sur les modifications comportementales individuelles et la prévention secondaire basées sur un principe d'évidence *a posteriori* se substituant au nécessaire principe de précaution.

La clinique médicale, utilisée par le médecin du travail dans cette forme de pratique comme seul outil de démonstration objective d'effets délétères sur un ou plusieurs organes, ne démontre rien ou très peu de chose à l'instant de la consulta-

•••••

1 - Compte rendu des débats du Congrès de l'ass. S.M.T, les 9 et 10 décembre 2000. *L'évaluation des risques professionnels. Articulation de l'accompagnement individuel avec les risques du travail*

# L'identification médicale des expositions

tion médicale. Le raccourci est alors vite trouvé : quelle est donc son utilité ? Comment articuler clinique médicale et évaluation des risques ?

La consultation médicale est pourtant un lieu privilégié de production d'informations sur ce que font réellement les travailleurs, comment et avec quoi ils le font.

En posant d'abord au salarié, dans le cadre d'un véritable entretien médico-professionnel où le médecin engage réellement sa subjectivité, la question du « *Comment va le travail ?* », les informations scientifiques, les facteurs de risques repérés dans l'entreprise entrent en résonance individuelle avec ce qu'en disent et ce que décrivent les salariés. La clinique permet dans ce cadre d'aborder l'évaluation via le vécu subjectif des contraintes de travail et des expositions pour l'articuler avec l'action sur le lieu de travail. L'enregistrement de l'accumulation ou de la répétition de symptômes mineurs devient un moyen utile de lier les choses les unes aux autres.

La spécificité du médecin du travail et son rôle pivot dans l'information et la formation sur les questions de santé au travail dans l'entreprise apparaissent alors beaucoup plus clairement.

Cette posture évite de tomber dans le piège de la preuve qui consiste à vouloir démontrer l'existence du risque par la mesure métrologique ou biologique. Il ne s'agit pas de rejeter ces deux possibilités, utiles notamment dans la surveillance et l'évaluation des actions de prévention vis-à-vis des expositions, mais elles ne sont que des arguments supplémentai-

res à avancer dans une évaluation drastique et totale, où, bien sûr, les faibles doses et les cofacteurs ne peuvent être mesurés.

Lorsque toutes les données sur les facteurs de risques, les connaissances scientifiques et la clinique sont récupérées, le travail consiste en aval à désingulariser les situations, donc à restituer dans un endroit collectif de l'entreprise les informations et les arguments organisés afin de faire raisonner et provoquer la démarche de prévention du responsable de l'établissement. Cette mise en visibilité doit être écrite dans les dossiers médicaux, dans des fiches collectives de risques pour l'ensemble d'un même métier et dans les fiches d'entreprise.

La restitution est également possible lors de l'entretien médico-professionnel avec le salarié, l'objectif étant bien de lui redonner des éléments du côté de la mise en débat et de l'action.

Pour conclure :

Recenser *a priori* toutes les expositions en s'appuyant sur le principe de précaution.

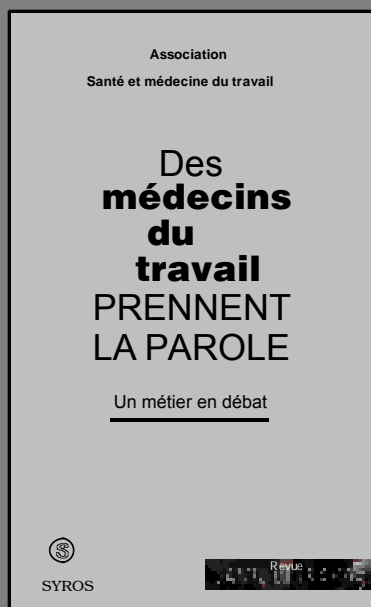
Se référer aux connaissances bibliographiques.

Utiliser la clinique pour renforcer les connaissances extérieures.

Laisser des traces individuelles et collectives qui peuvent toujours permettre d'anticiper sur ce qui n'est pas encore mis en question.

*Fabienne Bardot, Gérard Lasfargues*

## 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*

# LES FORÇATS DE LA ROUTE

**M**algré une réglementation de plus en plus sévère, les accidents de poids lourds font régulièrement la une de l'actualité. Nous avons parfois du mal à rencontrer ces salariés compte tenu de leurs horaires de travail. En pratique, je les vois le plus souvent le samedi en fin de matinée et leur demande de me raconter par le détail ce qu'a été leur dernière semaine de travail pour essayer de repérer les risques pour la santé liés à l'organisation du travail, au type de travail selon la nature du frêt (plus ou moins de manutentions), aux contraintes temporelles et à leur gestion (travail avec rendez-vous) etc.

Je le connais depuis longtemps, ce chauffeur routier. Je l'avais perdu de vue ces dernières années, car la petite entreprise qui l'employait avait fait faillite. À l'époque, en me parlant de son travail, il me disait « *Moi, j'essaie de faire durer mon camion jusqu'à ma retraite* », car il savait bien que l'entreprise était dans une situation précaire. Parallèlement, les mécaniciens d'un atelier de réparation voisin me faisaient part de leurs inquiétudes : « *Quand on voit l'état de certains camions qu'il faut réparer, on se fait parfois du souci.* » Devenu chômeur de longue durée il avait dû accepter un petit boulot, pour faire durer son allocation chômage : chauffeur/porteur dans une régie municipale de pompes funèbres. Cette activité ne lui plaisait guère, mais peu à peu il s'y était habitué et il a conservé cette charge très occasionnelle quand je le revois dans le cadre de son nouvel emploi : il a presque 55 ans et l'état de son dos ne lui permet pas de reprendre un emploi en journée en messageries : trop de manutentions et de contraintes temporelles qui entraînent des épisodes de cruralgies. Il a donc accepté d'être lignard, c'est-à-dire qu'il prend un camion remorque chargé entre 20 h et 21 h et qu'il conduit ce véhicule en direction de Paris. À mi-chemin, il échange son véhicule avec un autre chauffeur. Lui rentre dans son entreprise entre 4 h et 6 h avec le chargement qui sera *dispatché* dans la région et dans la journée par d'autres chauffeurs. Ils sont deux lignards dans cette entreprise. Mais ils sont nombreux sur les routes : il suffit d'emprunter la RN7 la nuit pour s'en rendre compte !! La première fois que je le revois, il me dira, « *Je voudrais pas mourir maintenant, mais c'est dur vous savez, j'ai vraiment peur de m'endormir au volant.* » S'endormir au volant, « la panne de paupières », comme ils disent, voilà la principale peur de ces chauffeurs et si la réglementation plus sévère a permis de limiter certains excès, il n'en demeure pas moins que conduire la nuit et dormir le jour est toujours problématique, surtout quand il faut être à l'heure au rendez-vous où se fait l'échange de véhicule. Là seulement on a le droit de « faire sa coupure », tant pis si le coup de pompe, c'était une heure avant. « La loi fait dormir le camion, le gendarme est content ».

J'évoquerai avec lui lors de notre dernière rencontre, les courses qu'ils organisent entre eux pour rester réveillés, car c'est ainsi que ces chauffeurs qui se reconnaissent sur les routes luttent contre le risque d'endormissement et maintiennent leur vigilance. Il me dira, « *Je ne le fais plus mais c'est dur vous savez. Dans les villages, je suis à 50, les autres sont à 70, ils klaxonnent derrière moi. Mon collègue, il est fou: si on part en même temps, il me met une heure. S'il part après, il faut qu'il me rattrape. L'autre fois, je l'avais repéré dans le rétroviseur, il m'avait fait des appels de phare et il a commencé à attaquer ; je suivais une voiture, c'était des allemands, ils roulaient à 80 km/h, j'avais pas essayé de les dépasser. Il s'est mis à me doubler, un camion-remorque, qui double un camion-remorque, ça prend du temps, il faut calculer. Il avait ni la visibilité, ni le temps ; j'ai tenu ma vitesse un moment, puis j'ai freiné pour qu'il puisse se rabattre. Tout de suite après, il a doublé les allemands et il leur a fait une de ces queues de poisson : le gars s'est arrêté dans le bas côté. Quand je l'ai doublé après, j'ai vu à sa tête qu'il avait eu très peur. Après, sur une portion à trois voies, mon collègue a continué, il avait franchi la ligne continue il doublait dans une courbe là où ce sont ceux d'en face qui ont la priorité sur deux voies : imaginez un gars en face, qui connaît la route et qui sait qu'il a cette portion pour doubler, soit en train de dépasser.* »

« *Une autre fois, pareil, il était parti après moi mais tant qu'il ne m'a pas rattrapé et doublé ça ne va pas ; il a commencé à dépasser, alors que je voyais des phares qui arrivaient en face, n'importe quoi ; au début je n'ai pas voulu freiner, il est trop con. Quand j'ai vu qu'en face c'était une voiture, j'ai freiné pour qu'il se rabatte. C'aurait été un camion, je ne sais pas si je me serais rabattu. Ça aurait fait deux connards de routier en moins. Cette année, j'ai vu quatre voitures dans le bas-côté avec ces conneries.* »

Il me reparle alors de son autre activité, celle de chauffeur/porteur dans un service de pompes funèbres. Les autres porteurs viennent de m'expliquer que la semaine dernière, « *Ça a été très dur, la petite de 12 ans, on a tous pleuré* ». Lui me dit que le plus dur ça a été d'aller chercher deux corps près de Montélimar « *Un accident, quatre morts, quatre jeunes, encore un connard de routier* ». Il va arrêter cette activité, il a donné sa démission.

Il vient d'ailleurs de cesser son travail pendant une dizaine de jours pour des problèmes de douleurs cervicales et de vertiges. C'est le traitement anxiolytique qui a été le plus efficace sur ces symptômes. Toujours cette inquiétude qui persiste : « *Il faudrait pouvoir partir à 19 h, 20 h dernier délai pour être de retour à 4 h. Entre 4 h et 6 h, c'est trop dur. C'est toujours moi qui part le dernier, faut attendre que toutes les*

*tournées soient rentrées. Remarquez, je préfère que mon collègue soit devant, je ne le vois pas faire. Quand j'arrive, il est parti, ça vaut mieux, sinon ça finirait mal, je lui casserai la gueule ».*

C'est un membre de ma famille qui me racontera sa peur au volant sur cette RN7 où circulant vers minuit, elle a vu face à elle quatre phares qui se rapprochaient. Tétanisée par la peur, elle ne pouvait réagir ; c'est sa passagère qui empoignera le volant pour mettre la voiture sur le bas-côté et éviter le choc frontal avec le poids-lourd en train de dépasser une file de camion.

Quand j'évoquerai cette stratégie de lutte contre le risque d'endormissement en faisant lire mes notes à un proche, jeune retraité de ce secteur d'activité de la région de Montélimar, instantanément, sur l'accident évoqué ci-dessus, un nom d'entreprise, une portion de route, un type d'organisation fuseront.

Dans cette observation, on peut repérer une des stratégies défensives contre la peur de l'endormissement au volant, stratégie développée par ceux qui roulent la nuit. On retrouve les mêmes caractéristiques que dans les stratégies défensives du bâtiment : le jeu, la prouesse technique, le défi à la réglementation, la confrontation aux collègues et l'efficacité productive. Les mots sont ceux utilisés dans les compétitions de vitesse « attaquer ». On repère aussi comment cette stratégie mise en échec peut conduire à la maladie et au risque d'exclusion du collectif.

D'autres chauffeurs me raconteront comment ils ont décidé un jour d'arrêter le travail de nuit : « On s'est tous retrouvés un jour sur la barrière de la troisième voie. Quand on a des enfants, on arrête. » — « J'ai changé d'entreprise : un de mes collègues s'est tué, le dernier mois où j'ai travaillé chez eux ; trois fois, j'ai failli me faire tuer par des collègues qui s'endormaient. Le plus dur, c'est en été, il fait trop chaud dans les camions, on ne peut pas dormir ; on a fait la coupure mais on ne s'est pas reposé. »

Un autre : « En juillet dernier, j'étais fatigué, la chaleur, la fin de l'année, je ne sais pas, j'ai perdu 10 kg, pas moyen de récupérer le week end ; je n'ai pas voulu m'arrêter, on perd trop d'argent. Mon médecin m'a donné du Cortancyl<sup>o</sup>, après ça a été mieux. Effectivement, il fait l'Italie : à cause de la réglementation il faut parfois s'arrêter à 17 h et faire sa coupure dans la vallée. Trop chaud, pas moyen de dormir, on ne met pas la climatisation, les collègues à côté ça les gênerait, on sait ce que c'est de dormir à côté d'un frigorifique. Si on pouvait rouler 1 h de plus et dormir en haut, à la fraîche tout le monde serait gagnant. Voilà comment on peut mourir et tuer des gens en respectant la loi. » Pour tenir, il faut donc se doper.

Ils ont tous repéré les premiers signes de fatigue qui imposent l'arrêt immédiat. Pour l'un, c'est quand il commence à se gratter la tête ; pour l'autre, c'est une épaule qui devient lourde et une espèce de douleur qui remonte ensuite dans le cou ; ou encore des fourmis dans les cervicales, ou bien encore quand il croit voir des silhouettes d'animaux qui traversent la route devant ; c'est aussi quand on ne rappelle plus les endroits où

l'on est passé ou quand on sent les cernes sous les yeux qui se forment. « On se fixe des objectifs, on prévoit jusqu'où on peut aller, il faut bien se connaître. On dort à la commande, on l'impose au corps. On a pris l'habitude de l'imposer au corps. On s'est conditionné. »

Ils sont inquiets pour les plus jeunes d'entre eux. « Les jeunes ne connaissent pas les folies qu'on a connu. Quand on a fait des folies, on a appris à se connaître. Si je dois partir le soir, je m'impose de dormir le jour. »

Un autre : « Vous vous rappelez, j'étais parti de la boîte, je suis revenu mais j'ai posé mes conditions : je veux tant... de salaire et je dors quand je veux. »

« Quand je suis trop fatigué, je me gare dans un endroit fréquenté pour être rapidement réveillé par le passage des autres poids lourds, je mets un coussin sur le volant et je plonge un moment. »

« Une fois, j'ai dormi trois heures d'affilée, j'avais juste eu le temps de me garer et de m'écrouler sur le volant, je n'avais même pas coupé le moteur. C'est un collègue qui s'est arrêté, il a cru que j'avais un malaise. »

La réglementation qui impose des temps de repos au véhicule mais ne prend pas en compte la physiologie humaine peut se retourner contre eux : les temps dits de « mis à disposition » sont comptés en temps de repos pour se garder « des marges de manœuvre » pour la poursuite de la tournée.

« Si on se met en mis à disposition, certains jours on ne roulerait que quatre heures. » — « Le lundi, en arrivant à Mulhouse, pour aller en Allemagne où ils ne nous font pas de cadeau, je reprends mon disque du samedi, ça me donne huit heures de plus. Je mets la date après. Il faut savoir tricher pour s'en tirer. »

On comprend alors mieux les mouvements de grève qui ont émaillé les dix dernières années au fur et à mesure qu'une réglementation plus sévère supprimait des marges de manœuvre et mettait en échec les stratégies défensives de métier, dans un contexte d'augmentation et de concurrence et de contrainte temporelle.

Un chauffeur, pourrait-il faire valoir le droit de retrait d'une situation dangereuse pour aller dormir si besoin ? Seul le chauffeur connaît son état de fatigue et peut apprécier le moment optimum pour dormir : peut-on imaginer un cadre réglementaire qui prenne en compte le point de vue du chauffeur et les rythmes physiologiques ou doit-on compter sur le seul rapport social dans l'entreprise ?

Dans l'évaluation des risques pour les professionnels de la route contrôlés par le biais de leur véhicule, la question de l'organisation du travail est donc fondamentale pour éviter le risque majeur constitué par l'endormissement au volant. Il ne s'agit pas bien sûr d'ignorer les risques liés aux manutentions et aux vibrations mais d'écouter attentivement ce que nous disent ces « nouveaux forçats de la route » obligés de recourir au « dopage » (prise de Cortancyl<sup>o</sup>) pour arriver à l'heure et tenir.

Annie Deveaux

# LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

## UN BILAN CONTRASTÉ

Le bilan de l'institution médecine du travail est pour le moins mitigé et même considéré par certains comme négatif. L'institution riche d'espoir mise en place en 1946 a été trop souvent confisquée par les employeurs, détournée de ses buts premiers.

Actuellement l'organisation du travail instrumentalise de plus en plus les salariés en les assujettissant corps et âme. À l'exploitation économique se surajoute clairement l'aliénation sociale au travail. Témoin gênant, la médecine du travail doit pour le patronat être réduite au silence ou subordonner ses actions à la logique du tout économique.

Du côté des textes fondateurs de la médecine du travail, il s'agit pourtant d'une institution porteuse d'avenir. En lien dès l'origine avec la dynamique sociale des entreprises, son projet exclusivement préventif est confié à des médecins spécialistes, jouissant d'un statut protecteur pour accomplir les missions qui leur ont été confiées.

Mais le constat est aujourd'hui ambivalent. Les médecins du travail n'arrivent pas à répondre à toutes leurs obligations réglementaires, ni à mettre en œuvre un exercice professionnel dont ils seraient entièrement responsables.

Les causes de ce bilan contrasté sont nombreuses. La gestion de la médecine du travail exclusivement aux mains des représentants des employeurs, parfois gérée par un paritarisme bipartidaire qui leur est subordonné, en est la principale.

Mais on doit aussi y ajouter :

- l'importance des modifications délétères de l'organisation du travail depuis une quinzaine d'années ;
- l'absence de visibilité sociale des effets du travail sur la santé ;
- la difficulté pour les médecins du travail d'en mettre professionnellement les effets pour la santé en évidence ;
- l'insuffisance du contrôle social par des représentants des salariés démunis de moyens ;
- l'absence de politique sérieuse de santé au travail de la part de la puissance publique.

Il est souvent très difficile pour un médecin d'aller à contre-courant du management d'une entreprise, d'oser dire et témoigner des difficultés à construire sa santé au travail. C'est pourtant ce qu'exige la déontologie médicale.

L'intensification du travail et la suppression progressive des « espaces de respiration dans le travail » aggravent aujourd'hui les effets de l'organisation du travail sur la santé. L'irruption de l'intérim et de la sous-traitance ont pour effet d'entraver les dynamiques de prévention. Les expositions profession-

nelles et les contraintes sont externalisées de l'entreprise donneuse d'ordre par ce biais. Les véritables responsables des conditions de travail ne sont souvent plus les donneurs d'ordre directs. Les collectifs de travail sont fragilisés. Le code du travail perd alors une partie de son rôle de repère.

Face à l'évolution des conditions de travail et aux nécessaires pratiques professionnelles nouvelles à mettre en œuvre, il n'y a pas homogénéité de l'ensemble des médecins du travail. Si les médecins ont en commun l'obligation de respecter une déontologie commune, la façon dont ils « s'autonomisent » par rapport à « l'ordre social de l'entreprise » les différencie.

Une minorité de médecins du travail s'inscrit dans une logique d'entreprise. Ils estiment que leur métier est d'accompagner le développement de l'entreprise en soumettant leur exercice au primat économique.

Mais la majorité des médecins du travail, conformément à la loi de 1946, considère que leur objectif premier, pour prévenir les altérations de la santé du fait du travail, est d'accompagner la construction de la santé de chacun au travail et de rendre compte à la collectivité de travail des situations potentiellement préjudiciables.

## LES RISQUES DES NUISANCES ENVIRONNEMENTALES DU TRAVAIL

L'affaire de l'amiante est là pour nous le rappeler : tous les médecins du travail n'ont pas fait pleinement leur devoir. De plus, de nouveaux nuages s'amoncellent à l'horizon. La question des facteurs cancérigènes au travail ne fait qu'émerger. Elle prend de l'ampleur du fait de l'accroissement non négligeable des connaissances dans ce domaine. La question des effets à long terme des autres facteurs pathogènes de l'environnement du travail suit le même cheminement.

Les conditions doivent être créées pour que les médecins du travail s'autorisent à informer sur les risques professionnels, même sur ceux considérés aujourd'hui comme minimes ou pour lesquels il n'y a pas de demande sociale.

En effet la dynamique de prévention ne peut plus s'adosser à la constatation par les médecins du travail des effets pour la santé des expositions professionnelles. Les risques sont trop différés, leur origine polyfactorielle gêne leur identification, les effets sont trop vécus dans la souffrance solitaire et coupable, trop manipulés dans leur comptabilité médico-réglementaire. C'est à l'identification de l'ensemble des facteurs de risque professionnels et à leur disparition, que les médecins du travail doivent s'atteler aujourd'hui. À la fois en conseillant les partenaires sociaux, mais aussi en responsabilité propre du fait de leur statut de professionnel intervenant exclusivement du point de vue de la santé.

Dans l'entreprise, le point fort de la prévention résulte aujourd'hui de la nécessité réglementaire pour l'employeur d'identifier et d'évaluer les expositions environnementales ou organisationnelles actuelles et passées. En gérant les risques, l'employeur engage ainsi sa responsabilité dans l'amélioration des conditions de travail. L'évaluation *a priori* des risques change ainsi la donne. Elle permet d'anticiper sur les effets à venir dès le début de l'exposition des salariés.

Il est essentiel de transformer le passif du passé des expositions professionnelles antérieures, en actif pour l'action de prévention. C'est aussi l'enjeu de la mise en œuvre du suivi postprofessionnel, qui répond à un devoir de justice et de volonté de savoir pour les travailleurs antérieurement exposés.

Les médecins du travail peuvent contribuer à la connaissance des expositions professionnelles des salariés en recueillant des informations pertinentes lors des consultations médicales, qu'ils confrontent aux données recueillies lors de leur activité de prévention en milieu de travail. Ces données sont interprétées à la lumière des connaissances scientifiques, et « mises en résonance » avec les constats que leur apporte leur activité médicale clinique.

Il faut souligner le rôle irremplaçable des salariés ayant été exposés à des facteurs de risque, dans « l'évaluation *a priori* des risques ». Notre expérience nous fait témoigner de leur perception du lien qu'ils font entre la justice pour autrui liée aux risques passés, et la nécessité de s'en prémunir pour l'avenir, démarche dans laquelle ils peuvent apporter leur contribution. C'est un défi pour les CHSCT de permettre leur intervention à ce niveau.

## **CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL ET ORGANISATION DU TRAVAIL**

**L**e développement aujourd'hui de la précarisation sociale aggrave les risques professionnels. Les médecins du travail doivent rendre visible socialement les effets pour la santé des contraintes organisationnelles qui s'accroissent.

Les médecins du travail mettent en œuvre un accompagnement clinique des personnes facilitant une prévention compréhensive. Ils s'appuient sur les données issues d'une clinique médicale du travail, prenant l'organisation du travail comme grille de lecture, pour témoigner et intervenir dans l'entreprise. Les salariés expriment leur souffrance lors des consultations, et commencent à en élaborer le sens avec le médecin du travail si ce dernier a gagné leur confiance. Les médecins du travail comprennent ainsi de mieux en mieux comment « la goutte d'eau peut faire déborder le vase », c'est-à-dire ici faire basculer une existence, une vie. Ils peuvent aussi comprendre comment font les personnes « pour tenir » dans des situations difficiles ou ce qui fragilise leurs collectifs de travail. Ces derniers sont en effet d'une grande importance pour se protéger de la souffrance générée par l'organisation du travail, et aussi pour construire son identité sous le regard des autres. La santé de chacun au travail ne peut se construire sans reconnaissance des contributions singulières aussi bien par les collègues que par l'encadrement.

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

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

Accompagner la construction de la santé de chacun au travail, être veilleur, être témoin, être « passeur », laisser des traces, permettre le débat sur les enjeux de construction de la santé au travail dans l'espace de l'entreprise, et ultérieurement dans la cité, tels sont les objectifs de la médecine du travail.

## **CONCLUSION**

**L**e contexte défavorable à la santé au travail aujourd'hui impose donc de réenvisager l'organisation de la médecine du travail et de certaines de ses pratiques. Il impose aussi aux médecins du travail de refonder en partie leur métier.

Le médecin du travail personnellement responsable de ses actes doit laisser des traces pour permettre au contrôle social de s'exercer. C'est dans le plan d'activité du médecin du travail, dans son rapport annuel, dans chaque fiche d'entreprise qu'il doit rédiger où il développe son propre point de vue sur l'évaluation des risques, que les représentants des salariés trouveront des informations de plus en plus pertinentes sur les effets du travail sur la santé, s'ils donnent vie à de tels documents.

La santé au travail est une question d'ordre public, mais les employeurs, responsables d'éventuelles atteintes à la santé doivent en être les payeurs. Les employeurs qui stérilisent les services de médecine du travail ne doivent plus les gérer ni de façon exclusive comme aujourd'hui, ni de façon bipartidaire. Les services de médecine du travail doivent être gérés par une majorité de salariés, dans le cadre d'un service d'utilité publique de santé au travail à la forme à inventer. Le contrôle social par les représentants des salariés au plus près des lieux de travail, qui fait la richesse et l'originalité du système français, doit être renforcé. La puissance publique doit



exercer ses responsabilités dont celle de permettre aux professionnels d'être en mesure d'effectuer leur mission.

L'aptitude médicale au travail dévoyée par la sélection biologique et comportementale de la main d'œuvre doit être totalement repensée. La perspective de sélection génétique donne une nouvelle acuité à ce dévoiement des pratiques médicales de prévention. À la notion « d'aptitude médicale au travail » doit être substituée une « fiche de consultation » permettant des conseils d'aménagement de poste, tout en conservant la possibilité de délivrer des certificats d'inaptitude dans une perspective thérapeutique de sauvegarde des personnes. La « non inaptitude » médicale réglementaire inique à l'exposition aux cancérogènes, doit être remplacée par une attestation de suivi médical de travailleur exposé, qui laisse des traces, engageant la responsabilité du médecin et formalisant ainsi son désaccord possible avec l'évaluation faite par l'employeur. Elle permet information et débat, et peut contribuer à préserver les droits des salariés.

L'aspiration des médecins du travail est de contribuer à changer le travail pour en faire un facteur de santé. Pour cela, il est nécessaire de favoriser un travail porteur de sens, de citoyenneté, de lien social, ouvrant à chacun la possibilité de construire son identité. Tâche utopique penserons certains. Aveuglés par la question de l'emploi, ils ne débattent plus depuis longtemps de celle du travail. Les situations où on perd plus souvent sa santé au travail qu'on ne la construit, sont devenues habituelles. Le désespoir des exclus du travail toujours plus nombreux, la souffrance de ceux qui sont cantonnés à des statuts « sans appartenance », nous incitent à penser qu'il y a là un enjeu essentiel pour notre société. Il y a urgence.

*Dominique Huez*

## RÉFLEXION SUR LE MÉTIER

*Au fil du temps, à travers de multiples formations, notre champ théorique s'est élargi.  
Conception comportementaliste, cognitiviste, psychanalytique... de l'homme  
Conception taylorienne, systémique... de l'entreprise*

**E**t pourtant, toujours, chacun choisi « son camp » en fonction de sa propre « personnalité », de sa propre « histoire », et nous sommes toujours séparés par des courants de pensées différents. Et malgré un Code de déontologie, un code international d'éthique, il me semble parfois que nous n'exerçons pas tous le même métier. Mais voilà, pour certains nous adhérons à une idée utopique et nous croyons à cette utopie et c'est ce qui nous réunit.

Nous avons peaufiné le rapport individuel, nous avons développé nos capacités d'écoute active compréhensive. Nous remettons le salarié au centre de son histoire. Nos décisions ne sont plus intempestives, hâtives. Nous les réfléchissons.

Il reste cependant une grande difficulté qui est la restitution dans l'entreprise. Pour cela, je pense que notre difficulté vient surtout de notre solitude.

Dans l'entreprise, nous sommes seuls ; seuls devant l'évaluation des risques (chimiques, physiques, biologiques), seuls devant les contraintes organisationnelles, seuls devant la santé mentale.

Où est le collectif des salariés ? Développer une véritable stratégie collective créatrice demande un effort. Pouvoir se tourner vers les confrères, vers d'autres compétences fait toujours défaut.

L'entreprise a toujours été un lieu complexe, complexité différente aujourd'hui par rapport à hier, il faut alors l'aborder à plusieurs, plusieurs ayant le même « regard » sur l'homme au travail. Développer une véritable pluridisciplinarité est incontournable.

Dans les entreprises, les collectifs prennent une drôle d'allure, et nous cherchons toujours à sortir de notre solitude !!

Quelle drôle d'époque vivons nous ? Existe-t-il des règles d'éthique ?

- L'éthique n'est-elle pas là pour aider à résoudre des conflits de valeur où l'homme est au centre ?
- L'éthique n'est-elle pas la délibération entre pairs, entre différentes compétences à propos d'un même cas ?
- L'éthique n'est-elle pas la prudence, la recherche conjointe des fins bonnes et des moyens pour les atteindre ?
- L'éthique ne remet-elle pas le sujet au cœur de la délibération ?
- L'éthique n'est-elle pas une réflexion permanente sur « Qu'est-ce que l'homme » ?

Pour avoir une attitude éthique, ne faut-il pas parler de l'éthique entre nous ?

*Josiane Crémon*

# ENTRE TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET TROUBLES DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

**D**ans leur pratique quotidienne, dans l'espace protégé de leurs consultations, les médecins du travail sont souvent confrontés à des problèmes de santé mentale. Si parfois, il s'agit de décompensations psychiatriques, l'expression la plus courante de ces problèmes est celle d'une souffrance psychique. Cette souffrance psychique qui s'inscrit dans le domaine de l'infra-pathologie peut être difficile à analyser et à comprendre.

Le médecin du travail a pour mission d'éviter l'altération de la santé des travailleurs et de mettre en évidence les liens santé/travail dans des entreprises dont il suit l'ensemble des salariés. L'expression de la souffrance psychique peut être le fait d'un salarié isolé ou être recueillie auprès de plusieurs salariés d'un même service ou atelier. C'est parfois tout le personnel de l'entreprise qui manifeste son malaise.

La formation médicale de base que nous avons reçue privilégie l'approche individuelle et l'explication des signes de souffrance psychique par le biais des troubles de la personnalité. Par ailleurs, la formation complémentaire des médecins du travail ne nous a pas préparé à entendre et à analyser ce type de symptômes de façon spécifique.

Cependant, en tant que médecins du travail, confortés à la fois par les concepts théoriques élaborés en psychopathologie et en psychodynamique du travail et par le partage d'expériences de terrain entre confrères, il nous est apparu indispensable, pour comprendre avec la personne qui souffre et pouvoir ensuite agir ensemble, de nous interroger sur la responsabilité de l'activité de travail dans l'apparition ou non de signes de souffrance psychique.

Les questions que nous nous posons sont les suivantes :

- Pourquoi, pour des situations de travail identiques au sein de la même organisation du travail, certains salariés présentent une souffrance psychique dont le lien avec le travail n'est d'ailleurs pas toujours si évident et d'autres pas ? Certains salariés seraient-ils « fragiles » et d'autres moins ? Ou bien les mêmes causes peuvent-elles avoir des effets différents suivant les personnalités des sujets ?
- Ceux qui semblent ne pas présenter de souffrance psychique auraient-ils une souffrance qui trouverait d'autres voies d'expression, dans le corps par exemple ?
- Comment comprendre que, à l'occasion de changements survenus dans l'organisation du travail ou d'une orientation nouvelle de l'entreprise faisant appel à des « valeurs » différentes qui changent le sens du travail effectué par les

salariés, nous voyions surgir des signes de souffrance psychique et des pathologies somatiques variées chez des personnes qui auparavant semblaient indemnes de tous problèmes de santé ? Ne serait-ce qu'une manifestation de ce que les dirigeants et l'encadrement appellent « la résistance au changement » ?

- L'activité de travail n'aurait-elle donc que des effets délétères ? Ne peut-elle avoir aussi des effets structurants pour la personnalité au travers d'une construction identitaire passant par une reconnaissance de la beauté et de l'utilité du travail fait ?

- Lorsque nous parvenons à éclairer suffisamment les liens entre le travail et le psychisme d'un sujet, quelle action pouvons nous engager pour lui venir en aide, quelles orientations pouvons nous lui proposer, comment avoir avec lui une action sur l'organisation du travail dans l'entreprise et sur son travail ?

Nous sommes, nous semble-t-il, capables aujourd'hui d'apporter quelques réponses à ces questions. Elles sont le premier résultat d'une démarche particulière dans notre pratique de médecin du travail, démarche qui fait partie des règles de métier que nous avons collectivement élaborées et que nous allons illustrer par l'évocation de quelques observations cliniques.

Le premier temps consiste à accueillir la souffrance du ou des salariés par une écoute compréhensive qui s'intéresse à la subjectivité. Le médecin alors se place volontairement dans une position qui est celle de la compréhension et non celle de l'expertise. Cette démarche de compréhension se situe dans un accompagnement du salarié dans sa recherche pour trouver un sens à ce qui lui arrive.

Elle prend donc sa source dans le non-savoir :

- celui du salarié qui est désemparé, ne comprenant pas bien ce qui lui arrive
- celui du médecin du travail qui n'est pas à la place du salarié et qui va essayer de comprendre avec lui, en même temps que lui, quels sont les phénomènes à l'œuvre dans les événements déclencheurs de la souffrance.

L'accès au savoir et à la compréhension est médiatisé par la parole de celui qui souffre, soutenue et suscitée par les interrogations du médecin du travail. « *Ce que vous ne comprenez pas, je ne le comprend pas moi non plus. Alors, racontez-moi...* »

Le sujet et le médecin du travail vont pouvoir ainsi construire ensemble une **observation clinique** spécifique du problème situé dans le champ santé-travail. Cette observation attestera du réel vécu par le sujet et servira de base de référence pour tout le travail de compréhension et de suivi.

## TROP, C'EST TROP

Jean-Jacques, jeune homme de 32 ans, plombier-chauffagiste de métier, intérimaire depuis peu de temps, est adressé par l'employeur au médecin du travail pour sa visite médicale d'embauche comme le prescrit le Code du travail.

Le médecin du travail note pour ce plombier-chauffagiste, qu'il a été précédemment ouvrier chef d'équipe pendant huit ans, en contrat à durée indéterminée (CDI) dans une entreprise de la région. Compte tenu de l'état du marché du travail et du sentiment très répandu de peur du chômage, le médecin du travail demande à Jean-Jacques pourquoi il n'est plus en CDI :

*« J'ai démissionné — dit-il — et aujourd'hui je me sens beaucoup mieux, je me sens comme libéré d'un grand poids ! »*

Il explique que les derniers mois, plus rien n'allait. Il n'avait plus envie d'aller au travail et même il vomissait chaque matin avant de partir ; sans compter les crises de larmes incompréhensibles dans le lit avant de se lever qui inquiétaient tellement sa femme, d'autant qu'il ne pouvait pas lui-même l'expliquer en dehors du fait « qu'il en avait marre ».

Il a consulté son médecin traitant qui lui a prescrit des anxiolytiques puis des antidépresseurs légers. Le diagnostic posé était : dépression par surmenage. Mais ça n'allait pas mieux. Au travail, ça n'avancait pas, il devenait agressif avec tout le monde et le responsable de l'entreprise était toujours sur son dos en lui disant qu'il n'allait pas assez vite.

Jean-Jacques a fini par « craquer » et a donné sa démission. Il s'est senti tout à coup soulagé mais il estime que partir dans de telles conditions après huit ans dans une entreprise est un échec dont il pense être responsable et qui lui donne un sentiment de culpabilité. *« Je n'ai pas été à la hauteur, je n'ai pas su faire face. Mes compétences étaient sans doute insuffisantes pour suivre l'évolution et assumer des responsabilités de chef d'équipe. Quelque part, j'ai perdu confiance en moi. »*

Le médecin du travail, percevant la gravité de ce qui venait de lui être confié, voulut en savoir plus sur l'activité de travail de Jean-Jacques avant sa démission.

Tout de suite, la question des **moyens** disponibles pour faire le travail prescrit est venue au premier plan : il s'agissait de travaux de rénovation dans des appartements parfois occupés par les locataires, parfois vides. Les délais étaient calculés pour des appartements vides. Or, dans les appartements occupés, il fallait déplacer les meubles. Il manquait également du matériel pour effectuer le travail.

Jean-Jacques explique que son responsable des travaux ne connaissait pas vraiment le travail de plombier-chauffagiste : *« C'est un commercial qui voit des clients et qui décroche des chantiers, mais n'ayant jamais travaillé lui-même comme ouvrier sur le terrain, il ne se rend pas compte qu'avec les*

*délais qu'il accepte, le travail ne sera possible que si tout se passe bien, sans incident. Au moindre problème, c'est la catastrophe car il n'y a aucune marge de manœuvre... »*

De son côté, le conducteur de travaux dit qu'il fait ce qu'il peut pour avoir du travail pour les gars. Ce qui compte, c'est de décrocher les chantiers, après il faut se débrouiller. Si les gars n'y arrivent pas, c'est qu'ils n'y mettent pas de la bonne volonté. Avec les difficultés économiques du marché du bâtiment en ce moment, il ne faut pas faire le difficile, il faut foncer, c'est tout... C'est ce qu'il a répondu à Jean-Jacques qui lui demandait des moyens supplémentaires.

N'ayant pu être entendu dans sa demande, Jean-Jacques a essayé de faire face, malgré le manque de moyens. « Il a pris sur lui » comme il dit, il a forcé, fatigué, il a pris des risques et un des compagnons a « attrapé un tour de rein » (des lombalgies) en manutentionnant des radiateurs.

Jean-Jacques se sent un peu plus coupable chaque jour. Pour remplacer le compagnon en arrêt de travail, le conducteur de travaux embauche un intérimaire. Rien n'est changé quant aux délais, il faudra livrer en temps et en heure l'ensemble du bâtiment. Jean-Jacques doit lui expliquer le chantier et surveiller ce qu'il fait car il ne le connaît pas. Il ne peut pas lui faire confiance d'emblée sans savoir ce qu'il est capable de faire. Avec un nouveau ce n'est pas possible, il faut s'observer, ça prend du temps.

Bref, les choses ne font qu'empirer. Le sommeil s'en ressent. Jean-Jacques commence à se réveiller la nuit et déjà sa tête retourne au travail. Il ne se rendort qu'au petit matin, au moment où il faut se lever. Il n'a plus le plaisir de penser à la journée de travail qu'il a devant lui. Il essaie de ne pas penser ; mais c'est plus fort que lui. Ça le tient là, au creux de l'estomac. Il faut pourtant bien manger le matin, pour tenir le coup jusqu'à midi. Mais rien à faire, ça ne passe pas.

Le médecin qu'il a fini par consulter, sur l'insistance de sa femme, lui a prescrit des traitements pour dormir, pour les nerfs... Rien n'y a fait. Les vomissements le matin, c'était insupportable... On connaît la suite.

Ce qui peut être dégagé à partir de cette histoire singulière, c'est qu'une difficulté dans le travail, due à un problème d'organisation du travail, n'ayant pu être solutionné au niveau du travail, a débouché sur une pathologie au niveau individuel. Dans le cas précis, l'issue s'est faite du côté de la maladie psychique mais d'autres observations montrent que cette issue peut se faire au travers du corps. Les nombreux accidents du travail dans le BTP n'y sont pas étrangers.

Jean-Jacques a décompensé sur un trait particulier de sa personnalité. On peut penser qu'il sera susceptible de rechuter mais s'il se retrouve à nouveau face à un manque de moyens dans son travail, il sera capable de se mobiliser, de demander l'aide du médecin du travail par exemple, pour faire évoluer l'organisation du travail dans l'entreprise plutôt que de se replier sur lui-même et de baisser les bras.

## LA SOLITUDE

L'observation suivante : un cas de suicide sur le lieu de travail nous paraît révélatrice de l'effet destructeur de la perte progressive de compétences professionnelles entérinée par l'organisation du travail.

Il s'agit d'une entreprise française publique de service employant plus de 100 000 personnes sur le plan national. Cette entreprise a connu de grands changements organisationnels privilégiant les services commerciaux aux dépens des services techniques qui étaient jusque là considérés comme l'élite de l'entreprise.

M. D... est entré à l'âge de 22 ans dans cette entreprise comme technicien. Jusqu'à l'âge de 45 ans environ, il fait son travail sans difficulté apparente, il est considéré comme un « bon technicien », consciencieux et bien intégré dans son équipe de travail. Au moment où surviennent des changements technologiques, où l'on passe d'un travail à forte composante manuelle à un travail de plus en plus informatisé, M. D... commence à éprouver des difficultés croissantes à effectuer son travail de technicien. À sa demande et avec l'appui du médecin du travail, il change de poste et on l'affecte dans un service de logistique où les tâches sont plus variées et demandent moins de prise d'initiative.

M. D... exprime ainsi sa demande par écrit : « ..., j'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance un changement de poste dans un service paratechnique afin d'assumer plus efficacement mon activité sur un poste de travail même de niveau inférieur, compatible avec mon état de santé affecté par le stress permanent que m'inflige le sentiment d'incompétence que je ressens et qui domine et détruit mes aptitudes à prendre des initiatives qui s'imposent en toutes circonstances. »

Ce changement a d'abord été suivi d'une amélioration de l'état psychique de M. D... pendant environ une année. Les difficultés professionnelles sont réapparues ensuite : M. D... ne peut pratiquement plus travailler seul, il lui est presque impossible de prendre des initiatives. Il éprouve un sentiment de dévalorisation et d'échec permanent. Cette situation va ensuite se dégrader progressivement et irréversiblement pendant environ deux ans pour aboutir à un incapacité professionnelle majeure provoquant l'agacement de ses collègues qui malgré tout ont continué à le soutenir.

À l'âge de 50 ans, M. D... est un homme sensible et cultivé au caractère anxieux et introverti. Il est divorcé et vit seul depuis le départ de ses trois enfants vers des régions éloignées. La mère de ses enfants est décédée depuis quelques

années. Sa vie affective a été difficile ; il a toujours eu des difficultés à entrer en contact avec les autres et a toujours montré une forte tendance à l'autodévalorisation.

Ces dernières années, il a été suivi de manière assez irrégulière par son médecin traitant et par un psychiatre. Un traitement a été institué pour « syndrome dépressif et troubles de l'humeur », mais M. D... remet régulièrement en cause la nécessité d'un suivi et d'un traitement.

Durant les congés pascals, en milieu de semaine, M. D... se suicide sur son lieu de travail, après avoir reçu ses instructions pour la journée : il devait se rendre seul sur un site éloigné pour guider une entreprise de chauffage. Il travaillait habituellement en binôme. Prétextant un oubli de matériel, il s'est rendu dans son atelier et s'est pendu. C'est son collègue de travail le plus proche qui l'a découvert peu de temps après.

Le suicide sur les lieux de travail n'est pas sans signification. La confrontation à la solitude ce jour-là est également un élément troublant même si des facteurs importants de déséquilibre psychique existent sur un plan personnel.

Cette question est souvent traitée sur le mode de l'imputabilité de la conduite suicidaire à la survenue d'événements traumatisants dans la vie privée ou le travail. Dans le climat de culpabilité qui accompagne ces drames, chacun, suivant ses convictions, sa position sociale dans l'entreprise privilégie une des hypothèses. Une autre voie consiste à considérer que vie privée et travail sont intimement liés et qu'ils sont toujours à l'origine de la crise identitaire qui conduit à une décompensation psychopathologique.

M. D... avait demandé sa nouvelle affectation par rapport à une difficulté qui lui semblait insurmontable. On peut considérer qu'il était le mieux placé pour savoir ce qui pourrait lui convenir mais ce choix l'a finalement conforté dans son sentiment d'auto-dévalorisation et de perte de compétences, perte de compétence entérinée par l'organisation du travail. Le rôle du médecin du travail n'est-il pas d'être particulièrement vigilant pour éviter de conforter une dévalorisation, sous prétexte de soulagement et d'intervenir pour donner acte du travail effectué par le sujet et l'aider à trouver une issue à ses compétences.

Dans ce contexte, les rôles respectifs des psychiatres et des médecins du travail nous semblent complémentaires : les psychiatres dans le domaine du soin et de l'éclairage du côté de la structure de personnalité et les médecins du travail du côté de la mise en lumière des effets de résonance entre traits de personnalité et organisation du travail.

*Chantal Bertin, Jean-Yves Dubré*

# LA SANTÉ AU TRAVAIL EN DÉTRESSE

## ANALYSE PROVISOIRE DE LA SITUATION

### DE RÉFORME IMMINENTE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

« *Qui ignore le passé est condamné à le revivre* »

La « note de cadrage sur la modernisation de la santé au travail » et, dans une moindre mesure, le document de « pré-orientations 2001 du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels » datés du 31 janvier 2001 se contentent de « décliner » les dispositions arrêtées entre le patronat et des organisations minoritaires en le réaménageant pour en faire disparaître les aspects scandaleux les plus ostentatoires.

Les fondations sont les mêmes. Il faut se rappeler les visées les plus pernicieuses de l'accord auquel la note sert de faire valoir. De quoi s'agit-il en réalité dans le texte du 13 septembre :

- d'éliminer du système toute référence à l'intérêt public et tout droit de regard de la puissance publique en éliminant le contrôle administratif existant ;
- de rendre inopérante la médecine du travail en contraignant l'indépendance des médecins du travail, en restreignant leur champ professionnel, en augmentant les effectifs surveillés, en les contournant par l'utilisation de praticiens extérieurs, en leur imposant des collaborations avec des organismes sous influence patronale ;
- de circonvenir le contrôle social en limitant son efficacité par le paritarisme « bipartite », en l'excluant de fait de la gestion des services pour s'en attribuer l'exclusivité, en ne lui attribuant pas de moyens supplémentaires.

C'est ainsi que, dans la note ministérielle, sont acceptées des dispositions qu'il s'agirait de « traduire » sous forme de réglementation(1):

- Fixation de la nature des surveillances particulières et de la périodicité des visites (jusqu'à 24 mois pour les salariés sans SMP) par les branches.
- Résorption du déficit (sous-évalué à 500 équivalent temps plein) par recrutement de médecins « prescripteurs » dont la formation reste à déterminer.
- Tutelle des organismes contrôlés par le patronat sur la

•••••

1- « Il est désormais possible d'entrer dans la phase opérationnelle de réalisation d'un vaste chantier normatif - législatif (sur quelques points) et surtout réglementaire - de modernisation. Ce chantier comporte des dispositions destinées à permettre la mise en œuvre de l'accord interprofessionnel ainsi que des points que l'accord n'a pas abordés mais qui répondent aux exigences d'une réorganisation globale. Lorsque la source est l'accord, sa traduction en termes normatifs varie selon que son énoncé est plus ou moins général ». Note de cadrage du 31 janvier 2001

pluridisciplinarité avec veto sur les coopérations extérieures en médecine du travail.

- Gestion des services toujours exclusivement patronale (seulement 1/5 des sièges dans les Conseils d'administration aux représentants des salariés).
- Aucun moyen défini pour le contrôle social y compris pour les préventeurs syndicaux.
- Aucun moyen pour la pluridisciplinarité y compris pour les coopérations avec l'IVS (ce qui demeure la seule proposition positive du ministère),

Le dessein du patronat est pourtant bien perceptible. Il est tout d'abord de soumettre la prévention des risques pour la santé à un système de contrat privé pour en faire un marché comme un autre, d'organiser l'invisibilité des atteintes à la santé au travail afin de s'exonérer de toute responsabilité dans leur survenue permettant ainsi de faire de la santé au travail un autre objet de marché.

Réaffirmons les quelques principes simples qui doivent prévaloir au système de prévention des risques pour la santé au travail :

- Il s'agit d'une question d'ordre public ce qui justifie l'existence d'un contrôle de la puissance publique.
- Son financement ainsi que celui de la gestion des risques doivent être assurés par les employeurs pour la raison qu'ils génèrent les risques.
- La mise en œuvre de l'évaluation des risques à priori doit être confiée à des experts indépendants, quelque soit leur spécialité, qui coopèrent entre eux et avec les salariés.
- Les experts rendent compte de leur activité dans des instances de contrôle social dans lesquelles les salariés, doivent être majoritaires, du fait qu'ils représentent les victimes potentielles, et les employeurs, responsables présumés, doivent être représentés.
- Les employeurs ne peuvent assurer majoritairement la gestion des organismes, tels que les services de médecine du travail, qui prennent en charge l'accompagnement de la santé individuelle des salariés, afin de ne pas être en position d'être juge et partie et de faire pression sur l'indépendance des praticiens qui y exercent.

Les dispositions proposées par le patronat sont aux antipodes de ces principes. Si elles étaient adoptées elles constitueraient un recul, en comparaison du système actuel. Au lieu de l'améliorer elles détruiraient le système de prévention des risques



# CHRONOLOGIE DES FAITS ET DES POSITIONS

## Mi 98

### **Annnonce d'une prochaine réforme par le Ministère du travail (Congrès de médecine du travail de Strasbourg)**

Création d'un collectif pour une réforme de la médecine du travail (SNPMT, SMT, FNATH, SUD, FNMF, FMF) aux travaux duquel participe la CGT.

## Juin 98

**Déclaration commune MEDEF, CFDT, FO, CGC, CFTC :** la prévention des risques au travail relève de la seule négociation entre partenaires sociaux.

## Pendant un an

Réunions régulières d'instruction technique d'un éventuel accord entre les signataires de la déclaration. La CGT participe aux travaux comme observateur.

## Mi 99

Arrêt unilatéral des négociations par le patronat.

## 24 février 2000

À l'initiative de la CGT déclaration commune des organisations syndicales CFDT, CGT, CGC, CFTC sur les principes de fonctionnement du système de prévention.

## 21 mars 2000

Reprise des négociations *Déclaration d'ouverture* de la délégation des employeurs.

## 16 mai 2000

Texte du patronat *Médecine du travail et pluridisciplinarité* : aucune allusion à l'intervention des syndicats dans le système ou de celle de l'état, notion de métier à risque définie par l'employeur par branches professionnelles, médecins du travail sous subordination, expert choisis par l'employeur assistant le médecin du travail, sous traitance des visites à des médecins généralistes, visites espacées de deux à trois ans.

## 26 juin 2000

Texte du patronat *Éléments pour un projet d'accord*. Risque défini par branche en concertation paritaire, intervention des organismes institutionnels de prévention sauf Institut de Veille Sanitaire, médecin du travail en prévention primaire, visites sous traitées aux généralistes, espacées de deux à trois ans, gestion paritaire des services avec commission médico technique, commissions régionales interprofessionnelles paritaires de santé au travail avec commission consultative technique. Forte poussée de la CFDT pour amender le texte en séance (il y aurait eu bilatérale avec le patronat). Après suspension de séance, sur proposition de la CGT, une réflexion complémentaire entre les confédérations (y compris FO) est décidée.

## Du 26 juin au 12 juillet 2000

Pendant la réflexion syndicale, la CFDT prend comme base la déclaration du patronat, la proposition CGT de bâtir un contre-texte commun (dans l'esprit de la déclaration du 24 fé-

vrier) n'est pas retenue. Les modifications demandées du texte patronal sont un simple aménagement ; en particulier les propositions CGT de se référer au droit du travail et à la négociation-cadre nationale pour la définition des risques n'est pas retenue. Le consensus se fait toutefois sur le refus de la sous traitance aux généralistes et la périodicité de la visite au maximum à quinze mois portés à vingt-quatre exceptionnellement.

## 12 juillet 2000

Texte du patronat *Projet de propositions finales* qui intègre certaines modifications de forme proposées par les confédérations. Les dispositions de ce texte permettraient au patronat :

- de contrôler la visibilité des risques environnementaux (c'est-à-dire les risques « classiques » : physiques, chimiques, etc.) par leur gestion par les branches (où le rapport de force leur est plus souvent favorable et où l'opacité est plus aisée à fabriquer) ;
- d'organiser l'invisibilité des risques nouveaux dus à l'organisation du travail en espaçant les visites médicales, qui sont des lieux de repérage de ces risques, à deux voire trois ans et en les sous-traitant à des médecins généralistes sans connaissances, sans statut, sans contrôle social ;
- de limiter l'évaluation des risques pour la santé à la gestion de ceux-ci et non à leur prévention, du point de vue de la santé ;
- de transformer la mission actuelle des médecins du travail, qui est d'éviter toute altération de la santé du fait du travail, en objectif de « suivi médical des salariés » ;
- de contraindre l'intervention en milieu de travail des médecins du travail par le recours à des spécialistes internes sous subordination ou des recours externes à des services institutionnels (dont sont exclus ceux, tels l'Institut de Veille Sanitaire, sur lesquels le patronat n'a aucun contrôle) ou à des sous-traitants chargés d'encadrer les initiatives des médecins ;
- de neutraliser l'action des médecins du travail en gardant la main, directement ou *via* les branches, sur la détermination des salariés à « risques spéciaux » ce qui, lié à l'espacement de la visite, permet d'augmenter *ad libitum* les effectifs suivis par médecin ;
- de garder exclusive et opàque la gestion des services interentreprises *via* les Conseils d'administration ;
- de neutraliser le niveau interprofessionnel en limitant son action à des instances régionales subordonnées aux négociations de branche et en le contrôlant par le biais du paritarisme ;
- de neutraliser la puissance publique en déventant le niveau national (Conseil sup.) devenant une chambre de synthèse des remontées régionales sans responsabilité dans la définition des politiques de prévention et en le mettant devant le fait accompli de pseudo-accords de branches.

Grâce à ces procédés, comme prévu dans un système libéral, le patronat s'affranchirait de ses obligations dictées par l'intérêt général représenté par la puissance publique (compatibilité entre droit à la santé et droit au travail) et camouflerait ses véritables responsabilités en matière de risques pour la santé au travail.

## **11 septembre 2000**

- **SNPMT** (Syndicat National des Personnels et Médecins du Travail) : *Pourquoi nous refusons la mort programmée de la Médecine du Travail ?* Cette déclaration suit une journée de grève (11 septembre 2000) suivie à plus de 50% par les médecins du travail conjointement avec les internes étudiants en médecine du travail, dans le but de faire pression sur la négociation afin de placer la discussion sur une véritable réforme de l'institution « Médecine du travail » (indépendance, renforcement de l'action du médecin du travail en prévention primaire avec les moyens nécessaires), faire barrage à l'introduction de la médecine générale dans le champ du médecin du travail et dénoncer d'avance ceux qui seraient tenter de faire de la médecine du travail une monnaie d'échange dans la négociation.

- **FMF** (Fédération des Mutuelles de France) : *Soutien aux Médecins du Travail*, déclaration de soutien à l'action engagée par les médecins du travail (journée de grève du 11 septembre 2000), soulignant les questions fondamentales à traiter (redéfinition de « l'aptitude », développement de la prévention, opposition à toute discrimination, notamment pour raison de santé).

## **12/13 septembre 2000**

Texte d'accord « irrévocable » du patronat.

## **14 septembre 2000**

- **Jean-François Perraud**, (Secrétaire Confédéral CGT, conduisant la délégation CGT à la négociation), souligne que :

le texte issu de la réunion tient compte dans les avancées perceptibles (mise en œuvre de prévention) du poids de l'unité syndicale, ainsi que les reculs (médecine du travail) et dangers qu'il recèle de renversement de la hiérarchie des normes substituant des accords de branches à la réglementation, notamment sur des questions de santé (accords de branches sur la définition des postes et métiers à risques ouvrant sur un « suivi médical spécial »).

Il appelle à poursuivre la négociation en lien avec un véritable débat public.

- **FNATH** (Fédération Nationale des Accidentés et Travailleurs Handicapés) souligne que :

bien qu'étant directement concernée par la négociation elle n'en est pas partie prenante. Elle indique que le projet d'accord comporte des avancées intéressantes (prévention et coordination des institutions de prévention), mais également des « insuffisances inacceptables » (accords de branches pour la définition des critères de suivi médical spécial, pas de garanti à l'investissement des médecins du travail sur le lieu de travail), « et surtout » le maintien d'une gestion exclusivement patronale des services de médecine du travail (indépendance).

## **15 septembre 2000**

- **ISNIH** (Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux) / **SNPMT**. Dans un communiqué commun *La santé au travail sera-t-elle bradée avec l'accord des confédérations de travailleurs ?*, soulignent :

quelques avancées (*numerus clausus*, dispositif de prévention régional), mais que le texte ne règle rien des dysfonctionnements (médecine du travail), et qu'au total c'est le démantèlement de la prévention en santé au travail qui est proposé et concluent « ... Nous nous opposerons à l'accord de la honte ! »

## **16 septembre 2000**

- **VILLERME** (Association des Inspecteurs du travail). Par un communiqué *Danger pour la prévention des risques du travail* pointe :

quelques aspects positifs (recentrage de la médecine du travail sur le milieu de travail, le dessin des contours de l'évaluation des risques, la prise en compte de la situation des PME/PMI sans CHSCT) soulignant que cela reste très flou, et dénonce par contre l'insuffisance des dispositions qui ne permettent pas de remédier aux carences graves du système actuel (révélées par les catastrophes de l'amiante, celle à venir sur les éthers de glycol...), décelant des dispositions qui permettent la manipulation des experts et des dispositions qui éliminent l'État de son rôle réglementaire et de contrôle (accords de branche en lieu et place de la réglementation).

## **17 septembre 2000**

- **Collège des Enseignants Hospitalo-universitaires**, fait un long commentaire sur le texte :

le caractérisant « d'ouvert qui rend certainement possible, avec une latitude assez large, un certain nombre d'aménagements législatifs et réglementaires de nature à améliorer la prévention des risques professionnels et la santé au travail ».

S'ensuit un inventaire de propositions présentées comme des compléments déterminants « pour rendre opérationnels les concepts développés dans le protocole d'accord, trop généraux pour être applicables sur le terrain dans la forme actuelle ».

## **18 septembre 2000**

**Ordre National des Médecins – Conseil National de l'Ordre**, par un communiqué indique :

qu'il suit attentivement la négociation et regrette d'emblée que les propositions « de contrat type de travail » élaborées avec les syndicats de médecins du travail et le ministère et demandées au MEDEF aient été écartées. Contesté la participation de médecins sans aucune formation au partage de la mission de la médecine du travail, rappelant les principes à renforcer de l'indépendance vis-à-vis de l'employeur, et de la compétence spécifique, et formule une proposition de reconversion de qualité des médecins généralistes vers la médecine du travail, « qui éviterait la mise en place d'une médecine du travail au rabais ».



## 18 septembre 2000

- **CFTC** : *Un accord à passer au scanner*. La CFTC indique : qu'elle confirme l'appréciation positive portée par ses négociateurs, soulignant cependant son vœu d'éclaircissement et d'approfondissement sur certains points (reconversion de médecins de ville vers la médecine du travail, fréquence des visites médicales, rôle des branches et des entreprises).

## 19 septembre 2000

- **Bureau Confédéral de la CGT**, *La CGT ne signera pas*, soulignant :

des avancées (prévention), mais des dangers de reculs importants (médecine du travail, renversement de la hiérarchie des normes), estimant que la négociation n'est pas terminée, et qu'il y a bien nécessité d'un débat public

- **Les Organisations représentatives des professions de santé au travail (personnels des services de médecine du travail) CFE-CGC, CGT, FO, SNPMT** :

dénoncent les dangers du texte (introduction de la médecine de ville sur la mission de la médecine du travail) et appellent les confédérations syndicales à ne pas signer le texte patronal.

## 28 septembre 2000

- **Syndicat National des Médecins Inspecteurs Régionaux du Travail**, souligne dans un long exposé :

les quelques aspects positifs (mise en place de la pluridisciplinarité et de la prévention pour l'évaluation, réaffirmation de la responsabilité de l'employeur, implication des IRP, plus d'intervention de la médecine du travail en milieu de travail), s'inquiète de définitions vagues et de silences et s'insurge contre une substitution de la réglementation par des accords de branches (« le paritarisme aurait-il ainsi force de droit ? ») estimant en conclusion l'accord insatisfaisant et inquiétant en l'état, ne tirant aucun enseignement du passé et du présent.

## Octobre 2000

- **CFDT**, fait un communiqué *Santé au Travail – s'engager pour agir*, par lequel :

elle estime que ses trois objectifs (redonner de la dynamique sociale à la prévention des risques dans les entreprises, mieux couvrir les salariés des petites entreprises, développer l'évaluation *a priori* des risques et mieux faire coopérer les institutions de prévention entre elles et avec l'ensemble des partenaires sociaux) sont atteints dans le texte final.

- **SMT (Association Santé et Médecine du Travail)** :

dénonce une opération patronale visant à dénaturer la mission de la médecine du travail, et formule des objectifs à mettre en œuvre pour une médecine du travail au service de la mission « d'éviter l'altération de la santé du fait du travail ».

## 24 octobre 2000

- **CFE-CGC**, fait un communiqué *Santé au travail : c'est non !* :

indiquant la position du Comité Confédéral CFE-CGC estimant inacceptable l'accord dans sa forme actuelle, dé-

nonçant particulièrement l'introduction de la médecine de ville sur le champ de la médecine du travail, et la définition par accord de branche des suivis médicaux spéciaux en lieu et place de la réglementation.

## 20 novembre 2000

- **CISME (Centre interservices de santé et de médecine du travail)**, dans une lettre adressée à E. Guigou, rendu publique : déplore qu'il n'y ait toujours pas d'issue trouvée par les partenaires sociaux dans le cadre de la négociation, considérant que cette situation ne permet pas d'envisager de trouver une solution à la situation du déficit de médecin du travail et donc à l'accomplissement de leur mission. Il en appelle au ministre pour prendre les mesures annoncées afin de faire face aux besoins.

## 18 décembre 2000

Un communiqué de presse AFP fait état de : la signature d'un texte additif à l'accord du 13 septembre 2000 par le MEDEF, la CFTC, la CFE-CGC, la CFDT, la veille de la réunion des partenaires sociaux sur le bilan d'un an de refondation sociale.

## 19 décembre 2000

- **FNATH**, salue les avancées du texte et réclame un débat national, soulignant que :

la déclaration du 18 décembre apporte des précisions sur le texte du 13 septembre qui prennent en compte des préoccupations exprimées par le FNATH. Elle pointe cependant deux exigences – s'appuyer sur la concertation et la mobilisation des différents partenaires à tous les niveaux, poursuivre la réflexion sur les outils utilisés (aptitude qui doit être au service de l'insertion, l'organisation de la surveillance médicale des populations), et conclue sur une demande au gouvernement d'organiser un véritable débat national sur ce sujet.

- **CFDT**, une déclaration de Rémi Jouan (secrétaire national) *La CFDT signe l'accord « Santé au travail »* rappelle :

les trois objectifs que la CFDT s'est fixée dans la négociation, et indique que la déclaration additive la renforce dans son interprétation du protocole, considérant que cet additif « doit permettre la signature du plus grand nombre, chance supplémentaire du développement de la prévention des risques professionnels ».

- **L'Ordre National des Médecins**, note avec satisfaction : qu'au terme de la déclaration annexée à l'accord du 13 septembre 2000, l'intervention de médecins libéraux est subordonnée aux conclusions d'un groupe de travail auquel l'Ordre est intégré, rappelant à l'occasion son hostilité à cette éventualité. Il rappelle que l'action sur le court terme ne doit pas occulter l'urgence du relèvement du *numerus clausus* de médecins du travail en formation.

## 21 décembre 2000

- **CFTC**, fait un communiqué AFP, par lequel : elle se dit persuadée que l'accord trouvé en début de semaine constitue une réelle avancée pour les salariés de PME/PMI, soulignant son hostilité dès le départ à l'intervention de la médecine de ville sur le champ de la médecine du travail, indiquant qu'elle la fera valoir dans le groupe de travail constitué sur cette question, et donne

son interprétation sur la définition des risques considérant qu'en l'absence d'identification, les règles actuelles restent en vigueur.

### **31 janvier 2001**

**Ministère du travail**, *Note de cadrage sur la modernisation de la santé au travail et la prévention des risques professionnels ; Pré-orientations 2001 du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels*.

La gestion de la médecine du travail est toujours contrôlée par les employeurs. La Loi doit « traduire » réglementairement l'accord du 13 septembre. Formation des médecins « prescripteurs » pour combler le déficit.

### **28 février 2001**

- **Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels**, déclaration de la Ministre : voir ci-dessus.

- **CGT**, déclaration et expression de :

la prééminence du réglementaire sur les accord conventionnels, gestion 2/3 de salariés 1/3 employeurs, SMP au

plan national, si élargissement des visites obligation de redéploiement vers l'action collective. Augmentation des moyens du contrôle social et du contrôle administratif.

- **CFDT** :

se félicite de l'accord.

- **Manifestation à l'appel du Syndicat national professionnel des médecins du travail, association SMT, Collectif UGICT-CGT des médecins du travail, Syndicat national GNC-CGT des médecins EDF-GDF, Syndicat des médecins inspecteurs du travail, l'Association des inspecteurs du travail L611-10, l'Association Villermé, le Syndicat des internes, le Syndicat CGT du personnel des services du BTP :**

500 médecins du travail, inspecteurs et médecins inspecteurs du travail, internes et personnels CGT des services du BTP manifestent devant le Ministère du Travail et celui de la Santé. Une délégation est reçue dans chacun des ministères

# LE DÉTAIL DES DISPOSITIONS DU TEXTE DU 13 SEPTEMBRE 2000

(PRÉAMBULE) La reconversion des médecins non médecins du travail n'est assortie d'aucune garantie. Le groupe de travail n'aurait même pas pouvoir sur la formation mais seulement sur les conditions d'accès à cette formation. Le groupe de suivi non plus qui veillerait seulement à la mise en œuvre de cette formation.

### **(1.1) MISE EN ŒUVRE D'UNE VÉRITABLE PLURIDISCIPLINARITÉ AVEC LA PARTICIPATION DES ACTEURS INSTITUTIONNELS DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS**

La « véritable pluridisciplinarité » serait limitée aux organismes où l'influence patronale est prépondérante. Aucun organisme indépendant (tel l'Institut de veille sanitaire) n'aurait plus accès aux données sur la santé au travail.

### **(1.2) DANS LES SERVICES DE MÉDECINE DU TRAVAIL**

Pour intervenir un organisme indépendant devrait être agréé par les organismes ci-dessus.

Ce n'est plus le médecin ou le CHSCT qui pourraient faire appel à des compétences extérieures mais uniquement l'employeur éventuellement « en liaison » avec le médecin du travail. Les infirmières ne seraient plus sous la responsabilité technique des médecins mais sous celle exclusive de l'employeur. Notons au passage que les détenteurs de ces compétences médicales et œuvrant en prévention ne bénéficieraient d'aucun statut d'indépendance contrairement à l'article 7 de la Directive européenne de 1989.

La mission du médecin du travail ne serait plus la prévention primaire des altérations de la santé au travail mais de servir « d'interface » entre le milieu professionnel et le salarié et d'assurer le suivi médical en milieu de travail et non au regard du travail.

Seul le service inter de médecine du travail aurait pouvoir pour faire appel à des compétences supplémentaires.

### **(1.3) IMPLICATION DES INSTITUTIONS REPRÉSENTATIVES DU PERSONNEL**

Les représentants des salariés seraient consultés uniquement sur les choix.

### **(1.4) DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE 11 À 50 SALARIÉS**

Mis à part le salarié éventuellement désigné, qui ne bénéficie pas lui aussi d'un statut d'indépendance, aucun moyen supplémentaire n'est prévu pour les délégués du personnel. Il s'agit donc d'une clause vide faute des moyens de son application.

### **(1.5) CONSÉQUENCES DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ SUR LE SUIVI MÉDICAL DES SALARIÉS**

Au prétexte que les organismes à influence patronale prépondérante se chargeraient de la prévention primaire les médecins du travail en seraient exclus.

Leur resteraient les visites et « l'action en milieu de travail » limitée à l'établissement d'une fiche d'entreprise.

Les critères de surveillance médicale spéciale seront définis par les branches dans un cadre paritaire bipartite. Les salariés en bénéficiant seront désignés par l'employeur (cf. 2.1). Il n'y aurait donc aucun obstacle à ce que les salariés relevant de cette catégorie aient une visite tous les douze mois, leur nombre étant verrouillé par l'employeur.

Pour les autres la visite serait éloignée à vingt-quatre mois avec possibilité d'intervention des médecins de ville dont la formation serait sous contrôle patronal. Seules les conditions

de leur liaison avec le médecin du travail seraient, selon ce chapitre, de la compétence du groupe de travail à la composition floue prévu dans le préambule. Or, la seule fonction dont ce groupe serait investi dans le préambule concerne les conditions d'accès à la formation. Notons au passage que le médecin sollicité par un salarié ou un employeur prendra les décisions nécessaires « et » procédera à l'examen médical du salarié.

En séance de négociation le vice-président du MEDEF et le représentant de la CGPME ont reconnu que des augmentations d'effectif par médecin équivalent temps plein sont « inévitables ».

### (2.1) FIXATION DES CRITÈRES DE SUIVI MÉDICAL

Le rôle d'arbitrage entre médecins et syndicalistes d'une part et patronat d'autre part au sujet des surveillances médicales spéciales est assuré par l'inspection du travail. Cette disposition serait remplacée par une fixation dans le cadre des branches et une décision unilatérale de l'employeur quant aux salariés concernés, la consultation du médecin du travail n'est ici que de pure forme et ne constitue pas une garantie.

### (2.2) DÉFINITION DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION

Les CTN n'auraient plus en matière de programme de prévention qu'un rôle consultatif, la véritable définition étant laissée à l'initiative des branches dans lesquelles l'influence patronale est plus forte.

### (3.1) UN OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le remplacement de la Commission régionale de médecine du travail par un Observatoire régional de santé au travail permet d'évacuer les DRTEFP qui avaient en charge les premières en leur attribuant un strapontin virtuel dans les observatoires. Chargé des « orientations politiques » cet observatoire serait contrôlé par le patronat grâce à un paritarisme bipartite. N'étant astreint à aucune règle d'observance vis-à-vis des CTN, il aurait toute latitude pour décider en prati-

que de la politique régionale de prévention des risques pour la santé sans aucun contre-poids de la puissance publique. Finançant la prévention, par la branche AT/MP tenue par le patronat, il aurait les moyens de sa politique et ceux de bloquer toute action dissidente. Celles qui ne s'inscriraient pas dans le système n'auraient pas accès aux données.

### (3.2) DES COMMISSIONS LOCALES PARITAIRES POUR LES PETITES ENTREPRISES

Le rapport synthétique d'activité des médecins d'une région est actuellement réalisé à l'intention de la CRMT par les médecins inspecteurs du travail. Cela est un gage d'impartialité. Il serait dorénavant établi par les commissions locales paritaires contrôlées par le patronat.

### (4.1) COMMISSIONS DE CONTRÔLE

Dispositions actuelles reprises pour les Commissions de contrôle : 1/3 employeurs, 2/3 salariés. Aucun moyen supplémentaire pour les représentants des salariés.

### (4.2) IMPLICATION DES COMMISSIONS DE CONTRÔLE DANS LES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES SERVICES

Conseil d'administration, exclusivité de gestion : 1/3 salariés, 2/3 employeurs. Les employeurs ont donc toujours l'exclusivité des pouvoirs de gestion. Notons au passage le possessif s'appliquant aux salariés (acte manqué ?).

### (4.3) INDÉPENDANCE DES MÉDECINS DU TRAVAIL

Le changement de secteur du médecin peut être actuellement soumis à l'arbitrage de l'inspection du travail. Ici cette disposition n'est plus possible.

### (4.4) GARANTIES SUR LA TRANSPARENCE FINANCIÈRE DES SERVICES

Le rapport comptable sera remis à un Conseil d'administration, où les employeurs ont par définition la majorité. De même pour le montant et le mode de calcul des cotisations.

*Alain Carré*

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 rou-tage) 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 61).



En vous remerciant à l'avance.

*Le bureau de l'ass. SMT*

# LE POINT DE VUE DE L'ASSOCIATION SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL SUR LE PROJET DE REFONDATION SOCIALE CONCERNANT LA SANTÉ AU TRAVAIL

**S'**il peut paraître purement comptable, le projet du MEDEF est avant tout stratégique et vise à faire l'impasse sur la mission fondatrice du métier de médecin du travail : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Il prend prétexte du déficit démographique annoncé et du besoin d'autres professionnels indispensables à l'amélioration et au développement du système de prévention des risques professionnels, pour, au nom du principe du coût constant, diminuer le nombre de médecins du travail. En réalité, la médecine du travail, partie de la médecine non subordonnée au tout thérapeutique et biologique de la médecine de soins est un système de prévention médicale peu onéreuse. C'est plus son rôle de gêneur devant la dérégulation de l'organisation du travail que le patronat aimerait brider en la faisant progressivement disparaître, inquiet qu'il est devant le développement de nouvelles pratiques professionnelles de ces médecins, et du renforcement inéluctable de leur indépendance par la voie réglementaire à venir.

La compilation de catégories de risques professionnels en entreprise, à partir des surveillances médicales spéciales « officielles » est insuffisante, car incomplète, minimisant les expositions professionnelles et par conséquent, réduisant à minima le calcul réglementé du temps médical. Exemple des éthers de glycol, des isocyanates, des décrets successifs sur l'amiante et ses valeurs maximales d'exposition progressivement dégressives en fonction des exigences de l'économie; mais aussi exemple des TMS (troubles musculo-squelettiques) et de la psychopathologie du travail (le stress et le harcèlement au travail y sont plus fréquemment évoqués) qui n'épargne pas le secteur tertiaire, faisant démentir l'absence de risques professionnels dans certaines catégories de salariés (article 1-3 du projet d'accord) !

**Oui** à la forfaitisation des effectifs médicaux définis réglementairement, en fonction des secteurs professionnels et des risques scientifiquement reconnus (SUMER, DARES, ouvrages sur les inégalités sociales) et non pas du point de vue de l'entreprise.

Notre spécificité de médecin du travail est de repérer ou d'illustrer des facteurs de risques professionnels non visibles socialement pour permettre le débat dans l'espace public sur leur prévention. C'est là que l'activité clinique de l'accompagnement de la santé du sujet au travail devient indissociable

de la connaissance du réel du travail qui ne peut s'appréhender sans l'expression du vécu des contraintes par le salarié lui-même. De cette façon, les salariés deviendraient acteurs de cette évaluation, elle-même possible outil de leur intervention en CHSCT, etc.

**Non** à la rédaction des fiches d'aptitude qui nous conduit à approuver des contraintes, (y compris organisationnelles), et des expositions professionnelles pathogènes (exemple des substances cancérigènes) et peut pervertir nos pratiques par la sélection biologique et comportementale des salariés.

**Non** à la sous-traitance du suivi médical de certains salariés par des médecins généralistes, instituant une inégalité des droits des salariés à la santé, en entreprise.

**Non** à la sous-traitance de l'étude du milieu de travail par des organismes extérieurs choisis par l'employeur, dont l'indépendance n'est pas garantie.

C'est à la fois la perte de la vision globale de la santé des salariés de l'entreprise et de leur risques professionnels.

**Oui** au renforcement des médecins du travail par de nouveaux praticiens formés, exerçant la médecine du travail avec les mêmes droits et les mêmes devoirs.

**Oui** à une pluridisciplinarité en coopération ; elle implique :  
- une communauté de valeur et de règles de métier qui légitime l'action et l'indépendance professionnelle des spécialistes de la santé au travail, condition préalable de l'efficacité de prévention des risques du travail pour la santé.  
- des espaces de discussion, un contrôle social effectif par les salariés, un cadre réglementaire définissant le statut des intervenants, leur domaine d'intervention et leur obligations en matière d'accès et de contrôle des salariés.

L'entreprise génère des risques pour la santé : elle doit en assumer le coût. Cela ne justifie en rien l'assujettissement de la santé publique au tout économique.

Aussi, juge et partie, le patronat est-il illégitime à gérer de façon majoritaire ou paritaire un système médical de la santé au travail : un éventuel paritarisme de la gestion des services de santé du travail est un leurre.

L'organisation de l'accompagnement médical individuel de la santé au travail ne peut plus être confiée au patronat après le scandale de l'amiante.

Notre projet de service d'utilité publique sous la forme d'agence départementale de médecine du travail, développé avec « le Collectif pour une autre médecine du travail », où salariés et victimes seraient majoritaires dans la structure de gestion, où le contrôle social serait assuré par les représentants des salariés au plus près des lieux d'exercice, prend aujourd'hui tout son sens. Nous l'avons antérieurement proposé dans notre ouvrage *Des médecins du travail prennent la parole – Un métier en débat* (Syros – mai 1998).

La médecine du travail est une mission d'ordre publique social.

La subordination du contractuel au réglementaire que permet l'accord MEDEF est terrifiant. Elle vise à effacer les mesures de protection de la santé au travail si difficilement thésaurisées.

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



*Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Eve SeMAT*  
Vente en librairie  
— Prix : 185 F —

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

•••••

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

Ce sont des témoignages accablants, comme resurgis d'un autre temps, collectés patiemment par des femmes médecins du travail pendant plusieurs années, dans des entreprises privées et publiques, petites et moyennes, plus rarement grandes (dans ce cas, les relais syndicaux existent encore), tous secteurs confondus. Le silence que les femmes s'imposent dans l'entreprise est une stratégie de survie. Dans le huis-clos de la consultation, elles se livrent et sont toutes d'accord pour que ça s'écrive, pour que ça se sache au-dehors : c'est leur résistance à elles.

De ce recueil émerge une évidence : la violence et la précarisation concernent d'abord les femmes.

Que l'on parle de personnel jeune ou âgé, et voici que ce sont des femmes. Que les récits concernent des handicapés, et ce sont essentiellement des handicapées. Des immigrés ? Des immigrées ! Les contrats à temps partiel (imposé et non « choisi », avec des horaires fluctuants) sont réservés aux femmes dans 85 % des cas !

**« Des témoignages alarmants sur les conditions de travail faites aux femmes, un document exceptionnel »**

Au-delà de sa valeur documentaire exceptionnelle, ce livre invite les médecins du travail, confrontés à des situations semblables, à une réflexion éthique sur la clinique de la santé au travail. Peut-on aujourd'hui s'en tenir à vérifier l'aptitude des salarié(e)s et faire comme si les souffrances psychologiques relevaient de la sphère privée et avaient d'autres lieux pour s'exprimer ? Évidemment non. Se former à une écoute compréhensive, et œuvrer collectivement pour que ces paroles soient entendues comme le signe évident d'une dérive inquiétante dans le monde de l'entreprise est une urgence !

# ABSENCE DE CONTRE-INDICATION ET APTITUDE RESPONSABILITÉ ET PROFESSIONNALITÉ

L'article 12 du décret n° 2001-97 du 1<sup>er</sup> février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et modifiant le Code du travail précise, l'article R. 231-56-11 du Code du travail étant ainsi rédigé :

**Art. R. 231-11.- I. a :** *Un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction que si il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude, établie en application de l'article R. 241-57 du présent code ou du I de l'article 40 du décret n° 82-397 du 11 mai 1982 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail en agriculture, s'il s'agit d'un salarié agricole, atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux(1)...*

Cette disposition n'est pas nouvelle. Le premier décret de 1992 sur le risque cancérogène prévoyait déjà une telle disposition. Le décret de 1996 concernant les expositions à l'amiante contient une disposition semblable. Peu de médecins du travail observaient ces obligations jusqu'alors. L'émotion suscitée par cette disposition parmi eux peut paraître irrationnelle à leurs interlocuteurs mais elle est réelle. En cinq ans l'attentisme s'est transformé pour nombre d'entre eux en contestation du rôle de fusible qu'on voudrait leur faire jouer en leur faisant assumer la responsabilité de l'exposition à des cancérogènes. Plus largement la question de la non contre-indication rejoint celle plus vaste de l'aptitude au poste de travail. Certains même estiment que les deux questions sont identiques.

Le but de cette contribution est de mettre en évidence le caractère homothétique des deux problématiques, qui ne peut toutefois être assimilée à une analogie, et de déterminer une conduite logique et opératoire vis-à-vis de chacune d'elles.

Le terme indication est en médecine un terme technique. Une indication médicale a valeur de conseil, de recommandation. Une contre-indication indique une inopportunité qui s'oppose à la recommandation qui en serait l'inverse.

Dans la situation examinée, la contre-indication porte sur l'exposition à des cancérogènes, des mutagènes, des produits toxiques pour la reproduction. L'absence de contre-indication à l'exposition si elle n'est pas exactement synonyme d'indica-

tion à l'exposition pose toutefois la question de l'effet sur la santé de telles substances.

Le principe fondateur de l'exercice médical est le *primo non nocere* (avant toute autre considération ne pas nuire au patient) dans la situation où le place l'injonction réglementaire nouvelle, le médecin du travail va, de ce point de vue, devoir inscrire son jugement entre deux extrêmes :

- une contre-indication non fondée qui, par son retentissement sur l'emploi, porterait préjudice au salarié ;
- une absence de contre-indication erronée qui ferait courir un risque pour la santé du salarié.

L'interdiction de faire courir un risque à un patient est formalisée par l'article 40 du code de déontologie médicale(2). Il y est précisé par l'article 95(3) que le médecin salarié ne peut agir que dans l'intérêt de la santé publique, de la santé des personnes et de leur sécurité. D'autres obligations sont imposées au médecin dans ses rapports au patient : l'article 70(4) lui impose de ne pas formuler de prescriptions qui dépasseraient ses connaissances.

La question des connaissances sur l'effet sur la santé des catégories de substances envisagées ici se pose alors au médecin et constitue un préalable à toute décision de contre-indication.

Or, dans ce domaine règne une vaste marge d'imprécision. Par exemple :

- L'effet des faibles doses est inconnu et, pour certaines

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

2 - Art. 40 - Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.

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

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

4 - Art. 70. - Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●  
1- Souligné par nous

substances ou agents, l'objet de controverses scientifiques.

- En pratique, l'exposition pour un même salarié est rarement unique et des données manquent pour apprécier l'effet cumulé de l'exposition à plusieurs cancérigènes.
- Les prédispositions individuelles sont impossibles à déterminer pour un individu précis du fait du caractère probabiliste des indications sur la génétique lorsqu'elles existeront (ce qui n'est pas actuellement le cas) ainsi que du fait de l'impossibilité de prendre en compte l'effet convergent des autres facteurs.

On peut donc conclure que, du point de vue de la déontologie médicale, il est impossible à un médecin de se prononcer quant à une « absence de contre-indication » aux substances visées par le domaine réglementaire ci-dessus.

Du point de vue réglementaire, le rôle du médecin du travail, tel que le définit le Code du travail, est un rôle préventif exclusif qui doit avoir pour unique objectif d'éviter la moindre altération de la santé du salarié(5).

Cette obligation cantonne ce médecin à la prévention et lui interdit de participer à la gestion des risques, qui suppose l'existence d'un compromis sur une marge de risque « acceptable ». C'est sur ce dernier principe que fonctionne la notion de valeur limite d'exposition qui admet pour les substances visées par le nouveau décret un pourcentage de risque statistiquement déterminé en deçà de la valeur limite.

Cela rend impossible au médecin du travail l'attitude qui consisterait uniquement à recommander le respect des valeurs limites d'exposition où à en faire un critère d'absence de contre-indication. *A fortiori* cela lui interdit de définir une absence de contre-indication qui serait alors un pari hasardeux, puisque du domaine de l'incertitude, et donc, par définition, non complètement protecteur pour la santé du sujet.

En matière de prévention des risques pour la santé la première obligation d'un médecin du travail consiste à conseiller à l'employeur l'identification et l'évaluation des risques, à informer individuellement chaque salarié sur les facteurs de risque potentiels ou existants pour sa santé du fait du travail, à lui faire connaître ainsi qu'à la communauté de travail les conséquences médicales et professionnelles des facteurs de risque ainsi que les incertitudes qui demeurent, à en proposer la prévention à la source (prévention primaire). Il doit pratiquer les éventuels examens médicaux susceptibles de confirmer une exposition et destinés à en dépister les premières manifestations sur la santé et en informer le sujet et, dans le respect du secret médical, la communauté de travail. Il a aussi le devoir de dépister les éventuelles affections en rapport avec les facteurs de risques et d'en rendre compte. À condition que ce soit en référence à ces principes, rien ne s'oppose à ce que le médecin atteste de l'exposition ou du suivi médical du salarié à un facteur de risque.

• • • • •

**5 - Article L. 241-2.** Les services médicaux du travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de « médecins du travail », et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs.

Par contre, pour les facteurs de risque considérés comme pour de nombreux autres, étant donné les incertitudes scientifiques dans ce domaine et ses responsabilités médicales et réglementaires vis-à-vis de chaque salarié il est impossible d'imposer au médecin du travail la rédaction d'une attestation d'absence de contre-indication à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction, sans qu'il enfreigne la déontologie médicale et la réglementation qui fondent son activité.

L'article R 241-48 du Code du travail(6) définit réglementairement l'aptitude, L'article R 241-57(7) remplit la même fonction pour l'avis d'aptitude.

De leur lecture on peut déduire :

- que la notion même d'aptitude n'est pas précisément définie ;
- qu'il s'agit bien d'un avis médical sur une personne précise et les conséquences pour la santé de ce sujet là ;
- qu'il s'agit d'une aptitude au poste et non « aux risques du poste » ;
- que l'avis d'aptitude constitue sa formalisation ;
- que par conséquent la signification de l'avis d'aptitude n'est pas précisée.

Dans ce contexte d'imprécision juridique les médecins du travail utilisent parfois une définition opératoire susceptible de répondre aux obligations déontologiques. Ainsi conformément à l'article 35 du Code de déontologie(8), il est indispensable que le médecin du travail trace au sujet les limites dans lesquelles s'inscrit son avis d'aptitude. Il est ainsi légitime de signaler au salarié, explicitement, à la première consultation,

• • • • •

**6 - Article R. 241-48. (extrait).** Tout salarié fait l'objet d'un examen médical avant l'embauchage ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai qui suit l'embauchage.

Le salarié soumis à une surveillance médicale spéciale définie à l'article R. 241-50 bénéficie obligatoirement de cet examen avant son embauchage.

L'examen médical a pour but :

- 1° De rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs ;
- 2° De s'assurer qu'il est médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter ;
- 3° De proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes...

**7 - Article R. 241-57.** À l'issue de chacun des examens médicaux prévus aux articles R. 241-48, R. 241-49, R.241-50 et R. 241-51, le médecin du travail établit une fiche d'aptitude en double exemplaire. Il en remet un exemplaire au salarié et transmet l'autre à l'employeur qui le conserve pour être présenté à tout moment, sur leur demande, à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre.

Lorsque le salarié en fait la demande ou lorsqu'il quitte l'entreprise, le médecin du travail établit une fiche médicale en double exemplaire. Il en remet un exemplaire au salarié et conserve le second dans le dossier médical de l'intéressé.

Les modèles de ces fiches médicales sont fixés par arrêté du ministre chargé du travail.

**8 - Art- 35.(extrait) -** Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

que le médecin du travail atteste en le déclarant « apte » à son poste de travail, de l'absence de danger **supplémentaire** qui pourrait survenir du fait de son état de santé **par rapport aux dangers que courent les autres salariés occupant le même poste**. Cela doit ensuite être obligatoirement complété par la description des facteurs de risques repérés par le médecin pour le poste de travail occupé par le (la) salarié(e).

Même formulé ainsi un avis d'aptitude peut ne pas répondre aux dispositions de l'article 33 du Code de déontologie(9), si le médecin ne disposait pas des moyens nécessaires à ses missions.

Malheureusement, parfois, à la faveur de l'absence de définition légale de l'aptitude, cette notion est l'objet d'une utilisation qui s'éloigne notablement de la réglementation et de la déontologie. Elle devient alors non pas un outil de prévention mais un support de sélection des salariés par la santé, en particulier, au prétexte de l'existence de postes de sécurité qui n'ont de sécurité que le nom qui souvent leur est attribué abusivement et arbitrairement. La recherche systématique de traces de toxiques psychotropes est un exemple de cette dérive. Cela condamne socialement l'avis d'aptitude.

Mais, si cela ne suffisait pas, ce qui plaide définitivement pour sa disparition est l'impossibilité de le rédiger sans enfreindre les dispositions de l'article 76 du Code de déontologie médicale(10). Cet article prescrit que tout certificat doit être établi « conformément aux constatations médicales (que le médecin) est en mesure de faire ». Une constatation (du latin constat : « il est certain ») est la formalisation d'un fait advenu.

En ce qui concerne l'inaptitude, qui n'est pas exactement l'envers de l'aptitude mais sous tend la quasi totalité de la jurisprudence à ce sujet, il est possible d'établir un certificat. En

effet, dans ce cas, la notion de danger ou de risque pour la santé est au premier plan. Cette notion est bien ancrée dans la tradition médicale tournée vers le dépistage de l'état pathologique et de son pronostic pour un sujet précis en difficulté de santé. La professionnalité du médecin du travail consiste donc, en partie, à décider de l'inaptitude dans des cas concrets.

Il en est tout autrement pour l'aptitude. Certifier de l'aptitude, c'est déterminer, *a priori*, si, individuellement, du fait de son état de santé, un sujet « sain » va courir un risque. Cela n'est pas du domaine du pronostic médical mais de la prévision, notion probabiliste qui s'applique à des groupes et non à des individus. Fort utile en santé publique cette notion ne se prête pas à un processus de certificat individuel qui doit être fondé sur une constatation. En rédigeant un avis d'aptitude un médecin prend le risque d'être en contravention avec l'article 76 du Code de déontologie. Quel médecin du travail pourrait plaider pour son maintien ?

L'absence de contre-indication à un facteur de risque précis pose avant tout la question de la pertinence scientifique de l'avis du médecin de façon immédiate, dans la mesure où le terme « contre-indication » à une définition médicale précise. Cette définition engage la responsabilité du médecin qui en aurait attesté dès que survient une altération de la santé du sujet.

Les raisons qui plaident pour la suppression de l'avis d'aptitude sont d'une autre nature. Il s'agit moins de responsabilité, à condition de bien préciser ce qu'est l'aptitude, que d'une question de professionnalité. Médecin, avant toute autre considération, le médecin du travail ne peut rédiger que des attestations individuelles fondées sur des constatations médicales. Cette définition rend uniquement possible la rédaction d'un avis d'inaptitude.

Alain Carré

•••••

9 - Art. 33. Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, si il y a lieu, de concours appropriés.

10 - Art. 76 (*extrait*). L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.



# RÈGLES ET NORMES

## « REFONDATION SOCIALE »

### DES TENTATIVES DE PRISE DE CONTROLE DE L'ORDRE PUBLIC PAR L'ORDRE PRIVÉ

Le 7 mai 1985, une résolution du Conseil des communautés européennes abandonnait une première approche de fixation des règles techniques qui présidaient à la normalisation.

Les principes qui en sont fondateurs demeuraient inchangés. Le premier de ces principes est la responsabilité des États concernant la sauvegarde de l'intérêt général sur leur territoire, le deuxième est la libre circulation des marchandises entre les états membres.

Jusqu'au 7 mai 1985 le recours à l'article 118A du Traité de Rome prévoyait une normalisation par l'édiction de règles techniques ce qui supposait la possibilité de débattre autour de l'élaboration de ces règles.

Réputée lente, rigide, uniformisatrice, cette première approche est supplantée par celle dite de « renvoi aux normes » qui s'appuie sur l'article 100A du Traité de Rome.

La sphère publique ne conserve plus que le domaine des exigences essentielles de sécurité. Une fois prescrites ces exigences ne peuvent plus être modifiées que par une autre directive. Elles excluent toute dérogation même dans un but d'amélioration — *in melius* —.

Les spécifications techniques sont alors dévolues à la sphère privée et sont confiées à des organismes de normalisation dominés par les industriels.

Considérées comme non obligatoires et d'adhésion volontaire, aussitôt qu'elles reçoivent leur label d'harmonisation, ces spécifications techniques sont présumées conformes aux exigences essentielles de sécurité.

Cette approche nouvelle constitue à plusieurs titres une mise en conformité libérale du droit du travail.

En effet, elle a pour conséquences :

- la mise sur le même plan des travailleurs, des consommateurs et des producteurs en ce qui concerne la représentation et la défense de leurs intérêts ;
- l'allègement de la réglementation sur les entreprises par la promotion de l'auto-réglementation ;
- la mise sur le même plan des états et des organismes de normalisation.

Cela constitue en outre la délégation d'une partie du pouvoir réglementaire à des corps intermédiaires en imposant aux états d'apposer leur sceaux sur des arrangements néo-corporatistes.

Le domaine même de l'intervention des organismes de normalisation est loin de faire l'unanimité entre les membres. En particulier dans le champ des relations de travail, s'opposent une conception latine pour laquelle la qualité de sujet des opérateurs implique que ce champ relève des exigences essentielles et une conception anglo-saxonne qui désire délégaliser la relation de travail en réservant ce domaine à la normalisation.

La position exprimée par Alain Supiot(1) sur la question des rapports du droit du travail et de la normalisation permet de faire la part des choses. Ainsi une norme technique :

- n'a de valeur que par rapport à une fonction pratique déterminée ce qui constitue sa seule référence ;
- elle appartient au monde des faits ;
- elle présente un caractère concret mobile facultatif ;
- seule son efficacité la rend valide.

On peut y opposer point par point les caractéristiques de la règle juridique :

- celle-ci constitue une référence dans la mesure où elle cherche à faire coïncider le monde des faits avec un monde idéal c'est-à-dire le monde tel qu'il est avec ce qu'il devrait être ;
- elle appartient au monde des valeurs ;
- elle revêt un caractère général et abstrait ;
- sa validité est permanente et obligatoire.

C'est donc la technique qui doit être subordonnée aux valeurs du droit. C'est à lui de fixer la ligne de partage avec ce qui relève de la norme, puisque « le procédé de renvoi aux normes devrait tout d'abord être cantonné aux questions sur lesquelles l'existence même d'une rationalité technique autonomisable fait l'objet d'un consensus ».

Subordonné aux valeurs du droit, la norme doit en respecter les principes dont celui du débat contradictoire ; « le renvoi aux normes n'est admissible que dans la mesure où le principe du contradictoire s'applique à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces normes, faute de quoi aucune garantie n'existera contre les abus économiques et les insuffisances techniques qui sont susceptibles de les entacher ».

Pour déterminer ce qui relève, au sens strict, de la règle juri-

• • • • •

1 - Alain SUPIOT, *Critique du droit du travail*, PUF, Les voies du droit, 1994.

dique, on peut considérer que « *dès lors que la personne humaine (au sens juridique) est en cause, on touche au domaine du choix des valeurs, domaine qui ne doit être abandonné par le droit, ni directement (par renvoi aux normes) ni indirectement (par renvoi à des comités d'éthique) au pouvoir des scientifiques et des techniciens.* »

Le processus dit de « refondation sociale » a pour finalité d'exonérer les employeurs de toute référence à la réglementation en lui substituant des accords conventionnels c'est-à-dire d'ordre privé. Il y a dans cette volonté de circonvenir le législateur un parallélisme de principe avec la démarche de renvoi aux normes si l'on considère que dans les deux cas il s'agit de dessaisir la sphère publique d'un de ses domaines au profit de la sphère privée.

Il est par ailleurs remarquable que les promoteurs et les bénéficiaires de ces détournements soient dans les deux cas les entrepreneurs.

Dans le cadre de ce processus, le 13 septembre 2000, le patronat mettait les représentants des salariés en demeure de ratifier un accord sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels. La signature de cet accord conventionnel entraînerait dans l'esprit de ces promoteurs sa qualification comme disposition réglementaire sur laquelle le législateur n'aurait plus qu'à apposer son sceau.

En acceptant de subordonner la réglementation à cet éventuel accord d'ordre contractuel, le législateur prendrait la lourde responsabilité d'attenter à la hiérarchie des formes juridiques (« Prééminence de la Constitution sur la Loi de la Loi sur le

Règlement et de manière générale de toutes ces formes sur le contrat ») qui constitue un des principes fondamentaux de l'État de droit. Ce serait non seulement prendre la responsabilité d'assumer l'échec prévisible d'un tel système mais également atteindre aux fondements même de la Société.

S'il y a un domaine où la personne humaine est en cause, c'est bien celui de la santé. S'il y a un domaine où la santé est en péril, c'est bien au travail. La santé au travail relève donc, selon le principe dégagé en matière de limite entre norme et règle juridique, des principes du droit. C'est une question d'ordre public social. Les dispositions qui régissent les systèmes de prévention de la santé au travail doivent donc se plier à la règles du débat public contradictoire.

La mission de la médecine du travail est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs. C'est faire coïncider deux droit constitutionnels fondamentaux : le droit à la santé et le droit au travail.

Pour la médecine du travail, le niveau de ce débat ne peut donc être inférieur au niveau parlementaire puisque son champ d'application relève de la Constitution. Vouloir transposer l'article 7 de la Directive européenne de 1989 sur la prévention des atteintes à la santé au travail par voie d'ordonnances constitue donc une proposition inadaptée et donc lourde de risques pour les responsables politiques qui pourraient avoir à répondre personnellement des conséquences des ordonnances qu'ils auraient promulguées.

Alain Carré

### **SANTE ET TRAVAIL**

**Cancers professionnels : état d'urgence**



**Déjà parus :** Évaluer tous les risques (30), Souffrances des femmes au travail (31), Entreprises allégées et conditions de travail (32), Jeunes travailleurs : la galère (33), Cancers professionnels : état d'urgence (34)

**Vient de paraître :** n°35, Prévention des TMS, ne plus faire semblant

**Pour vous abonner, renvoyer ce coupon à :**  
**MAPAYA / Réf. SANTE ET TRAVAIL**  
**24 rue des Vergers – 92320 Châtillon Tél. : 01 41 33 98 96**  
**(280 F pour quatre numéros)**  
**chèque à l'ordre de Mutualité française.**

Indépendance des experts : pour une démocratie sanitaire  
Accord santé-travail : la balle est dans le camp du gouvernement  
N° 34 - Janvier 2001 - 80 FF



# SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL ET SYSTÈME DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS UNE DIFFÉRENCIATION URGENTE À METTRE EN ŒUVRE

**D**ans la réforme du **Système de santé au travail**, qui est partie prenante de la Prévention des risques professionnels, mais dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés, la question d'une organisation déconnectée des employeurs et indépendante de la gestion des risques professionnels, est essentielle. C'est celle-ci qui est aujourd'hui masquée et ne fait pas débat, dans l'approche par la refondation sociale du MEDEF

La construction de la santé au travail des hommes et des femmes est un droit que l'état doit réaffirmer et permettre d'exercer. Son développement et son organisation ne peut donc être laissé aux partenaires sociaux. La santé au travail doit être structurée comme partie prenante de la santé publique et intégrée dans l'ensemble du système de santé.

Un tel système doit concerner, en dehors de la situation spécifique de la recherche, l'évaluation des facteurs de risque et de leurs effets, la valorisation des données et la recherche appliquée, l'organisation de la médecine du travail, et l'organisation des actions spécifiques d'évaluation des risques non subordonnées à l'employeur, en matière de conditions de travail environnementales ou organisationnelles. Tous les professionnels n'intervenant ici qu'exclusivement du point de vue de la santé au travail

La prévention des risques est ancrée à une double logique :

- Du fait de sa genèse au cœur du système économique, elle est de la responsabilité des employeurs qui les génèrent. Ils doivent donc les réduire à la source, et financer à la fois les dispositifs de prévention et de réparation. Une partie des dispositifs de prévention sont directement aux mains des employeurs, soumis directement à leur autorité et dédiés à les aider à gérer les risques, c'est-à-dire à agir en conciliant intérêts économiques des entreprises et réduction des risques.

- Mais ce sont les salariés qui sont fondamentalement concernés par leurs véritables conséquences, car potentiellement victimes des mauvaises conditions de travail. Les salariés exposés, les victimes, leurs représentants, ont légitimité, avec l'aide des professionnels en charge exclusive de la santé au travail, particulièrement les médecins du travail aujourd'hui, mais aussi d'autres professionnels, à identifier et mettre en visibilité l'ensemble des risques et agir pour leur disparition. Pour ce faire, ils prennent en compte tant les connaissances scientifiques, que le point de vue des agents exposés et le vécu subjectif que ces contraintes entraînent.

Seule une majorité de représentants des salariés, dans un cadre défini et contrôlé par l'État, ont légitimité à gérer le Système de santé au travail dédié exclusivement à la prévention, hors de toute subordination à l'économie de l'entreprise.

Les représentants des salariés directement exposés ont légitimité à contrôler la mise en œuvre du système de santé au travail au plus près des lieux de travail.

Ceux qui génèrent les risques ne peuvent en aucune façon représenter les intérêts des salariés exposés ou des victimes.

L'État doit délimiter précisément, encadrer l'organisation et contrôler le cadre d'intervention de l'ensemble des acteurs du Système de santé au travail, du fait que la santé au travail est une question d'ordre public social, de santé publique.

**Toute organisation d'un système de santé au travail directement ou indirectement dépendant des employeurs, est l'organisation de la subordination de la santé à l'économique.**

Sur les questions de santé au travail, la citoyenneté doit aussi toucher les entreprises; l'état doit organiser l'indépendance et l'autonomie des professionnels de la santé au travail

Comme l'ensemble des acteurs du système de santé, l'ensemble des professionnels du système de santé au travail doit avoir un statut, des modalités d'exercice et un cadre professionnel organisant leur indépendance hors de tout lien de subordination avec les représentants des employeurs générant les risques.

Il y a aujourd'hui une véritable difficulté à identifier les professionnels intervenant exclusivement du point de vue de la santé au travail. On peut facilement repérer les médecins du travail et les infirmiers(es) du travail du point de vue de la délimitation réglementaire de leur fonction. La légitimité de leur indépendance totale de l'économique s'appuie sur l'accompagnement de la santé individuelle. Et pourtant elle n'est pas organisée structurellement aujourd'hui, car ils continuent à dépendre directement ou indirectement des employeurs. Si l'accompagnement individuel de la santé au travail est incompatible éthiquement avec la gestion des risques professionnels, ces cinquante dernières années montrent aussi que pour prendre sens, il doit être couplé avec l'investigation des risques professionnels au niveau de la collectivité de travail (lieux, postes de travail, collectifs de travail, structures juridiques). C'est l'originalité de la médecine du travail, et son aspect irremplaçable.

D'autres professions intervenant sur l'analyse de l'environnement du travail ou des contraintes du travail peuvent prétendre délimiter exclusivement leur intervention du point de vue de la santé au travail. Mais un tel statut impliquera que leurs activités ne prennent pas en compte la gestion des risques des entreprises. Sont concernés des hygiénistes, des ergonomes... Aujourd'hui, s'ils sont salariés des entreprises, ils fonctionnent sur le modèle des ingénieurs de sécurité d'entreprise, sans séparer la mise en évidence des risques, de l'intervention correctrice au nom de l'employeur. Faute de pouvoir s'appuyer sur la légitimité sociale qu'offre l'accompagnement de la santé individuelle, de telles professions ne peuvent s'autonomiser de la gestion des risques si elles sont organisées et gérées directement ou indirectement par les employeurs.

**La légitimité de la prise en compte exclusive du point de vue de la santé des salariés est fondateur d'une organisation spécifique d'un Système de santé au travail.**

Dans une telle conception, la place de la visibilité sociale et du débat social sur la santé au travail sont essentiels. Les professionnels sont des spécialistes et non des experts au sens qu'ils mettent leurs connaissances et constats en débat dans l'espace public des entreprises et de la société. Le contrôle social est un élément de l'organisation du Système de santé au travail, le financement par les employeurs son moyen, l'intégration à la santé publique son cadre, la défense exclusive du point de vue de la santé des salariés sa légitimité.

**L'organisation du Système de santé au travail doit être clairement différente du Système de prévention et de gestion des risques professionnels de la responsabilité des employeurs.**

La politique claire du MEDEF est de subordonner la protection de la santé des MEDEF ne veut pas ouvrir. Ainsi :

- l'autonomisation et l'indépendance de professionnels agissant exclusivement du point de vue de la santé au travail ;
- le contrôle social de l'ensemble des intervenants agissant exclusivement en santé au travail ;
- le point de vue spécifique des salariés à prendre en compte dans l'évaluation des risques ;
- l'indépendance des spécialistes participant à l'identification des facteurs de risques et à l'évaluation de leurs effets ;
- la suppression de la sélection biologique et comportementale de la main d'œuvre par l'aptitude, tout en préservant les actions individuelles de sauvegarde thérapeutique auprès de salariés spécifiquement atteints par la soustraction totale ou partielle d'un poste de travail en accord avec le salarié, avec prescription contraignante pour l'employeur... ;
- l'abolition des certificats de non contre-indication à des risques spécifiques ;
- les recommandations de prévention collective du médecin du travail en direction des postes de travail, avec en cas de non respect, et selon leur gravité au regard de l'évaluation des risques, l'instruction obligatoire de cette non prise en compte par le CHSCT ou les représentants des salariés, et les organismes de contrôle ;
- l'encadrement réglementaire strict de la délimitation des postes de sécurité qui ne sauraient être que très spécifiques et à la charge d'une médecine de main d'œuvre au statut particulier, située en dehors des entreprises, aux décisions très encadrées réglementairement et contrôlées spécifiquement.

*Dominique Huez*



# UN PROJET DE LOI SUBORDONNANT LA « SANTÉ AU TRAVAIL » AU BON VOULOIR PATRONAL

Dans le cadre du projet de loi de modernisation sociale, le Gouvernement propose, à l'occasion du passage en deuxième lecture le 22 mai 2001 à l'Assemblée Nationale, cinq amendements qui concernent la **santé au travail**.

Les membres signataires du **Collectif « Pour une autre Médecine du Travail »** sont attachés pour leur part à la nécessité d'un véritable débat à la mesure de cet enjeu de santé publique qu'est de la santé au travail. C'est dans ce cadre que les membres signataires du **Collectif « Pour une autre Médecine du Travail »** :

— **Association L 611-10** ; **Association SMT** (*Association Santé et Médecine du Travail*) ; **F.M.F.** : *Fédération des Mutuelles de France* ; **SNMEG** : *Syndicat National GNC-CGT des Médecins EDF/GDF* ; **S.N.M.P.T.** : *Syndicat National Professionnel des Médecins du Travail, Union Syndicale SOLIDAIRES « Groupe des Dix »* ; **UGICT-CGT, CGT** — ont contribué, malgré les délais, à ce débat à travers les alternatives aux amendements gouvernementaux qui ont été présentés lors d'une conférence le lundi 21 mai 2001.

Pour le **Collectif « Pour une autre Médecine du Travail »** les amendements sur la santé au travail intégrés dans la loi de modernisation sociale sont le moyen pour le Gouvernement d'occulter, de fait, le débat qui n'a pas eu lieu entre la prévention des atteintes à la santé du fait du travail et la gestion des risques professionnels qui relève de la responsabilité des employeurs.

**C'est la mort annoncée de la médecine du travail.**

**Le Collectif demande aux Parlementaires de refuser ces amendements pour qu'une véritable réforme de la médecine du travail fasse l'objet d'un réel débat au Parlement.**

L'actualité des licenciements économiques confirme qu'il faut prendre en compte tous les aspects des restructurations qui aujourd'hui ne sont pas en débat et notamment leur conséquence en termes d'atteintes à la santé.

C'est pourquoi le **Collectif « Pour une autre Médecine du Travail »** propose des alternatives aux amendements en discussion au Parlement :

## 1 - CRÉATION DE L'ARTICLE L.241-10-2

*« Le médecin du travail est habilité à proposer au chef d'entreprise des mesures préventives quant aux risques professionnels et aux organisations du travail, notamment en cas de restructuration.*

*Il informe, le cas échéant, les délégués du personnel et CHSCT de ces propositions.*

*Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite et informe le délégué du personnel et membre du CHSCT.*

*En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'Inspecteur du travail après avis du Médecin inspecteur régional du travail. »*

## 2 - CRÉATION D'UN NOUVEL ARTICLE EN L.241

*« Indépendamment de l'attribution d'un capital ou d'une rente, les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, ainsi que leurs ayants droit, bénéficient d'une indemnisation de tout préjudice à caractère personnel subi.*

*Le régime des prestations versées au titre de la législation sur les accidents du travail et les dispositions relatives à la responsabilité de l'employeur ne sont pas modifiées. »*

## 3 - CRÉATION D'UN NOUVEL ARTICLE EN L.241

*« Toute maladie directement ou essentiellement causée par la relation de travail y compris par la rupture imposée de l'activité professionnelle est reconnue maladie professionnelle. »*

## 4 - CRÉATION DE L'ARTICLE L.241-2-1

*« Afin d'assurer la mise en œuvre des compétences organisationnelles et environnementales nécessaires à la prévention a priori des risques professionnels pour la santé, il est créé des services de santé au travail chargés d'études et de recherche dans le domaine de la prévention des risques pour la santé au travail dans le but exclusif de les éviter.*

*Les services de santé au travail coopèrent, en tant que de besoin avec les services médicaux du travail, à la demande du médecin du travail et assurent des expertises à la demande notamment des CHSCT, des délégués du personnel ou des organismes publics et ils apportent leur coopération à la veille sanitaire.*

*Les dépenses afférentes aux services de santé au travail sont à la charge des employeurs.*

*Les parties concernées (services de l'État, employeurs, représentants des salariés, représentants des victimes...) participent à leur gestion. »*

## 5 - L'ARTICLE L 241-4 EST ABROGÉ ET REMPLACÉ PAR LES DISPOSITIONS SUIVANTES :

*« Les services de médecine du travail sont gérés majoritairement par les salariés. »*

## 6 – CRÉATION D'UN NOUVEL ARTICLE EN L 241

« La ressource en médecins du travail dans les secteurs privés et publics fait l'objet d'une évaluation par le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels en lien avec l'Inspection médicale du travail et dont l'État est garant de la formation en nombre nécessaire de ces médecins spécialisés. »

### ARGUMENTAIRE AUX PROPOSITIONS DU COLLECTIF

#### LE CONTEXTE DE LA TRANSCRIPTION DE LA DIRECTIVE DU 12 JUIN 1989

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 impose aux employeurs deux obligations :

- « éviter les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs »(1)
- « évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités »(2)
- puis «mettre en œuvre ensuite des activités de prévention ainsi que des méthodes de travail et de production susceptibles de garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs »(3).

La promotion de l'amélioration de la santé au travail relève donc de deux démarches distinctes :

- une démarche de prévention *a priori* des risques pour la santé visant à les éliminer ;
- une démarche de gestion des risques que l'employeur considère comme inévitables au regard des nécessités de son entreprise.

Les échecs de la promotion de l'amélioration de la santé des travailleurs observés en France prennent leur source dans la confusion entre ces deux démarches notamment dans les organismes institutionnels de prévention existants.

Il découle de cette distinction que le terme santé au travail correspond exclusivement à la première. Les questions de santé au travail sont accessibles d'une part par des approches organisationnelles et environnementales, d'autre part par une démarche médicale. Des structures intervenant dans le cadre de la gestion des risques relèvent d'une autre problématique.

Il convient donc que la Loi fasse une distinction entre les institutions et les personnes dont les activités relèvent de l'une et de l'autre de ces démarches.

La médecine du travail constitue une composante positive du système français, fondé sur une approche médicale, c'est-à-dire, comportant un accompagnement individuel de la santé du travailleur et un abord des aspects collectifs de la santé au travail. Cette démarche spécifiquement médicale, très précisément définie dans le droit français, complète les approches

• • • • •

1 - Article 6, paragraphe 2, a. de la Directive

2 - Article 6, paragraphe 2, b. de la Directive

3 - Article 6, paragraphe 3, a. de la Directive

organisationnelles et environnementales de la prévention *a priori* des risques.

La spécificité de la médecine du travail induit que son organisation soit distincte de celle des autres approches en santé au travail. Cela implique la création de services de santé au travail réservés aux experts des domaines organisationnels et environnementaux.

### ARGUMENTAIRE AU SUJET DES NOUVEAUX ARTICLES L 241-2-1 ET L 241-4

#### PRÉVENTION A PRIORI DES RISQUES POUR LA SANTÉ

##### DES SERVICES MÉDICAUX DU TRAVAIL

Les médecins du travail, exerçant dans des services spécifiques, les services médicaux du travail, sont chargés « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait du travail ».(4)

Il s'agit, par conséquent, d'une mission d'ordre public social. En raison de leur responsabilité dans la survenue des risques pour la santé au travail, le financement des services de médecine du travail est assuré exclusivement par les employeurs.

Du fait qu'ils assurent particulièrement le suivi médical individuel des travailleurs, l'activité professionnelle personnelle des médecins du travail relève d'un contrôle social.

Ils participent à la prévention *a priori* des risques en intervenant médicalement sur les collectifs et la collectivité de travail.

Le statut d'indépendance des médecins du travail, garanti par la Loi, doit être renforcé, notamment en garantissant des règles appropriées de gestion des services. *Il y a incompatibilité entre la responsabilité des employeurs dans la genèse des risques pour la santé au travail et une position majoritaire, a fortiori exclusive, dans la gestion des services de médecine du travail.*

Par conséquent et en raison de la nature spécifiquement médicale de leurs activités, la gestion des services médicaux du travail est assurée majoritairement par les représentants des travailleurs.

Les services médicaux du travail participent à l'évaluation des risques du point de vue exclusif de la santé au travail. Dans ce cadre, ils apportent leur concours à l'identification de l'ensemble des facteurs de risques, soit *a priori*, soit par le dépistage de leurs effets.

Les services médicaux du travail sont étendus à la Fonction publique territoriale ou d'État, aux associations d'insertion et de retour à l'emploi.

• • • • •

4 - Article L 241-2 du Code du travail.

## DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

À côté des services médicaux du travail, il est créé des services de santé au travail, services techniques spécialisés chargés d'études et de recherche dans le domaine de la prévention des risques pour la santé au travail dans le but exclusif de les éviter.

Leur mission consiste à participer à l'évaluation des risques de ce point de vue.

Du fait de leur responsabilité dans la survenue des risques pour la santé, le financement de ces services relève individuellement ou collectivement des employeurs, par exemple, sur le budget des services AT/MP des caisses de Sécurité sociale.

Ils comprendront notamment les services qui ne sont pas chargés de la gestion des risques et qui font actuellement partie de l'ANACT, des CRAM, de l'INRS, de l'OPPBT, etc.

Les spécialistes qui concourent aux activités des services de santé au travail n'exercent pas d'activité médicale. Ils bénéficient d'un statut d'indépendance qui, en raison de leur implication exclusive dans le domaine de la santé au travail, comporte des garanties complémentaires à celles prévues à l'article 7 de la Directive.

L'activité professionnelle personnelle de ces praticiens n'étant pas soumise à contrôle social, puisqu'ils n'assurent pas de suivi individuel des personnes, relève de règles éthiques et déontologiques spécifiques définies par décret. Les services de santé au travail coopèrent en tant que de besoin avec les services médicaux du travail, à la demande du médecin du travail, et assurent des expertises à la demande, notamment, des CHSCT, des délégués du personnel ou des organismes publics et ils apportent leur coopération à la veille sanitaire.

Des conventions qui requièrent l'accord et la surveillance de ou des contrôles sociaux concernés régissent leurs activités. Un bilan annuel de l'activité du service de santé au travail est établi sous une forme précisée par décret en Conseil d'État.

Les parties concernées (Services de l'État, Employeurs, Représentants des salariés, Représentants des victimes...) participent à leur gestion.

## ÉVALUATION DES RISQUES ET MISE EN ŒUVRE DE LA PRÉVENTION

### DES SERVICES DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Il est créé des services de sécurité au travail dont la mission consiste exclusivement à apporter leur concours aux employeurs privés ou publics afin d'évaluer les risques que ces derniers estiment ne pouvoir être évités et de mettre en œuvre des activités de prévention ainsi que des méthodes de travail et de production susceptibles de garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs.

La structure de ces services, leur financement et leur gestion sont confiés aux employeurs publics ou privés. Les spécialistes qui concourent à leur activité bénéficient d'un statut d'indépendance conforme à l'article 7 de la Directive.

Régulièrement, au moins une fois par an, les employeurs établissent un bilan de l'évaluation des risques présents dans l'établissement et des mesures mises en œuvre pour les prévenir sous une forme précisée par un décret en Conseil d'État.

Ce bilan est adressé aux Services extérieurs du ministère du travail ainsi qu'aux contrôles sociaux concernés.

Une synthèse nationale par branche d'activité professionnelle est assurée par les pouvoirs publics et transmise chaque année, pour avis, au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

*Les membres signataires du Collectif  
« Pour une autre Médecine du Travail » :*  
— Association **L 611-10** ;  
**Ass. SMT** (Association  
Santé et Médecine du Travail) ;  
**F.M.F.** : Fédération des Mutuelles de France ;  
**SNMEG** : Syndicat National GNC-CGT  
des Médecins EDF/GDF ;  
**S.N.M.P.T.** : Syndicat National  
Professionnel des Médecins du Travail,  
**Union Syndicale SOLIDAIRES**  
« Groupe des Dix » ;  
**UGICT-CGT, CGT** —

# **POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL NON SUBORDONNÉ AUX EMPLOYEURS POUR UNE MÉDECINE DU TRAVAIL GÉRÉE MAJORITAIREMENT PAR LES SALARIÉS ET VICTIMES**

**L**e gouvernement veut rester dans l'ambiguïté quant à la question de la gestion des risques professionnels en fonction de la primauté de l'économique, faute de courage politique. Il ne veut pas ouvrir le débat politique qui nécessite de séparer clairement :

- le Système de prévention de la santé au travail dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés (comme tout système de santé),
- d'un Système de gestion des risques professionnels, système technique à la disposition des employeurs pour gérer les risques professionnels de leur responsabilité.

Il nous faut donc trouver une stratégie face à la proposition de remplacement pur et simple des services de médecine du travail par des services de santé au travail. En effet ce remplacement en l'état des propositions, subordonne purement et simplement les professionnels non médicaux aux employeurs, porte à terme la disparition de la médecine du travail elle-même, remplacée par une médecine d'entreprise exercée conjointement avec des gestionnaires des risques pour le compte des employeurs.

Pourtant nous ne voulons pas tomber dans le piège du refus pur et simple du remplacement des services de médecine du travail par des services de santé au travail au mauvais motif corporatiste que les hygiénistes ou ergonomes qui exerceraient en santé au travail devraient exercer dans les services de médecine du travail eux-mêmes, et seraient considérés de fait comme des professionnels paramédicaux exerçant ainsi sous la responsabilité directe des médecins du travail.

*L'alternative défendue par le Collectif est au contraire, de reconnaître la place et la spécificité d'intervention d'autres professionnels de la santé au travail pour les risques organisationnels et environnementaux, mais en l'état, dans des services spécifiques qui devraient englober les structures de santé au travail non gestionnaires des risques, issues pour partie des organismes de prévention actuels.*

Les médecins du travail bénéficient, du fait de leur pratique d'accompagnement médical individuel des personnes, d'un contrôle social professionnel individuel. Ceci est spécifiquement lié à un exercice médical auprès d'une collectivité de travail à laquelle un médecin du travail est « dévolu ».

*La préservation de cette nécessité de contrôle social d'un exercice médical individuel justifie, en l'état des propositions législatives, la création d'un service différent pour les autres spécialistes de la santé au travail, si les services ne sont pas gérés majoritairement par les salariés. En effet, c'est de la santé individuelle qu'il est question, et les employeurs n'ont ici aucune légitimité à en gérer les structures de prise en charge. Ce point concerne d'ailleurs toutes les structures médicales.*

*A contrario, les autres spécialistes non médicaux de la santé au travail doivent se voir reconnaître une complète indépendance d'intervention et bénéficier d'un véritable statut.*

Nous ne croyons pas que la solution réside exclusivement du côté du contrôle de leur exercice par les médecins du travail, les mettant ainsi sous la protection du statut de ces derniers.

Il s'agit politiquement d'organiser un véritable Système de Santé au travail, dont la ou les configurations des services d'exercice des professionnels qui y seront dédiés découleront des choix qui seront faits concernant :

- l'organisation de la gestion de ces services ;
- des statuts et obligations des professionnels y exerçant ;
- du type de contrôle social des actions professionnelles ;
- et du contrôle social de l'exercice professionnel individuel.

Le gouvernement ne semble avoir d'autre stratégie que de traduire mécaniquement l'article 7 de la directive de 1989, sans débat ni construction d'une véritable orientation politique en santé au travail. Il feint de croire que la pluridisciplinarité doit s'exercer dans un service unique du fait des obligations de la Directive de 1989, et que ce service doit réunir l'ensemble des compétences d'exercice professionnel en santé au travail. Avec cette simplification abusive, il évite les débats sur :

- la séparation nécessaire de la santé au travail, de la gestion des risques professionnels exercée par les employeurs
- le rattachement de l'ensemble des professionnels de la santé au travail à la santé publique, et la prise en compte des conséquences qui en découlent.

Le projet gouvernemental prétend renforcer l'évaluation des risques, mais sans vouloir distinguer ce qui relève des entre-



prises, et ce qui relève de l'ordre public social !

Les professionnels de la santé au travail, médecins, hygiénistes, ergonomes, peuvent jouer un rôle essentiel dans l'identification exhaustive des facteurs de risque, dans l'éclairage des conséquences potentielles de leurs effets pour la santé, dans leur volonté structurelle de les supprimer. Si la gestion des risques appartient aux employeurs, par contre, en amont, les professionnels de la santé au travail peuvent permettre, faciliter et éclairer de leur point de vue de professionnels de la santé, le débat social sur leur prévention, dans et hors des entreprises.

Les conséquences de la substitution de la médecine du travail par une santé au travail privée pour partie de « sens », en sont le désengagement de l'État et la soumission au MEDEF. Cette transcription de la Directive de 1989 est cautionnée par certains partenaires sociaux qui pensent que la santé au travail est un terrain de négociation sociale.

Nous pensons au contraire que, si la santé au travail est à l'évidence un terrain de luttes sociales, elle est principalement une question d'ordre public social, ouvrant aux alternatives sociétales et citoyennes, capitalisables politiquement à travers le droit par la représentation citoyenne.

Sinon, l'organisation de la santé au travail ne fera, comme c'est trop souvent encore le cas aujourd'hui, qu'épouser les disparités sociales.

**Le « Collectif pour une autre médecine du travail » pour sa part a fait le choix, en l'état des propositions, pour privilégier la garantie de sortir la médecine du travail de la gestion patronale, de ne pas proposer un service commun aux médecins et aux autres spécialistes, qui affaiblirait la médecine du travail et ne garantirait pas l'indépendance des professionnels non médicaux de la santé au travail.**

**Dans le même temps le Collectif défend des services de santé au travail non médicalisés, où exerceraient des spécialistes environnementaux et organisationnels non dépendants des médecins du travail, et devant disposer d'un statut professionnel en rapport avec leur rôle exclusif de préservation de la santé au travail.**

En effet aujourd'hui, en l'état du paritarisme, il semble très difficile :

- de regrouper en une même structure l'ensemble des spécialistes non médicaux, organisationnels ou environnementaux, avec les médecins du travail,
- et de leur faire bénéficier d'une majorité de gestion de leur structure d'exercice par les salariés.

*En effet, ce serait subordonner la sortie de la gestion de la médecine du travail par le patronat, à la clarification des statuts de l'INRS, de l'ANACT, des CRAM, bref à la remise en cause du paritarisme actuel, et à l'attente d'une véritable démocratie sanitaire évidemment souhaitable.*

Or, il y a urgence à sortir la médecine du travail de la dépendance patronale du fait de la dégradation des conditions de travail, du rôle majeur qu'y jouent les organisations du travail délétères, et de la quasi interdiction faite aux médecins du travail, du déploiement de leurs compétences profession-

nelles sur ces terrains.

Aujourd'hui les seuls syndicats qui défendent une majorité de gestion de la médecine du travail par les salariés sont la CGT et les SUD.

Par contre, au colloque récent sur les « Discriminations par la santé au travail », la FMF, la FNATH, AIDES, se sont clairement positionnés sur l'urgence à sortir la médecine du travail de la gestion patronale. Cette position est de mieux en mieux comprise par nombre de parlementaires.

Si le projet gouvernemental était :

- Est institué un Service de santé au travail,
- positionné clairement dans le système de santé du fait de sa mission d'ordre public social,
- à majorité de gestion salariés/victimes,
- où coexistent des professionnels, médicaux ou non, disposant chacun d'un statut protecteur,
- dont la mission exclusive serait la promotion de la santé au travail
- et l'interdiction de se situer du côté de la gestion des risques pour les employeurs —

alors oui, applaudissons à deux mains ce projet novateur et courageux.

Mais le projet proposé le 22 mai 2001 n'est pas celui-là.

On nous fait croire que la multidisciplinarité doit s'exercer dans un même service alors que dans le même temps on la développe de façon positive avec l'ANACT en dehors des services de santé au travail. On se dédoine d'ailleurs ainsi à bon compte de la possible autonomisation de vrais services de santé au travail à partir de branches de l'INRS ou de l'ANACT en faisant croire que la santé au travail doit se développer dans les ex-services de médecine du travail.

En l'état, pour la santé au travail, seuls les professionnels de l'ANACT, à gestion tripartite, seront un minimum indépendants, comparativement aux professionnels non médicaux de la santé au travail qui exerceraient dans les nouveaux services de santé au travail où ils seront entièrement subordonnés à la gestion patronale majoritaire, non remise en cause par le projet de loi.

Le projet gouvernemental introduit de plus pour la première fois une hiérarchie médicale technique à travers les directeurs patronaux des services qui pourront passer des conventions avec d'autres organismes de santé au travail.

Ce projet se développe aussi dans le cadre d'une réforme de fait à coût constant, en transvasant le coût des autres approches de prévention en santé au travail sur les actuels coûts de la médecine du travail (ce qui est de longue date le projet du patronat). Cela reviendra à diminuer de façon majeure l'exercice de la médecine du travail, et à cantonner les médecins du travail à la délivrance d'aptitude vide de sens, sans prise en compte du collectif. Rien n'empêcherait alors un directeur de service représentant le patronat local, de passer prestation avec une entreprise privée spécialisée dans les mesures atmosphériques, concernant des toxiques « acceptables par les employeurs », d'y consacrer la moitié du budget de l'ancien ser-

vice de médecine du travail, de laisser dériver des effectifs suivis par un médecin du travail à 7 500 personnes, de ne reconnaître que 5% des personnes exposées à des risques spécifiques, et de ne convoquer les salariés pour un suivi médical que tous les deux ou trois ans. Le tiers temps des médecins serait ainsi encadré par des conventions jugées acceptables pour le patronat.

Il y a trois contradictions à résoudre pour inscrire la Santé au travail dans un projet de santé publique :

1- *Autonomiser la santé au travail organisationnelle et environnementale de la gestion des risques de la responsabilité des seuls employeurs, par l'octroi d'un statut d'indépendance aux professionnels de la santé au travail non médecins, et par une gestion non majoritairement patronale des structures où ils exercent. Il faudrait aussi développer le contrôle social de leur intervention, sinon de leur exercice individuel.*

Aujourd'hui aucune force politique ou sociale ne demande que des services de santé au travail comportant des non médicaux, soient gérés par une majorité de salariés ou de victimes. Ainsi, le seul espoir de renforcement rapide de leur indépendance, c'est plutôt pour les professionnels non médicaux de santé au travail d'exercer dans des services jouissant d'un fonctionnement de type ANACT amélioré, en les sortant du paritarisme bipartidaire, aujourd'hui de fait subordonné au patronat.

2- *Supprimer la subordination des pratiques professionnelles des médecins du travail à la sélection biologique et comportementale de la main d'œuvre par l'aptitude.*

On peut encore espérer des avancées prochaines sur ce point; elles ne semblent pas dépendre du législatif. La pérennisation scandaleuse de la « non contre indication médicale aux risques cancérigènes » commence à éclairer les lanternes politiques.

3- *Instituer la gestion des services médicaux du travail par une majorité de salariés, avec les représentants des victimes (mutualistes, FNATH, ANDEVA...) puisqu'il s'agit d'accompagnement médical individuel, au cœur du système de santé. Ainsi on contrerait l'actuelle subordination des moyens d'exercice et des pratiques professionnelles des médecins du travail à l'économique, du fait de la gestion des services médicaux par une majorité patronale.*

**Si la médecine du travail ne sort pas rapidement de l'emprise patronale, il n'y aura plus bientôt de médecine du travail exercée dans l'intérêt des salariés. Cela entérinera l'actuel déploiement forcené « d'une médecine d'entreprise » conforme pour le patronat et ses chantres, à la subordination de la société toute entière à l'économique.**

Le projet de substitution de services de santé au travail en remplacement de services de médecine du travail, vide de sens, ne répond à aucune de ces trois nécessités.

De fait il est un nouveau cheval de Troie de la subordination de la santé au travail à l'économique, faute d'avoir le courage d'ouvrir un débat politique :

- sur la démocratie sanitaire,
- sur la place de la santé au travail dans la santé publique,
- sur le traitement social et politique des questions d'ordre public social jusque dans le fonctionnement des entreprises.

Il faut en urgence ouvrir un débat politique sur la santé au travail, l'ampleur de sa détérioration, définir les politiques, structures et professionnels nécessaires à une véritable politique de santé publique en santé au travail.

*Dominique Huez*

# BOYCOTTONS LA NON CONTRE-INDICATION AUX AGENTS CMR

**A**ux termes de l'article 12 du nouveau décret du 1<sup>er</sup> février 2001, un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent cancérigène, mutagène ou dangereux pour la reproduction (agents CMR) « *que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail* ».

De notre point de vue, cette rencontre médicale vise à informer le travailleur des risques pour sa santé, des modalités d'exposition professionnelle, des règles de prévention que doit développer l'employeur, des manifestations pathologiques pouvant survenir, de l'intérêt du suivi postexposition, des possibilités de reconnaissance en maladie professionnelle.

Mais ce décret fait obligation de délivrance, par le médecin du travail, d'une attestation que le travailleur exposé « *ne présente pas de contre-indication médicale* » aux travaux exposant à un agent CMR. Cette non contre-indication existait déjà pour les cancérigènes seuls, les rayonnement ionisants, les charges très lourdes et les agents biologiques de groupe 3 et 4.

Les débats au Conseil supérieur de prévention des risques professionnels avaient montré dernièrement une unanimité de ses membres pour réclamer la suppression de cette attestation d'un autre âge, et clairement contraire aux connaissances médicales actuelles.

En effet elle est vide de sens du fait de la prise en compte de risques sans seuils, non déontologiques du fait de la non protection de salariés qu'elle cautionne médicalement et donc contraire aux articles 40, 70 et 95 du code de déontologie.

Elle est aussi attentatoire à la vie, participe à un acte de sélection, et va à l'encontre du rôle exclusivement préventif du médecin du travail qui consiste à éviter toute altération de la santé du fait du travail.

**C'est pourquoi, plusieurs organisations de médecins du travail — Association Santé et Médecine du Travail ; Syndicat National Professionnel des Médecins du Travail (SNPMT) ; Syndicat National des Médecins d'EDF-GDF (SNMEG-CGT) ; Coordination Médecine du travail / UGIC-CGT — appellent à boycotter définitivement l'attestation de non contre-indication médicale à l'exposition aux CMR, en la substituant par une « attestation de suivi médical du salarié exposé aux CMR ».**

La « non contre-indication » médicale réglementaire à l'exposition aux cancérigènes ou aux rayonnement ionisants, doit être remplacée par une attestation de suivi médical de travailleur exposé, qui laisse des traces, engageant la responsabilité du médecin et formalisant ainsi son désaccord possible avec l'évaluation faite par l'employeur. Elle permet information et débat, et peut contribuer à préserver les droits des salariés.

---

*Afin d'obtenir l'annulation de ce décret, l'Association Santé et Médecine du Travail (Ass. SMT), a décidé de saisir le premier ministre, par l'intermédiaire d'une avocate, M<sup>e</sup> Hélène Masse, en collaboration avec les organisations suivantes : Syndicat National Professionnel des Médecins du Travail (SNPMT), Syndicat Professionnel des Médecins de Prévention de la Poste et de France Telecom (ex-SAMPTT), Syndicat National des Médecins d'EDF-GDF (SNMEG-CGT).*

*Ci-dessous, le courrier adressé le 30 mars 2001 par l'avocate au Premier Ministre :*

*J'ai l'honneur, par le présent recours, au nom des organisations syndicales dont les dénominations et les sièges sociaux figurent en annexe à la présente, de former entre vos mains une réclamation qui tend à l'annulation du décret n° 2001-97 du 1<sup>er</sup> février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et modifiant le Code du travail (J.O. du 3 février 2001) et à l'abrogation de l'article R.231-56-11 du Code du travail, dans sa rédaction résultant du décret n° 92-1261 du 3 décembre 1992, antérieurement en vigueur, et qui reprendrait force si le décret du 1<sup>er</sup> février 2001 est annulé.*

*Aux termes de l'article R.231-56-11 du Code du travail, dans sa rédaction résultant du décret n° 92-1261 du 3 décembre 1992, « Un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent cancérigène que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la **fiche d'aptitude** établie en application de l'article R.241-57 du présent Code ou de l'article 40-1 du décret n° 82-397 du 11 mai 1982 s'il s'agit d'un salarié agricole, **atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux** ».*

---

## Sortir de la subordination patronale

*Le décret n° 2001-97 du 1<sup>er</sup> février 2001 a modifié et complété ce texte qui est désormais libellé dans les termes suivants : « Un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et **si la fiche d'aptitude**, établie en application de l'article R.241-57 du présent Code ou du I de l'article 40 du décret n° 82-397 du 11 mai 1982 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail en agriculture, s'il s'agit d'un salarié agricole, **atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux** ».*

*Ces deux textes, donc, font obligation au médecin du travail, sur la fiche d'aptitude établie en application de l'article R.241-57 du Code, d'attester que le salarié « ne présente pas de contre-indication médicale aux travaux l'exposant à un agent cancérigène », ni, dans la nouvelle rédaction du texte à un agent « mutagène ou toxique pour la reproduction ».*

*Or, demander à un médecin du travail d'attester d'un tel fait est manifestement contraire à la loi.*

*Aux termes de l'article L.241-2 du Code du travail, « les services médicaux du travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de "médecins du travail" et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs ».*

*L'ensemble des dispositions réglementaires prises pour l'application de ce texte doivent respecter ce principe du rôle essentiel du médecin du travail consistant à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.*

*Bien entendu, l'exercice de la médecine du travail doit être effectué dans le respect des principes et règles régissant l'exercice de la médecine, dans le respect de la vie garanti par le chapitre II du titre 1<sup>er</sup> du livre 1<sup>er</sup> du Code civil (articles 16 et suivant) dans sa rédaction résultant de la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 et de la déontologie médicale.*

*Or, il est clair qu'en l'état des connaissances scientifiques, aucun médecin ne peut, dans le respect des principes qui viennent d'être rappelés, attester qu'une personne « ne présente pas de contre-indication médicale à des travaux l'exposant à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction ».*

*Une telle absence de contre-indication n'existe en effet pas : l'exposition à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction ne peut en aucun cas ne pas présenter de risques pour la santé, et est certes contre-indiquée pour toute personne.*

*Si le médecin du travail peut donc, dans l'exercice de son art et de ses fonctions, agir sur le milieu du travail pour éviter les risques, il ne peut en aucun cas délivrer des certificats assurant l'innocuité pour la santé et l'absence de contre-indication de l'exposition à ces risques.*

*Il peut certes déterminer l'existence chez certains travailleurs de pathologies particulières les exposant à des risques particuliers ; il ne peut pas attester qu'un salarié ne présente pas de contre-indication médicale aux travaux en cause, situation qui, en l'état, n'existe pas.*

*Dans ces conditions, le décret n° 2001-97 du 1<sup>er</sup> février 2001, dans son article 12, est entaché d'illégalité et doit être annulé, à moins que vous ne considériez qu'il est indivisible, auquel cas il doit être annulé dans son entier.*

*Il doit en toute hypothèse l'être en la forme ce que le Conseil national de l'Ordre des médecins, d'une part, le Comité consultatif national d'éthique de l'autre, n'ont pas été consultés sur sa mise en œuvre, comme ils auraient dû l'être.*

*L'annulation de l'article R.231-56-11 du Code du travail dans sa rédaction résultant du décret attaqué étant susceptible de faire revivre l'article R.231-56-11 dans sa rédaction antérieure, et ce texte étant entaché de la même illégalité de fond, pour les raisons qui viennent d'être exposées, vous ne pourrez également qu'abroger ce texte, ce que j'ai aussi l'honneur de vous demander par la présente.*

... / ...

M<sup>e</sup> Hélène Masse-Dessen

# ASSOCIATION SMT

## — LE BILAN DE L'ANNÉE 2000 —

### RÉUNIONS TENUES

- Séminaire de printemps : *Le médecin du travail et l'évaluation des risques* à Paris le 25 mars 2000.
- Congrès annuel de l'association SMT, les 9 et 10 décembre 2000 à Chatenay-Malabry.
- Participation régulière au collectif *Pour une autre médecine du travail*.
- Tenue d'un stand au Congrès national de médecine du travail de Lille.

### PUBLICATIONS

La sortie du livre *Femmes au travail, violences vécues* fut le moment fort de l'année. Sa diffusion, la participation de plusieurs adhérentes et adhérents à de nombreux colloques et réunions, émissions radiophoniques et télévisuelles ont contribué à développer notre audience.

On notera également que le livre *Des médecins du travail prennent la parole* a fait l'objet d'une réédition et qu'il reste un ouvrage de référence dans le milieu de formation de délégués CHSCT de grande centrale syndicale.

Nous avons diffusé le *Cahier S.M.T. n°15*, tiré à 2000 exemplaires.

En sus de communications au Congrès de Lille, nous avons eu un rôle moteur (au côté du SNPMT) dans l'organisation de la manifestation des congressistes à la permanence de Mme Aubry à la Mairie de Lille, moment mémorable pour ceux qui l'ont vécu.

### DÉCISIONS D'ORGANISATION

Il a été procédé à l'élection 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) ; Jacques Desheulles (95) ; Annie Deveaux (42) ; Nicole Lancien (72) ; Gérard Lasfargues (37) ; Gérard Lucas (44) ; Marie Pascual (94) ; Catherine Roche (92) ; Gilles Seitz (75)

### ORIENTATIONS 2001

- Création de notre site Internet : a-smt.org ; sous la responsabilité de Denis Teyssyre.
- Séminaire de printemps : La consultation en Santé au Travail, le 7 avril 2001 à Paris
- Publication du *Cahier S.M.T. n° 16* en juin 2001.
- Poursuite de notre participation au collectif *Pour une autre médecine du travail*, force de propositions dans le cadre de la réforme annoncée.
- Congrès annuel en décembre 2001 à Chatenay-Malabry. Thèmes annoncés : aptitude et éthique ; identification des risques des nouvelles organisations du travail.

Alain Randon

## 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 / e-mel : a.smt@wanadoo.fr / internet : http://www.a-smt.org

☛ Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et j'adhère pour l'année 2001

☛ Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation 2001

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

Nom : ..... Adresse : .....

.....

e-mel : .....

# BIBLIOGRAPHIE

*Quelques lectures choisies par Fabienne Bardot*

**A**BECASSIS Frédéric et ROCHE Pierre, Précarisation du travail et lien social.

Des hommes en trop ? – Ed. *L'Harmattan Logiques sociales*, 2001

APPAY Béatrice et Col : Précarisation sociale, travail et santé. – Ed. *CNRS IRESCO*

ARENDT Hannah, Condition de l'homme moderne – Ed. *Calmann-Lévy*, 1983

ARENDT Hannah, Du mensonge à la violence – Ed. *Calmann-Lévy*, 1972

ARENDT Hannah, Eichmann à Jérusalem – Ed. *Folio*

ARENDT Hannah, 1972, Le système totalitaire – Ed. *Seuil*

ASCHIERI André, La France toxique – Ed. *La Découverte*, 1999

**B**AUDELOT Christian et Col, Allez les filles – Ed. *Seuil*, 1992

BILLIARD Isabelle, Travail et Santé mentale – Ed. *La Dispute*

BOHLE Fritz et Col, De la manivelle à l'écran – Ed. *Eyrolles*, 1998

BOURDIEU Pierre, La domination masculine – Ed. *Seuil*, 1998

**C**ANGUILHEM Georges, 8<sup>ème</sup> éd, Le normal et le pathologique – Ed. *Quadrige/PUF*, 1999

CARPENTIER-ROY Marie-Claire et Col, Le travail et ses malentendus – Ed. *Octarès*, 2000

CASSOU Bernard et Col, Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions.

Colloque des 18 et 19 novembre 1999, Paris – Ed. *Octarès*, 2001

CASSOU B. et col. Les Risques du travail – Ed. *La Découverte* 1985

CASTEL Robert, Les métamorphoses de la question sociale – Ed. *Seuil*, 1995

CLOT Yves, La fonction psychologique du travail – Ed. *PUF*, 1999

CLOT Yves, Le travail sans l'homme – Ed. *La Découverte*, 1995

CLOT Yves, Les histoires de la psychologie du travail – Ed. *Octarès*

**D**EJOURS Christophe, Le facteur humain – Ed. *Que sais-je ?*, 1995

DEJOURS Christophe, Souffrance en France – Ed. *Seuil*, 1998

DEJOURS Christophe, Travail, usure mentale, Nouvelle édition augmentée – Ed. *Bayard*, 2000

DEJOURS Christophe, Le corps d'abord – Ed. *Payot*

DRULHE Marcel, Le façonnement sociétal de la santé – Ed. *PUF*, 1996

**F**ASSIN Didier, L'espace politique de la santé, Essai de généalogie – Ed. *PUF*, 2001

de **G**AULEJAC Vincent, Les sources de la honte – Ed. *Desclée de Brouwer*, 1996

GOLLAC Michel et VOLKOFF Serge, Les conditions de travail – Ed. *Repères-La Découverte*, 2000

**H**IRATA Hélène, Dictionnaire critique du féminisme – Ed. *Politique d'Aujourd'hui PUF*

**K**ERGOAT Danièle, Les ouvrières – Ed. *Le Sycomore*

KERGOAT Jacques et Col., Le monde du travail – Ed. *La Découverte*

**L**EBAS Jacques et Col., Précarité et Santé – Ed. *Flammarion*

LECLERC Annette, sous la direction de, Les inégalités sociales de santé

– Ed. *La Découverte et Syros*, 2000

LEGOFF Jean-Pierre, Les illusions du management – Ed. *La Découverte*

LEROUX Henri, Reprise – Ed. *Calmann-Lévy*

LEYMANN Heinz, Mobbing, La persécution au travail – *Ed. Seuil*

LORIOU Marc, Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail – *Ed. Anthropos, 2000*

**M**MARUANI Margaret, Travail et emploi des femmes – *Ed. La Découverte et Syros, 2000*

MESSING Karen, La santé des travailleuses – *Ed. Octarès*

**N**AVEL Georges, Travaux – *Ed. Gallimard, collection Folio*

**P**HILONENKO Grégoire et Col., Au carrefour de l'exploitation – *Ed. Desclée de Brouwer, 1997*

**R**OULEAU-BERGER Laurence, Le travail en friche. Les mondes de la petite production urbaine – *Ed. de l'Aube, 1999*

**S**cott W. Joan, La citoyenne paradoxale – *Ed. Albin Michel*

SEMAT Eve, Ass. Santé et Médecine du Travail, Femmes au travail. Violences vécues – *Ed. Syros, 2000*

SMT Collectif, Paroles de médecins du travail, Souffrances et précarités au travail – *Ed. Syros, 1994*

SMT Association, Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat – *Ed. Syros, 1998*

SUPIOT Alain, Critique du droit du Travail – *Ed. PUF*

SOFSKI Wolfgang, L'organisation de la terreur – *Ed. Calmann-Lévy*

**V**EZINA Michel et Col., Pour donner un sens au travail – *Ed. Gaston Morin*

**W**ELZER-LANG Daniel, sous la direction de, Nouvelles approches des hommes et du masculin – *Ed. Presses Universitaires du Mirail, 2000*

WELZER-LANG Daniel, Les hommes violents – *Ed. Indigo et Côté-femmes Editions*

## **UN SITE INTERNET POUR L'ASSOCIATION SMT [www.a-smt.org](http://www.a-smt.org).**

L'idée a été proposée lors du Congrès 2000. Nous avons souhaité que les textes produits au sein de l'ass. Santé et Médecine du Travail soient diffusés vers un plus vaste public. La gestation du site s'est faite progressivement et à plusieurs sur un site expérimental où la forme et le contenu ont été discutés. Puis, nous avons déposé le nom de domaine [www.a-smt.org](http://www.a-smt.org).

Le contenu s'est appuyé sur les *Cahiers S.M.T.*, magnifique réalisation, et sur les trois livres (le bleu, le rouge et l'orange). La page d'accueil permet de diffuser les textes d'actualité. Dans le menu, cliquable sur la partie gauche, nous avons bien différencié les « prises de position de l'ass. SMT » des autres textes à verser au débat sur la médecine du travail.

Pour télécharger les textes à partir du site, le format le plus pratique et le plus rapide est le format .html ; car les fichiers .pdf sont long à charger et les fichiers .doc ne sont pas reconnus par toutes les versions de Word. C'est pourquoi, à l'avenir, les textes seront, si possible, mis au format .html.

***Un site ne vit que s'il se renouvelle souvent ; aussi n'hésitez pas à y participer.***

**APPEL À ÉCRITURE  
POUR LE PROCHAIN OUVRAGE DE L'ASSOCIATION SMT**

**« AGIR EN SANTÉ AU TRAVAIL  
Dictionnaire critique de médecine du travail »**

**A  
n  
n  
o  
n  
c  
e  
s**

Afin de concrétiser les avancées de notre commune réflexion, le nouvel ouvrage sera constitué d'une revue des questions fondamentales qui conditionne l'action en santé au travail, envisagées du point de vue de notre professionnalité et de nos règles de métier. Il est destiné à nos collègues, nos confrères, les spécialistes du champ de la santé au travail et les syndicalistes les plus spécialisés dans ce domaine

Ces questions seront classées alphabétiquement comme dans un dictionnaire et reliées entre elles au moyen d'une liste d'entrées proches et d'un index des thèmes.

Sont invités à écrire les médecins du travail, membre ou non de l'association SMT, qui se sentent proches de la problématique professionnelle exposée dans les *Cahiers* et dans les ouvrages de l'association.

*La forme des contributions est strictement définie (10 000 caractères, espaces compris, au maximum, en corps 12, Times new roman, simple interligne, sous Word 6)  
Elles peuvent être personnelles ou le résultat d'une coopération.*

*Elles sont à envoyer jusqu'au 15 Septembre 2001, sous la forme prescrite, soit sur disquette chez Alain Carré, 80 boulevard de Reuilly, 75012 Paris, soit en message électronique [a.smt@wanadoo.fr](mailto:a.smt@wanadoo.fr) ou [aa.carre@infonie.fr](mailto:aa.carre@infonie.fr)*

*Elles seront revues par un comité de coordination composé de : Fabienne Bardot, Chantal Bertin, Alain Carré, Annie Deveaux, Dominique Huez, Gérard Lasfargues, Jocelyne Machefer, Nicolas Sandret.*

**Le tableau ci-dessous constitue une première liste des entrées, mais d'autres sont éventuellement possibles.**

*La coordination générale est assurée par Alain Carré*

**ENTRÉES**

Accident du travail  
Accompagnement  
Action  
Aptitude et sélection  
Cancer  
Chômage  
Clinique  
Collectif et singularité  
Compassion  
Consultation  
Contrainte et langage du corps  
Contre-indication  
Contrôle administratif  
Contrôle social  
Coopération et coordination  
Décompensation  
Défenses  
Documents réglementaires  
Écoute  
Écrire à l'employeur  
Effort répétitif  
Epidémiologie  
Ergonomie  
Espace public  
Éthique  
Évaluation, en méd. du travail  
Évaluation des risques  
Expertise  
Facteur humain  
Féminin, masculin  
Formation  
Génétiq

Genre et règles professionnelles  
Gestion des risques pour la santé au travail  
Handicap  
Harcèlement  
Inaptitude  
Indépendance  
Infirmier(e)  
Intervention dans l'espace public (témoigner)  
Intervention sur le lieu de travail  
Maladie professionnelle  
Management  
Maternité  
Métrologie  
Normalité  
Norme et droit  
Nouveaux risques  
Ordre public social  
Organisation du travail  
Petites entreprises  
Pluridisciplinarité  
Pluriinstitutionnalité  
Point de vue de la santé du salarié  
Politique de santé au travail  
Poste de sécurité  
Précarisation  
Prescription et recommandation  
Préservation de la santé au travail  
Principe de précaution et de sauvegarde  
Psychiatrie et psychologie  
Psychodynamique du travail  
Qualité

Règle de métier  
Reproduction  
Réseau  
Responsabilité  
Risque pour la santé  
Santé  
Santé mentale  
Santé publique  
Santé au travail  
Sciences humaines  
Secret  
Sécurité  
Services : appellations et rôles  
Service médical du travail  
Somatisation  
Souffrance  
Souffrance éthique  
Sous-traitance  
Subjectivité  
Subordination  
Surcharge  
Surveillance des risques professionnels  
Syndicat  
Temps: gestion des horaires, décalage  
Traçabilité des risques  
Travail  
Vieillessement  
Visibilité sociale des risques  
Violence

**Toutes et tous à vos plumes et vos claviers !**