

UNE RÉFORME AVORTÉE

LES CAHIERS S.M.T. N° 17

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

Mai 2002 10 €

ISSN 1624-6799

Organisation du travail et Santé mentale

APTITUDE, ÉTHIQUE, SECRET
SUR-RISQUES PAR SENSIBILITÉ INDIVIDUELLE

IDENTIFICATION DES RISQUES DES NOUVELLES
ORGANISATIONS DU TRAVAIL

PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL
ET RÈGLES DE MÉTIER

Éditorial

Le secret

Être médecin, nous met en posture d'être du côté de l'autre et de sa souffrance.

Être médecin nous oblige au respect de l'homme.

Être médecin nous donne obligation d'attendre autrui, de l'accueillir, et d'entendre sa souffrance.

Voici résumée la préface du dernier code de déontologie écrite par Paul RICOEUR :

la médecine est la seule pratique professionnelle, qui a pour enjeu la santé mentale et physique. La médecine est basée sur une relation sociale pour laquelle **la souffrance** est la mobilisation fondamentale avec **l'espoir d'être aidé**.

Le fondement éthique de cette rencontre est le pacte de confidentialité basé sur la confiance. Mais au départ, ce pacte est dissymétrique. Pour combler ce fossé et rendre la relation égale, chacun fera une série de démarches, le patient portera au langage sa souffrance, le médecin admettra le patient dans sa clientèle. On aboutit à un pacte d'alliance contre un ennemi commun : la souffrance. C'est la promesse tacite de remplir chacun son engagement. Ce pacte est fragile. Il nécessite l'élaboration de règles généralisables à la faveur de l'enseignement et de la pratique.

P. Ricoeur identifie trois préceptes :

-le caractère singulier et de la situation et du patient.

-l'individualité, l'intégrité de la personne,

-l'insubstituabilité et l'indivisibilité de la personne. C'est l'idée réflexive de l'estime de soi, c'est-à-dire le caractère unilatéral du respect, la reconnaissance de sa propre valeur par le sujet lui-même. Cela évite la situation de dépendance.

Le pacte de confiance est porté au rang de normes et cela le rend universel, il lie tout médecin à tout patient. Cette norme universelle revêt la forme d'un interdit : celui de rompre le secret médical .

Il est sûr que, selon le cadre dans lequel nous exerçons notre métier, la chose n'est pas si facile que cela à tenir.

C'est peut-être la conséquence d'un trop grand isolement et le manque d'habitude de confrontation des pratiques entre pairs ?

La question par exemple des AT et MP, qui atteignent l'homme dans son corps, à son corps défendant, mais au vu et au su de tous, pas question de secret. La loi même donne obligation à déclaration.

Mais le vécu subjectif, la blessure morale, le sentiment d'injustice ressenti, eux sont secrets.

Combien de salariés s'assurent avant de parler, voire disent en fin de consultation : « Je vous ai dit tout ça parce-que je peux vous faire confiance, vous ne direz rien », sous-entendant « vous êtes lié au secret ».

D'où l'hypocrisie de la fiche d'aptitude.

Donc, comment tenir les deux questions à la fois, celle du secret et celle de la dénonciation des effets délétères du travail sur la santé ?

Probablement en supprimant en bonne et due forme la fiche d'aptitude et l'ambiguïté qui la fonde et la caractérise et en renforçant l'action sur le terrain, pour mieux agir sur le travail.

Mais sommes-nous seuls légitimes pour intervenir ? Bien sûr que non ! Alors comment imaginer une action plurielle ? Avec quels partenaires ?. Avec quel type de coordination ? Avec quelle forme d'indépendance pour tous ?.

Quelles formes d'actions ?

Il faudrait aussi permettre aux salariés de retrouver une vraie légitimité pour s'emparer des questions d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail dans leurs entreprises ; et un vrai pouvoir de pression.

Sortir les questions de santé au travail des griffes des employeurs tout en laissant ces derniers responsables de l'altération de la santé de leurs salariés du fait des conditions dans lesquelles ils les font travailler.

Josiane Crémon

SECRET PROFESSIONNEL EN MEDECINE DU TRAVAIL

Secret médical et secret de fabrique

INTRODUCTION

Presque simultanément, ont été portées à la connaissance de la profession, deux affaires dans lesquelles des médecins du travail sont accusés d'avoir transgressé le secret professionnel. Dans les deux situations, c'est un employeur qui a porté l'accusation.

Dans un cas, le médecin est accusée d'avoir signalé à la Caisse régionale d'assurance maladie et à l'Inspection du travail, organismes auxquels, de par la loi, le secret de fabrique ne peut être opposé en matière de risques pour la santé au travail, l'imperfection des mesures de premier secours, en cas d'accident du travail sur les lieux de travail. Notre collègue avait signalé, à plusieurs reprises, sans succès, cette carence à l'employeur et avait été alertée par un médecin traitant d'une victime.

Dans le second cas l'employeur accuse publiquement le médecin du travail de violation du secret professionnel pour avoir transmis les éléments nécessaires à la reconnaissance en maladie professionnelle d'une dépression en lien avec l'organisation du travail et avoir évoqué lors des débats en CHSCT cette maladie professionnelle reconnue, alors même que la situation revêtait un caractère d'urgence, dans la mesure où quatre dépressions graves avec passage à l'acte s'étaient déjà révélées dans le même établissement. Le Conseil départemental de l'ordre des médecins a, dans cette affaire, confirmé que le médecin du travail n'avait pas porté atteinte au secret médical.

En première analyse il est évident que le « secret professionnel » qu'on accuse le médecin d'avoir transgressé est de nature différente dans chaque situation. Dans le premier cas le secret professionnel invoqué est le secret professionnel de fabrique; le second fait plutôt référence au secret professionnel médical.

UNE CONFUSION

Ce qui relie fortement ces deux situations est l'utilisation de la notion de secret professionnel par des employeurs comme instrument de pression sur l'indépendance du médecin du travail. Plus généralement, pour avoir plusieurs fois été avisés de faits semblables, on peut estimer qu'il existe

une confusion entre ce qui relève du secret médical institué dans l'intérêt du patient et ce qui relève du secret de fabrique institué dans l'intérêt de l'entrepreneur.

La distinction entre secret médical et secret de fabrique était explicite jusqu'à promulgation du nouveau Code pénal :

L'ancien article 418 du Code pénal réprimait les atteintes au secret de fabrique.

L'ancien article 378 du Code pénal visait spécifiquement « les médecins, les chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état et profession ou par fonctions temporaires ou permanentes ». Sa rédaction le destinait bien à réprimer, en premier lieu, les atteintes au secret médical.

Il en est tout autrement de l'article 226-13 du nouveau Code pénal qui ne donne aucune liste des professions tenues au secret, posant le principe de l'interdiction de divulguer un secret à « toute personne qui en est dépositaire soit par état, soit par profession ».

Toutefois, ce n'est pas parce qu'il peuvent être réprimés par le même article du nouveau Code pénal que ces deux secrets sont devenus identiques.

LE SECRET DE FABRIQUE

Le secret professionnel non médical est précisé au cas par cas dans le Code du travail. Il est défini pour différentes circonstances.

Le plus fréquemment il est requis « pour toutes les questions relatives aux procédés de fabrication » (L.122-14-18 : conseillers du salarié, L.233-5 : personnes ayant accès à la documentation technique lors de l'agrément des machines, L.236-3 : membres du CHSCT, L.236-9 : expert du CHSCT, L.432-7 : membres du CE et délégués syndicaux, L.434-6 : expert du CE, R.119-60 : inspecteurs de l'apprentissage), « les procédés et résultats d'exploitation » (L.223-17 : contrôleurs des caisses de congés payés), « les procédés d'exploitation » (L.611-7 : médecins et ingénieurs conseils de l'inspection du travail, L.611-11 : inspecteurs du travail, L.611-12 : contrôleurs du travail).

Il est aussi dénommé: « secret de fabrique » (L.152-7 : tout directeur ou salarié d'une

entreprise), « *secret de fabrication* » : (L.223-17 : contrôleurs des caisses de congés payés, L.231-7 : personnes ayant accès à la composition des substances dangereuses dans l'intérêt de l'hygiène et de la sécurité du travail, L.611-7 : médecins et ingénieurs conseils de l'inspection du travail, L.611-11 : inspecteurs du travail, L.611-12 : contrôleurs du travail, R.119-60 : inspecteurs de l'apprentissage), « *secret du dispositif industriel et technique de fabrication* » (R.241-46 : médecins du travail), « *secret de la composition des produits employés et fabriqués ayant un caractère confidentiel* » (R.241-46¹ : médecins du travail).

Enfin, le secret peut être, dans certaines circonstances, relatif « *aux renseignements confidentiels dont (on) a ainsi connaissance à l'occasion de l'exercice de ses fonctions* » (D.711-15 : médecins du travail)

Il existe également pour les membres du CHSCT, du CE, leurs experts, les délégués syndicaux, le conseiller des salariés une « *obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le chef d'entreprise ou son représentant* » (L.122-14-18, L.236-3, L.236-9, L.432-7, L.434-6).

A la lecture de ces dispositions réglementaires il est évident que ce qui est secret concerne ici **ce qui étant révélé sur ce qui est produit, pourrait porter un préjudice commercial à l'entrepreneur**. Cela concerne essentiellement la fabrication ou l'exploitation qui conduit à la fabrication.

Lorsqu'il s'agit d'hygiène et de sécurité du travail le législateur fait lever le secret à condition toutefois que les personnes qui en seraient secondairement dépositaires y soient astreintes. Il en est ainsi de la composition des substances dangereuses pour la santé des salariés (L.231-7). Toutefois dans ce cas le législateur précise ce qui « *ne relève pas de la divulgation du secret industriel et commercial* » (R.231-52-8). A l'analyse de ces exceptions, on s'aperçoit que seul le tour de main original à la mise en œuvre de certains composés relève alors du secret.

Le secret ne peut ainsi être opposé à l'inspection du travail et à ses experts, à divers préposés des caisses d'assurance maladie, au CHSCT, au CE et à leurs experts eux mêmes astreints au secret.

Cela rend paradoxale la position de certains juristes ou institutions qui considère que la transmission d'éléments concernant les risques pour la santé par les médecins du travail, au médecin inspecteur du travail constituerait une

violation du secret; d'autres considérant que la fiche d'entreprise relève du secret professionnel. Sans vouloir être critique à l'excès, on peut se demander comment ces avis prennent en compte la santé des salariés, qui demeure un droit constitutionnel fondamental, puisque, dans leur raisonnement, celle-ci paraît d'un rang inférieur à l'intérêt commercial de l'entrepreneur. On remarquera également que sauf instructions explicites de l'employeur, seul ce qui est confidentiel dans la fabrication relève du secret et donc que tout le reste est d'ordre public.

Plus délicate à interpréter est « *l'obligation de discrétion* » dont la transgression ne paraît pas relever d'une sanction pénale. Il semblerait toutefois qu'il faille qu'elle soit « *donnée comme telle* » a priori par l'employeur.

Le médecin du travail est donc astreint, de par sa fonction, au « *secret du dispositif industriel et technique de fabrication et de la composition des produits employés et fabriqués ayant un caractère confidentiel* » (R.241-6). Il est également requis de respecter le « *secret relativement aux renseignements confidentiels dont il a (...) connaissance à l'occasion de l'exercice de ces fonctions* » mais uniquement lorsque l'employeur l'a tenu « *informé des nouvelles méthodes d'exploitation ou de nouvelles techniques de production* » (D.711-15). Cette dernière disposition ne doit pas porter atteinte à l'obligation de déclaration des maladies professionnelles (D.711-6). La formulation paradoxale de ce décret explique sans doute qu'il n'ait jamais été présenté à l'aval du Conseil d'état.

Le médecin assiste au CHSCT mais n'en est pas membre au sens de la réglementation.

Si il est directement salarié de l'entreprise (service autonome) il est astreint au « *secret de fabrication* » comme tout salarié (L.152-7).

LE SECRET MEDICAL

Le site informatique du Conseil national de l'ordre des médecins en renferme une définition et des commentaires précis et tout au plus pouvons nous en faire ici un rapide rappel.

Le secret médical concerne tous les médecins. Il est défini par l'article 4 du Code de déontologie médicale² publié par décret. Il procède aussi du serment professionnel (la loi lie collectivement, un serment engage personnellement sur l'honneur). Le serment d'Hippocrate que prêtent les médecins (version de 1976 approuvée par le CNOM) précise : « *admis dans l'intérieur des maisons mes*

¹ Article R. 241-46 du Code du travail

Le médecin du travail est tenu au secret du dispositif industriel et technique de fabrication et de la composition des produits employés ou fabriqués ayant un caractère confidentiel.

² Art. 4. - Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. 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 ou compris.

yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés... ». Ce sont les pairs qui jugent si le serment a été tenu. Ce sont les juridictions compétentes qui se prononcent sur les infractions à la loi. Ce qui est un devoir n'a pas que des bases morales : pas de médecine sans confiance, pas de confiance sans secret. Il s'agit donc aussi d'une règle professionnelle.

Mais de la confiance de qui s'agit-il? L'article 4 le précise clairement. Le secret est institué « dans l'intérêt des patients » ce n'est que lorsqu'il répond à ce dessein qu'il est légitime et que s'applique le reste de sa définition.

Le secret médical est absolu. La seule personne à laquelle il ne soit pas opposable est le patient lui-même. Toute atteinte au secret constitue une transgression. Au regard des pairs toute transgression peut et doit être pesée. Cela est différent de ce que la société requiert. Même si la loi institue des exceptions au secret, cela signifie simplement que la transgression n'entraînera pas, dans ces cas, de sanction et en particulier que l'institution sociale que constitue le Conseil de l'ordre ne peut intervenir puisque le secret s'impose « *dans les conditions définies par la loi* ». Cela ne signifie pas toutefois qu'au regard des pairs la transgression, bien que licite, soit valide.

Les termes mêmes de l'article 4, cités ci-dessus, entraînent parfois des divergences d'interprétation. En effet « définies par la loi » ne signifie pas « définies par voie réglementaire ». C'est ainsi par exemple que la légalité de l'article R.241-56, qui permet la transmission du dossier médical établi par le médecin du travail au médecin inspecteur du travail, a pu être mise en doute, le niveau réglementaire n'étant pas celui de la loi. Un texte commun du Ministère du travail et du Conseil national de l'ordre des médecins a permis de dépasser cette difficulté en précisant les conditions de la transmission³.

En pratique, les sollicitations à transgresser le secret au profit de l'employeur, parfois sans mauvaises intentions, sont banales, car fréquentes, dans l'expérience de tout médecin du travail. Rarement surviennent de véritables transgressions mais une jurisprudence est disponible⁴ à ce sujet.

L'idée que l'entreprise serait une grande famille a pu, semble-t-il, être avancée pour étendre le secret médical à des éléments tenant au travail qui ne sont pas directement en lien avec le patient. Or, la famille connaît une définition légale précise qui la distingue radicalement du lien contractuel qui lie le salarié à l'entreprise. L'entrée dans l'entreprise modifie le statut social de l'individu qui, proposant

son travail humain, le négocie comme « *une valeur d'échange, une richesse qui s'achète ou qui se loue et (qui) relève à ce titre du droit des contrats* »⁵. Ce contrat est un contrat de subordination, voire de double subordination comme dans le cas du travailleur intérimaire **mais en aucun cas le salarié n'est un mineur confié à la tutelle de l'employeur**. Comme l'a écrit un psychologue du travail, « *le travail n'est pas la famille. Il nous en sépare précisément. Il nous implique dans des obligations sociales qui permettent à chacun de sortir de lui-même* »⁶. Accoler les termes « travail » et « famille » dans une même définition, c'est méconnaître qu'au contraire, depuis 1946, le législateur met la situation familiale à distance de l'entreprise. Ainsi l'article L.123-1 du Code du travail précise qu'il est interdit de « *refuser d'embaucher une personne, prononcer une mutation, résilier ou refuser de renouveler le contrat de travail d'un salarié en considération du sexe ou de la situation de famille ou sur la base de critères de choix différents selon le sexe ou la situation de famille* ». Cette interdiction a été réitérée plus récemment à l'article L.122-45⁷.

SECRET MEDICAL ET EXERCICE DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

L'exercice du métier de médecin du travail s'appuie, du fait de sa qualité de médecin et de son domaine d'intervention, sur deux socles juridiques : le Code de déontologie médicale et le Code du travail.

La loi définit sa mission ; « *...éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ...* » (article L.241-2 du Code du travail). Un décret en Conseil d'état en détermine le sujet, en l'occurrence, la personne humaine, puisque le médecin : « *au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité...* » (article 2 du Code de déontologie médicale).

Pour le médecin du travail la santé publique est un domaine concret qui s'applique à la communauté de travail qu'il surveille mais aussi au

⁵ Alain Supiot : *La fonction anthropologique du travail*

⁶ Yves Clot, point de vue présenté dans le journal *Libération* du 9 octobre 2000 sous le titre « Le travail n'est pas la famille »

⁷ Article L 122-45 du code du travail

« *Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement, aucun salarié ne peut être sanctionné ou licencié en raison de son origine, de son sexe, de ses mœurs, de sa situation de famille, de son appartenance à une ethnie, une nation ou une race, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales ou mutualistes, de ses convictions religieuses ou, sauf inaptitude constatée par le médecin du travail dans le cadre du titre IV du livre II du présent code, en raison de son état de santé ou de son handicap. Aucun salarié ne peut être sanctionné ou licencié en raison de l'exercice normal du droit de grève. Toute disposition ou tout acte contraire à l'égard d'un salarié est nul de plein droit.* »

³ *Le dossier médical en médecine du travail* Monographie commune, Ministère du travail et CNOM, Décembre 1995

⁴ *Le secret médical et la médecine du travail, Jurisprudence*, P.Loiret, INRS, DMT 49 TI 19

domaine des connaissances en matière de risques pour la santé au travail.

La relation médicale est avant tout une relation individuelle. On est **médecin** du travail que par la relation qu'on entretient avec chaque sujet (son patient au sens déontologique) dont la santé nous est confiée; sinon les médecins du travail seraient des intervenants exclusifs en santé publique au travail (médecine du travail à l'anglaise) et, à condition de ne pas avoir accès à des données individuelles nominales sur la santé des salariés, ces tâches pourraient être remplies par des non médecins. Le fait que le libre choix ne soit pas requis autrement qu'à travers un accord collectif (celui du contrôle social) explique le double contrôle auquel sont soumis les médecins du travail. L'absence de libre choix individuel rend encore plus cruciale la question de la confiance du sujet au travail envers son médecin du travail.

Le secret n'étant pas opposable au patient et en application de l'article 50 du Code de déontologie médicale⁸, le médecin du travail peut être amené, si il le juge nécessaire, à conseiller le salarié et à lui délivrer un document sur les risques existant en rapport avec des conséquences pour la santé, par exemple un extrait de son dossier médical, dont il pourra faire état, pour lui permettre de faire valoir, à sa convenance, ce que de droit.

La fiche d'entreprise, le rapport annuel, les interventions en CHSCT sont autant d'occasions de gagner ou de conforter la confiance des salariés. Ne pas faire la lumière sur les dangers pour la santé au travail à ces occasions en se retranchant derrière un secret de circonstance alors qu'aucune donnée individuelle n'est évoquée et que le médecin du travail devrait être « *au service (...) de la santé publique* », serait prendre le risque de compromettre durablement la confiance des salariés.

Certains objecteront que notre métier requerrait la confiance de l'employeur. Mais il en est de la confiance comme de la grâce, selon Pascal. Il existe une confiance nécessaire: celle du sujet et une confiance contingente: celle de l'employeur. On ne peut exercer la médecine sans la confiance de ses patients; on peut aussi exercer la médecine du travail en gagnant la confiance de l'employeur non par la complaisance à son égard mais par la rigueur et la qualité de son exercice. Il est certain que, pour un médecin du travail, trahir le secret médical au profit de l'employeur en imaginant gagner ou conserver sa confiance, au risque de perdre celle des sujets dont la santé lui est confiée, serait un marché de dupes. S'abstenir

⁸ **Art. 50 du Code de déontologie médicale (extrait)** : Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit...

de dire à la collectivité de travail ce que l'on constate en matière de risque expose au même résultat.

Mais existe-t-il des situations où se retrancher derrière le secret médical, pour ne pas agir constituerait une faute ?

Marceau Long, vice-président du Conseil d'état, écrivait lors d'un congrès d'éthique médicale, organisé par le CNOM en 1991⁹: « *Le secret médical doit demeurer une garantie fondamentale pour le patient et le médecin, mais l'intérêt de la santé publique ne doit pas permettre qu'il soit le refuge derrière lequel on s'abrite alors que le respect de la personne n'est pas mis en cause.* ». Il paraphrase l'article 2 du Code de déontologie¹⁰ qui institue une hiérarchie dans l'action du médecin : d'abord l'individu puis la communauté, mais sans oublier la communauté. D'autres jurisprudences évoquent l'importance de considérer « *l'obligation d'assistance à personne en danger* »¹¹.

N'est-ce pas précisément la situation que rencontre un médecin du travail qui est confronté à la survenue d'une maladie professionnelle dont il constate l'extension à la population qu'il surveille ?

La tendance actuelle de certains employeurs à confier à des juridictions ordinales des plaintes relevant du secret professionnel de fabrique entretient une confusion regrettable.

Les conséquences d'une telle situation d'ambiguïté sur la nature du secret, son utilisation comme moyen de pression sur les médecins du travail mettent ces derniers en situation de double injonction : **dire afin de remplir sa mission de prévention en santé publique au travail et être accusé d'atteinte au secret professionnel ou ne pas dire, par crainte d'être accusé d'atteinte au secret professionnel, et au risque d'encourir le reproche de ne pas remplir sa mission.** La solution qui consisterait, comme cela aurait été proposé, de démissionner pour éviter ce conflit d'intérêt est impraticable puisqu'elle contreviendrait à l'article 48 du Code de déontologie médicale¹². Les conséquences de cette situation sur l'exercice

⁹ Cité par le Président Louis René dans ses commentaires à l'article 4 dans *Code de déontologie médicale introduit et commenté par Louis René, préface de Paul Ricoeur*, Points Essais, Le seuil, 1996.

¹⁰ **Art. 2.** - Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

¹¹ **L'article 223-6 du Code pénal** dispose : « *Sera puni de cinq ans de prison et de 500.000 francs d'amende quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours.* »

¹² **Art. 48 du Code de déontologie médicale** : Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi.

de la médecine du travail et la santé publique seraient sans doute désastreuses si elle perdurait.

DES PROPOSITIONS

C'est pourquoi une double démarche devrait être menée :

En direction du Conseil national de l'ordre des médecins

afin qu'il précise si, alors même que pénalement, malgré leurs caractères spécifiques, la transgression du secret de fabrication et du secret médical relève du même article de loi (article 226-13 du Code pénal), le secret médical dont il est question sous la dénomination de secret professionnel dans l'article 4 du Code de déontologie médicale **ne concerne que les personnes physiques, ayant qualité de patients** et ne peut donc relever des juridictions de l'Ordre que dans cette acception. Les personnes morales ne sont, en effet, pas concernées par le secret médical, au sens strict, pour la raison **qu'elles n'ont pas de réalité physiologique ce qui est central dans la relation médicale**. En réalité, on observe, tout au contraire, que le Code de déontologie médicale dans ses articles 71, 83, 95, 96 et 97, impose au médecin la plus grande circonspection vis-à-vis des personnes morales et lui impose de « *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* »¹³. Ainsi les transgressions du secret médical relèveraient à la fois de la juridiction ordinaire et de la juridiction pénale et les atteintes au secret de fabrication qui demande une compétence et le recours à une jurisprudence spécifiques seraient jugées par la juridiction pénale. En direction du législateur.

Car, bien qu'il soit parfaitement légitime et licite, comme nous venons de le démontrer, de transmettre les éléments permettant d'apprécier les risques pour la santé aux salariés, à leurs représentants et à tout organisme réglementairement en charge de ces questions

et alors même que certaines de ces informations ne sont en aucune façon secrètes, il serait approprié, pour éviter tout malentendu, que les médecins du travail soient incités réglementairement, dans le respect de l'article R.241-46 du Code du travail, à diffuser des informations concernant les risques pour la santé au travail, à la représentation du personnel, aux organismes représentatifs (CHSCT, CE, Commission de contrôle) et aux organismes de prévention et de contrôle en matière de santé au travail et, qu'en particulier, il soit confirmé que la transmission de la fiche d'entreprise et de son contenu à ces personnes ou institutions est parfaitement licite.

Intervenant directement, es qualité, dans le champ social, le médecin du travail est un des seuls médecins dont l'exercice puisse être écartelé entre deux segments du droit aussi fondamentaux et aussi différents par leur nature que le Code de déontologie médicale et le Code du travail, entre ses devoirs de médecin et ses devoirs sociaux. Sans être en opposition, les points de vue peuvent être différents et leur complémentarité problématique. Cela impose alors aux médecins du travail de mettre en débat leurs pratiques pour inventer de nouvelles règles professionnelles qui permettront de résoudre des contradictions apparentes. Introduire ce débat est la seule ambition de cette contribution.

Alain Carré, Dominique Huez
février 2002

¹³ **Article 95 du Code de déontologie médicale :** " 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."

MALAISE DANS LES PROFESSIONS MÉDICALES DU TRAVAIL

Surviennent de manière presque concomitantes, l'affaire Karyne D... concernant les modalités de prise en charge des accidents du travail dans une entreprise, puis peu de temps après, mais dans un contexte beaucoup plus dramatique, l'affaire d'un suicide reconnu en maladie professionnelle, dans une autre entreprise. Dans les deux cas, il est reproché au médecin du travail d'avoir violé le secret professionnel.

L'exemple de Karyne D... étant, en quelque sorte, plus courant dans le monde de la médecine du travail, il sera donc pris comme exemple. Il s'agit en effet d'une situation non exceptionnelle sur le territoire, dans ce champ professionnel, situation qui aboutit toujours à une impasse dans la résolution des problèmes soulevés du fait d'entraves d'ordre juridico-déontologiques justifiant une abstention de l'autorité administrative.

Comment en arrive-t-on à de telles situations et comment peut-on éviter de tomber dans le piège de la personnalisation de telles affaires ?

L'exercice du métier de médecin du travail s'appuie, du fait de son encadrement contractuel concernant à la fois le médecin du travail et la population qu'il est chargé de « surveiller » et du fait de sa qualité de médecin, sur deux socles juridiques : le Code du travail et le Code de déontologie médicale.

C'est une loi, retranscrite dans le Code du travail, qui définit l'objet de ses missions ; « éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (article L.241-2) et c'est un règlement, l'article 2 du Code de déontologie, qui en détermine le sujet, en l'occurrence, la personne humaine : « *Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité* ».

Donc, Karyne D... est, en même temps, médecin du travail des salariés d'une entreprise utilisatrice de travailleurs intérimaires et médecin du travail des salariés de ce sous-traitant.

A la suite de plusieurs interventions internes auprès du responsable de l'entreprise utilisatrice, par l'intermédiaire de la fiche d'entreprise, pour défauts répétés dans la prise en charge des accidentés du travail, elle est surprise d'apprendre, à la suite d'une consultation de reprise du travail pour un accident du travail étant survenu de longs mois

auparavant, qu'une fois de plus, un salarié accidenté n'avait pas été secouru immédiatement et sur le lieu même du travail. Imaginant ce que les thérapeutes ont pu penser d'un tel laxisme - le salarié étant resté deux heures sans soins, à travailler avec un poignet fracturé - et imaginant leur interrogation sur le rôle du médecin du travail, Karyne D... perçoit d'elle-même une image venant du monde civil qui met en doute la réalité de son action protectrice et préventive dans l'entreprise.

Elle se dit qu'on pense qu'elle couvre.

Pour ne pas avoir honte de ce qu'on pourrait interpréter qu'elle ne fait pas, elle décide de faire connaître sa dernière intervention d'alerte dans l'entreprise à l'autorité publique ainsi qu'à un organisme de prévention, les deux ayant autorité d'intervenants, sous un autre angle, sur les questions de santé et de sécurité au travail et dans l'entreprise. Elle est accusée de violation du secret professionnel par l'employeur et signalée au Conseil départemental de l'ordre des médecins.

De son côté et malheureusement, le médecin inspecteur du travail est soumise à peu près aux mêmes contradictions que le médecin du travail. De sa posture de représentante de l'Ordre public et plus particulièrement du Ministère du travail, elle aura tendance à mettre en avant et à contrôler ce qui est illégal ou réprouvé par des instances gardiennes de règles de conduites, telle, par exemple, que le Conseil de l'ordre des médecins. C'est pourquoi, elle évoque, pour justifier sa décision de ne pas trop fermement soutenir Karyne D... et pour lui reprocher d'avoir violé le secret professionnel, une interprétation du Code de déontologie par le Conseil national de l'ordre des médecins qui, écrit-elle, semble « assimiler l'Entreprise à une personne morale ».

Si le Conseil de l'ordre en arrive à faire un tel écart par rapport à l'énoncé de l'article 4 du Code de déontologie, dans l'interprétation de l'application du secret médical, et en supposant qu'il n'assimile pas « secret de fabrique » (article R.241-46 du Code du travail) et « secret médical » - Alain Carré démontre très bien la séparation des deux champs qui élimine toute confusion -, alors, on peut penser qu'il ferait un rapprochement entre « famille » et « entreprise ».

Faut-il en déduire que cette interprétation va jusqu'à mettre en équivalence l'Entreprise et la Famille ? Si cela est le cas, il s'agit d'une question qui demande débat.

L'intérêt de la famille est lié aux intérêts des patients qui la composent, ce qui est loin d'être toujours le cas dans l'entreprise, en particulier dans le domaine des conditions et de l'organisation

du travail. Ce n'est donc pas *a priori* que les intérêts de l'employeur et ceux du salarié vont dans le même sens.

Le fonctionnement de la famille relève du privé. Elle est protégée par le droit civil qui garantit le respect de l'individu et de sa liberté.

L'entrée dans l'entreprise modifie le statut social de l'individu qui, proposant son travail humain, le négocie comme « une valeur d'échange, une richesse qui s'achète ou qui se loue et (qui) relève à ce titre du droit des contrats » (Alain Supiot : *La fonction anthropologique du travail*). Ce contrat est un contrat de subordination, voire de double subordination comme dans le cas du travailleur intérimaire. C'est la raison de l'existence d'un Code du travail.

S'il est légitime que le médecin du travail soit soumis strictement au respect du secret professionnel médical dans le cadre des consultations médicales qui touchent à l'intimité et à l'intériorité d'un individu qui redevient sujet sur son lieu de travail, on peut s'interroger sur ce que la relation de conseil qui lie l'employeur et le médecin du travail impose de réserves à ce dernier face à de graves mises en danger d'un ou de plusieurs individus-salariés qui se trouvent d'autant plus subordonnés que le maintien de l'emploi est un enjeu plus vital que la préservation de la santé par le retrait.

L'interprétation du Conseil national de l'ordre irait-elle jusqu'à prétendre qu'alerter est divulguer un secret – d'ailleurs, lequel : médical, industriel ou professionnel ? - rompant la relation de confiance avec l'employeur, assimilé, dans ce cas, à un membre de la famille ? Si tel est le cas, peut-on penser qu'en se contentant d'alerter en interne sans qu'aucune suite ne soit donnée, la confiance des salariés envers le médecin ne sera pas durablement, voire définitivement entamée ?

Devant cette forme de mise en échec de l'action, le Conseil national de l'ordre conseillerait-il alors la démission, comme un thérapeute « passerait la main » à un confrère plus spécialisé en cas d'impasse technique ou thérapeutique, en sachant que, dans le cas du médecin du travail, il n'y aura pas de technicien plus spécialisé ?

Pour en terminer avec la comparaison familiale, reprenons le point de vue d'Yves Clot présenté dans le journal *Libération* du 9 octobre 2000 sous le titre « Le travail n'est pas la famille » : « *Le travail n'est pas la famille. Il nous en sépare précisément. Il nous implique dans des obligations sociales qui permettent à chacun de sortir de lui-même.* »

La dernière interrogation porte sur la limitation des moyens internes d'alerte.

Que faire lorsque le CHSCT est passif parce que les membres sont paralysés de peur ?

Que faire lorsque qu'il n'existe aucune structure sociale et que la fiche d'entreprise et le rapport annuel ne sont pas obligatoires comme cela est le cas dans les entreprises de moins de dix

salariés, ce qui représente, en moyenne, 82% des entreprises et 22% des salariés surveillés dans les services inter-entreprises ?

Le malaise est grand et le conflit entre professionnels d'un même champ inévitable.

Donc, évitons-le.

Car, en définitive, si chacun s'oblige à appliquer des directives issues des lois et règlements qui donnent des ordres apparemment contradictoires :

les médecins du travail vont rejeter leur fonction de veille sanitaire. Si effectivement, au nom de l'intimité de l'entreprise, il faut laisser porter atteinte au corps des individus sans possibilité de signalement extérieur, à quoi peut être utile un médecin du travail dans notre société ? En plus, cette situation pourrait, dans certaines circonstances, devenir particulièrement douloureuses. Il est possible d'imaginer, par exemple, que, dans l'affaire de Karine D..., la narration des circonstances de l'accident, qui sont de l'ordre d'une incroyable réalité, ait été rapportée à des professionnels de l'information et que ces derniers la relate comme fait divers dans les médias. Il est évident que, ainsi que le cas de l'amiante, Karyne D... ne pouvait, dans une telle hypothèse, éviter une mise en cause pour absence d'intervention et de signalement auprès des structures compétentes. La plainte, venue de la société ou bien de la victime était légitime et instruite et Karyne D... probablement condamnée.

les médecins inspecteurs, représentants de l'Ordre public, immobilisés par un cadre légal rigide et parfois non débattu pour lui donner sens, ne pourront prendre aucune position médicale d'autorité pour faire cesser une situation délétère au prétexte que le médecin du travail aura commis une faute déontologique, ce qui entraînera l'énergie active des uns et des autres vers une bataille rangée entre les deux catégories professionnelles comme l'illustre magistralement l'affaire Karyne D....

La solution est ailleurs. Il faut produire des règles de métier permettant de travailler ensemble sur des valeurs et des analyses communes afin de faire avancer la question des pratiques professionnelles.

Pour cela, il est nécessaire de prendre un grand recul par rapport aux cas concrets afin de dépersonnaliser les situations et de sortir de la réserve. Ces affaires sont néanmoins précieuses pour la qualité du matériau de travail et de raisonnement qu'elles fournissent lorsqu'elles sont extraites des rapports sociaux conflictuels qui les font naître. Il peut alors devenir possible d'éclaircir les raisons des soumissions ou des paralysies de l'action qui sont actuellement à l'œuvre et qui immobilisent le système de médecine du travail au point de l'empêcher de fonctionner, voire de penser.

Commençons par porter le débat dans l'espace public en osant écrire sur ces sujets et en publiant dans les revues professionnelles ou d'autre nature,

créons des Groupes d'Accompagnement des Pratiques (GAP) interdisciplinaires, portons ce thème comme sujet de colloques, etc.

Voici, par exemple, quelques sujets embarrassants qui se posent tout le temps et auxquels il est urgent d'apporter des réponses.

Quelle est l'autonomie de jugement des médecins face à des interprétations non écrites du Conseil National de l'Ordre des médecins, sachant que son rôle est défini à l'article L.4122-1 du Code de santé publique : « Il veille notamment à l'observation, par tous les membres de l'ordre, des devoirs professionnels et des règles édictées par le Code de déontologie... » ? Quels degrés d'interdiction les MIRTMO doivent-ils ou peuvent-ils s'accorder à suivre ou à transgresser dans les interprétations du Code de déontologie qui leur sont présentées par l'ordre national ? Les positions à prendre ne devraient-elles pas être débattues collectivement ?

La clarification de la notion de secret professionnel, qu'Alain Carré présente sous l'approche compréhensive suivante : « Nous estimons qu'il existe une confusion entre ce qui relève du secret médical institué dans l'intérêt du patient et ce qui relève du secret professionnel de fabrique institué dans l'intérêt de

l'entrepreneur. Notre position est que le secret professionnel de fabrique ne relève pas du secret médical. La tendance actuelle des employeurs à confier à des juridictions ordinaires des plaintes relevant du secret professionnel de fabrique relève de la manipulation. En effet, à notre connaissance, même si, pénalement, la transgression de ces secrets relève du même article de loi, le secret médical dont il est question sous la dénomination de secret professionnel dans l'article 4 du Code de déontologie médicale ne concerne que les personnes physiques, ayant qualité de patients et ne peut donc relever des juridictions de l'Ordre que dans cette acception. Les personnes morales ne sont pas concernées par le secret médical, au sens strict, pour la raison qu'elles n'ont pas de réalité physiologique ce qui est central dans la relation médicale. », notion qui, pour le dire autrement, n'est pas la somme du secret de fabrication et du secret médical, mais qui en est l'addition, n'est-elle pas à ordonner et énoncer ouvertement et visiblement ?

Socialisation et mise en débat des pratiques professionnelles réciproques des médecins des divers champs de la médecine du travail sont devenus une urgence sanitaire.

Fabienne Bardot
7 février 2002

APTITUDE. POSTE DE SECURITE. ETHIQUE

Les différents débats internes à la profession sur la question de l'aptitude, y compris sur l'aptitude aux postes de sécurité m'ont amené à reprendre les dossiers médicaux de patients affectés à des postes de conduite de véhicule pour voir si la posture médicale du médecin du travail était différente selon que le patient occupe un poste de sécurité avec risque pour la santé d'autrui en cas de défaillance brutale et totale ou occupe un poste plus banal pour lequel la posture du médecin du travail serait un accompagnement

Certaines publications (*Accidents industriels : le coût du silence* de Michel Llory, par exemple) montrent bien que l'accident grave est rarement lié à une déficience physique ou mentale d'un seul individu mais le plus souvent à des choix organisationnels ou à des choix technologiques qui ont ignoré l'activité réelle de travail.

La recherche bibliographique sur les causes d'accident de circulation en fonction des pathologies (diabète, maladies cardiovasculaires, déficience visuelle, etc.) présentée par Philippe Davezies lors des récentes Journées des médecins de prévention montrait clairement que les risques d'accident étaient essentiellement liés à l'ivresse, différente de la maladie alcoolique et au jeune âge, donc à l'absence d'expérience (ce que les assureurs ont bien évalué puisqu'ils en tiennent compte pour fixer leurs tarifs). Les gens atteints de pathologies ou de handicaps développent des stratégies de compensation.

En vingt ans d'exercice dans un même secteur géographique, j'ai eu à déplorer un seul accident très grave mettant en cause un conducteur poids lourd ; il s'agissait d'un jeune embauché, en parfaite santé mais en période d'essai, au volant d'un véhicule poids lourd mal entretenu à qui son employeur a imposé le passage par un col pour limiter les frais de péage. Les freins ont lâché et

le véhicule s'est encastré dans une vitrine. Je n'avais pas alors de dossier médical sur ce salarié mais pour le suivre actuellement, je sais qu'il répond parfaitement aux critères d'aptitude définis par l'arrêté du 7 mai 1997.

Avril 1981 : Daniel, 57 ans, conducteur d'autocar, m'est adressé en urgence par son employeur. Daniel est conducteur d'autocar dans cette entreprise depuis 1965 et il vient de dire à son employeur : « *Je ne peux plus conduire, je n'y vois plus assez clair.* » Son employeur me signale que pendant quinze ans, ce salarié n'avait eu aucun accident, ni aucun incident et que ces six derniers mois, il avait rayé deux cars.

Le dossier de Daniel est ouvert dans notre service depuis 1971 ; rien n'est signalé sur d'éventuels problèmes visuels. En mars 1978, il avait signalé être suivi tous les trois ans par l'ophtalmologiste. L'acuité visuelle en vision de loin était à 10 pour l'OD et l'OG, avec correction, en novembre 1979. En octobre 1980, date à laquelle je le rencontre pour la première fois, l'acuité visuelle est à 7/10 pour l'OD et à 10/10 sur l'OG, toujours avec correction. Je n'ai rien de noté de particulier sur son dossier, si ce n'est une certaine lenteur dans les réponses.

Il se présente donc en avril en disant : « J'ai toujours triché aux tests ici et à la visite du permis de conduire, mais maintenant je ne peux plus conduire, c'est trop dangereux. » Il me signale alors qu'il avait été victime d'un traumatisme oculaire en 1961 avec une IPP de 25%. Le certificat établi alors par l'ophtalmologiste qu'il produit alors mentionnait une réduction de l'acuité visuelle centrale à 2/10 et un champ visuel périphérique normal. Une cataracte traumatique s'est installée. L'ophtalmologiste confirme la cataracte, une fonction visuelle de l'OD réduite actuellement à la perception lumineuse et un glaucome post-traumatique contrôlé médicalement. Bien que le bénéfice à attendre de la chirurgie de la cataracte soit modeste, Daniel choisit l'intervention qui amène une récupération à 5/10.

Je le revois en visite de reprise en octobre 1981 et demande un aménagement de poste, avec poste de travail ne comportant pas de conduite de nuit. Cet aménagement n'est pas acceptable pour l'employeur compte tenu de l'activité de l'entreprise (transports scolaires, excursions, lignes régulières). L'arrêt maladie sera prolongé jusqu'en février, date de la consolidation. Pendant cette période Daniel a fait quelques petits trajets de nuit en voiture pour se tester. L'avis spécialisé demandé à un expert est sans appel : « *Ce malade est aux normes pour conduire à titre privé un véhicule automobile mais il ne saurait être question de lui confier la*

conduite d'engin de transport en commun d'autant qu'il présente de surcroît un strabisme divergent avec neutralisation sensorielle de la vision de l'œil D dans le regard de face et écart également vertical des deux yeux : il résulte de ce fait que le patient n'a aucune vision stéréoscopique ». Daniel cessera définitivement son activité en février 1982 dans le cadre d'un contrat de solidarité.

Bien que **n'étant pas aux normes**, ce patient a pu, à l'insu du corps médical, conduire sans accident, ni incident pendant quinze ans. Ce ne sont pas les tests biométriques qui lui ont révélé sa déficience. *A priori* il avait développé des compensations efficaces à son handicap, compensations mises en échec par le développement de la cataracte ; le strabisme divergent était peut-être la conséquence de la compensation du traumatisme. Chacun s'est posé la question de la norme mais personne ne s'est demandé comment il avait conduit jusque là sans incident. Le médecin du travail n'a pas eu à se poser la question de l'aptitude puisque le salarié ayant constaté que ses compensations étaient mises en échec a estimé lui-même ne plus être en capacité de conduire et a demandé une aide médicale pour retrouver ses capacités antérieures et ensuite pour quitter le monde du travail dans des conditions acceptables. En individu responsable, le salarié a alerté son employeur qui a contacté alors le médecin du travail.

Janvier 2001 : Claude B..., 53 ans, est conducteur d'autocar de transport scolaire à temps partiel non choisi depuis 1996. Sa situation matérielle est donc précaire. Dans ses antécédents, on note une lobectomie pulmonaire partielle à l'âge de 20 ans pour accident de la voie publique. Il souffre d'obésité et de douleurs articulaires diffuses (membres inférieurs, lombalgie). Il existe indiscutablement une insuffisance respiratoire restrictive. Lors des examens médicaux de 1996 à 2000, nous évoquerons essentiellement ces pathologies articulaires, la précarité de sa situation, et l'absence de problèmes de discipline ou de violence sur les circuits qu'il assure. En janvier 2001, il me signale une augmentation de son temps de travail obtenue en menaçant de démissionner ; un temps plein est même envisageable lors du passage aux 35 heures. Cette augmentation du temps de travail qui améliore notablement sa situation matérielle entraîne la conduite de véhicule en début d'après midi ; spontanément, il me dit : « *Je me demande si je n'ai pas un syndrome d'apnée du sommeil, j'ai vu une émission là-dessus à la télé.* » L'interrogatoire confirme les épisodes d'hypovigilance avec tendance à l'endormissement en fin de matinée et début d'après-midi, la notion de ronflement et des

céphalées plutôt vespérales. Un rendez-vous en consultation est obtenu pour le surlendemain. Il sera en arrêt de travail jusqu'aux tests (qui confirmeront le syndrome d'apnée du sommeil). L'adaptation à l'appareillage sera un peu difficile mais il reprendra le travail cinq semaines plus tard.

Même en situation précaire, Claude n'a pas caché au médecin du travail ses difficultés actuelles ; au contraire, il demande un avis médical au médecin du travail, bien qu'il ait un médecin traitant, parce que ses soucis de santé actuels lui posent problème dans le travail. Il est le premier conscient du risque représenté par cette hypovigilance.

Octobre 1995 : Jean, 32 ans se présente pour sa visite d'embauche, fin octobre 1995. C'est la première fois que je le rencontre. Il travaille depuis quinze mois comme chauffeur poids lourd. Il apporte un courrier de son médecin traitant : il vient d'être hospitalisé en neurologie pour un bilan de névrite optique rétro-bulbaire avec importante diminution de l'acuité visuelle sur l'œil gauche. Cette poussée de névrite optique a été rapidement régressive sous traitement corticoïde, traitement toujours en cours lorsque je le vois. Ce jour-là l'acuité visuelle est à 10/10 sur chaque œil. Nous prévoyons de nous revoir deux mois plus tard pour voir comment évolue la situation à l'arrêt du traitement. Des algies faciales violentes sont réapparues dès l'arrêt du traitement. Il sera à nouveau en arrêt maladie de janvier à mars 1996 pour poussée de sa maladie avec troubles moteurs de la sensibilité profonde du bras droit. Cet épisode sera rapidement résolutif avec récupération complète se maintenant lorsque je le revois sans traitement depuis quinze jours, début mars 1996. Le 17 octobre 1996, l'employeur m'appelle, inquiet ; Jean lui a parlé de sclérose en plaques (le mot est prononcé pour la première fois), il a de grosses difficultés dans son travail qui comporte beaucoup de manutention ; il présenterait des troubles de la parole et une paralysie du bras. Ce jour-là, c'est Jean qui a informé l'employeur de la nature de sa maladie. Est-ce la première fois qu'il nomme sa maladie, en dehors de ses proches ? Je n'en saurais rien. Ce jour-là, c'est l'employeur qui interdit à Jean de conduire et de travailler dans le cadre de son droit disciplinaire et lui recommande de revoir son médecin traitant ; jusque-là, il lui avait affecté la tournée la plus régulière et la plus stable et ceci sans intervention du médecin du travail. Jean reverra son médecin traitant avec qui je reprendrai contact pour lui demander de redire à Jean ma disponibilité pour toute information, si besoin, sur les modalités de reclassement. Je n'ai revu Jean que trois ans plus tard, en invalidité catégorie 2. Jean est en fauteuil, il n'a plus d'activité salariée

mais peut participer bénévolement, par son expérience antérieure de conducteur poids lourd à l'activité de son épouse qui a repris l'entreprise de transport de son dernier employeur.

Lors de la visite d'embauche, le diagnostic de SEP vient immédiatement à l'esprit du médecin du travail. Compte tenu de la gravité de cette affection, de la représentation de cette affection dans la population, de l'incidence qu'elle aura nécessairement en cas de poussées rapprochées sur la vie, et pas seulement la vie professionnelle, de Jean, il faut interpréter le courrier du médecin traitant comme un courrier qui s'adresse non pas au médecin expert susceptible de prendre une décision d'inaptitude immédiate, mais une demande de partage de responsabilité soignante. Même en présence d'un poste de sécurité, le médecin du travail peut rester en posture d'accompagnement de la santé du salarié en situation de travail. Il n'y a pas eu d'accident ; à un moment de l'évolution de sa maladie, Jean n'a pu que constater qu'il ne pouvait plus conduire. Pourquoi a-t-il eu besoin d'être présent au travail jusqu'au bout ? Dans son cas, la SEP a évolué très vite, fallait-il ce temps pour accepter de vivre avec cette maladie ?

Septembre 2001 : Paul, 32 ans, est chauffeur livreur de fuel et de charbon depuis avril 1990. Il a travaillé dans l'entreprise familiale de 1990 à 2001 date à laquelle son père prend sa retraite. Son père est maniaco-dépressif .Il prend sa retraite, satisfait d'avoir pu diriger cette entreprise familiale malgré sa maladie : lors de sa dernière visite annuelle, il me dira sa satisfaction : « *Vous voyez, j'y suis arrivé malgré tout.* » L'entreprise est cédée à un groupe, au grand soulagement de Paul qui ne se sentait pas capable de faire face à tous les soucis de la gestion d'une entreprise. Paul change donc d'employeur en avril 2001.

Paul est porteur de lunettes depuis l'enfance pour amblyopie (son père avait les mêmes problèmes et a fait toute sa carrière de conducteur sans problème). Il a toujours eu une fonction visuelle avec correction le situant dans les conditions d'incompatibilité à la conduite dans le groupe 2 ; 3/10 ou 4/10 pour l'œil gauche mais **personne ne lui a jamais interdit de passer ce permis poids lourd**. Lors d'une visite , le médecin de la commission a hésité une fois à renouveler l'autorisation de conduire.

Paul est surtout très anxieux et a dû être hospitalisé à deux reprises pour des bouffées délirantes (1994 et 1999). Il est sous Loxapac^o. Il est suivi tous les mois en secteur psychiatrique. Le diagnostic de psychose a été porté.

Le changement d'employeur le met en difficultés : les tournées sont nouvelles, il change

de véhicule, il doit faire un certain nombre de clients par jour. Il ne dort plus, il est même tombé en panne de gasoil, il a peur de ne pas y arriver.

Je suis inquiète pour lui mais en accord avec son médecin traitant nous convenons, dans la mesure où il n'y a aucune prise d'alcool, de le maintenir en activité en prévoyant si besoin de courts arrêts pour lui permettre de récupérer. Le risque pour des tiers ne me paraît pas supérieur à ce qu'il serait pour un autre salarié en situation d'apprentissage de nouveaux secteurs géographiques, dans les mêmes conditions de contrainte temporelle.

Le coût supplémentaire en terme de santé est l'aggravation de l'anxiété de Paul mais tout changement de situation professionnelle dans son cas serait encore plus coûteux pour lui, car il n'aurait plus aucun repère professionnel.

La question de l'aptitude n'est même pas évoquée lors de la rencontre avec Paul. A quoi bon ajouter à la déstabilisation de Paul. Nous aviserons si besoin en fonction de l'évolution de la situation.

Christian, né en 1950 a suivi une scolarité jusqu'en terminale, passé un CAP de mécanique puis travaillé huit ans en métallurgie avant de tenter une reconversion professionnelle conforme à ses rêves de 1987 - être agriculteur. Compte tenu des difficultés de ce secteur, il lui faudra, à partir de 1992, travailler d'abord à temps partiel puis à temps plein comme chauffeur d'autocar, son épouse continuant à s'occuper de la ferme jusqu'en 1996, date à laquelle il cessera toute activité agricole. Coïncidence curieuse : bien qu'il me dise que tout va bien dans les cars et que ses rapports avec les élèves sont excellents, je sais par ailleurs qu'il lui arrive fréquemment « d'acheter la paix sociale » dans son car en fournissant des billets, qu'il paie donc lui-même, à des jeunes fraudeurs turbulents. Il ne peut faire la rentrée 1997 car il est atteint d'une uvéite antérieure, peut-être consécutive à un zona, récidivante à l'arrêt du traitement corticoïde, traitement corticoïde qu'il tolère mal. Dès mars 1998, nous envisagerons ensemble le reclassement professionnel car la vision de l'œil gauche est réduite à 3/10. Une greffe de cornée est envisagée. La vision redevient suffisante s'il ne met pas l'atropine préconisée par les ophtalmologistes. Il dit : « *C'est un signe du destin, cette maladie, je commençais à en avoir marre de conduire.* » Il utilisera ses arrêts maladies répétés pour engager la préparation de l'examen de la DRASS lui donnant l'équivalence du Bac et préparera le concours d'entrée à l'école d'éducateur. En janvier 1999, j'aurai enfin une réponse du service d'ophtalmologie : le délai

pour la greffe est d'au moins un an, le résultat est aléatoire. L'inaptitude définitive au poste de conducteur d'autocar est rendue le 18 septembre 1999. Christian travaillera un an comme moniteur éducateur dans un CAT puis intégrera comme accompagnant un service d'insertion où il se trouve parfaitement bien. A aucun moment, il ne m'a caché ses problèmes visuels. Après plusieurs avis d'inaptitude temporaire, nous avons évoqué très vite la question de l'inaptitude définitive, qu'il comprenait parfaitement car il avait de grosses difficultés à conduire même le vélomoteur qu'il utilisait pour effectuer les 15 km de distance entre son domicile et le service de médecine du travail.

Daniel, né en 1963, a suivi une formation de plâtrier peintre jusqu'à l'âge de 14 ans. Marié, il a deux enfants nés en 1978 et 1979. Il travaillera d'abord en intérim puis à la suite d'une dépression sévère en 1983, une tentative de suicide en 1985, il sera orienté en Centre d'aide par le travail en 1986, à l'âge de 23 ans. Il est amblyope, a un lourd traitement anxiolytique et antidépresseur. C'est un gros fumeur, il est très anxieux et consomme de l'alcool avec pour conséquence une HTA, une décompensation cardiaque globale à l'âge de 29 ans et des signes de polynévrite des membres inférieurs. Depuis son entrée au CAT, il rêve d'être cariste, poste tenu par Thierry, autre bon niveau venant du milieu normal. Compte tenu de son état de santé global, il est évident qu'il ne pourra continuer longtemps le travail en production de l'atelier de palettes. Le contrat suivant sera passé avec Daniel : il pourra envisager de faire la formation cariste s'il arrive à supprimer l'intoxication alcoolique. Les deux éducateurs de l'atelier acceptent ce projet qui nous paraît être la seule possibilité, pour Daniel, d'être reconnu dans le monde du travail : être au CAT oui, à condition de tenir un poste normal, valorisant dans le cadre du CAT. J'ai choisi d'ignorer l'amblyopie. Pendant quelques années, il sera affecté à l'approvisionnement des différents postes avec un transpalette manuel. En 1995, il fera la formation de cariste et bien formé par les moniteurs, satisfera aux tests de conduite passés avec d'autres salariés d'entreprises traditionnelles. Je choisirai de ne pas faire pratiquer de tests psychotechniques. Indiscutablement, nous avons pris quelques risques avec les normes. J'avais fait part de mon inquiétude, de mon incertitude aux moniteurs ; mais tout comme moi, ils ne voyaient pas d'autres solutions dans le travail pour aider Daniel à échapper à un suicide lent. Malgré le décès de son fils (décès subit à l'âge de 15 ans), le décès d'un frère, des soucis financiers, Daniel continue ce travail : les jours où ça ne va pas, il avertit les moniteurs ou les moniteurs perçoivent qu'il ne va pas bien et il ne conduit pas. Il gère le

parc de matières premières, le parc de palettes fabriquées au CAT, assure le chargement des camions. Il n'y a pas eu d'accident à ce jour.

Thierry, le collègue de Daniel, est né en 1962, mais il s'est retrouvé exclus du milieu normal dès 1981, après un apprentissage du métier de maçon et deux années de travail de manœuvre. Il rejoint donc le CAT. La scolarité et les apprentissages ont été perturbés par des problèmes auditifs négligés par la famille. L'audition est médiocre mais la vision est normale. Il n'est pas alcoolique mais buveur excessif. A partir de 1990, il manifeste le souhait de devenir cariste : le problème de l'alcool sera évoqué nettement et les moniteurs qui s'assureront tous les matins qu'il est en état de conduire le formeront pour qu'il puisse passer ses tests psychotechniques et les épreuves de conduite en milieu normal. Les tests psychotechniques donneront un pronostic global de sécurité faible, la conduite est déconseillée. Malgré tout, en accord avec les moniteurs, je ne m'opposerai pas à ce que Thierry soit cariste. Cette situation dure depuis maintenant onze ans. Bien sûr la vigilance des moniteurs est grande et c'est sur eux que repose la gestion quotidienne des risques. Ils assument cette fonction comme partie intégrante de leur fonction éducative. Jusqu'à ce jour, nous n'avons pas eu à regretter cette prise de risque qui nous a paru indispensable pour permettre à ces adultes exclus du milieu normal de se reconstruire une identité professionnelle.

Guillaume, 25 ans, travaille dans le même centre d'aide par le travail. Comme la majorité des autres travailleurs handicapés atteints comme lui de trisomie 21, il effectue des travaux de conditionnement. Chaque jour, à 17 h., il rejoint l'entreprise de transports de ses parents pour « le coup de bourre » de la fin de journée : le retour des camions et le chargement des deux navettes de nuit. C'est lui qui conduit le chariot automoteur pour assurer chargement et déchargement des camions : les chauffeurs présents lui donnent les indications nécessaires à l'affectation des palettes. Ce travail-là est à l'évidence facteur de santé et d'intégration pour lui, si j'en crois le sourire qui était le sien le soir où j'ai été le témoin de son activité.

D'autres monographies pourraient être écrites (situation de maladie alcoolique ou de pathologie

cardiovasculaire). La situation du médecin du travail sera identique ; il s'agit de laisser le salarié s'exprimer dans un face-à-face, rencontre authentique, dans laquelle le salarié expose sa vulnérabilité et convoque de fait le médecin à sa responsabilité de soignant. « C'est malgré moi qu'autrui me concerne » pour reprendre la formule de Lévinas. Il s'agira de réfléchir ensemble aux différentes solutions envisageables, permettre au salarié de faire son choix sans avoir jamais tenté d'établir un rapport de pouvoir, ni tenter d'influencer la décision du salarié en lui donnant des informations soi-disant scientifiques, non validées. Respecter, favoriser l'autonomie du salarié, ne pas mettre d'entrave à sa propre recherche de solutions, ne pas se substituer à lui mais lui apporter les éléments lui permettant d'élargir sa recherche de solution.

En fait le devoir pour chaque médecin de mettre régulièrement à jour ses connaissances lui permettra de vérifier que certaines représentations populaires ou articles de presse à sensation ont remplacé les études scientifiques sérieuses et que certaines décisions médicales ne reposent sur aucune donnée validée. Chaque médecin devra donc se poser systématiquement la question de l'état de ses connaissances face au problème posé. Aucun individu ne peut être réduit à ses paramètres biomédicaux ; il y a toujours une histoire singulière, une expérience professionnelle ou une expérience de la maladie ou du handicap qui vont permettre d'avancer pas à pas, dans un rapport d'équité, vers la construction de possibles.

Faudrait-il empêcher que s'établisse ce rapport authentiquement « soignant », (la rencontre soignante d'Alain Froment) essence du métier de médecin, en interpellant le salarié accueilli et en l'informant qu'il est en situation d'expertise puisqu'il occupe un poste de sécurité ? Il me paraît impossible personnellement de tenir cette posture, négation même de mon métier. D'autre part, je ne suis pas du tout convaincue de la supériorité d'une posture d'expert en terme de sécurité et de santé individuelle et collective. Le débat reste ouvert.

Annie Deveaux novembre 2001

BIBLIOGRAPHIE :

- Froment A., *Pour une rencontre soignante*, Editions des archives contemporaines, 2001
Lévinas E., *Le temps et l'autre*, Quadrige/PUF, 1983
Llory M., *Accidents industriels : le coût du silence*, L'Harmattan, 1996
Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris, 1990

APTITUDE ET ETHIQUE

Face à la souffrance psychique, et plus globalement à la question de la santé au travail, nous sommes confrontés à un exercice qui ne peut se réduire à celui d'une « science appliquée » : il s'agit bien de notre pratique (praxis) avec ses règles de métier et sous-tendue par notre éthique.

Chaque fois que nous délibérons pour prendre une décision **avec et pour autrui**, il ne peut s'agir d'appliquer des formules.

Cela suppose du temps, un lieu de parole et une attente réciproque, pour permettre au sujet de se réapproprier sa souffrance ; mais dans un certain nombre de situation la solution ne s'impose pas d'évidence... comme dans ces visites médicales qui sont des consultations d'aide à la décision (qu'il s'agisse du maintien ou du retrait de l'activité) et qui ne se nourrissent pas que de notre « savoir ».

Le travail implique le corps tout entier : de quelles informations disposons-nous au cours de ces entretiens dans la singularité de chacune de ces histoires de vie, inscrites dans ces corps qui portent des messages parfois brouillés, dans ces rencontres qui pour être successives nous disent quelque chose de la continuité de leur projet , de leur désir d'advenir ?

Comment étayons-nous notre jugement ?

Mais cette question est-elle pertinente ?

Nous allons essayer d'éclairer notre démarche au travers de ces récits.

PREMIERE HISTOIRE CLINIQUE

De mémoire quand je vois Madame C... en visite annuelle en décembre 2000, je sais qu'elle est célibataire, sans enfants, comptable dans une petite entreprise de vingt salariés, qu'elle poursuit parallèlement des études de psychologie et que depuis plusieurs années, elle a investi le temps et l'espace de chaque visite médicale pour parler de sa situation de travail et des difficultés liées à l'organisation du travail.

Depuis trois ans, le PD-G de la Société qui est une femme a quitté la région pour des raisons familiales et elle gère l'entreprise à distance, par fax, téléphone et réseau informatique. Elle ne vient à l'usine qu'une fois par mois. Son départ a été ressenti avec un immense soulagement. En effet ses crises d'autorité mettaient en danger les

conditions de travail des salariés, en particulier celles de la secrétaire qui se sentait harcelée. De ce fait, les salariés ont pour stratégie de minimiser les difficultés liées à l'éloignement de la PD-G car ils redoutent plus que tout son retour sur les lieux du travail.

M^{me} C... a 47 ans, elle a été embauchée en 1991. Aucun antécédent pathologique. Elle présente en 1999 des paresthésies des deux mains évocatrices d'un syndrome du canal carpien. L'apparition de ce symptôme pris comme signe d'alerte donne lieu à une discussion sur le travail où elle exprime ses exigences de travail, son hyperactivité - « *Je ne sais jamais m'arrêter, c'est l'éducation qui veut ça* » -, en opposition à son désinvestissement du travail actuel, sa satisfaction de ne plus travailler directement avec la pdg, mais aussi son anxiété, son isolement face à des responsabilités de plus en plus grandes sur le plan comptable et financier.

Mais cette année, M^{me} C... se sent en danger dans sa situation professionnelle. Elle a reçu une lettre recommandée de son employeur qui l'accuse de ne pas se comporter en « cadre », de manquer de rigueur dans le respect des dates pour les payes, et d'être trop payée pour ce qu'elle fait. Face à cette lettre et aux notes de service affichées par la pdg qui la mettent en cause personnellement, M^{me} C... a la sensation d'être victime. Elle a peur d'être licenciée et exprime la détresse qui serait la sienne si elle se retrouvait au chômage. M^{me} C... se sent harcelée par la pdg qui multiplie les contrôles, renforce le prescrit, crie au téléphone. Elle met en avant les troubles du comportement de la pdg, son incapacité à prendre des décisions, à régler les problèmes en suspens, la déficience du système informatique. M^{me} C... n'a pas toutes les données nécessaires pour travailler, elle n'a pas le code d'accès à la partie commerciale du logiciel de comptabilité, elle doit se battre au quotidien pour obtenir les informations nécessaires à son activité de comptable.

Face à ces dysfonctionnements, M^{me} C... se sent soutenu par les collègues du bureau, la secrétaire, le responsable du service achat, mais elle travaille seule dans son bureau situé au rez-de-chaussée. Elle a conscience de la dégradation de l'état de santé et de la capacité de travail de la pdg. Elle a parlé de cette situation de harcèlement dans le cadre de sa formation de psychologue. Elle reste dans le hors-travail très active. Mais elle est épuisée. Ce qui domine le tableau clinique, c'est son impuissance, sa perte du pouvoir d'agir, sa difficulté à penser et à imaginer une issue à ce conflit, malgré sa détermination à ne pas se laisser faire.

Dans le cadre de cette visite annuelle, le temps est compté. Face aux problèmes de travail qu'elle m'expose et qui mettent en jeu sa santé, je lui expose rapidement ses droits, lui propose de la revoir et d'informer son employeur de la nécessité d'un suivi médical en médecine du travail. Face à la menace de licenciement, elle accepte.

Les visites systématiques de l'ensemble des salariés confirme les difficultés relationnelles avec la pdg. Celle-ci, lors de sa visite annuelle, me confie l'aggravation de ses conduites addictives, reconnaît ses difficultés professionnelles, exprime son sentiment d'isolement, sa honte à toucher le salaire qui est le sien alors qu'elle n'assure pas ses fonctions de direction comme elle le voudrait.

Fin janvier, comme prévu, je revois M^{me} C..., nous prenons le temps de parler de l'activité de travail, mais aussi des effets du travail sur sa santé. M^{me} C... a amené l'avalanche de lettres recommandées, mais aussi de réponses de plus en plus longues et de plus en plus détaillées qu'elle a échangé avec la PDG depuis deux mois. Suite à mon courrier, la PDG a proposé une rencontre à trois dans l'entreprise. Il s'agit donc de préparer cette réunion, de mettre en visibilité les dysfonctionnements de l'organisation du travail, en particulier en ce qui concerne l'informatique. Mon questionnement sur le travail est guidé dans un premier temps par la nécessité de maintenir M^{me} C... dans son entreprise. En effet M^{me} C... est cadre, elle habite dans un petit village à la campagne, elle a très peu de chance de trouver un poste équivalent à 30 ou 40 km à la ronde, elle aime beaucoup son métier, elle apprécie ses collègues de travail.

Mais, ensemble nous reviendrons aussi sur les événements, sur les altercations, sur les phrases échangées, les mots qui blessent, les réactions du collectif, les signes cliniques des effets du travail sur le corps. Un arrêt maladie serait-il bénéfique ? M^{me} C... met souvent en avant son investissement dans le hors-travail, ses activités, sa formation. Mais dit-elle, le plus important c'est que le bilan financier de l'entreprise soit fait dans les temps, c'est-à-dire avant la fin février. Impossible de s'arrêter avant. Elle dit : « *Vous comprenez : mon travail, c'est ma vie* ». A ces mots surgit l'émotion, « l'instant éthique » qui oblige à penser autrement, à reprendre le questionnement, à envisager dans la délibération non seulement le maintien dans l'entreprise, mais aussi le retrait possible de M^{me} C... de cette activité de travail. Il faut reprendre l'histoire professionnelle, ses activités antérieures comme conseillère en gestion en profession libérale, questionner sur les raisons qui ont entraîné les changements, s'interroger ensemble sur son isolement professionnel en tant que comptable dans le travail actuel, sur ses capacités et son désir d'investir dans un autre projet professionnel.

Mi-février, je rencontre la pdg et M^{me} C... dans l'entreprise. Le dialogue est possible, mais la pdg refuse de prendre en compte les dysfonctionnements de l'organisation du travail, en particulier liés au travail en réseau. Toutes les difficultés de M^{me} C... sont mises sur le compte de sa vie privée et de ses propres difficultés à communiquer. Cette réunion fait l'objet d'un compte rendu écrit de ma part où je demande un diagnostic court ou une autre intervention ergonomique pour aborder collectivement la question des dysfonctionnements de transmission de l'information entre les différents services, et où je rappelle qu'aucune critique n'a été portée sur le travail comptable de M^{me} C..., mais uniquement sur son comportement.

Fin février, une fois le bilan terminé, M^{me} C... s'arrête en maladie. Elle revient me voir pendant cet arrêt. Elle m'en pouvait plus, présentait des signes habituels de syndrome d'évitement, vomissements le matin en allant au travail, troubles du sommeil, manifestations d'angoisse, palpitations et troubles du rythme. Elle a réfléchi, elle ne veut plus continuer à travailler dans de telles conditions. Nous envisageons ensemble les conséquences financières d'une inaptitude médicale. Cette inaptitude ne peut s'envisager que lorsqu'elle ira mieux et qu'elle sera capable de prendre un autre poste dans une autre entreprise. Je rédige un courrier à l'attention de son médecin traitant. Nous envisageons aussi les différents choix possibles en matière de travail : travail de comptable en libéral à domicile pour de petites entreprises, travail avec d'autres dans un cabinet d'expertise comptable, poste de comptable.

Elle revient en visite de reprise du travail, à la fin de son arrêt maladie, début mai. Elle dit : « *Regardez, je suis transformée, j'ai repris goût à m'habiller* ». Elle a repris contact avec ses anciens collègues, elle a un ami expert comptable qui la prend dans son cabinet en attendant qu'elle trouve un CDI. Mais M^{me} C... est très inquiète à l'idée de retourner dans l'entreprise pour l'entretien préalable au licenciement pour inaptitude médicale. Je lui donne les coordonnées de certains syndicalistes susceptibles de l'accompagner. J'adresse à l'employeur un courrier confirmant son inaptitude médicale au poste de comptable. Conseillée par son expert juridique l'employeur exigera des propositions de reclassement, puis finira par accepter le licenciement pour inaptitude médicale. Cinq mois plus tard, je reçois une demande de transfert du dossier médical de M^{me} C.... Je prends contact avec elle par téléphone pour savoir si elle souhaite que l'ensemble de son dossier soit transmis. Elle le souhaite, elle a été embauchée depuis deux mois dans un cabinet d'expertise comptable, à son salaire antérieur, mais elle a des frais de déplacements plus importants. Néanmoins, elle ne regrette pas sa décision, elle va bien. « *Quel plaisir de pouvoir construire quelque chose dans son travail* - me dit-

elle -, je n'avais pas conscience de ce qui me manquait »

DEUXIEME HISTOIRE CLINIQUE

Monsieur A... a 55 ans et se sent au bout de sa route professionnelle pour l'avoir prise très tôt, à 14 ans, dans l'entreprise familiale de pépinières : tâches rudes d'ouvrier d'espaces pas toujours verts où les journées sont longues : « *Pas bien gros mais souple comme un chat - se souvient-il -, ce qui le préposait à tous les travaux de force et d'adresse et c'est peut-être pour cela qu'il se sent usé* ».

Si je le rencontre c'est qu'il a du s'embaucher à la cinquantaine dans une jardinerie, parce qu'il n'y avait plus assez de travail pour lui dans sa propre entreprise maraîchère et que c'était trop tôt pour s'arrêter.

L'adaptation est difficile même si les journées sont plus courtes et que le marché couvert le met à l'abri des intempéries : c'est la perte du métier avec la loi du marché de la grande distribution quand il faut vendre à tout prix des produits bas de gamme, sans prendre le temps de conseiller les clients au profit des tâches de manutention, monotones et pénibles.

Progressivement pourtant, son savoir-faire s'impose et en impose à ses jeunes collègues et aux clients, voire à la direction : il devient le conseiller officieux et se fait élire délégué du personnel.

Chaque fois que nous nous rencontrons, nous évoquons les difficultés organisationnelles et les propositions susceptibles d'y remédier mais le dialogue avec le chef du magasin est difficile, et les courriers, adressés à une direction plus lointaine, conflictuels.

C'est dans ce contexte que M. A... vient me voir pour une épicondylite que nous déclarons en maladie professionnelle mais dont la reconnaissance sera refusée (les gestes n'entraient pas dans les critères du tableau !).

Les arrêts de travail avec reprise à mi-temps thérapeutique assortis de contre-indications aux port de charges sont mal vécus par le chef du magasin et la direction qui commencent à froncer le sourcil devant les écarts de santé de ce bon M. A... qui ne les avait pas habitués à ça.

M. A..., lui, caresse de plus en plus l'idée d'un départ après l'expérience bénéfique du mi-temps thérapeutique et il vient me voir souvent avec son dossier sous le bras pour faire ses comptes et chercher une porte de sortie mais cela ne fait pas le compte... Nous décidons de gagner du temps jusqu'à ce qu'il déclare forfait devant la persistance de symptômes qui l'empêchent de dormir et fort du

verdict de son médecin traitant « qui ne veut plus qu'il continue à se détruire la santé ».

Or, les contre-indications de plus en plus restrictives qui figurent sur ma fiche d'aptitude deviennent incompatibles avec son maintien dans l'entreprise : il faut choisir entre manutentionnaire ou manutentionnaire, et l'affectation à la mise en rayons ne remplit pas une journée : « *Comment rester les bras croisés et appeler un collègue pour porter un sac de terreau quand on a toujours retroussé ses manches ?* »

Alors, après concertation on s'oriente vers une inaptitude avec des propositions de reclassement qui s'avèrent inapplicables à temps plein.

L'inspection du travail ne l'entend pas de cette oreille du fait du statut protégé de ce délégué du personnel et refuse d'accepter le licenciement en proposant une préretraite progressive (avec obligation d'embauche d'un autre mi-temps pour l'employeur) ce qui rendrait possible la fonction de conseiller, en alternance avec des tâches de mise en rayons, hors charges lourdes.

Vu comme ça, je me réjouis de cette nouvelle alternative qui permet au salarié de se rapprocher de sa retraite en quittant la scène progressivement à temps partiel, dans ce rôle de conseiller valorisant sa compétence. Et puis, je ne suis pas fâchée que l'employeur soit tenu de composer « avec le droit ».

Hélas, M. A... ne partage pas mon enthousiasme : il craint que cela reste un « rôle de papier » et quand bien même on ne l'obligerait pas à effectuer les tâches de manutention, il ne voit toujours pas comment il pourrait s'empêcher de donner la main à ses collègues qui ont déjà tant de mal à boucler les journées; enfin il craint les tensions avec le chef et la direction après cette réintégration forcée : ne sera-t-elle pas trop cher payée et combien de temps tiendra-il ?

Mais dans le même temps, il s'efforce de gommer cette peur en affirmant que « *S'il le faut, il veut bien s'engager dans ce rapport de force* ». Image de battant à préserver ? et c'est sans doute le discours qu'il doit tenir auprès de l'inspection du travail, si j'en crois ce que l'inspecteur m'affirme en me pressant de reformuler mon avis avec cette nouvelle perspective de préretraite qu'il se fait fort d'obtenir.

Mais lui, M. A..., de quelle demande est-il porteur pour sauvegarder sa santé, objectif qu'il dit mettre en priorité désormais ? : « *L'argent n'est pas le problème, on s'arrangera toujours* » m'a-t-il affirmé à plusieurs reprises.

Qu'est-ce qui met à mal son identité « son vouloir d'unité » pour reprendre l'expression de Jean Ladrière, au regard de son passé et de ce qui est à venir :

« Rester » et faire ainsi preuve de résistance, mais risquer de trahir ce qu'il représente pour lui-même et les autres, lui, qui n'a jamais rechigné à l'ouvrage, en rompant la solidarité d'un agir ensemble ;

« Partir », en dépit de l'insistance de l'inspection du travail, ce qui rend suspect ce DP « de baisser les bras » ;

« Décevoir, se décevoir », plutôt la sanction de l'inaptitude.

Ce n'est qu'au cours de notre dernière rencontre, malgré l'ambiguïté persistante de son propos (incapacité à reprendre le travail, estampillée par l'avis formel du médecin-traitant toujours suivi d'un « mais s'il le faut ») pour avoir ressenti sa détresse, et sa honte, aussi de ne pas être capable de prendre le risque du travail dont l'exonérerait une décision médicale autoritaire, que j'ai eu la conviction intime de lui faire violence en lui offrant le dernier mot.

Alors j'ai signé l'avis d'inaptitude.

C'était un éprouvé du corps (par quelle conversion des mots) qui ne pouvait être conforté autrement sauf dans l'après coup, puisque l'épilogue de cette histoire m'a appris que la décision était bonne.

Aujourd'hui, face à des situations de travail délétères pour la santé, nos compétences nous permettent parfois de trouver « la solution juste », de prendre avec les salariés « la bonne décision », quant au maintien ou au retrait de l'activité de travail. Ces compétences ne s'expliquent pas seulement à partir de notre savoir, nous faisons appel aussi, pour reprendre l'expression de Luc Boltanski, à l'amour et à la justice comme compétences, et nous devons justifier nos pratiques. Cette exigence de justification est beaucoup moins rattachée au désir de connaissance qu'à l'exigence infinie d'honnêteté vis à vis de nous-mêmes et des salariés. La décision de retrait ou de maintien d'une situation de travail ne relève pas d'un certificat de complaisance que le salarié utiliserait si bon lui semble, mais bien d'une consultation d'aide à la décision qui nous oblige à dépasser le simple consentement éclairé du salarié.

Avant tout, il s'agit donc de reconnaître le caractère éthique de cette décision qui exprime « l'appel de la visée éthique, c'est-à-dire la visée de la vie bonne avec et pour autrui, dans des institutions justes. Mais il faut aussi faire reconnaître, à ceux qui manifestent une méfiance *a priori* pour tout ce qui est intuitif et simultanément une confiance excessive dans le raisonnement, que dans la sagesse pratique, toute délibération renvoie à une intuition.

L'interrogatif éthique doit mettre en évidence la signification existentielle de la situation, c'est-à-dire la manière dont elle affecte l'existence du salarié dans sa destinée, les possibles réels qui s'ouvrent à

lui et ce qu'il peut raisonnablement escompter des différents choix qu'il peut faire entre ces possibles. Pour le salarié, la reconnaissance de cette signification éthique s'effectue dans une intuition, dans l'émotion de la rencontre. Le sujet découvre alors l'enjeu proprement éthique de la situation. Parce que nous sommes alors, avec le salarié, dans un cadre de travail, parce que nous pouvons passer d'un régime d'action à un autre en prenant appui sur les éléments de l'activité de travail, cette intuition va pouvoir mettre en jeu un processus de délibération, un jugement. Le salarié peut faire le partage entre ce qui va dans le sens du vouloir profond de son existence et ce qui, au contraire, s'en écarte ou le contredit, il peut faire le pari sur différents possibles contre le sens unique du réel et la résignation à ses contraintes. Cette intuition est globale, elle s'inscrit, au cours de la rencontre, dans trois dimensions l'altérité, la corporéité, la temporalité et, en référence à Jean Ladrière¹⁴ c'est à travers ces trois dimensions que nous essayons de prendre la bonne décision, celle qui est juste.

• **L'ALTÉRITÉ** (l'être-avec). L'assistance non substitutive à la pensée dans un projet d'action qui vise à l'auto émancipation des salariés nous désencombre de toute anticipation et nous invite au respect de l'énigme de la singularité de chacun, Il n'est pas question pour nous de prendre une décision à la place du salarié. Pour permettre cette autodétermination du salarié, notre travail s'inscrit dans un régime d'action tel que l'agapè, dans la compassion, le respect et l'interpellation éthique du face-à-face. Parler de l'activité de travail avec les salariés, c'est créer un espace public d'apparition, un lieu où s'exprime « le pouvoir politique de tous, antérieur au pouvoir institutionnalisé », un espace résistant où on peut inventer et fonder des droits nouveaux. La question du maintien ou du retrait du salarié affecte non seulement le salarié, mais elle affecte aussi sa famille, le collectif de travail, la société. Ce retentissement sur le vivre ensemble détermine en partie sa signification éthique.

LA CORPORÉITÉ. C'est par notre corps que nous avons prise sur le monde, à travers notre perception qui nous rend sensible à ce qui vient vers nous, et par notre capacité d'initiative qui est celle de notre action sur le réel. Au cours des consultations, le questionnement sur le travail nous amène au détour d'une phrase ou d'un mot à faire l'expérience de l'émotion. Cette expérience vécue de l'émotion est ressentie corporellement, elle est incarnée. Dans cette dimension de corporéité, ce que cette voix nous donne à entendre: c'est une force, une force qui recueille en elles toutes les faiblesses sans les détruire. Cet instant éthique, dans le silence du

¹⁴ Ladrière Jean « L'éthique déstabilisée par la science » dans Arnsperger C., Larrère C., Ladrière J., Trois essais sur l'éthique économique et sociale INRA Editions 1999 pages 149 - 209

regard, quand l'autre parle en se « taisant », nous rend sensibles à la lutte entre la règle d'existence et l'émotion.

Pendant des années, nos règles de métier nous ont habitués à nous protéger de cette empathie. Aujourd'hui notre sagesse pratique et la créativité de l'agir nous amènent à accuser réception de cette émotion, à laisser parler le corps, à reconnaître dans le face-à-face les effets de la parole sur l'autre et sur soi. Cette émotion subjective en action n'est pas réductible à une assignation identitaire, à l'un ou à l'autre, elle témoigne d'un agir commun qui ne tient à rien d'autre qu'à l'interaction de nos corps, elle remet en route la pensée. La raison ne fait que mettre en ordre le monde révélé et éclairé par l'émotion.

• **LA TEMPORALITÉ.** Cette expérience trouble notre rapport au temps. A la fois, elle est dans le présent, dans l'éphémère et à la fois elle est source d'histoire. Dans le contexte décisionnel de l'aptitude, à travers la consultation d'aide à la décision, à travers l'activité de travail, le sujet exprime ce qui l'habite, un vouloir profond qui fait l'unité de son histoire. C'est en voulant persévérer dans ce vouloir que le salarié peut se construire comme sujet, qu'il découvre cette conscience de soi qui lui permet de s'affranchir de certaines contraintes, de résignations à partir de son expérience vécue. La compréhension nouvelle que le salarié a de sa situation ouvre la voie à d'autres possibles, elle intervient sur sa destinée.

Dans ce texte, nous avons voulu revenir aux choses, au niveau si réduit soit-il, c'est-à-dire le cabinet médical, où nous avons la main, au niveau de notre activité, où nous manifestons là notre souci et notre responsabilité vis à vis du monde commun. Comme l'écrit Philippe Davezies, nous nous manifestons là comme porteurs d'une proposition de monde (en référence à Paul Ricoeur). Cette proposition de monde relève de notre extrême singularité, mais elle relève aussi du monde des valeurs et d'utopies partagées. C'est parce que nous pouvons imaginer d'autres possibles au niveau des règles de métier, de la déontologie et du droit que

nous pouvons mettre en visibilité notre souci éthique et sortir nos pratiques de la clandestinité.

Notre démarche d'aide à la décision ne peut s'entendre qu'à la demande du salarié. Dans le cadre de la visite annuelle obligatoire, face à des problèmes de santé le médecin du travail peut proposer un suivi, un autre cadre de consultation pour travailler à partir de l'activité de travail et des atteintes à la santé, cadre que le salarié accepte ou pas. Ce travail médical exige la participation du médecin du travail à des groupes de suivi de pratique.

Les médecins, face à la confrontation à la souffrance, à la maladie ont mis des limites à l'infini de la relation éthique, pour se protéger de l'émotion. Ils ont mis en place des règles déontologiques pour corriger l'émotion. Mais aujourd'hui, seule l'émotion peut nous permettre de modifier, de corriger ces règles. Face aux atteintes à la santé liées au travail, le choix du maintien ou du retrait du salarié de l'activité de travail ne demande-t-il pas, au-delà du consentement éclairé, une véritable participation du salarié à la décision ?

Dans un article intitulé : *La fonction anthropologique du droit*, Alain Supiot écrit : « Une troisième époque s'ouvre donc peut-être aujourd'hui en droit du travail. Après la période libérale marquée par la libération du travail (au prix de l'aliénation des travailleurs) puis celle de l'Etat-providence marqué par la protection des travailleurs (au prix de leur subordination) les temps sont mûrs pour un droit du travail qui aurait pour horizon l'émancipation des travailleurs (au prix de leur responsabilité) ».

Dans nos récits cliniques, nous devons peser le pour et le contre, penser, juger en comparant l'incomparable : des extrêmes singularités. Pouvons-nous imaginer, entre justice et singularité, un droit du travail qui prendrait en compte la participation des salariés, leur autodétermination sur les questions de maintien et de retrait du travail ?

Peut-être...

*Denise Renou-Parent, Odile Riquet
novembre 2001*

« SUBVERTIR »

LE CONCEPT D'INAPTITUDE

LE MEDECIN DU TRAVAIL FACE AU HARCELEMENT PROFESSIONNEL

*Subvertir : du latin subvertere,
mettre sens dessus dessous*

Le recours à la règle de droit et à la démarche juridique est une des réponses à la maltraitance au travail. L'utilisation de stratégies médico-administratives permettant de sortir le salarié d'un contexte de travail pathogène est un autre type de réponse, construite entre l'intéressé et les professionnels de la santé au travail. Aucune possibilité ne doit être négligée : inaptitude temporaire, arrêt-maladie, changement de poste, reclassement professionnel... jusqu'à l'inaptitude à tout poste dans l'entreprise. Mais le terme « inapte » est quelquefois perçu comme une terminologie d'incompétence et de déqualification et se doit alors d'être revisité, dégagé de sa signification personnelle et même intrapsychique, donc « subverti » si l'on veut qu'il participe à la restructuration du salarié décompensé.

LE ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL

Il faut redire avec force la centralité du travail dans la construction identitaire, dans le maintien d'un équilibre psychique et somatique. Le travail est la voie royale d'expression des pulsions personnelles dans une issue compatible avec l'insertion sociale. Quant à la reconnaissance de la qualité du travail accompli, elle est la réponse aux attentes subjectives quant à l'accomplissement de soi. Alors la fatigue, les difficultés, les doutes s'évanouissent devant la contribution à l'œuvre collective et la place que l'on a pu se construire parmi les autres (Dejours, 1996, Peze, 1999). Mais l'augmentation massive des pathologies dans le monde du travail confronte les cliniciens de la santé au travail à un dur constat : les TMS, les syndromes anxio-dépressifs, les décompensations psychosomatiques, les passages à l'acte violent, les suicides, les névroses traumatiques dans les suites d'accident de travail ou de situation de harcèlement professionnel, ne sont plus des phénomènes mineurs. Le travail n'est plus alors objet de construction identitaire, mais source de décompensation physique et/ou psychique.

La mission du médecin du travail est bien d'« éviter toute altération de la santé du salarié du fait de son travail... » avec ses corollaires : protéger et prévenir. Les outils dont dispose le médecin du travail dans les situations de maltraitance pour prévenir, protéger, réinsérer,

existent. Chaque situation appelle une combinaison originale de ces éléments. Développer des pratiques de coopérations, une pluridisciplinarité qui ne soit pas une compilation de spécialistes mais la mise en commun des savoir-faire de chacun, est une nécessité devant cette pathologie à l'interface du psychologique, du travail et du social.

Le médecin du travail, par son rôle de clinicien préventeur au sein de l'entreprise, devrait être en mesure de dépister les formes d'organisation du travail génératrices d'isolement et diagnostiquer en amont les symptômes laissant craindre l'émergence d'une décompensation psychologique chez un ou plusieurs salariés. Il doit alors alerter les préventeurs de l'entreprise, employeur, CHSCT¹⁵, délégué du personnel, afin qu'une prise en charge collective de la question puisse être menée dans l'entreprise.

Le médecin du travail peut également, s'il constate une dégradation nette de la santé mentale et physique du sujet, en lien avec ses conditions de travail, en vertu de l'article L.241-10-1, demander une mutation ou un aménagement de poste. Il peut aussi utiliser l'inaptitude temporaire, associée à l'orientation vers le médecin généraliste pour un arrêt-maladie, est la première mesure, faire cesser le harcèlement étant une urgence. Il peut si nécessaire s'appuyer sur le médecin inspecteur du travail qui est en position de tiers, d'appui et de conseil tant auprès du patient que du médecin et de l'inspecteur du travail. Les consultations de pathologie professionnelle ou les consultations spécialisées peuvent renforcer l'action des acteurs du réseau.

¹⁵ Les institutions représentatives du personnel ont dans le Code du travail des moyens d'action. Les délégués du personnel peuvent utiliser l'article L.422 du Code du travail qui leur donne un pouvoir de réclamation générale. L'article L.422-1-1(modifié) donne avec le droit d'alerte, la possibilité de dénonciation d'atteinte à la liberté individuelle (L.231-9). Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés. L'article L.236-2 du Code du travail lui donne un pouvoir d'investigation. L'article L.236-2-1 permet d'inscrire le harcèlement à l'ordre du jour du CHSCT, en réunion ordinaire ou extraordinaire à la demande motivée de deux de ses membres. L'article L.236-9 permet le recours à un expert agréé.

Le psychiatre ou psychothérapeute doit être sollicité précocement pour éviter une aggravation de la décompensation et traiter par les techniques psychothérapeutiques adaptées, l'état traumatique.

En cas d'échec de cette mobilisation collective et lorsque le médecin du travail a épuisé l'arsenal thérapeutique que sont l'arrêt de travail, la médicalisation temporaire et/ou le changement de poste, lorsqu'il y a eu alerte de tous les partenaires de l'entreprise et absence de solution, **l'inaptitude définitive à tout poste dans l'entreprise** demeure la réponse médico-administrative la plus puissante pour faire cesser un harcèlement et faire sortir un salarié de l'entreprise, en préservant ses droits sociaux. Cette réponse demande la participation active du salarié devenu acteur de sa situation et non victime.

HISTORIQUE DU CONCEPT D'APTITUDE INAPTITUDE EN MEDECINE DU TRAVAIL

En 1947 la visite d'embauche détermine si le salarié est médicalement apte au travail. Puis les décrets successifs (1975, 1986) instaurent l'aptitude comme conclusion obligatoire de tous les actes médicaux. Si l'article L.241.10.1 (1976) précise les missions du médecin du travail « habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé des travailleurs... », il faudra attendre 1981 pour voir apparaître la notion d'inaptitude (article L.122.32.5), renforcé le 31 décembre 1992 par l'article L.122.24.4 : « à l'issue des périodes de suspension de contrat de travail consécutive à une maladie ou un accident, si le salarié est déclaré par le médecin du travail inapte à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur est tenu de lui proposer un autre emploi approprié à ses capacités, compte tenu des conclusions écrites du médecin du travail et des indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise. », et le R.241-51-1 du 14 mars 1986. « sauf dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraînerait un danger immédiat pour la santé ou la sécurité de l'intéressé ou celles de tiers, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude du salarié à son poste de travail qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail dans l'entreprise et de deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines ».

La législation laisse des impasses juridiques. En effet, si l'inaptitude permet au salarié en grande difficulté de quitter l'entreprise où sa santé est en jeu (R.241-51-1) en préservant ses droits

sociaux, l'employeur (L.122-24-4) peut en fait prendre **seul** la décision d'appliquer ou non les avis du médecin du travail, ce qui va parfois à l'encontre des intérêts médico-sociaux des salariés. Les médecins du travail sont confrontés à cette réalité quotidienne, même si la loi précise que l'employeur **est tenu** de prendre en considération les propositions faites par le médecin. Rappelons que s'il ne peut proposer un autre emploi, l'employeur n'est tenu de faire connaître par écrit les motifs qui s'opposent au reclassement que dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

L'INAPTITUDE DU COTE DU MEDECIN DU TRAVAIL

« Il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret » (Bernard Hoerni)

Pour forger son opinion, le médecin du travail doit s'appuyer sur les données recueillies au cabinet médical, là où la parole du patient se libère sous couvert du secret professionnel. L'analyse et la compréhension de la situation passent par **le repérage du tableau clinique spécifique** des salariés harcelés, **par le repérage** dans le récit du patient **des techniques de harcèlement répertoriées**, **par le repérage de convergences** entre les témoignages entendus et écrits d'autres salariés et celui du patient. Enfin dans les cas complexes, le médecin du travail devra s'appuyer sur des pratiques de coopération pluridisciplinaire permettant d'aboutir à une prise de décision collégiale, le savoir-faire de chacun, médecin généraliste, médecin inspecteur, psychothérapeute, expert, permettant la réponse la plus appropriée au problème posé.

L'avis du médecin du travail, au terme de l'analyse de la situation du salarié, surtout s'il s'assortit d'un aspect restrictif, de propositions de reclassement, ou d'une inaptitude, doit toujours être formulé avec le **consentement participatif et éclairé du salarié**. Il s'agit ici d'un véritable travail de construction de la décision en plusieurs étapes : sortir le sujet de la situation pathogène afin qu'il retrouve littéralement ses esprits, lui faire entendre progressivement au fil de l'appréciation clinique de son état, les enjeux sociaux, professionnels et psychiques de toutes les solutions envisagées. La notion de temps est incontournable qui permet au salarié de modifier progressivement sa position, disons même sa posture vis-à-vis de son travail, de son entreprise, de sa santé. Le dialogue intersubjectif avec le médecin du travail est donc particulièrement précieux. Mais la représentation sociale négative du mot « inaptitude » pour un salarié compétent, expérimenté, pourrait déboucher sur un vécu d'échec, si la notion

d'inaptitude ne se devait d'être présenté par le médecin du travail comme un puissant outil de subversion d'une situation d'impasse.

- Par subversion, l'inaptitude devient une prescription thérapeutique éloignant le patient de la situation dangereuse, le faisant passer de l'état de victime subissante à celui de patient actif et convalescent, capable d'imaginer un nouvel avenir professionnel.
- Par subversion, l'inaptitude devient l'outil stratégique pour contrer les projets de l'entreprise : soumettre ou faire partir à moindre coût.
- Par subversion, l'inaptitude n'est pas celle du salarié, mais bien celle de l'entreprise. Si l'entreprise n'assure pas la santé des salariés tel que prévu par le cadre législatif (L.230-2), c'est elle, qui par son comportement fautif conduit le salarié à l'inaptitude.

L'INAPTITUDE DU COTE DU SALARIE

L'inaptitude ne peut se concevoir que dans le cadre d'une souffrance majeure au travail. Les salariés qui ne parvenant plus à progresser, ne trouvant plus de satisfaction, ou n'acceptant pas l'organisation mise en place, réclament une inaptitude leur permettant de bénéficier quelque temps d'une protection sociale, sont à repérer car l'outil que représente l'inaptitude perdrait alors tout sens thérapeutique et toute crédibilité.

- La décision d'inaptitude face à la maltraitance peut être considérée par certains comme une dérive compassionnelle. La souffrance au travail n'est pas comme radio-transparente, on pourrait le penser, mais elle se mesure par le repérage des tableaux cliniques spécifiques qu'elle déclenche, rendant alors l'inaptitude aussi légitime que dans le cas d'atteintes métaboliques ou de lésions organiques. C'est pourquoi l'inaptitude se doit d'être réfléchie, argumentée, discutée en réseau pluridisciplinaire pour devenir un modèle clinique solide. Ici comme ailleurs, la réflexion coopérative, la mise sous le regard des autres des pratiques professionnelles, des interrogations, permettent l'avancée des savoir-faire, l'évolution des règles de métiers, et la construction de solutions adaptées à l'intérêt des salariés.
- Du côté du salarié, l'inaptitude doit être expliquée dans ses conséquences médico-sociales, dans sa signification symbolique et s'accompagne donc d'un temps d'élaboration propre à chaque patient. Temps nécessaire à la sortie de la décompensation, au deuil de l'emploi dans cette entreprise, des enjeux affectifs du départ vis-à-vis du poste et des collègues, temps de réinvestissement d'un futur professionnel positif.

➤ Du côté de l'entreprise, si l'inaptitude bien comprise donne un gain thérapeutique immédiat pour le patient, comment peut-elle être source de prévention dans l'entreprise ? Le secret professionnel impose certes des limites aux possibilités d'intervention mais certains outils permettent au médecin du travail de subvertir l'inaptitude et de remplir sa mission :

- **La déclaration de maladie à caractère professionnelle** permet de mettre en avant la responsabilité de l'entreprise dans la sortie forcée du salarié (c'est aussi un acte fort pour aider le salarié à déculpabiliser donc à guérir)¹⁶.
- **Le bilan de santé global de l'entreprise** peut faire état du turn-over, de l'absentéisme, de la consommation médicamenteuse, des conduites addictives, du mal-être exprimé.
- **La fiche d'entreprise** (qui peut intégrer le bilan de santé global de l'entreprise) remise à l'employeur et à disposition de l'inspection du Travail, est un document qui prend acte de la souffrance au travail.
- **Le rapport annuel du médecin** peut rendre compte de l'accroissement des indicateurs de souffrance organisationnelle: augmentation de la fréquence et des urgences sur les lieux de travail pour conflit, violence, tentative de suicide, décompensation psychiatrique. Augmentations des pathologies somatiques et psychiques. Augmentation des consommations de psychotropes, d'alcool, de tabac ou autres drogues.
- **L'alerte du CHSCT** sur la base d'indicateurs objectifs de souffrance peut permettre une prévention.

Les écrits du salarié adressés à son employeur et dont il a fait copie au médecin du travail peuvent devenir un outil de prise de contact avec le responsable de l'entreprise.

L'inaptitude peut-être l'occasion pour le médecin du travail d'un rappel ou d'une participation aux formations concernant les besoins fondamentaux des salariés: besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoins sociaux, besoins d'autonomie, besoins de sens et prise en compte de ces besoins dans l'organisation du travail. Cette prise en compte peut éviter ressentiments et dysfonctionnements,

¹⁶ Le médecin conseil de la Sécurité Sociale, par la circulaire CNAM de décembre 1999 doit tenir compte de cette pathologie émergente. Les pathologies causées par le procédé de harcèlement pouvant être reconnues en accident du travail (un cas reconnu) et en maladie professionnelle uniquement par le biais du CRRMP si l'IPP est supérieur à 66,6 % par l'alinéa 4.

créer un projet mobilisateur dans une cohérence perceptible par tous. Le médecin du travail confirme ainsi son rôle de conseiller des acteurs de l'entreprise.

EN CONCLUSION

Le réseau de décision collégiale, médecin du travail, médecin inspecteur, médecin généraliste, médecin conseil, psychanalyste, psychiatre est perçu par le patient comme une forte structure collective qui vient le sortir de la situation de maltraitance, pathologie de la solitude. Le gain thérapeutique est immédiat. L'inaptitude dont le sens péjoratif a été subverti, devient alors l'aboutissement du travail collectif, un outil collégial réfléchi, un levier de redémarrage et de reconstruction de soi.¹⁷

Catherine ROCHE, Martine IMBEAUX, Marie-Christine SOULA, Nicolas SANDRET, Paul BOUAZIZ, Marie GRENIER-PEZE

BIBLIOGRAPHIE

- Bouaziz P, 2000, *Essai d'approche juridique du harcèlement moral dans les relations de travail*. Le Droit Ouvrier.
- Dejours C, 1993, *Travail usure mentale*, Bayard, Paris.
- Dejours C., 1998, *Souffrance en France*, Seuil, Paris.
- Drida M., Engel E., Litzenberger M., 1999, « Du harcèlement ou la violence discrète des relations de travail », Actes du 2ème CIPPT, Paris.
- Grenier-Peze M, 2000. *Le harcèlement moral : approche psychosomatique, psychodynamique, thérapeutique*. Le Droit Ouvrier.
- Grenier-Pezé M; Soula M.C., Sandret N., Bouaziz P., Roche C., Imbeaux M. *La maltraitance dans les relations de travail: prise en charge pluridisciplinaire*. Le Concours Médical, Octobre 2001.
- Grenier-Peze M, 2000 : *Contrainte par corps : le harcèlement moral*; Travail Genres et sociétés. Dossier : harcèlement et violence, les maux du travail. Mai 2001
- Hirigoyen M-F, 1998, *Le harcèlement moral*, Syros, Paris.
- Leymann H.,1996, *Mobbing, la persécution au travail*. Le Seuil
- Sironi F, 1999, *Bourreaux et victimes*, Odile Jacob, Paris 1999

¹⁷ Une fois le salarié parti, il reste au médecin à « travailler » la question de la souffrance au travail dans l'entreprise. Quand à l'inaptitude, elle ne limite en rien les possibilités du salarié d'entamer des recours juridiques à l'encontre de l'employeur . Cf le jugement du Conseil de prud'hommes de Longjumeau du 21 mai 2001 (Droit Ouvrier, octobre 2001): « Lorsque l'inaptitude résulte de la faute de l'employeur, le licenciement ne peut être rattaché à un licenciement inhérent à la personne du salarié mais à un licenciement imputable à la seule faute de l'employeur. »

APTITUDE ET ETHIQUE

EXTENSIONS

Compte rendu des débats du Congrès des 8-9 décembre 2001

Pour qui a lu les textes de Philippe Davezies : « Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale » et de Pierre Abécassis : « Historique de l'aptitude » qui resituent très bien, historiquement, le mouvement qui a donné naissance puis qui a mis en place l'aptitude au poste de travail dans une perspective de sélection bio-physiologique de la main-d'œuvre, la conviction est que cette question devient une monstruosité professionnelle qu'il faut absolument résoudre afin de se libérer d'un malaise d'ordre éthique.

L'ACCIDENT HISTORIQUE

Il est intéressant de constater que l'aptitude s'est trouvée réglementairement fortement mise en retrait au moment de l'application de la Loi de 1946 par un arrêté qui ne l'impose qu'à l'occasion de l'examen médical d'embauchage (ex-article D.241-14 du Code du travail). En fait, l'objectif principal de l'examen périodique annuel n'est pas celui-là (ex-article . 241-15). La médecine du travail s'impose à tout salarié de droit privé plutôt dans un objectif de dépistage - de la tuberculose à l'époque - et de protection de la santé, par une action de prévention primaire comme l'affirme explicitement l'article 2 de cette Loi de 1946.

Seule la France organise cette forme de suivi médical de masse. Peut-on parler d'accident historique ? Accident historique qui n'aurait commencé à se manifester comme tel qu'à partir du début des années quatre-vingts lorsqu'une poignée de médecins du travail, très minoritaires, ont commencé à s'interroger sur leurs pratiques professionnelles et ont commencé à parler de règles de métier rattachées aux objectifs défini par la Loi de 1946.

Car, en effet, en revisitant les dossiers médicaux des salariés les plus âgés suivis depuis des années dans nos services, le mot « apte » apparaît au bas de toutes les colonnes qui correspondent au compte-rendu médical des événements après une année de travail. Cet apostille s'égrène consciencieusement aussi loin que l'on remonte en arrière. C'est que, durant toutes ces années où il est facile de vérifier, dans tous ces dossiers bien renseignés

temporellement, que la question du travail et de son lien avec la santé est quasi absente, le travail n'était tout simplement jamais exploré. Personne ne semblait s'interroger sur le sens de cette « aptitude » apposée par mimétisme en référence à un arrêté qui ne l'exigeait que dans la circonstance de l'embauche. Cette pratique généralisée rend « l'accident historique » non seulement inaperçu mais, qui plus est, probablement très favorablement reçu par le monde patronal qui retrouve une caution médicale inespérée à utiliser, à sa manière et sans trop de soucis, une main-d'œuvre ainsi estampillée.

Sur la question de l'aptitude, le décret de 1979 est alors passé totalement inaperçu puisqu'il régularisait ce qui se pratiquait sur tout le territoire.

Le travail sur les pratiques professionnelles qui n'a cessé d'évoluer depuis le décours des années quatre-vingts, fait émerger le décalage qui existe entre les pratiques généralisées de santé au travail dans les pays de la communauté européenne qui positionnent les médecins du travail en médecins prescripteurs de sécurité face à des risques professionnels durs, repérés et l'exception française qui s'est orientée vers une posture d'accompagnement, de soutien et de conseil du sujet au travail, prenant en compte sa biographie au travail et son rapport privé et intime au travail. Il n'est pas sûr que la société ait un tel besoin. C'est aussi historique. Certains historiens et sociologues tels Arlette Farge et Jean-François Laé l'ont assez bien démontré dans leur étude sur l'errance dans leur ouvrage commun : « Fracture sociale ». Pour l'une, le corps est identifié comme lieu politique et pour l'autre, les destins biographiques et intimes sont repérés comme nécessaires données à prendre en compte dans l'organisation de la protection sociale. Cependant il semble que le monde politique ne s'attarde pas sur ces matériaux.

C'est pourquoi pour nous, médecins du travail, convaincus de l'utilité de l'attitude compréhensive et de l'accompagnement, qui, d'une certaine manière, investiguent justement tous ces éléments, la bataille est loin d'être gagnée ; d'autant qu'elle est en totale contradiction avec le maintien de la décision d'aptitude qui, éthiquement, est une entrave à cette position.

Comment donc, jusqu'à ce jour, les médecins du travail s'en sont-ils accommodés ou ont-ils subverti cette injonction socio-politique ?

L'APTITUDE JURIDIQUE ET L'APTITUDE « MEDICALE »

L'aptitude s'analyse de plusieurs points de vue. Une présentation particulièrement éclairante de la question est proposée par Nicolas Sandret dans son texte intitulé : « Et si on supprimait l'aptitude ? ».

Dans la logique juridique, l'aptitude est une composante obligatoire du contrat de travail. Or, un contrat est un engagement réciproque entre deux partenaires négociant sur un terrain d'égalité. Ce qui n'est pas le cas pour l'obligation d'aptitude d'un individu qui est imposée à une partie alors que, pour l'autre, la contrepartie qui serait l'aptitude du poste, ne l'est pas. La réglementation, par le Code du travail, se charge imparfaitement du rééquilibrage en imposant des conditions de travail qui soient bonnes. Or, tout le monde sait que le Code du travail est très en-dessous de ce qui devrait être exigé pour rétablir cet équilibre et que certaines nuisances y échappent totalement, telle l'organisation du travail. En réalité, le contrat de travail échange une promesse de réalisation d'une tâche contre un salaire, assortie d'une soumission à des règles imposées unilatéralement. La grande différence, dans les responsabilités réparties, entre le Code civil et le Code du travail, pourrait s'expliquer par la question de la subordination qui est implicitement omniprésente dans le contrat de travail. Pour exemple, l'existence du droit de retrait, qui accorde un droit dérogatoire de refus d'un ordre de travail estimé mettre en danger immédiat un salarié ou un groupe de salariés, en démontre sa puissance par la transformation jurisprudentielle du retrait en insubordination ; ce qui a abouti, en pratique, d'une part, à la négation absolue de la subjectivité des salariés et, d'autre part, à la totale impuissance juridique du droit de retrait.

Dans l'état actuel et en symétrie, faudrait-il alors introduire, dans le contrat de travail, une obligation d'absence de nocivité du poste de travail ?

Dans la logique médicale, l'aptitude, par rapport à l'action médicale qui est de prendre soin, dans sa globalité, d'un « patient », de son existence singulière et de sa destinée, a pu être investie - à condition de ne réfléchir qu'en surface aux missions professionnelles - de deux façons : l'aptitude « conseil » et l'aptitude « expertale ».

L'aptitude-conseil s'appuie sur les articles en « L » du Code du travail ainsi que sur la notion de « consentement éclairé » contenue dans le Code de déontologie. Le médecin conseille le salarié sur sa santé, il n'impose pas. Mais, n'étant pas dans le cadre du soin, la décision d'aptitude du médecin du travail concerne aussi une tierce personne qui est l'employeur. Il y a là une répercussion qui entrave la liberté du salarié s'il ne souhaite pas suivre la prescription du médecin. L'employeur fera pression sur le salarié. A l'inverse, l'employeur fera pression sur le médecin.

Cependant, en définitive, c'est le médecin qui décidera de donner l'avis, même si c'est « avec l'accord », avec le « consentement éclairé ». Une analyse éthique de cette forme d'action met à jour la pseudo-liberté décisionnelle qu'octroie l'aptitude-conseil au salarié.

L'aptitude « expertale », qui, à l'origine, labellise un salarié sur son état sanitaire à exécuter la tâche confiée, s'est adoucie avec le temps pour participer couramment et ordinairement au reclassement et au maintien dans l'emploi. Malgré tout, quel que soit le travail qui est fait autour, l'aptitude n'est jamais remise en cause. Le médecin, à un moment donné, impose sa volonté. D'autant plus que, culturellement, les pratiques médicales sont de plus en plus dépendantes de normes sans cesse renforcées par l'évolution des techniques : mesures ou résultats d'examen issus de l'ophtalmologiste « référentiel » de performances si cher aux critères de standardisations qui régissent actuellement le monde industriel et il y a là un double processus de renforcement à l'œuvre qui justifie l'aptitude « norme iso ». Néanmoins, on peut sans doute parler de « médecin expert humaniste » ; médecin qui mesure jusqu'où il peut aller tout en gardant la main sur la barre, le salarié n'étant, à la limite qu'un objet qu'on manipule le moins brutalement possible. Ce qui est assez dangereux, c'est la contradiction introduite par le mot « humaniste » dans la perspective d'une analyse éthique de l'action.

APTITUDE ET PREVENTION

Il s'agit donc de penser la médecine du travail avant tout comme pratique clinique dont la finalité prescrite est la prévention primaire. Définir une telle pratique de protection de la santé consiste, auprès du salarié, à apporter les éléments de connaissance qui permettent à ce dernier de travailler une décision, prise par lui-même, de maintien à son poste ou de retrait du travail, qui ne relève que de son propre jugement, de son libre arbitre. L'aptitude n'ayant jamais eu la prétention, aussi bien au sens

juridique qu'à son non sens médical, de protéger la santé de quiconque, elle a envahi, tel un leurre, l'univers professionnel de bon nombre de médecins du travail. S'est ainsi trouvé obscurci l'objectif de protection de la santé et l'objectif de connaissance dont seule la prévention primaire était investie.

Même s'il est vrai que, du fait de son état de subordination, le salarié n'a aucune maîtrise, dans l'entreprise, sur les moyens d'y défendre ou d'y préserver sa santé, et s'il est vrai aussi que s'y affronter est très risqué pour la sauvegarde du contrat de travail, il est néanmoins difficile d'accepter le raisonnement par lequel c'est le médecin du travail qui devrait se substituer à lui. Non seulement un tel parti-pris, prôné par certains, réifie davantage le travailleur, mais, cette position met à mal la posture éthique du médecin qui aide et soutien un sujet maître de son destin.

A part l'inaptitude ou des prescriptions particulières d'ordre thérapeutique, rien ne justifie une position professionnelle du médecin du travail sur l'exécution du contrat de travail.

REFLEXIONS ETHIQUES

La visée de l'aptitude a partiellement détourné toutes les dimensions de l'objectif d'évaluation des risques pour la santé qui sont de l'ordre de la simple observation, d'ordre épistémologique et d'ordre cognitif. Du fait même de son existence, elle semble avoir stérilisé toute possibilité de tenir une posture médicale telle que définie déontologiquement.

Il devient nécessaire de redéfinir une validité médicale d'intervention dans le milieu de travail qui soit autre que l'aptitude. Dans ce cas, il faut rejeter la mise en porte à faux qu'introduit la visée de l'aptitude lorsqu'elle est finalité d'une consultation médicale du travail à cause de l'obligatoire notion de domination qu'elle suggère et qui barre l'horizon de toute tentative de recherche et d'établissement d'un lien d'accompagnement.

Pour faire au mieux ce qui nous est prescrit et qui se rapporte aux effets du travail sur le corps humain, emparons-nous, avec Denise Renou-Parent et Odile Riquet, au travers de leur texte : « Aptitude et éthique », du concept éthique de Jean Ladrière qui nous permette d'essayer d'envisager pour le salarié « l'intégrité du corps, la participation à la vie intersubjective et la possibilité d'une histoire sensée » : corporité, altérité et temporalité ; pour Ladrière, l'intégrité du corps s'entend comme, à la fois, l'intégrité

de sa capacité d'éprouver et l'intégrité de son pouvoir d'action.

Seule, la levée du barrage de l'aptitude permettra une telle approche.

LES POSTES DE SECURITE

Sauf que, nous dit-on, il faudra bien conserver cette notion d'aptitude pour gérer la tenue des « postes de sécurité ». Cette affaire-là est une affaire sérieuse, d'autant plus que la demande est forte et que la réponse de la part du corps médical semble l'être tout autant et dans le même sens.

Peut-être bien, mais il faut y réfléchir et dépasser, encore une fois, le surnageant des représentations.

La définition du poste de sécurité, donnée en 1974, aux XIII^{èmes} Journées nationales de médecine du travail, a été la suivante :

« Le poste de sécurité est un poste de travail susceptible de constituer pour la collectivité de travail un risque d'accident à l'occasion d'une insuffisance d'aptitude et d'une défaillance subite de l'opérateur ».

Commencer par repérer la forme que prend la demande peut aider à penser le fond de la question.

LA DEMANDE SOCIALE

Elle est forte du côté des usagers qui enfourchent le message médiatique de l'erreur humaine faisant systématiquement suite à tout accident industriel ou de transport. Le « sur-risque » est alors attribué à un individu, il est déconnecté du contexte de travail ; donc, la conception selon laquelle, *a priori*, les gens sont dangereux, ne permet que de raisonner sur une relation « homme-objet »/« travail » sur le mode machinique. Cette représentation exclut toute possibilité pour le travail de devenir la variable explicative.

A cette forme de représentation sociale, en quelque sorte aliénée du côté de la relation travail-santé, s'ajoute la dérive sécuritaire massivement à l'œuvre aujourd'hui et qui pointe tout individu comme un suspect potentiel dès qu'il entre en action.

On peut aussi s'interroger sur le rôle de la forte pression libérale qui tend à valoriser l'individualisation sociale des salariés et qui induit des fragilités liées à l'affaiblissement des

coopérations. La mise en avant des performances propres à soi entraîne tout autant leur mise en cause.

En même temps, la demande est forte du côté des syndicats qui renvoient les questions de sécurité à des attributs personnels qui sont l'affaire des « docteurs ».

LA DEMANDE PATRONALE

Elle s'appuie sur une logique assurantielle. L'aptitude demandée à l'embauche d'un salarié affecté à un poste de sécurité, défini comme tel par l'employeur, est un acte de tri pur et simple. Aussi, il semble bien que l'organisation de cette sélection, qui est une des libertés du chef d'entreprise, doit s'effectuer en dehors de notre surface professionnelle. Cette demande ressort du droit commercial et du droit assurantiel, dans une perspective économique et non de santé. On comprend son objectif qui est fait pour se protéger en cas de survenue de l'accident. Un bon exemple de mise en pratique d'une judiciarisation d'un acte pseudo-médicalisé est l'exigence d'aptitudes médicales en séries attribuées à des salariés à qui on délivre une autorisation de conduite d'un chariot élévateur alors que ce n'est pas leur travail habituel. Il s'agit bien là d'une autre préoccupation que celle de la santé.

LA DEMANDE MÉDICALE

Si on se reporte à la définition donnée précédemment du poste de sécurité, il s'agirait d'une mission de protection de la santé, du salarié lui-même, de son entourage professionnel immédiat et, si on applique l'article 2 du Code de déontologie, de la collectivité publique en général, qui consisterait à s'assurer de l'absence d'anomalie de santé du travailleur, anomalie qui le rendrait dangereux. Mission grandiose et légitime pour un médecin - il s'agit de sauver des vies - à condition, au préalable, d'avoir répondu à deux questions :

sur quelles données scientifiques et sur quelles connaissances nous appuyons-nous pour affirmer de façon experte qu'un sujet est un risque pour la santé d'autrui ou de la sienne ?

y a-t-il consensus sur ce qui est appelé « poste de sécurité » ?

Répondre à la première question nécessite un travail de recherche bibliographique qu'il ne faut pas occulter et qu'il faut entamer.

Néanmoins, nous disposons d'ores et déjà de quelques résultats qui semblent démontrer

qu'une pathologie réputée lourde et difficile à « gérer », telle que l'est le diabète insulino-dépendant, n'est pas un facteur accidentogène. Ce serait plutôt le contraire : par exemple, les chauffeurs poids-lourds « malades » ont moins d'accidents qu'une population « saine ».

L'alcoolisation est très liée à la survenue d'accidents, mais il s'agit d'un problème disciplinaire qui est traité par l'ordre public ou par l'employeur. La maladie alcoolique est à prendre en main par le médecin du travail, certes, mais probablement avec plus de succès par l'accompagnement compréhensif que par l'inaptitude de sélection. Paradoxalement, on s'aperçoit ainsi que des postes dits « de sécurité » peuvent devenir voie d'orientation de sujets éthyliques : pour échapper à l'alcool, des postes de caristes ont permis cette sortie. Le texte d'Annie Deveaux : « Aptitude, poste de sécurité, éthique », est particulièrement illustratif de l'illusion du salarié « facteur de risque ».

Pour répondre à la seconde question, il faut déconstruire la notion de « poste de sécurité ». Et pour cela on peut commencer par affirmer que donner une liste exhaustive des postes de sécurité serait une utopie car toute activité humaine, à la limite, est « risquée » pour celui qui l'exerce et, éventuellement, pour celui ou ceux qui en bénéficient, et cela, proportionnellement aux conditions de sur-risque que les conditions de travail autorisent. En plus, stigmatiser de tels postes consiste, par un effet de formule, à induire une responsabilisation accrue de ceux qui les occupent sur le mode d'un excès de culpabilisation devant tout incident, si minime soit-il. En réalité la notion de « poste de sécurité » fait écran à la sécurité. Le poste de sécurité n'existe pas. Il s'agit d'une construction sociale assez pratique pour détourner le regard des problèmes de travail qui mettent en jeu la sécurité. La preuve en est fournie, dans la stratégie économique de la sous-traitance en cascade, par la demande sécuritaire qui est inversement proportionnelle à la situation hiérarchique de dépendance vis-à-vis du donneur d'ordre.

Pour comprendre cela il suffit de relire Accidents industriels : le coût du silence de Michel Llory, ou Réveil des réactions grégaires chez un groupe professionnel issu de Souffrances et précarités du travail, ou l'accident de l'A-320 percutant le Mont Sainte -Odile dans La fonction psychologique du travail d'Yves Clot.

Accepter de parler de sécurité par le bout étrié du poste de travail, en expliquant des événements accidentels du seul point de vue des caractéristiques personnelles, non liées à la clinique du travail, de celui qui tient ce poste, est une tromperie qui mobilise le réflexe sécuritaire.

D'ailleurs, il est connu et reconnu, par les responsables eux-mêmes, qu'une approche compréhensive de l'entreprise, avec, en toile de fond, la sécurité, apporte toujours une meilleure protection de la santé. On peut ajouter que ce point de vue est conforté par les résultats de la récente étude sur *L'accident routier et ses victimes*, paru dans le numéro 185 du 4^{ième} trimestre de 2001 des *Cahiers de Notes Documentaires* édité par l'INRS. Une analyse des correspondances multiples de 1901 accidents routiers démontre que le risque d'accident mortel concerne majoritairement les hommes âgés de 40 à 49 ans, embauchés depuis moins d'un à trois mois et effectuant des horaires de nuit.

Donc, définir un poste de sécurité est une chose qui ne peut s'admettre que comme ne relevant que de la responsabilité du chef d'entreprise, qui organise et assume lui-même la sélection de sa main d'œuvre, sur d'autres critères que ceux de la santé, ce qui, dans ce cas, ne concerne pas le médecin du travail.

CONCLUSION

L'ensemble polyphonique qui accompagne la proposition de concept de « poste de sécurité » est quelque chose de très sophistiqué qui doit alerter et faire suspecter un piège à médecin.

Présenter un concept, non élucidé dans son contenu, comme un enjeu vital, active un réflexe de type « stimulus-réponse » qui paralyse la

pensée et pousse à l'action pour sauver le monde. En plus, c'est flatteur.

C'est pourquoi il faut déclencher un vrai débat qui montre que ce qui fragilise les postes de sécurité ou la sécurité, ce n'est pas l'individu, ce sont les conditions de travail délétères et l'organisation du travail défectueuse. La clinique médicale du travail peut y contribuer.

Ainsi, est-il normal qu'un chauffeur poids lourd ne puisse dormir lorsque ses capacités de veille sont dépassées ?

Ainsi, n'est-ce que parce qu'ils sont sélectionnés sur ce critère, que les hommes affectés à des postes de travail particulièrement rudes, sales et polluants, boivent plus que les autres ? Une telle cartographie ne révèle-t-elle pas autre chose ?

En réalité, on le comprend aisément, la notion de sécurité, qu'elle soit d'ordre général ou qu'elle qualifie un poste qui, par un quelconque désordre peut mettre en jeu une ou des vies humaines, dépend fondamentalement de celui ou de ceux qui ont le commandement en main. Et là se tient le réel lieu où se joue la sécurité, il est le poste de sécurité.

Alors si tout cela a un autre sens que celui vers lequel on nous oriente, la question de l'aptitude revient aux postulats du paragraphe précédent intitulé : « Réflexions éthiques ».

*Fabienne Bardot
16 janvier 2002*

L'APTITUDE EN QUESTIONS

L'avis d'aptitude continue de faire débat. Outil de protection du salarié ou outil de sélection ? Dans les deux cas, c'est l'expertise du médecin du travail qui prévaut. Le salarié, premier concerné, n'a pas son mot à dire. Pourtant, sa santé au travail devrait lui appartenir. Pour ce faire, l'avis d'expert du médecin devrait laisser place au conseil éclairé du thérapeute.

Faut-il supprimer l'avis d'aptitude ? Cette question suscite parfois de violentes polémiques. Notamment depuis l'annonce d'une réforme de la santé au travail en France. Pourtant, le débat occulte souvent la question fondamentale que pose l'aptitude : celle de la place accordée au salarié dans l'appropriation de sa santé au travail. Le salarié peut-il être ou doit-il être acteur dans la gestion de sa santé au travail comme il l'est dans sa vie privée, et cela malgré son état de subordination vis-à-vis de son employeur ?

Aujourd'hui, certains défendent l'avis d'aptitude, car il serait protecteur pour le salarié à plusieurs niveaux :

d'une part, il interdirait à l'employeur de se préoccuper de manière intrusive de la santé de ses salariés, du fait du secret médical ;

d'autre part, en cas de danger pour le salarié, il permettrait au médecin du travail d'obliger l'employeur à retirer le travailleur de son poste, au moyen de l'inaptitude ;

enfin, la récente évolution jurisprudentielle et législative autour de l'aptitude a permis aux médecins du travail de développer des savoir-faire professionnels pour faciliter le maintien des salariés à leur poste malgré leur problème de santé.

Cette lecture positive de l'aptitude a progressivement occulté la double fonction originelle de celle-ci, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale : l'orientation et la sélection de la main-d'œuvre. Ces objectifs, admissibles dans l'urgence de la reconstruction du pays, ne vont pas sans poser de questions aujourd'hui.

CONFUSION DES ROLES

Des questions d'ordre médical tout d'abord, car l'aptitude n'a pas de sens médicalement parlant. En effet, aucun médecin, fût-il « expert », ne peut prédire pour une année que les conditions de travail n'auront pas de conséquences néfastes sur la santé d'un salarié. Des questions d'ordre éthique ensuite, car le corps du salarié n'est pas une chose dans le commerce, dont les vices de fabrication sont à examiner ou à relever au moment de la conclusion du contrat de travail. Or, le but de

l'examen médical est bien d'essayer de repérer les éléments médicaux chez le salarié qui pourraient le rendre plus sensible au risque auquel il est prévu de l'exposer. Il s'agit d'éviter l'altération de sa santé, certes, mais aussi de prémunir l'employeur d'un sur-risque économique. Des questions d'ordre déontologique aussi, car l'aptitude place le médecin du travail en position d'expert. Or, lors de la consultation, le médecin du travail est perçu avant tout comme un conseiller par le salarié, qui se confie, ce qui peut se retourner parfois contre lui dans le cadre de l'avis d'aptitude.

D'OU VIENT L'APTITUDE ?

Quel médecin du travail, quel salarié sensible aux questions de santé au travail ne s'est pas posé cette question ? Pourquoi déclare-t-on les salariés « aptes » ? Pour « éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », dit le Code du travail. Au regard de ce noble objectif, les avis d'aptitude semblent parfois triviaux, voire ambigus. Un décalage confusément ressenti par les salariés qui ressortent du cabinet médical avec les quatre lettres APTE inscrites sur leur petite fiche. Principale production du système de médecine du travail français, certains travailleurs l'exhibent en s'écriant, mi-goguenards, mi-soulagés : « Bon pour le service ! »

Cette analogie n'est pas le fruit du hasard, tant l'histoire de la médecine du travail a été marquée par l'institution militaire. Les nombreux médecins militaires reconvertis dans la profession, l'influence de l'armée au sein de la société et l'entreprise-caserne bien peu citoyenne y ont contribué. Tout comme il existait un consensus sur le fait que l'on devait « servir la Nation », même au sacrifice de sa vie, il était largement admis, au moins de 1945 à 1970, qu'il fallait « retrouver ses manches » pour gagner la « bataille de la production ».

Le terme d'« aptitude » en médecine du travail aurait donc la même finalité que celui utilisé en médecine militaire ? De fait, dans

le cadre d'un compromis social, les médecins du travail ont fait avec l'aptitude ce que la société leur demandait, sans vraiment le dire : trier ceux qui pouvaient monter au front. Et le front, dans les entreprises, c'était la production.

Mais tandis que les valeurs militaires ont perdu de leur éclat dans la société, la valeur « travail », elle, s'affiche à la hausse. Et deux autres montent en puissance : la valeur du droit et celle de l'éthique. Est-il étonnant que l'aptitude, prise dans cette tenaille d'exigences, se trouve dès lors mise à mal ?

Enfin, l'aptitude médicale ne pèse que sur le salarié. Il y a donc un déséquilibre entre les obligations des deux protagonistes du contrat de travail, l'employeur et le salarié. En toute justice, l'employeur devrait également fournir au salarié un certificat d'absence de risques sur le poste de travail. Un certificat qui serait émis selon la même périodicité et avec la même force contraignante pour les employeurs que les avis d'aptitude émis pour les salariés. Aujourd'hui, d'un point de vue juridique, ces « avis d'aptitude du poste » ne sont pas de mise. En effet, dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail, les obligations qui pèsent sur les chefs d'entreprise sont d'origine légale (lois d'ordre public) et restent extérieures à la sphère contractuelle (voir encadrés).

UN SALARIE SPECTATEUR OU ACTEUR ?

Hormis les possibilités d'action collective via les CHSCT ou les délégués du personnel, le salarié ne dispose donc pas, dans le cadre de son contrat de travail, des éléments nécessaires pour juger du risque éventuel présenté par son travail pour sa santé ou sa sécurité. Et si l'avis d'aptitude peut, dans certains cas, avoir des effets protecteurs sur la santé du salarié, il lui retire en revanche la possibilité d'être acteur dans la gestion de celle-ci au travail. Cette gestion est légalement déléguée à un « expert » : le médecin du travail. Une situation en contradiction avec l'évolution actuelle de la demande sociale. En effet, les citoyens réclament de plus en plus de devenir les acteurs de leur propre santé.

Afin de résoudre cette contradiction, les tenants de la suppression de l'aptitude proposent une solution : accorder au salarié la maîtrise de la gestion de sa santé au travail, le médecin du travail devenant son « conseiller ». Le médecin du travail se retrouverait dans la position d'un « thérapeute ». Dès lors, la prise de décision,

concernant le maintien ou le retrait du salarié de l'activité de travail, relève d'un travail thérapeutique qui ne demande pas seulement le consentement éclairé mais une participation du salarié à la décision. Logiquement, dans cette approche, les avis d'aptitude distribués systématiquement à la fin de chaque visite seraient supprimés. En revanche, un avis d'inaptitude ou de restriction d'aptitude pourrait être donné au salarié, libre à lui de l'utiliser ou pas. Construit avec lui, cet avis lui permettrait de gérer au mieux le rapport à son travail. Il peut décider de le quitter lorsque ses effets délétères deviennent trop forts. Le salarié devient « sujet », acteur dans la protection et la construction de sa santé au travail. Dans ce cadre, les compromis qu'il fait entre son droit à la santé et son droit au travail lui appartiennent. A condition, bien sûr, que tous les moyens nécessaires, notamment en termes de prévention, aient été mis en place pour lui permettre de faire un vrai choix. Sinon, ce serait retourner au libéralisme outrancier de la révolution industrielle, qui avait entraîné l'intervention de l'Etat.

VERS UN CONTRAT DE SANTE AU TRAVAIL ?

Au cours du XIX^e siècle, différents rapporteurs – dont le plus connu en France est Villermé – ont mis en exergue les altérations de la santé provoquées par le travail. Ce qui a poussé l'Etat à intervenir dans la sphère des conditions de travail, afin de protéger les salariés. Progressivement, cette intervention de l'Etat a couvert un champ de plus en plus important, dont le Code du travail garde la transcription. Si elle a été et reste indispensable par son pouvoir réglementaire, elle n'est cependant plus suffisante aujourd'hui, notamment face à l'émergence des pathologies liées à l'organisation du travail. Pour mieux protéger les salariés, il serait peut-être nécessaire d'introduire dans le contrat de travail des obligations du domaine de la santé et de la sécurité au travail.

Alain Supiot, professeur de droit, résume ainsi la problématique : « Après la période libérale marquée par la libération du travail (au prix de l'aliénation des travailleurs), puis celle de l'Etat providence marquée par la protection des travailleurs (au prix de leur subordination), les temps sont-ils mûrs pour un droit du travail qui aurait pour horizon l'émancipation des travailleurs (au prix de leur responsabilité) ? »

RESPONSABILITE PARTAGEE

Ce double changement de posture – celui du médecin du travail qui d'« expert » devient

« conseiller » et celui du salarié qui passe de la position d'« objet » à celle de « sujet » – pose en dernier ressort la question des responsabilités respectives du salarié, de l'employeur et du médecin du travail. En médecine de soins, les conséquences positives ou négatives de la décision du patient quant à son traitement ne concernent que lui-même ou son entourage (le refus d'un traitement pouvant aboutir à la mort, par exemple). Pour la médecine du travail, ce sera différent. La décision du salarié et ses répercussions le concerneront directement, bien entendu. Mais elles toucheront également d'autres tiers, tels que l'employeur ou les compagnons de travail. Le chef d'entreprise, dans l'état actuel du droit, assumera les conséquences économiques ou juridiques du « choix » du salarié. L'irruption de ce tiers, l'employeur, en termes de responsabilité peut déboucher sur deux logiques différentes.

La première, primaire, consisterait à rechercher la part de responsabilité du salarié dans l'atteinte à sa santé découlant de son choix, afin de lui en faire porter le poids juridique voire financier. Une autre logique serait de considérer que la

responsabilité, y compris pénale, de l'employeur est totalement engagée, puisqu'il n'a pas été en mesure de proposer au salarié un poste de travail sans nuisances pour sa santé. Cette deuxième logique est la seule éthiquement acceptable. Malheureusement, le « principe de réalité », qui prévaut dans le monde de la production, est souvent éloigné du principe de précaution.

Dans ce débat sur l'aptitude, deux conceptions du rôle du médecin du travail s'opposent. Doit-il être « expert » ou « conseiller » ? Pour trancher, il faudra se pencher sur la question de la citoyenneté dans l'entreprise. Il s'agit de donner au salarié la possibilité de faire respecter son droit fondamental à la santé au travail. Est-il « sujet » dans l'entreprise, avec les moyens juridiques de faire valoir ce droit à la santé au risque de sa responsabilité ? Ou bien le contrat de travail et l'état de subordination qu'il implique lui retirent-ils ce droit individuel ?

*Pierre Abecassis, Magdeleine Brom, Sylvie Cren, Nicolas Sandret
Médecins du travail*

SÉLECTION MÉDICALISÉE DES SUR-RISQUES PERSONNELS AU TRAVAIL LA GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS SANS PRÉVENTION

L' aptitude médicale en médecine du travail n'est pas inscrite dans la Loi de 1946. Elle est une traduction réglementaire qui biaise et dévoie les pratiques des médecins du travail. L'inaptitude thérapeutique dans l'intérêt et avec l'accord du salarié est positive et doit être préservée.

Un des exemples les plus caricaturaux de « l'aptitude médicale au travail » en est la « non contre-indication médicale » à un facteur de risque sans seuil d'effet, comme les cancérigènes, mutagènes, ou produit pouvant entraîner un trouble de la reproduction (les CMR).

Plusieurs organisations (la SMT, le SNPMT, SNMEG-CGT, SPMPPFT), ont introduit en 2001 un recours en annulation au Conseil d'Etat contre l'article 12 du décret du 1^{er} février 2001 concernant les agents CMR, prescrivant au médecin du travail d'attester que le travailleur ne présente pas de contre-indication médicale aux travaux exposants à un agent CMR. Pour l'Ordre des médecins, appelé en 2002, à clarifier sa position, il lui semble « qu'autant la notion de contre-indication ne pose

pas de difficulté en soi, c'est bien l'existence d'une absence de contre-indication qui fait difficulté dans le cadre de la prévention des risques cancérigènes, mutagènes... ». On ne peut que remarquer que l'aptitude à un poste de travail n'est rien d'autre que l'attestation d'une absence générale de contre-indication !

On peut aujourd'hui plaider l'illégalité de la prescription « de non-contre-indication aux CMR » tant cette proposition de construction récente est :

- socialement discriminante,
- scientifiquement absurde,
- incompatible avec l'éthique médicale.

Pourtant, pour le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ainsi qu'il l'atteste dans ses observations sur le pourvoi formé par les organisations de médecins du travail en annulation de l'article 12 du décret n°2001-97 produit en décembre 2001, argumente pour la première fois que « la notion de contre-indication médicale a été conçue et entendue dès l'origine...comme facteur de protection supplémentaire pour le salarié...en fonction des

facteurs de "susceptibilité personnelle" propres à chaque individu ».

Pour le Ministère de l'emploi et de la solidarité, « l'article R 231-56-11 qui confère au médecin du travail, dans le respect de ses missions, le soin de s'assurer **que le travailleur ne présente pas de "sur-risque" résultant d'une sensibilité personnelle plus forte susceptible de porter atteinte à sa santé**, s'inscrit donc bien dans cette optique ».

Le métier de médecin du travail, l'ensemble des connaissances scientifiques et l'ensemble des règles déontologiques apportent la démonstration que la prévention de l'exposition aux CMR ne peut résulter que de la prévention primaire, c'est-à-dire la non-exposition absolue des travailleurs.

Tous les éléments scientifiques connus plaident pour l'absence de seuil d'innocuité à l'exposition aux CMR, de non risque. L'importance du risque varie quant à elle avec l'importance de l'exposition selon des modalités particulières.

Pour les risques probabilistes, tels les CMR, la prise en compte de **« sur-risque » résultant d'une sensibilité personnelle plus forte susceptible de porter atteinte à sa santé** est contraire à la fonction des médecins du travail de « prévenir et dépister les atteintes à la santé du fait du travail ».

En effet :

- il est impossible de ne pas contre-indiquer médicalement un risque qui n'a pas de seuil de non-effet pour la santé ;
- il est impossible pour les mêmes raisons au médecin du travail de procéder à un tel certificat en dessous d'un seuil de risque jugé socialement d'une façon ou d'une autre comme acceptable ;
- il est impossible d'appliquer médicalement à titre individuel, ce concept nouveau en droit du travail tel que semble l'inventer hors de tout cadre juridique le Ministère de l'emploi et de la solidarité de **« sur-risque » résultant d'une sensibilité personnelle plus forte susceptible de porter atteinte à sa santé** qui ne résulte que de calcul de probabilité statistique, inapplicable à titre individuel ;

Du point de vue d'une intervention « thérapeutique » pour une intervention de sauvegarde de la santé en matière de risque CMR, de telles interventions sont rares pour les cancérigènes (aplasie et exposition au benzène), beaucoup plus fréquentes pour les risques de la reproduction (début de grossesse et exposition aux mutagènes ou produits ayant un effet pour la reproduction). Mais ce n'est pas le sur-risque résultant d'une sensibilité personnelle plus forte qui est pris en compte ici, mais l'état de santé personnel confronté à une exposition. Celle-ci, selon son consentement éclairé, pourra bénéficier d'une mesure médicale à visée thérapeutique, ici une inaptitude. D'ailleurs, dans un tel cas de figure, le médecin du travail ne pourra attester que les autres salariés exposés au même poste de travail

ne présentent pas de non-contre-indication au risque CMR.

L'invention du Ministère de l'emploi et de la solidarité de **« sur-risque » résultant d'une sensibilité personnelle plus forte susceptible de porter atteinte à sa santé** n'est donc aucunement orienté vers les seules finalités de la médecine du travail de prise en considération des risques du travail pour les prévenir et les dépister. En effet il n'oriente que vers les caractéristiques personnelles des individus, et en cela ne peut déboucher que sur des pratiques discriminantes et en aucune façon ne s'oriente vers la prévention, ne renforce l'information préventive due aux salariés, et ne se propose, en l'état de garder des « traces » médicales des expositions existantes.

L'intervention thérapeutique du médecin s'inscrit dans le cadre du consentement éclairé. Ce n'est pas le cas des sur-risques résultant de sensibilité personnelle.

Il s'agit ici d'une responsabilité confiée au médecin du travail :

opposable,
discriminante,
infondée scientifiquement,
absurde socialement,
qui décharge l'employeur de sa responsabilité de responsable des risques auxquels sont exposés les salariés,
et permet à l'Etat de se dédouaner de ses responsabilités d'Ordre public (non édictions de valeurs d'exposition infractionnelles dont le respect est le seul susceptible de garantir un certain niveau de risque).

Il y a quatre types de sur-risque liés à des sensibilités personnelles, qui sont toujours discriminants dans le cadre de pratiques médicales opposables aux salariés.

LES SUR-RISQUES « INTRINSEQUES » AUX PERSONNES, INNES, A SUPPORT BIOLOGIQUE

Sont particulièrement visés ici les facteurs de susceptibilité génétique. Rappelons que leur emploi est discriminant et contraire, et à la pratique médicale, et aux évolutions de la société actuelle. Mais qui plus est, leur pouvoir prédictif préventif de risque n'a nullement été démontré et des faits scientifiques lourds plaident pour le contraire. Ainsi :

- un même gène à faible pouvoir prédictif de sur-risque pour un type de cancer, présente l'effet contraire pour un autre type de cancer ;
- deux gènes différents, liés chacun à un faible sur-risque pour un type de cancers, s'ils sont présents tous les deux peuvent avoir l'effet inverse.

Ce type de données est de plus inutilisable en fait, même dans un souci de prévention qui ne pourrait

de toute façon résulter que d'un consentement éclairé.

LES SUR-RISQUES LIES AUX PASSE, MEME RECENT, DES EXPOSITIONS PROFESSIO -NNELLES AUX CMR

Il est largement démontré scientifiquement que c'est la dose qui fait l'importance du risque. La dose est individuelle, et est à l'évidence un facteur de sensibilité personnelle acquise, ici au dépens du salarié, et à son corps défendant. Il est aussi démontré que le cumul d'exposition professionnelle aux CMR antérieurs est au moins additif du point de vue des risques, souvent synergique, multiplicatif. Appliqué ce nouveau concept de prise en compte des sur-risques résultant d'une sensibilité personnelle reviendrait à contre-indiquer médicalement tout travailleur ayant été professionnellement exposé aux CMR. L'industrie va très vite perdre tous ces travailleurs. On est au comble de l'absurdité dans un processus qui se retourne contre les salariés déjà victimes, malgré qu'il protège l'employeur d'un sur-risque. La prise en compte de l'existence de plaques pleurales pour contre-indiquer de façon opposable, tout travail en dessous des normes actuelles de l'amiante procède d'une telle démarche.

LES SUR-RISQUES LIES AUX EXPOSITIONS ENVIRONNEMENTALES NON PROFESSIO NNELLES

Le risque emblématique qui indiscutablement accroît la sensibilité personnelle aux CM,R, en est le tabagisme, actif ou passif. Pour le tabagisme actif, certaines entreprises étrangères demandent des engagements sur l'honneur à ne pas/ne plus fumer. Ainsi donc une nouvelle fraction des salariés se verront interdits de travail. Absurde ! Tout cela sans remise en cause des expositions professionnelles actuelles.

LES SUR-RISQUES RESULTANT D'UNE SENSIBILITE PERSONNELLE DU FAIT DE L'AGE

Il faut manier ici deux faits contradictoires :

les probabilités d'occurrence de cancers augmentent au fil de l'âge ;

mais, selon le type de cancers, il faut de cinq à cinquante ans pour développer un cancer résultant d'une exposition professionnelle.

Ainsi, un travailleur âgé, n'ayant jamais été exposé antérieurement à un cancérogène et ne fumant pas, aura une plus faible probabilité de développer des cancers spécifiques résultant d'une nouvelle exposition. On a vu il y a quelques années des entreprises chimiques étrangères recommander d'embaucher des travailleurs âgés, escomptant le

décès « naturel » avant la probabilité d'apparition de cancer lié à l'exposition professionnelle. Discriminant, comble de l'absurdité.

Et pourtant, constatons, que si la discrimination génétique n'a jamais fait ses preuves, la prise en compte des passifs d'exposition environnementaux et de l'âge, comme sur-risque de sensibilité personnelle aux CMR, a un très fort pouvoir prédictif d'excès de cancers. Les inégalités professionnelles, sociales, de mortalité par cancers, aux dépens des travailleurs de l'industrie particulièrement, le démontrent amplement.

Autre remarque enfin. Les défenseurs de la prise en compte médicale des sur-risques professionnels personnels de façon opposables au salarié feignent de croire :

que l'activité professionnelle n'est que l'exercice souverain d'une libre volonté sans champ de contrainte ;

que l'ensemble des risques auxquels sont exposés les individus et sur lesquels ils pourraient exercer leur libre arbitre, résulte principalement de sur-risques de sensibilité personnelle pour lesquels ils auraient la possibilité de ne pas être exposés par la grâce d'un certificat de contre-indication qui leur est opposable ;

et que les risques professionnels seraient plutôt de l'ordre de l'inéluctable.

Cette posture est inacceptable. Le statut de salarié est un lien de subordination, d'où il résulte un échange inégal, ce que traduit la responsabilité pleine et entière de l'employeur sur tous les risques professionnels.

La préservation de l'ordre public social impose à l'Etat de protéger les salariés de façon opposable par rapport au bon vouloir des employeurs.

Elle lui impose aussi de faciliter l'exercice professionnel des médecins du travail tourné exclusivement pour les CMR, vers la prévention primaire, l'information et la contribution à l'identification des risques pour les éradiquer.

Pour les cancérogènes, les mesures de sauvegarde thérapeutiques sont rares et doivent toujours résulter d'un consentement éclairé.

*Dominique Huez
Janvier 2002*

OBSERVATIONS DU COLLECTIF

« POUR UNE AUTRE MEDECINE DU TRAVAIL »

Ce texte a été rédigé en novembre 2001 pour contribuer au débat parlementaire concernant le volet « Santé au travail » de la loi de modernisation sociale.

Il a probablement contribué à l'ajout parlementaire le 19 décembre 2001, en 2° lecture dans l'article 64 sexies de la formulation : « L'appel aux compétences (extérieures, techniques ou organisationnelles par les services de santé au travail en liaison avec les entreprises concernées) s'effectue dans les conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés, déterminés par décret en Conseil d'Etat ».

FAUTE D'AVOIR REALISE UNE REFORME à la hauteur des enjeux de santé au travail, le gouvernement ne doit pas aggraver la situation actuelle

L'actuel système français de prévention des risques professionnels se caractérise notamment :

- d'une part, par des institutions d'évaluation des risques environnementaux ou organisationnels, qui procèdent à l'identification des risques mais participent aussi à la gestion des risques (CRAM, INRS, ANACT), ;
- et, d'autre part, par un système de médecine du travail formellement dédié à la veille sanitaire dans l'entreprise au moyen notamment du suivi médical.

Ces institutions ont des difficultés à mettre en œuvre des démarches pluridisciplinaires coopératives pour l'identification des risques. Mais ce constat ne doit pas conduire à confondre et à subordonner les pratiques d'identification et de hiérarchisation des risques pour la santé des travailleurs. Quelle que soit l'institution, la veille sanitaire (médicale ou collective) devra être séparée clairement de la gestion des risques.

C'est à l'aune de cette clarification que peut être jugée la finalité d'une réforme de la prévention des risques professionnels, qui doit avoir pour objectif de créer les conditions du débat social sur les facteurs de risque, l'éclairage des conséquences potentielles sur la santé et les stratégies de prévention dans et hors des entreprises.

- Pour le Collectif « Pour une autre médecine du travail », le bilan des crises sanitaires récentes (amiante, ESB, sang contaminé, éthers de glycol...) impose de distinguer clairement :
- **une fonction de veille, d'alerte, d'information et de formation en santé au travail**, exercée aujourd'hui par des professionnels dans plusieurs institutions. Il s'agit d'une mission de santé publique dans l'intérêt exclusif de la santé des travailleurs.

L'identification et la hiérarchisation sanitaire des risques qu'elle permet est un préalable à l'exercice des responsabilités **des employeurs** face aux risques auxquels les travailleurs sont exposés, et **de l'Etat**, au titre de sa mission d'ordre public, notamment à travers l'organisation de la fonction de contrôle assurée par l'inspection du travail ;

- **une fonction de gestion des risques professionnels** exercée aujourd'hui par les employeurs avec l'appui de plusieurs institutions ou de services présents directement dans l'entreprise. Il s'agit d'un dispositif technique dont l'objectif est d'assurer l'hygiène et la sécurité.

L'IDENTIFICATION DES RISQUES

et la prévention en santé au travail ne peuvent être effectuées par les seuls médecins du travail.

D'autres professionnels de la santé au travail ont également un rôle à jouer pour les risques organisationnels ou environnementaux : ergonomes, toxicologues, hygiénistes, psychologues, infirmiers du travail...

Le Collectif constate que l'exercice de la pluridisciplinarité découlant de l'article 7 de la directive de 1989 est facilité par l'article 64 bis du projet de loi de modernisation sociale actuellement en discussion, qui favorise la phase d'évaluation technique des risques par la collaboration institutionnalisée entre l'ANACT, la CRAM et les services de médecine du travail. Cette proposition en tant que telle permet la transposition en droit français de la Directive de 1989. On appelle ce système « grande pluridisciplinarité ».

Si l'article 7 de la directive de 1989 n'impose pas que les compétences contribuant aux différentes phases de « l'évaluation des risques », identification et hiérarchisation des risques d'un côté, gestion des risques de

l'autre, s'exercent dans la même structure, il implique de faciliter les approches pluridisciplinaires.

La transposition en droit français de cette disposition par l'article 64 sexies du projet de loi de modernisation sociale, qui prévoit la création de services de santé au travail en substitution des services de médecine du travail pour exercer l'ensemble des activités de prévention en santé au travail, n'apporte aucune clarification sur la fonction de gestion des risques.

LA CREATION DE SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

n'est envisageable qu'aux conditions suivantes :

- les professionnels non médicaux, chargés de la prévention technique et organisationnelle, disposent d'un statut d'indépendance garantissant leur mission du point de vue exclusif de la santé ;
- l'intervention en entreprise des professionnels chargés de la prévention technique et organisationnelle est placée sous le contrôle social des commissions de contrôle des services d'une part, et des CHSCT et, à défaut, des DP d'autre part ;
- un délit d'entrave est institué pour l'ensemble des professionnels en santé au travail, médecins, infirmières, hygiénistes et ergonomes...

A défaut de ces conditions, ce qui est le cas avec l'article 64 sexies, la substitution des services de médecine du travail par des services de santé au travail constitue :

- un affaiblissement des services de médecine du travail et une aggravation de la situation actuelle en mélangeant « identification des risques » et « gestion des risques ».

Le Collectif peut, d'ores et déjà, annoncer les éléments de dégradation suivants :

- la dépendance des pratiques de prévention des médecins du travail aux orientations prises par la majorité de gestion administrative et organisationnelle du service (cf article 64 sexies : « les services de santé au travail font appel en liaison avec les employeurs à... »). Le projet du gouvernement introduit ainsi une hiérarchie administrative décisionnelle se substituant aux orientations médicales techniques à

travers les directeurs patronaux des services qui pourront, à la demande des employeurs adhérents, passer directement des conventions avec d'autres organismes de santé au travail ;

- les responsables du service de santé au travail deviennent des acteurs de prévention en liaison exclusive avec les employeurs, sans forcément prendre en compte les responsabilités et rôles des professionnels de la santé au travail de ces services, certains ayant un statut (les médecins), pas les autres (spécialistes environnementaux et organisationnels). Il résulte de cela des contradictions professionnelles explosives et une subordination de la prévention aux seuls intérêts des employeurs ;
 - la cohabitation dans le service de santé au travail de médecins du travail, chargés de l'identification des risques et du suivi sanitaire individuel et collectif, et de professionnels sans statut et utilisés par les employeurs à la gestion des risques ;
 - la cohabitation possible dans des services de santé au travail, de médecins experts de l'employeur sans statut de médecin du travail, à côté des médecins du travail en situation de conseillers. La situation actuelle des médecins chefs des services autonomes la préfigure. Rappelons que le code de déontologie médicale ne permet pas à un même médecin d'être en même temps conseiller et expert ;
 - la réduction des moyens de fait, puisque la prévention non médicale nécessaire se développerait au détriment des moyens alloués antérieurement à l'intervention médicale.
- Un affaiblissement des possibilités d'intervention des salariés et de leurs représentants. Ce projet permet pour la première fois de faire exécuter des activités d'études des conditions de travail hors de tout contrôle social (CHSCT, DP...), sans information même de la médecine du travail. Rien n'est prévu pour assurer le contrôle social des professionnels qui ne sont pas chargés du suivi médical individuel.

Pour développer un système de Santé au travail partie prenante d'une politique de santé publique, plusieurs conditions doivent être réunies :

- rendre l'identification des risques et la veille sanitaire indépendante de la gestion des risques par :
 - la définition claire des missions ;
 - l'octroi d'un statut d'indépendance à tous les professionnels de la santé au travail, garantissant leur mission du point de vue exclusif de la santé ;
 - une gestion non majoritairement patronale des structures où ils exercent, et la mise en œuvre d'une gestion par une majorité de salariés élus (représentants syndicaux, associatifs, mutualistes...). Un type d'agence spécifique devrait être mis en place ;

- le développement d'un contrôle social de l'activité des professionnels de santé, y compris de leur exercice individuel en cas d'investigation clinique.
- supprimer la subordination des pratiques professionnelles des médecins du travail à la sélection biologique et comportementale de la main-d'œuvre par l'aptitude, tout en préservant les préconisations médicales individuelles d'aménagement de postes de travail et les inaptitudes thérapeutiques dans le seul intérêt de la santé d'un salarié.
- en conclusion, répondre à une indéniable mission de service public correspondant d'une part aux attentes qualitatives des bénéficiaires et, d'autre part, à une meilleure cohérence de notre système de santé sans oublier les médecins de prévention.

Les membres du collectif « *Pour une autre Médecine du Travail* »

Association L.611-10

Association Villermé

Association SMT : Santé et Médecine du Travail

FMF : Fédération des Mutuelles de France

FNATH : Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés

SNMEG : Syndicat National des Médecins EDF-GDF

SNMPT : Syndicat National Professionnel des Médecins du Travail

UGICT-CGT

Secrétariat : 12, impasse Mas 31000 Toulouse, tél. 05 61 99 20 77 - fax 05 61 62 75 66

LA REFORME AVORTEE DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

La loi de modernisation sociale adoptée par le Parlement en décembre 2001 n'a pas apporté l'indispensable réforme de la Médecine du travail.

Et comment pouvait-il en être autrement en absence de tout débat politique sur la santé au travail. Comment pouvait-il en être autrement de la part d'un gouvernement qui considère que la santé au travail peut être un objet de négociation sociale, alors qu'elle relève de l'ordre public social. Comment pouvait-il en être autrement de la part d'un gouvernement qui considère qu'il n'y a pas de demande sociale sur cette question, malgré les crises de l'amiante, des éthers de glycols, de l'indemnisation dérisoire des victimes des AT-MP, etc. Comment pouvait-il en être autrement de la part d'un gouvernement qui considère qu'accorder le délit d'entrave pour les freins aux activités par les employeurs des médecins du travail reviendrait à leur donner un statut aussi protecteur que les représentants du personnel !

Résumons cette position politique affligeante : la santé au travail, au prétexte qu'elle se construit dans le champ clos et vide de citoyenneté de l'entreprise, doit être gérée majoritairement par les employeurs au prétexte qu'ils financent la prévention des risques qu'ils génèrent. La santé

au travail dans ce cadre est seulement un objet de négociation sociale, par le bas ou par le haut selon qu'il y a du grain à moudre !

Nous pensons tout au contraire que la médecine du travail, de même que l'ensemble des pratiques préventives des professionnels chargés de la prévention des risques organisationnels ou techniques, est une question de santé publique. La responsabilité de l'Etat, garant de l'ordre public social, doit être d'assurer son ancrage dans un système de santé publique en santé au travail entièrement rénové :

- où les coûts du système de prévention sont exclusivement à la charge des employeurs ;
- où les services de santé au travail, clairement disjoints de la gestion des risques sont administrés par une majorité de salariés ;
- où les pratiques de l'ensemble des professionnels sont soumises au contrôle social dans le respect de leur indépendance technique ;
- où l'identification et la pondération de l'importance des risques pour la santé est dissociée de la « gestion des risques » de la responsabilité de l'employeur ;
- où est supprimée la sélection biologique et comportementale de la main d'œuvre par l'aptitude ou « l'absence de contre-indication médicale ».

La plate forme du « Collectif pour une autre médecine du travail » (présentée dans ce numéro) a rassemblé les conditions minimales que devrait prendre en compte la réforme de la médecine du travail.

Malgré cela, la loi de modernisation sociale a ouvert la possibilité de construction d'un statut d'indépendance de l'ensemble des professionnels de la santé au travail. Les décrets « attentistes » qu'a depuis mis en chantier le gouvernement, peuvent éventuellement apporter quelques avancées. Mais faut-il élaborer à la vas-vite des décrets, en lieu et place d'une réforme majeure de la médecine du travail qui n'a pas eu lieu depuis cinquante ans ?

L'importance des atteintes à la santé au travail est telle aujourd'hui, avec les évolutions actuelles de l'organisation du travail qui voient se cumuler contraintes industrielles et contraintes commerciales sur fond d'intensité du travail et de banalisation des pollutions professionnelles exemptées du principe de précaution, que c'est le système de santé au travail qu'il faut entièrement repensé. Cela immanquablement entraînera de revisiter un système médical tourné tout entier vers la thérapeutique, et au mieux sur le dépistage secondaire. Le développement des inégalités sociales de santé en démontre amplement la nécessité.

QUELQUES REMARQUES SUR LES CHANTIERS OUVERTS PAR LES PROJETS DE DECRET SUR LA MEDECINE DU TRAVAIL ET LES PROPOSITIONS QUE LA SMT APPUIE AVEC LE COLLECTIF POUR UNE AUTRE MEDECINE DU TRAVAIL

Les arguments suivants ont été développés lors d'une rencontre avec le Ministère de l'emploi et de la solidarité en février 2002 :

- **Aptitude, et non contre indication aux CMR.** Nous avons développé dans un autre article nos arguments face « aux sur-risques résultant d'une sensibilité personnelle ». Malgré ce qu'il a produit au Conseil d'Etat, la conviction du ministère ne serait pas encore arrêtée ! Le rapport des médecins inspecteurs sur l'aptitude quant à lui sera rendu public comme un élément du débat.
- **Statut des professionnels de santé au travail non médecins du travail.** Nous avons demandé un alignement sur le statut de médecin du travail.
- **Allègement de la périodicité des visites médicales dissociée du débat sur les garanties et sur les moyens alloués aux médecins du travail.** Nous avons dit qu'on ne pouvait disjoindre les deux débats,

que nous n'étions pas dupe de la manœuvre de transfert des coûts de la médecine du travail pour financer les autres approches professionnelles (par ailleurs justifiées). Nous avons esquissé une piste politique du côté de la forfaitisation du nombre de salariés suivis par médecins du travail temps plein. Socle de garanties sur lequel l'administration pourrait fournir selon les secteurs professionnels des éléments sur les contraintes et déterminants du travail à partir des chiffres de la DARES, enquête SUMER, et du côté santé à partir de données sur les inégalités sociales professionnelles par branches. Resterait à définir le nécessaire débat par branches, sans subordonner l'ordre public à la négociation sociale, car la santé au travail n'est pas un terrain de négociation, les améliorations ne peuvent être qu'en plus.

- **Médecin coordonnateur des services de médecine du travail,** généralement en charge de la politique de l'employeur et contrôle -frein des médecins du travail. Nous avons défendu l'idée que cette fonction n'a pas lieu d'exister, et que sous son aspect positif il s'agit en fait d'une fonction élective par les pairs, donc de médecin délégué élu. Que d'autre part le Code de déontologie interdit au médecin du travail d'exercer une double activité, expert de l'employeur et médecin du travail. On risquait donc de se retrouver avec une nouvelle action en annulation de texte...
- **Commission médico-technique.** Nous avons défendu l'idée, ou bien qu'il s'agissait d'un travail entre professionnels (médecins et spécialistes de santé au travail). Alors l'employeur n'a rien à y faire. Mais que c'était positif d'en reconnaître ce temps nécessaire de construction de règles professionnelles et d'élaboration d'action et d'enquêtes collectives ; il devrait en résulter la prise en compte des propositions des professionnels par l'employeur et par le contrôle social. Ou bien, si l'employeur en faisait partie, c'était, ou une opération de subordination de l'indépendance technique des professionnels par l'employeur, ou une structure parallèle au contrôle social.
- **Commission de contrôle.** Aujourd'hui ce n'est pas un vrai contre-pouvoir, pas de moyens, pas de statut de l'élu, etc. Structure croupion et alibi. Et ne réglant rien à la remise en cause de la majorité de gestion patronale des services de médecine du travail.
- **Organisation du travail et santé psychique.** Nous avons souligné les nombreuses dérives ou absence de projet politique sur ce thème. Le vide juridique, non réglé par les textes sur la pluridisciplinarité, pour les interventions « psy » par entretien individuels sans aucun statut, sur les lieux de travail. Nous avons souligné la ligne jaune

que représentent les entretiens psychologiques explorant la vie privée. Nous avons souligné aussi que les discussions actuelles sur un éventuel statut des intervenants en santé au travail font complètement l'impasse sur ce point. Or, il y a une brèche avec la mode des interventions psychologiques en situation de catastrophe hors réglementation, qui ouvre la porte à l'employeur et à ses experts en psychologie. De petites dérives en petites dérives...

- **La nécessité de reconnaissance de la « dépression réactionnelle professionnelle » en maladie professionnelle.** On vient en effet de faire une loi sur le harcèlement moral professionnel, mais une de ses conséquences, la dépression réactionnelle professionnelle n'est pas reconnue.

- **La nécessité d'inscrire dans le projet de décret la possibilité aux médecins du travail de participer à des « enquêtes collectives de psychopathologie du travail »**, seul terrain professionnel non ouvert formellement au travail coopératif, contrairement aux enquêtes épidémiologiques. Ce serait une incitation forte et permettrait aussi de sortir des tentations psychothérapeutiques sur les lieux de travail, qui n'ont rien à voir avec la fonction de médecin du travail.

Dominique Huez

INEGALITES SOCIALES : DES FEMMES

L'exemple qui est ici présenté porte résolument le regard sur la strate des rapports sociaux de sexe dans le travail, dans leur rapport avec la santé, éclairant une modalité particulière des rapports sociaux de travail en général, dans ce même rapport.

LUCIE

Lucie a 20 ans. Elle est titulaire d'un « bac-pro mécanique-productique ». Ses premières expériences professionnelles se font par la voie de l'intérim. Dans une entreprise de grosse mécanique, on lui propose un poste d'opérateur, ou plutôt d'opératrice, à l'atelier d'usinage, en 2x8 mais en fait en 2x7,43, depuis les 35 heures. Elle est la seule femme d'un atelier de 57 hommes. Elle est aussi la première femme qui se présente avec un « vrai » contrat de travail. Jusqu'alors, les seules quelques rares femmes que l'on avait vues passer étaient des stagiaires, et cela, sur de très courtes durées ; donc, pas de vraies travailleuses. Lucie est la plus jeune. La moyenne d'âge de l'atelier est de 46 ans et l'ancienneté moyenne y est de 22 années.

La première fois que je la vois - ou plutôt que je l'aperçois -, c'est à l'occasion d'un de mes déplacements dans l'atelier, pour une étude d'un poste voisin du sien. Un peu ronde, plutôt petite, elle fait un peu « homme » dans son bleu de travail. En passant près d'elle, le responsable d'atelier qui m'accompagne, appelé « Sergent Garcia » en langage culturel d'entreprise,

l'apostrophe ainsi : « *Faut prendre la cadence ! Hein ?* »

A la demande du « Sergent Garcia », je la reçois en consultation médicale quelques semaines plus tard, car, depuis quelques jours, Lucie souffre du coude droit et elle a de plus en plus de mal à manipuler les bielles. Son travail consiste en effet à usiner et à laver des bielles qui pèsent entre 2 kg et 2,200 kg chacune. Elle présente tous les symptômes d'une épicondylite aiguë.

Sur le moment, je ne m'étais pas trop interrogée sur les raisons de l'apparition d'un personnel féminin dans cet atelier de mécanique lourde traditionnellement réservé aux hommes. C'est l'infirmière qui m'éclaire sur l'origine de cette nouvelle politique : « *On a voulu faire des essais avec des femmes ; les "Austra" ont demandé à ce qu'il y ait plus de femmes à l'usine* ». Comme vous l'aurez compris, la direction de l'établissement est australienne.

En présence de l'agent de maîtrise, dont le grade est inférieur à celui du « Sergent Garcia », j'analyse la tâche de Lucie. Je m'aperçois ainsi qu'elle manipule, au minimum, 7 tonnes de bielles par jour de la main droite et tout cela sans compter les efforts pour tirer ou pousser les chariots de bielles.

Propos de l'agent de maîtrise : « "On" l'a prise quand même bien qu'elle ait eu l'honnêteté de nous dire que l'entreprise précédente ne l'avait pas gardée parce qu'elle était trop lente. Ses collègues l'ont un peu aidée au début puis ils ont arrêté car elle ne prenait pas le rythme. Et puis,

elle s'absentait de plus en plus souvent de son poste. »

Propos des collègues occupant des postes de travail voisins : « C'est pas un travail pour une femme, même pour nous c'est difficile, et puis, c'est pas le plus intéressant ! »

Pour eux, le mot « intéressant » a deux sens. D'une part, l'activité est tellement répétitive, qu'elle ne fait appel à aucune expression créatrice ni à aucun savoir-faire de métier et, d'autre part, elle est la plus mal rémunérée de l'atelier.

J'adresse donc Lucie à son médecin traitant pour soins et arrêt de travail. Je lui remets aussi un imprimé de déclaration de maladie professionnelle, imprimé qu'elle montrera au « Sergent Garcia ». C'est d'ailleurs probablement à ce propos, qu'une demi-heure après, je vois le responsable de sécurité se précipiter dans mon bureau. D'un ton autoritaire et crispé, avec une interrogation appuyée, il me demande : « *Il ne s'est rien passé ce matin ?* » Je sais que chaque déclaration de maladie professionnelle déclenche chez lui un véritable syndrome délirant...

Le contrat de Lucie, qui arrive à échéance quelques jours après son arrêt, ne sera pas renouvelé. L'infirmière me dit : « *Ils ne reprendront sûrement pas de femmes !* »

Dans cette histoire, tout porte à croire que le mot d'ordre de mise en place d'une mixité en production n'était pas souhaitée par la hiérarchie. Le parcours de Lucie ressemble bien à un subtil sabotage du projet. Pourquoi a-t-elle été sacrifiée et comment ?

L'industrie des gros matériels du BTP et de l'agriculture et, en particulier, les ateliers d'usinage font appel à un travail de nature essentiellement technique ne mobilisant, *a priori*, qu'un savoir pragmatique, rationnel, relevant des connaissances scientifiques et de l'ordre du machinisme. Les émotions, les affects, l'attention à l'autre sont des sentiments qui, soi-disant, en perturbent la maîtrise. Ils ne font pas partie du tableau des qualités requises pour être en conformité avec ce modèle. C'est ce que Christophe Dejourn appelle le « positivisme viril » et c'est aux hommes que sont attribuées ces caractéristiques qualifiées de « naturelles ». Pour « mériter » ces attributions dites « naturelles », les hommes sont censés ne présenter aucun signe de faiblesse ni de défaillance, aucune sensiblerie. Mais, justement, cela n'est pas inné. Pour cela il faut un long apprentissage qui part des relations parentales, se poursuit dans la cour de l'école et qui passe par les collectifs d'hommes ; « la maison des hommes » comme le commente Daniel Welzer-

Lang. Et les femmes y participent largement en ce qu'elles assument tout ce qui relève de l'entretien du corps et de la santé de l'homme au niveau de la sphère domestique. C'est ce que Christophe Dejourn appelle la « biodisponibilité » et c'est ce qui explique le choix préférentiel de la main-d'œuvre masculine.

Historiquement, la vie de l'atelier s'est donc organisée autour d'une communauté d'hommes dont la « biodisponibilité » a permis des constructions identitaires fortes du côté des stéréotypes de la virilité. L'arrivée de femmes pourrait déstabiliser ces constructions.

De même, l'arrivée de femmes pourrait complexifier les rapports salariaux en risquant de les sexualiser, le personnel féminin étant toujours moins bien rémunéré que les hommes dans le monde industriel au nom du principe de domination qui régit les rapports sociaux de sexe. Et même la hiérarchie peut être à la merci de tous ces dangers. Autre stéréotype : « *Les femmes font des histoires, elles sont jalouses !* » Arbitrages que la maîtrise redoute. Et voilà quelques bonnes raisons qui expliquent cette rétivité à l'embauche de femmes. Il fallait, au plus vite, démontrer que, décidément, cette idée était insensée. Il a suffi pour cela :

- de choisir un poste de travail très pénible physiquement et surtout peu qualifié ;
- d'escamoter une période légitime d'apprentissage ;
- d'imposer une cadence intenable à cause d'un rythme propre plutôt lent, alors que Lucie avait signalé cette caractéristique ;
- de ne pas tenir compte de sa petite taille en l'installant devant un plan de travail trop haut, lui martyrisant ainsi bras et épaules. On pourrait même dire qu'on a utilisé la discordance entre sa morphologie et le concept du poste de travail pour la « casser » en lui imposant un usage de soi maltraitant.

Évidemment, faut-il le dire, il existait bien sûr, dans cet atelier d'usinage, plusieurs postes de travail que des femmes qualifiées comme Lucie, étaient capables de tenir avec succès. L'affaire, rondement menée, a été réglée en quelques semaines.

Une interrogation subsiste : comment interpréter l'apparent mutisme des compagnons de l'atelier sur ce fulgurant rejet. En dehors d'un timide commentaire d'ordre moral qui recadre un débordement, on ne peut pas dire qu'ils aient apporté un franc soutien à Lucie. Accord tacite, accord implicite d'une classe sociale de la communauté masculine, unie avec une autre, dans un même mouvement ségrégatif non verbalisé et non « verbalisable » car pas même pensé verbalement, tel est probablement le sens de leur silence. L'exemple des chantiers navals de S^t-Nazaire où l'introduction massive de femmes soudeuses a profondément bouleversé les pratiques professionnelles et les rapports

sociaux de travail des collectifs masculins, pourrait conforter cette hypothèse.

Cette monographie, taillée à la hache, certes, mais réelle, nous permet de proposer une généralisation pouvant aider à comprendre les entrelacs mêlant processus de création des inégalités de santé au travail et rapports de genre. Le fait d'imposer des normes et des règles de travail aussi rigides et aussi peu respectueuses de la physiologie de la personne retirait à cette dernière toute possibilité de la moindre autonomie régulatrice des contraintes de ce milieu de travail. Si on considère que, dans la définition de la santé, on introduit la liberté et la possibilité de pouvoir se mouler à tout nouveau contexte environnemental, alors, le pari était gagné que, dans la situation proposée, le corps n'y résisterait pas. Il suffit d'ajouter à cela l'application de certaines des caractéristiques de la division sexuelle du travail, c'est-à-dire que, le fait d'avoir affaire à une femme, a permis de forcer le trait sur la qualité des contraintes, ici la répétitivité et la cadence, et sur la fonctionnalité inappropriée du poste de travail, ici aussi, comme ailleurs, on savait que les femmes endurent et se taisent. Par effet d'accumulation, la maladie est survenue dans un temps record.

Dans le destin biographique de Lucie, l'incorporation physique et psychique de cette expérience douloureuse, quasi-expérimentale, sera probablement assez longue à s'effacer, si elle s'efface jamais, car l'épreuve physique planifiée en rapport avec son genre a eu raison de sa santé.

Michelle Poitevin

LES PALETTES

Premier tableau

Cette nouvelle entreprise de restauration de palettes s'installe dans les bâtiments d'un maraîcher qui vient de faire faillite. Quatre salariés y travaillent. Un seul est en CDI. Il est le plus âgé. Il a presque 50 ans. Il fait fonction de responsable d'atelier car le directeur ne passe qu'une fois par semaine, une autre entreprise et sa résidence le retenant dans une autre région. Ce salarié vient de quitter le métier de vendeur-livreur en poissonnerie où il travaillait dix à onze heures par jour, soit de 1 h du matin à midi environ. Il dormait peu, et ce rythme de travail commençait à perturber sa vie. C'est la raison pour laquelle il a démissionné. Cependant, aucune pathologie d'ordre physique n'est signalée. Les trois autres salariés sont en CDD. Ils sont dans un parcours de précarité sans fin

qui dure depuis des années. Ils sont jeunes. Ils ont moins de 35 ans.

Toute la journée, ces gens trient et réparent des palettes. Aucun rendement n'est imposé. Aucune tenue de travail n'est fournie, ni aucune protection contre le bruit, ni aucune prévention des fréquents accidents de travail qui blessent les mains et les pieds. Ce qui est décrit comme cadre de travail semble venir d'un autre âge, hors du temps actuel.

Voici ce que, le médecin présentera à l'employeur par l'intermédiaire de sa fiche d'entreprise : « *C'est un désastre ! Il n'y a aucun point d'eau potable. Un seul robinet existe dans l'atelier, il apporte l'eau d'un forage dont personne ne connaît la qualité ! Durant une journée de labeur, ces hommes doivent s'hydrater. Comment font-ils ? Quant aux toilettes, elles ne fonctionnent pas. Comment font les salariés sur une journée de travail ?... La cour ?... entre deux piles de palettes ?* »

Une personne prend ses repas sur place, dans un local sordide, sale, non chauffé, sans eau, évidemment. Elle dispose d'un réchaud mais apporté par ses soins. Il n'existe pas de réfrigérateur.

Les manutentions sont permanentes, elles sont importantes. C'est ce qui explique le mot « labeur » employé ci-dessus. Les palettes les plus lourdes pèsent au moins 25 kg. Elles sont toutes manipulées plusieurs fois :

- au moment du tri,
- au moment du contrôle,
- au moment du démontage,
- au moment du remontage,
- au moment du tri après réparation.

Il n'existe aucune aide à la manutention en dehors du chariot élévateur qui permet l'empilage, le ravitaillement et l'évacuation des postes de travail ».

Le médecin du travail conclue : « *Ces conditions de travail m'autorisent à vous prédire que les manutentions ci-dessus décrites n'épargneront, à la longue, aucun salarié, puisque l'hypersollicitation de leurs muscles et de leurs tendons est permanente. Les conséquences pathogènes en seront inéluctables en premier au niveau de leurs épaules et de leur colonne vertébrale.* »

Si, à la connaissance du médecin, les CDD qui sortent de l'entreprise à la fin du second contrat n'ont pas subi de « casse » corporelle, tel n'a pas été le cas du CDI. Au bout de trois années d'activité, un premier arrêt pour une première sciatique survient, suivi de plusieurs autres pour des problèmes lombaires qui se chronicisent. Cinq années après son embauche, on le retrouve à faire de l'intérim. Il a alors plus de 50 ans.

Second tableau

Cette autre entreprise de restauration de palettes s'installe dans des bâtiments qu'elle conçoit et construit. Sol goudronné à l'extérieur comme à l'intérieur, sites d'empilage bien délimités au sol, voies de circulation balisées, lignes de contrôle et de réparation des palettes automatisées et conçues pour faciliter les gestes des opérateurs, tenues de travail et de protection fournies, obligatoires à la prise du poste, tout est pensé pour faciliter le travail.

L'usine fonctionne à plein régime au point que la présence de salariés intérimaires est rendue indispensable et quasi-constante. Ce qui est curieux, c'est que ces intérimaires soient si fréquemment renouvelés. Il n'est pas rare qu'ils arrêtent la mission au bout de deux ou trois jours de travail. Il n'est pas rare non plus de constater un amaigrissement de 5 à 8 kg après un mois d'activité. C'est un travail d'athlète expliquent-ils au médecin !

Ce qui est vrai !

Il faut savoir que trois formes de palettes sont traitées : les petites – 17 kg -, les moyennes – 27 kg -, les grosses – 37 kg. Le poids augmente si elle sont mouillées. Par exemple les grosses approchent 50 kg. Le travail est divisé en tri et en restauration. Un rendement est exigé. En réparation chacun traite une catégorie de taille. Il faut traiter, en moyenne 160 grosses palettes par jour, ou 350 petites. Il en est de même au tri, 200 grosses palettes par jour ou bien 900 petites palettes sont demandées.

Tout rendement dépassé donne droit à une prime : jusqu'à 1 500F pour 1200 petites palettes triées par jour. Les salariés trouvent qu'ils gagnent bien leur vie.

La moyenne d'âge ne dépasse pas 30 ans, même avec les années qui s'écoulent. Des intérimaires sont régulièrement embauchés.

Tout médecin du travail est mis en alerte par un rythme aussi effréné. L'entreprise aussi. C'est pourquoi tout un programme de prévention des lésions par efforts répétitifs est amorcé dans un double souci d'ordre sanitaire et de mise en place d'un label qualité. Il est donc demandé au médecin du travail de bien vouloir participer à l'information des salariés sur la prévention des risques de TMS mais en se référant à un document d'information réalisé par l'entreprise. Il lui est aussi demandé de faire signer, à chacun, un formulaire attestant que la société a satisfait à son devoir légal d'information.

Le document réalisé sur lequel le médecin devrait s'appuyer pour porter l'information sur la prévention des risques des manutentions manuelles :

- est explicatif : « Lorsqu'un mouvement se répète trop souvent, les tissus demandent encore plus de temps pour s'en remettre » ;
- il est porteur de conseils :
 - Par exemple : « En modifiant les mouvements habituels que vous utilisez au

travail, vous pouvez maîtriser répétitions, effort, pression, etc. »

- Ou bien : « Contrôlez votre rythme et accordez le temps nécessaire à votre corps pour s'en remettre. Si possible, mettez-vous debout, étirez-vous de temps en temps. »
- Ou encore : « Prenez des pauses pour vous rafraîchir. » ;
- il propose des soins :
 - « Les compresses chaudes et les ultra-sons qui fournissent de la chaleur aux blessures musculaires profondes, sont préconisés. » ;
 - « L'aspirine et d'autres médicaments d'application générale, ainsi que des piqûres peuvent contribuer à réduire les inflammations et les douleurs » ;
- et pour conclure, il met en garde sur le contenu de la vie hors travail :
 - « Souvenez-vous : vos loisirs aussi empireront parfois les TMS. Recherchez à faire reposer les muscles utilisés au travail ou cherchez à vous en servir d'une autre façon. »

Il est à noter que l'inversion des rôles est amusante car, bien sûr, c'est le médecin qui est le conseiller dans l'élaboration des informations et c'est l'employeur qui a la responsabilité de les transmettre.

Le médecin n'a pas fait signer de formulaire d'attestation, mais il a fait une étude de poste au tri des palettes en appliquant la méthode de la recommandation CNAM-R.344. Conclusion de l'analyse : la manutention est en zone « inacceptable ».

Malgré tout, cette entreprise essaie par tous les moyens de réduire les effets délétères des gestes répétitifs et des manutentions manuelles en fournissant un maximum de protections individuelles, en ne limitant pas les formations, en aménageant au mieux les postes de travail, en mécanisant ce qui peut l'être, mais, tout cela sans toutefois diminuer le rythme de travail puisqu'au contraire elle récompense son accélération ; et c'est ce résidu du travail qu'on n'interroge surtout pas et qui est passé sous silence, résidu irréductible, épuré des activités parasites et réputées pénibles, sélectionnant les seuls gestes efficaces qui font appel au jugement et au savoir faire de l'homme.

Discussion

Ces deux exemples peuvent être l'occasion de s'interroger sur la subtilité des processus de maintien voire d'aggravation des inégalités sociales de santé, dans le cadre du travail.

Dans le premier tableau, la saleté et la pollution mettent en décalage socioculturel une entreprise dont le mouvement de civilisation a pris un énorme retard dans le domaine de l'hygiène. Les travailleurs qui y seront embauchés

incorporeront cette image. N'accepterons donc de s'y proposer que des salariés ayant peu de possibilités de choix, en déqualification, aux parcours professionnels chaotiques, acceptant des travaux réputés usants et mal rémunérés. Bien que disposant de réelles marges de manœuvres pour utiliser leur corps de la manière la plus appropriée et la plus protectrice possible, puisqu'ils ne travaillent pas au rendement, ils ne peuvent manquer d'identifier quelque chose d'eux-mêmes à une entreprise à laquelle ils ne souhaitent pas ressembler. C'est un état antérieur, marqué par des avatars divers, qui détermine leur situation professionnelle choisie par défaut. Et à la longue, bien sûr, des traces corporelles seront surimprimées sur des personnes déjà fragilisées par des parcours professionnels inscrits dans la pénibilité car le travail reste physiquement très dur.

Dans le second tableau apparaît au contraire une entreprise policée et moderne, employant des salariés jeunes, qui « en veulent », bien portants et bien rémunérés, effectuant un travail pour lequel on porte grande attention dans un objectif annoncé de protection et de qualité, mais qui, en réalité, pousse la rationalisation des gestes et des postures jusqu'à une épuration extrême. En conséquence, on assiste à la véritable mise en place d'un système de « sélection-éjection » particulièrement efficace et rectiligne. La partie nocive des conditions de travail est rendue opaque voire invisible aux yeux même des opérateurs par un effet d'aveuglement que l'on doit à l'énorme déploiement de moyens pour développer l'amélioration de l'hygiène, de la propreté et de la sécurité. L'excès exigé dans le rythme et l'intensité du travail est camouflé par l'attirante accroche que procure la netteté des lieux, l'étude attentive à réduire la pénibilité de certains gestes et de certaines postures, l'attention portée à tout incident ou tout accident et l'attention portée à la santé en l'individualisant. Attentions ambivalentes et trompeuses qui dupent ceux-là même qui y sont confrontés. Pour résumer, ce n'est pas le travail qui est mis en vitrine, c'est son cadre.

Il n'empêche que les corps sont marqués et que la main-d'œuvre se renouvelle en douceur.

On pourrait imaginer que l'évolution managériale diminue les inégalités sociales de santé en contrôlant au plus près les facteurs de risques professionnels tant est convaincante l'espèce de propagande qui porte l'attention à la santé comme mode de gestion prioritaire. En réalité, soyons très prudents et très critiques devant ces effets d'annonces, en analysant les enjeux et les mobiles qui les justifient et en explorant certains aspects de la santé dont on ne parle pas. Ne laissons pas détourner notre attention vers des leurres qui occulteraient des situations sanitaires aggravées. Il n'est pas certain que, dans l'entreprise moderne, les « athlètes » un peu « cassés », ayant quitté ce travail, n'en conservent des handicaps tout au long de leur vie. Au bout du compte, il n'est pas sûr qu'ils aient été plus préservés que ceux de l'entreprise insalubre.

Conclusion

Dans l'entreprise moderne, en termes de ressources, à première vue, tout le monde y gagne, mais est-ce que tout le monde y gagne la même chose ? C'est une question de niveau.

Alors, si on a le choix, à salaire inégal, vaut-il mieux travailler dans la crasse en se protégeant peu des nuisances physiques mais en ayant des marges de manœuvres suffisantes pour protéger son corps de l'usure en l'utilisant de façon appropriée, ou faut-il travailler dans un écrin en se protégeant parfaitement de toutes ces nuisances, mais en étant soumis et même en accélérant la marche forcée de l'organisation du travail mise en place ?

Quand on est médecin du travail on ne peut pas ne pas se poser toutes ces questions.

Et pour clore l'histoire, au bout de sept années d'activité, l'établissement insalubre a fermé ses portes pour cause de dépôt de bilan.

*Françoise Michaud, Fabienne Bardot
29 août 2001*

RENDRE VISIBLES LES FACTEURS DE RISQUE DES ORGANISATIONS DU TRAVAIL GRACE A LA FICHE D'ENTREPRISE

Les techniques nouvelles de conduite d'entreprise qui visent, dans un contexte de concurrence à diminuer de façon importante les coûts, en particulier, en instituant la compétition à tout niveau et reposant sur la motivation individuelle et collective des salariés ne peuvent pas être neutres pour la santé.

On peut aussi se rappeler que l'organisation pilote de la période économique précédente, le taylorisme, dont un des principes, selon la boutade de son créateur, était que le salarié était sensé laisser son cerveau au vestiaire en même temps que son chapeau, a eu de graves conséquences sur la santé physique et psychique des salariés qui y étaient soumis.

On remarquera également que de nombreux travaux sont maintenant disponibles sur l'influence des nouvelles organisations du travail et de leur management¹⁸ pour la santé, en particulier pour la santé psychique.

L'article L.230-2 du Code du travail fixe les obligations du chef d'entreprise ou d'établissement en matière de protection de la santé des travailleurs. Ces obligations ne s'arrêtent pas aux seules conditions environnementales du travail. L'organisation du travail est directement concernée (L.230-2, II d, g et III a¹⁹). Se pose alors la question des

¹⁸ « Le management peut être défini, en se référant à Michel Foucault, comme « une technologie politique »: il s'agit d'un dispositif organisateur de discours qui guident des actes, d'un savoir inscrit dans des techniques verbales et mentales qui produit du pouvoir » MISPELBLUM F., *Au delà de la qualité, démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Syros 1995.

¹⁹ **Art. L. 230-2 extraits (...)** II- Le chef d'établissement met en oeuvre les mesures prévues au 1 ci-dessus sur la base des principes généraux de prévention suivants :(...)

d) Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé (...)

g) Planifier la prévention en y intégrant dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants (...)

III - Sans préjudice des autres dispositions du présent code, le chef d'établissement doit, compte tenu de la nature des activités de l'établissement :

critères permettant d'évaluer l'application de ces dispositions. Des règlements spéciaux ou des normes sont disponibles pour les risques environnementaux. Pour l'organisation du travail l'absence de critère explicite constitue un frein à l'action préventive.

Pour sa part le médecin du travail investi de la mission d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail va devoir développer à la fois des activités de veille sanitaire de la communauté de travail et en amont une identification des facteurs de risque dans un souci de prévention primaire. Dans cet objectif il va devoir rédiger et tenir à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement²⁰. Il n'est pas chargé d'évaluer les risques ce qui demeure une obligation des employeurs. Il aide à cette évaluation, du point de vue de la santé, en analysant les facteurs de risque, soit à priori, si nécessaire en faisant procéder à « des prélèvements et des mesures aux fins

-
- I. a) Évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail; à la suite de cette évaluation et en tant que besoin, les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production mises en oeuvre par l'employeur doivent garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs et être intégrées dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement (...)

²⁰ L'article R.241-41-3 du Code du travail précise: " Dans les entreprises et établissements de plus de dix salariés, le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise, sur laquelle sont consignés notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés exposés à ces risques.

Cette fiche est transmise à l'employeur. Elle est tenue à la disposition de l'inspecteur du travail et du médecin inspecteur régional du travail. Elle est présentée au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en même temps que le bilan annuel prévu à l'article L. 236-4.

La fiche d'entreprise peut être consultée par les agents des services de prévention des caisses régionales d'assurance maladie et par ceux des organismes mentionnés à l'article L.231-2.

Le modèle de fiche est fixé par arrêté du ministre chargé du travail."

d'analyses » (article R.241-44 du code du travail), soit à partir de la veille sanitaire dont il est chargé.

L'organisation du travail n'étant pas neutre pour la santé et générant des risques il ne peut négliger ce domaine. La fiche d'entreprise engage la responsabilité du médecin. Ne pas mentionner les facteurs de risque liés à l'organisation pourrait faire conclure que ces risques n'existent pas.

La fiche d'entreprise est un des moyens de porter ces questions dans l'espace public de l'entreprise mais elle à aussi comme d'autres documents réglementaires une fonction d'alerte du contrôle administratif.

L'intervention du point de vue de la santé dans l'espace public de l'entreprise est une des méthodes sur lesquelles repose l'exercice en médecine du travail. Une de ses finalités est de permettre le dévoilement de ce qui, en matière de santé au travail, est ignoré ou caché. L'intervention du médecin vise alors à dégager un espace de débat du point de vue de la santé. C'est autour de ce pivot que pourra s'articuler la confrontation des rationalités.

Utiliser la fiche d'entreprise pour aborder l'organisation du travail est donc légitime. Les problèmes qui se posent à celui qui a choisi cette démarche sont plutôt de nature technique.

Alors qu'il est relativement aisé de cerner les facteurs de risque environnementaux dont le retentissement est en général mesurable, l'abord des questions de santé en lien avec l'organisation du travail se manifestant souvent dans la sphère psychique ou psychosomatique, se heurte à des résistances qui ne viennent, d'ailleurs, pas toutes de l'organisation du travail.

Les techniques permettant d'aborder les questions de santé psychique, dès qu'elles quittent la nosologie psychiatrique classique font un large appel à la subjectivité. La validation de telles approches est tout aussi rigoureuse mais implique des détours théoriques souvent implicites pour les spécialistes et opaques pour les autres.

Elles mettent à jour des phénomènes que parfois consciemment ou inconsciemment certains membres de la communauté de travail désireraient occulter.

Agir sur l'organisation du travail c'est, pour le médecin du travail, avant tout agir sur un processus de construction sociale dont les compromis sont marqués par les stratégies de

défense contre la souffrance. Celles-ci, par leur caractère inconscient, contribuent massivement à l'opacité des relations sociales de travail pour ceux mêmes qui les vivent et *a fortiori* pour ceux qui les observent.

Pour aborder ces questions tout profane ne peut faire l'économie d'un pré requis qui permette de prendre connaissance des définitions et de la description des concepts et des méthodologies.

En tout premier lieu, le concept même d'organisation du travail est souvent obscur et il va falloir faire comprendre ce qu'il recouvre ²¹.

Ses rapports à la santé méritent d'être éclaircis. La question de la « souffrance au travail », celle de la maltraitance et du harcèlement moral demandent à être précisées en préambule.

A chaque étape de l'analyse des facteurs de risque, quand cela est possible, doivent apparaître les bases théoriques de l'observation en particulier les modèles interprétatifs qui paraissent pertinents. Des études effectuées sur le même secteur d'activité ou sur des secteurs proches peuvent être citées voire présentées et leurs conclusions appliquées à la situation locale.

La variété des situations générées par l'organisation impose d'envisager des sujets de

²¹ « Nous entendons par organisation la réalité de l'entreprise telle qu'elle découle de ses structures, de ses politiques, de ses objectifs et projets réels et non pas des énoncés conceptuels ou verbaux formulés par les dirigeants ou par les organisateurs. Pour nous, l'organisation ce sont aussi les règles et priorités de travail telles qu'elles ressortent des injonctions et attentes de la hiérarchie à tous niveaux, des sanctions positives et négatives, et des contrôles appliqués pour définir et faire voir aux salariés ce qui est "bon" pour l'entreprise et ce qui est "mauvais" ; l'organisation se lit aussi et surtout dans la mise en place ou non des moyens nécessaires en termes d'équipements, de matériels, de temps et d'effectif, pour réaliser les fins affichées ; c'est la quantité, l'affectation et la destination des moyens qui définissent les priorités organisationnelles. Ainsi comprise, l'organisation est un ensemble et une combinaison de structures, de règles, de principes de fonctionnement, de politiques sociales et économiques, de personnes attirées, de fonctions exercées, de moyens et de fins. Autrement dit, la vérité de l'organisation ne se situe pas pour nous dans son concept, elle est à rechercher et à découvrir dans sa réalité institutionnelle et pratique. Sa force d'application ne lui vient pas des mots et des messages officiels, mais des conditions de sa mise en oeuvre dans la production. Autrement dit, il ne suffit pas pour avoir une "bonne organisation" d'avoir un bon concept d'organisation. Le mot ne contient pas en lui-même le principe et le pouvoir d'être appliqué conformément à son concept. » Sami Dassa, *Incidence de la préoccupation commerciale sur la santé: approche sociologique*, Revue Travailler, N°2, 1999, p 181

nature diverses. Ils peuvent relever par exemple :

- des techniques même de l'organisation du travail: démarches qualité, recours à la sous traitance, variations de la charge de travail, évaluation individuelle des salariés...
- de la conjoncture: réduction du temps de travail, variabilités de lieux et de structures...
- de la nature des tâches: travail d'interface avec la clientèle, travaux impliquant un risque physique, situation de l'encadrement...
- de caractéristiques des salariés : travail et âge, travail et genre, travailleurs débutants...

Une autre difficulté concerne la troisième partie de la fiche d'entreprise qui traite des « actions tendant à la réduction des risques ». La tendance actuelle, héritée, avec les techniques de conduite d'entreprise du monde anglo-saxon, est que toute critique soit assortie de sa solution. Cela n'est pas possible au médecin mais l'article R.241-41 du Code du travail rend en partie cette demande légitime. Il est donc tout a fait nécessaire qu'une approche puisse être apportée par le médecin à partir de ce qu'il sait des mécanismes agissant positivement sur la santé au travail en particulier en matière de construction des professionnalités²². Par exemple l'individualisation des salariés, la destruction des collectifs de travail, l'absence de reconnaissance et de la rétribution de la contribution du salarié, le détournement des expériences au profit de l'organisation, l'appauvrissement du travail par la surcharge, la variabilité et les substitutions professionnelles, l'exacerbation des conflits intergénérationnels ou entre les genres et les fonctions, sont à la fois des points de cristallisation des difficultés et de recommandations. Toutefois ces dernières ne peuvent être que très générales. Il ne s'agit pas de tracer la route mais d'en signaler les écueils.

Car, en fait, le plus délicat consiste à faire comprendre à la communauté de travail qu'il n'existe pas de « bonne » organisation du travail qui mettrait à l'abri la santé des travailleurs. Il

s'agit toujours d'un compromis entre des rationalités qui se confrontent dans le champ social. Rationalité de la productivité du coté des employeurs, rationalité de la défense des intérêts moraux et matériels du coté des salariés ou de leurs représentants, l'une ou l'autre va prévaloir selon le rapport des forces en présence. Dans l'idéal un consensus pourrait naître entre les parties afin qu'un accord puisse être trouvé sur la « moins mauvaise » organisation qui préserve mieux la santé physique et psychique des salariés. La fiche d'entreprise²³ permet au médecin du travail de contribuer efficacement au débat en signalant les éléments de l'organisation du travail qui lui paraissent réellement ou potentiellement risquées pour la santé des salariés et pourquoi ils le sont.

*Alain Carré
novembre 2001*

²² « Néologisme traduisant la "professionnalita" italienne (...), la notion de professionnalité renvoie davantage à l'ensemble des savoirs et des savoirs faire, professionnels et sociaux qui permettent au travailleur de maîtriser son travail, tout en se situant dans l'entreprise », M. de Montmollin, *L'intelligence de la tâche, éléments d'ergonomie cognitive*, Peter Lang éditeur, 1984. Cette notion s'oppose à celle de professionnalisme qu'un document d'organisation définit comme: "la capacité à réaliser un travail de qualité dans la durée, ce qui suppose la maîtrise par la personne des compétences nécessaires à la réalisation des activités relevant de son emploi".

²³ Ce n'est pas, bien sur, le seul support disponible. Ainsi, le rapport annuel (cf. Collectif des médecins de Bourg en Bresse), le plan d'activité en milieu de travail sont aussi utilisables dans ce dessein en fonction de la taille de l'entreprise.

IDENTIFICATION DES RISQUES DES NOUVELLES ORGANISATIONS DE TRAVAIL

COMPTE RENDU DU CONGRÈS DE L'ASSOCIATION SMT DES 08 ET 09 DÉCEMBRE 2001

Nous voudrions essayer de mieux comprendre les effets délétères de ces nouvelles organisations, et mieux situer l'action du médecin du travail, dans cette réflexion commune d'une demi-journée sur le sujet

On peut aborder ce thème de plusieurs façons :

- soit par l'analyse et l'essai de « décryptage » des processus d'organisation du travail ;
- soit par l'observation des effets sur la santé.

Tout d'abord essayons de porter un regard sur la pratique de chacun :

Plusieurs expériences différentielles ont été citées au cours de la matinée : certains collègues dans l'Ain, travaillent « à leur façon » sur les risques dans les petites entreprises. Leur synthèse est faite dans le rapport annuel (entre autres). C'est un travail en tête-à-tête en première intention. Ensuite ils rencontrent les représentants du personnel, la direction, etc., et « renvoient » à la collectivité ces informations par le CHSCT, la fiche d'entreprise, les débats publics.

Deux exemples sont donnés par ailleurs : une entreprise d'informatique et d'accueil téléphonique, où toutes les tâches sont minutées, contrôlées par des logiciels à tous les niveaux de la hiérarchie et où la direction n'a pas le temps d'entendre, et celui d'un centre téléphonique où le même travail prescrit est contrôlé, mais où la direction est souple et accueille les personnels et leurs problèmes.

La situation n'est tenable que dans le second cas d'après les entretiens individuels.

Alors comment peut-on rendre compte ? Faut-il seulement identifier les risques quels qu'ils soient, et les écrire ou aller plus loin vers un débat montrant que le médecin « veille » ?

LA TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS DE TRAVAIL

La montée en puissance des exigences financières (concurrence) et des exigences du marché pour satisfaire le client, transforment radicalement le travail de terrain. L'objectif premier

est de faire baisser les coûts, donc les effectifs, les stocks, les temps de pauses.

La hiérarchie donne des objectifs, contrôle, mais ne sait plus ce qui se passe « au sol ». Le turn-over de la main d'œuvre ne leur pose aucun problème et nous savons qu'il est grand dans certains lieux ! Il pose problème, en revanche, aux salariés qui perdent alors leurs repères et leur capacité de coopération !

On observe parfois une désorganisation du travail, conséquence paradoxale d'un souci d'organisation, c'est-à-dire de centralisation, d'uniformisation, dans un souci d'économie (un courrier type anonyme pour trois entreprises, le même discours au téléphone, gommant toute cette connaissance du terrain qui crée un lien). Les pistes sont brouillées, le discours n'est que financier. Il faudra, il faut d'ailleurs, que parfois le médecin du travail sache utiliser ce même discours pour argumenter ses demandes.

La souffrance psychique explose, lorsque dans ces conditions, il n'existe que très peu de marche de manœuvre, de soutien, d'écoute de pouvoir collectif. La motivation semble alors faire partie du quotidien, comme une certaine ambiguïté entre la demande et le déni.

Alors bien sûr, les dirigeants déclarent qu'il est impératif que les cadres soient formés en psychologie, que des psychologues ou psychiatres entrent dans les entreprises, que des *coachs* soient à l'éveil de l'accompagnement des personnes ! Les cadres moyens n'y comprennent plus rien !

Est-ce de cette manière là que les hommes retrouveront leur autonomie et leur capacité de parole ?

L'OBSERVATION DES EFFETS SUR LA SANTE

Nous, médecins du travail, nous partons de la clinique, pour aller vers la compréhension et l'action. Cette action est celle qui doit aider les salariés à comprendre le système, à nommer les choses, à leur donner du sens, afin qu'ils puissent réutiliser ce matériel pour leur propre défense. C'est par ce biais là que la marche de manœuvre,

l'autonomie reviennent. Le médecin du travail, partant de l'entretien individuel, doit arriver au collectif. C'est une position très difficile, car il faut savoir nommer les choses, avec nos règles de déontologie, les faire émerger souvent à contre courant de la politique managériale, sans « tout casser », pour pouvoir les rendre à ceux qui sont concernés.

Être un témoin, un médiateur, un garant de la non banalisation sans rendre la situation incompréhensible ou définitivement bloquée, c'est là tout l'art de notre métier. C'est en rendant aux salariés le soin de leur santé au travail que nous limitons les risques, pour eux d'abord, pour nous peut-être...

Annie Robert

VERS LA MISE EN ŒUVRE D'ENQUÊTES COLLECTIVES DE PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL PAR DES MÉDECINS DU TRAVAIL « ENQUÊTEURS »

Définir des règles professionnelles, éthiques, spécifiques, les évolutions réglementaires nécessaires, en rapport avec le fonctionnement de la médecine du travail

Il me semble important et urgent d'ouvrir un débat en médecine du travail sur les conditions dans lesquelles les médecins du travail pourraient mettre en œuvre, en collectif de médecins du travail (deux ou trois enquêteurs), des enquêtes de psychodynamique du travail.

Les éléments qui fondent cette nécessité sont pour moi de plusieurs ordres :

les évolutions de l'organisation du travail qui rendent ces enquêtes collectives cliniques en psychodynamique du travail plus que jamais nécessaires ;

- la « puissance » professionnelle effective, de ces enquêtes qui permettent d'aller « au-delà » de ce à quoi nous avons accès dans l'accompagnement clinique « compréhensif » individuel que nous permet aujourd'hui le développement de la psychodynamique du travail, et que nombre de médecins du travail commencent à employer ;
- la nécessité d'offrir, dans le registre de la psychodynamique du travail, un au-delà aux consultations ordinaires de médecine du travail, qui restent un des fondements de la médecine du travail, et peut-être une nécessité pour ne pas basculer sans nous en rendre compte vers des pratiques de psychothérapie de soutien en médecine du travail, dont ce n'est pas l'objet et surtout pas la configuration d'exercice ;
- la nécessité que des enquêtes de psychodynamique ne soient plus « exceptionnelles » comme aujourd'hui. Ceci est aujourd'hui lié aux faibles effectifs « d'enquêteurs » susceptibles de les mettre en œuvre, mais aussi à un aspect trivial, mais qui me semble très important, c'est l'aspect « solvable » ou non de la demande d'enquête. Les employeurs n'ont pas un intérêt immédiat à

financer ce type d'enquête. Il ne paraît pas acceptable que ce point devienne un des déterminants de la possibilité des enquêtes de psychodynamique du travail. Des enquêtes aujourd'hui peuvent être mises en œuvre s'il existe (pas toujours, évidemment) un certain rapport des forces sociales. Mais il est nombre de situations professionnelles sur « l'envers du travail », dans les PME-PMI, dans la sous-traitance, auprès des travailleurs très précaires ou intérimaires, où ce type d'enquête devrait pouvoir se développer et ne se réalise pourtant pas. Ces situations sans enquêtes sont aussi les situations où est présente et financée réglementairement la médecine du travail « ordinaire ». Quant à l'objet même des enquêtes, c'est aussi l'objet (ou devrait l'être) du métier de médecin du travail.

Je constate, sans pouvoir prétendre à être exhaustif, que de très rares collectifs de médecins du travail ont développé une expérience dans les enquêtes collectives de psychopathologie du travail : Poitou, Nancy, ailleurs ? Il existe dans une dizaine de villes des GAPP (groupes d'accompagnement des pratiques en psychodynamique du travail), qui rassemblent des cliniciens, surtout des médecins du travail. J'ajouterai à ces éléments, quelques réflexions issues de mon expérience professionnelle personnelle, pour avoir élaboré depuis dix ans, deux rapports de pré-enquêtes « fournis », un rapport de post-enquête, participé en auditeur, comme médecin du travail de l'effectif enquêté, à une enquête de l'équipe de Chr. Dejourné, et participé récemment comme « enquêteur » non médecin du travail à deux enquêtes de psychodynamique, en dehors de mon exercice de médecin du travail.

Je tire de cette expérience personnelle quelques considérations très subjectives :

- l'écoute clinique compréhensive individuelle déployée lors de nos consultations me paraît au moins aussi difficile, sinon plus, que la pratique compréhensive développée lors d'enquêtes de psychodynamique du travail ; la raison en est probablement la puissance de la dynamique d'élucidation collective.
- l'utilisation sociale, l'intérêt pour la prévention et l'action d'enquêtes en psychodynamique me paraît considérablement plus puissante que ce que j'arrive à faire à partir des données issues de l'accompagnement clinique que je déploie. J'ai évidemment bien conscience qu'il ne s'agit pas des mêmes données temporelles, une enquête est effectuée sur un temps court et les données sont renvoyées aux enquêtés pour l'action ; le médecin du travail qui pratique des consultations auprès d'un collectif a quant à lui des responsabilités propres du côté de l'action (il n'arrive pas et ne repart pas, il veille et accompagne).
- l'immense intérêt de travailler en collectif d'enquête qui nous permet de ne pas « travailler » seul la compréhension de la question des « ressorts subjectifs de la mobilisation dans le travail » ; en un mot le sentiment d'un trop grand nombre de données cliniques que nous n'arrivons pas à valoriser du côté de la compréhension et donc de l'action.
- la possibilité de travailler la compréhension des procédures défensives, ce qui est particulièrement difficile dans l'accompagnement clinique individuel, même si des modalités spécifiques peuvent être mises en œuvre au cours du suivi dans le temps d'une même personne.
- l'intérêt des « traces » d'un rapport d'enquête qui permet d'aller plus loin pour le collectif enquêté, mais aussi, si celui-ci accepte que le rapport soit mis en discussion au delà de la surface du collectif enquêté, peut servir aux dynamiques de compréhension, et par delà, à donner des éléments de prévention pour d'autres collectifs qui s'en saisiraient, même sans participer à une enquête.
- la perspective d'ouverture et de dynamique professionnelle que cela peut apporter à des médecins du travail enclavés dans des difficultés.
- enfin une réponse plus pertinente et dynamique que les obligatoires rencontres avec des « psy » auxquelles on convie les salariés après tous les événements médiatiquement traumatisants au travail.

Les considérations ultérieures s'appuient sur la « méthodologie en psychopathologie du travail » modélisée par Chr. Dejourné en 1987 dans le texte du séminaire « Plaisir et Souffrances dans le travail », pages 99-113, reprise dans *Travail, Usure Mentale*, pages 181-199, dans les 2^e et 3^e éditions.

Dans le protocole qu'elle utilise pour ses enquêtes de psychodynamique du travail, Anne Flottes écrit : « .../... Une enquête de psychodynamique du travail ne vise pas à trouver une solution aux dysfonctionnements, ni même à faire un diagnostic des conditions de travail et de l'organisation. Elle est un travail de compréhension. L'enquête se fonde sur le pouvoir d'élucidation de la parole authentique, elle s'efforce de créer les conditions d'une intercompréhension entre, des agents directement concernés, et des "chercheurs" s'appuyant sur leurs propres connaissances, les uns et les autres étant animés de la seule volonté de rendre intelligible les logiques subjectives au travail. L'enquête produit un document écrit, retraçant la description du travail, auquel parvient un groupe d'agents et de "chercheurs". Ce document a pour vocation de servir de base à un large débat entre les personnels. C'est dans ces échanges (ceux de l'enquête et ceux qui suivront) que pourront se reconstituer les valeurs et règles communes nécessaires au dépassement des blocages actuels. La qualité de l'élaboration réalisée dans l'enquête dépend de l'authenticité de la communication qui y est possible. Il est donc indispensable, non seulement que les participants à ce travail soient volontaires, mais aussi qu'ils prennent leur décision en connaissance de cause, sur la base d'une connaissance minimale des principes de la psychodynamique du travail. Les candidatures pour la participation à l'enquête sont recueillies par une instance désignée au préalable, que nous appelons ici le collectif d'enquête. Le groupe est constitué par les volontaires (le volontariat est une condition incontournable). Un groupe d'une dizaine de personnes est suffisant, et toutes les compositions de groupe sont acceptables. En revanche, la composition du groupe doit rester stable pour toute la durée de l'enquête. .../... Le groupe se réunit deux ou trois fois (pour des journées de travail de 6 à 8 heures) .../... Au bout de ces réunions, les intervenants produisent un "rapport provisoire" : ce rapport raconte tels qu'ils l'ont compris, le travail de l'enquête, c'est-à-dire la compréhension progressive de la situation de travail des personnes composant le groupe. Ce rapport fait l'objet d'une restitution au groupe, pendant laquelle le rapport est lu à haute voix par les intervenants, puis discuté, validé, corrigé, enrichi par les groupes. Un nouveau rapport "définitif" est ensuite rédigé par les intervenants ». Le rapport final est adressé aux participants au groupe d'enquête et au collectif d'enquête. L'intervention s'arrête après cette restitution et la suite du travail est réalisée en interne avec le collectif d'enquête pour, débattre des résultats, apporter des compléments (correctifs ou enrichissements), en tirer des enseignements ou des pistes de travail, définir les modalités concrètes de diffusion et de discussion élargie du rapport. Ultérieurement, après ce travail interne, le rapport appartient au groupe et au collectif de mise en place

de l'enquête. Les « chercheurs » auront besoin de leur autorisation pour le transmettre au CHSCT et à la Direction ».

Cette méthodologie soulève de nombreuses questions pour être applicable en médecine du travail, par des médecins du travail :

- La compatibilité entre médecin du travail du collectif enquêté et enquêteur. ; cela détermine de définir des règles professionnelles d'intervention partagées par une partie de la profession des médecins du travail .
- « L'instruction de la demande » du collectif enquêté, la possibilité éventuelle pour lui de récuser comme enquêteur le médecin du travail du collectif enquêté, c'est-à-dire la question de la confiance ; la question de la distance nécessaire pour le médecin du travail de l'effectif et l'opportunité ici et maintenant de sa participation ou non comme enquêteur, auditeur facilitant, ou simple facilitateur extérieur, membre du collectif de mise en place de l'enquête.
- La construction des compétences des médecins du travail enquêteurs ; bien évidemment cela passe par la formation individuelle des médecins du travail, mais aussi par le développement de compagnonnage pour l'apprentissage pratique de la posture professionnelle « d'enquêteur ».
- La mise en place d'un « groupe de contrôle » de l'intervention des enquêteurs médecins du travail ; il paraît indispensable que les « enquêteurs » puissent confronter leur travail avec des « pairs » pour mieux « cadrer » professionnellement leur intervention. Cela est d'autant plus important que des situations de crises sont souvent sous-jacentes aux enquêtes de psychodynamique du travail. Les GAPP (groupes d'accompagnement des pratiques en psychodynamique du travail) qui existent ici et là en France me paraîtraient des structures adaptées .
- Le statut des médecins du travail enquêteurs qui ne seraient pas médecin du

travail de l'effectif enquêté . Une évolution réglementaire, du même type que celle développée pour la participation des médecins du travail aux enquêtes épidémiologiques, devrait permettre sans discussion, que les médecins du travail « puissent participer avec d'autres médecins du travail, pour un autre effectif médical que le leur, à des enquêtes de psychodynamique du travail ». Cela donnerait un débouché du côté du tiers temps à la clinique compréhensive. Ce type d'intervention devrait s'insérer dans le plan d'activité du médecin du travail. Elle serait de nature à faciliter l'évolution collective de l'élaboration des règles professionnelles en médecine du travail.

- La structure garante de la compétence et des règles professionnelles et éthiques déployées par les médecins du travail enquêteurs. Régionalement, accrochées ou non à des Sociétés ou des Instituts, des structures « référentes » devraient être mise en œuvre pour servir de support de reconnaissance de compétence et de mise en œuvre de règles professionnelles partagées. Ces structures référentes pourraient servir comme « raison sociale indépendante », située en dehors de la structure de gestion des actuels services de médecine du travail. Il faut en effet éviter la possible instrumentalisation par des gestionnaires de services de médecine du travail, de ce type d'enquête. Leur objet spécifique oblige à se garantir particulièrement contre ce type de dérives.

Tous ces éléments me paraissent plaider pour développer le débat sur les conditions du développement d'enquêtes collectives en psychodynamique du travail effectuées par des médecins du travail enquêteurs (ce qui n'interdit pas la présence d'enquêteurs d'autres professions).

*Dominique Huez
4 Novembre 2001*

PARTICIPATION DES MEDECINS DU TRAVAIL A DES ENQUETES COLLECTIVES DE PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Compte rendu du Congrès de l'Association SMT des 8 et 9 décembre 2001

Un certain nombre d'éléments plaident pour la participation des médecins du travail, en collectif de médecins du travail à des enquêtes de psychodynamique du travail :

- L'évolution de l'organisation du travail avec ses effets en terme de santé mentale.
- L'évolution des pratiques individuelles en cabinet médical qui de l'accompagnement

compréhensif individuel risquent de basculer vers des psychothérapies de soutien.

- La façon dont sont traitées les crises psychopathologiques à grand renfort de formation à la gestion du stress quant il ne s'agit pas d'investigation clinique individuelle menée dans le cadre du travail sans aucun contrôle social, enfin du développement de la victimologie.

- L'évolution des pratiques professionnelles collectives des médecins du travail : un certain nombre de GAPP (groupes d'accompagnement des pratiques en psychodynamique du travail) existent. Parmi les groupes existants, peu ont développé une expérience dans les enquêtes collectives de psychodynamique du travail.
- La puissance d'élucidation des enquêtes par rapport à l'accompagnement clinique compréhensif.
- Le constat qu'à l'heure actuelle, les enquêtes en psychodynamique du travail restent exceptionnelles du fait du faible nombre d'enquêteurs, du fait qu'elles ne s'adressent qu'à des entreprises solvables, du fait de la nécessité d'une puissance sociale suffisante qui n'existe pas dans beaucoup de PME-PMI ou sous-traitants.

Des règles doivent être élaborées et il convient de préciser en préalable que cette nouvelle pratique d'enquête collective en psychopathologie par des médecins du travail n'a pas pour objectif avoué ou inavoué de redorer le blason de la médecine du travail.

Cette pratique suppose d'abord, un nombre suffisant de médecins du travail formés. Sachant qu'il n'y a pas de profil de psychodynamicien : les compétences restent à construire, dans le cadre d'un compagnonnage. Pour les médecins du travail, il ne s'agit pas d'un raidissement corporatiste. Il convient également de déterminer quelle serait la position du médecin du travail du collectif enquêteur : auditeur muet facilitant, et de toute façon accompagnant des suites de l'enquête. Les GAPP pourraient constituer les groupes de contrôle de l'intervention.

La participation de non médecins à des enquêtes permettrait une vision et une compréhension différente. Le rapport final et la restitution seraient plus riches. Si le binôme est fait de deux médecins mêmes avec des trajectoires différentes, ils risquent de se défendre de la même chose dans la façon dont ils écoutent les gens par ce qu'ils font le même métier. Or, la spécificité de l'enquête en psychodynamique du travail, c'est l'écoute risquée, écoute risquée au risque de changer d'avis. L'enquête de psychodynamique ne porte sur rien,

n'a pas d'objet, pas de thème, pas d'hypothèses. Elle porte sur ce que les gens n'arrivent plus à identifier. Le rapport d'enquête ne comporte ni conclusion, ni préconisation, ni prescription.

Tous les médecins du travail présents sont intéressés par la pratique d'enquêtes. Tous n'ont pas fait de formation mais tous connaissent des publications. Certains ont participé avec beaucoup d'intérêt à des interventions dans des collectifs de travail. Une certaine prudence, se manifeste avec une appréhension à participer à des interventions collectives dans un contexte où le médecin du travail, intervenant à ce jour imposé réglementairement n'aurait pas la confiance du groupe. Par ailleurs se pose également la question des risques éventuels pour la santé psychique provoqués par ces enquêtes. Le danger serait moindre que certaines pratiques managériales ou vingt ans d'analyse pour rien, même si on peut se demander quelle légitimité il y a à déconstruire des processus défensifs sans accompagnement construit ?

Il reste à construire la légitimité au niveau réglementaire en évitant le dévoiement ou la récupération avec instrumentalisation par des gestionnaires de services de médecine du travail. Des pratiques collectives existent, des groupes de médecins du travail ont participé à des enquêtes épidémiologiques ; rien ne s'oppose donc à ce que dans le cadre de leur tiers temps, des médecins du travail participent à des enquêtes de psychodynamique du travail, d'autant que les évolutions réglementaires (le harcèlement moral reconnu par la loi et la loi de modernisation sociale qui précise bien que la prévention de la dégradation de la santé mentale est dans le champ des compétences du médecin du travail) le permettraient sans doute. Cette activité pourrait apparaître dans le plan d'activité du médecin du travail. Des structures régionales, garantes des compétences et des règles professionnelles devraient être mises en œuvre, structures référentes situées en dehors de la structure de gestion des services actuels de médecine du travail.

Annie Deveaux, Odile Riquet 10 mars 2002

ELABORATION DE REGLES PROFESSIONNELLES SPECIFIQUES POUR DES ENQUETES COLLECTIVES DE PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Compte-rendu des débats de la journée de l'association SMT du 2 mars 2002

La journée a commencé par la présentation du fonctionnement du service interentreprises de

Nancy. Chaque point exposé a provoqué des échanges et des controverses animées du fait des expériences professionnelles diversement vécues et parfois contradictoires.

Expérience du service interentreprises de NANCY

Quatre personnes formées en psychodynamique du travail – trois médecins du travail et un psychologue externe au service – constituent un « noyau moteur » en psychodynamique du travail (PDT) et animent un « département en psychodynamique du travail » qui intervient dans trois domaines :

Animation d'un collectif interne au service inter

Constitué de ce « noyau » et de médecins volontaires, il se réunit sur le temps de travail, toutes les six semaines, pour étudier des cas concrets problématiques. La mise en débat des situations de travail difficiles pour les salariés ou les médecins apporte des transformations progressives :

- amélioration de la qualité d'écoute, plus intense, plus dynamique ;
- augmentation de la confiance entre médecins ;
- élaboration de nouvelles règles de métier.

Aide clinique aux collègues demandeurs :

Une action de conseil ou d'appui aux confrères (rôle de médecin référent en psychopathologie du travail ?) dans le domaine de la clinique individuelle est aussi assurée par ces médecins dont la charge en effectif a été allégée.

DES ENQUÊTES DE PSYCHODYNAMIQUE ont été réalisées par deux médecins ayant suivi le cursus CNAM (département de psychopathologie et de psychodynamique). Trois interventions ont ainsi été réalisées essentiellement dans le secteur social (travailleuses familiales, éducateurs confrontés à la violence des jeunes, aides médico-psychologiques). Ces enquêtes ont été effectuées à partir de proposition du médecin du travail de l'entreprise. La demande d'intervention fait l'objet d'un contrat écrit qui précise les modalités (nombres de réunions, coût, restitution...). L'intervention est présentée à l'ensemble du personnel. Un groupe de travail est constitué sur la base du volontariat. Cinq réunions de travail sont proposées avec validation du rapport par le groupe et présentation à l'ensemble du personnel. Le médecin du travail de l'entreprise est présent lors de cette dernière réunion de présentation.

On est frappé par la dimension transformatrice puissante de ce type d'enquête et notamment ici chez les éducateurs confrontés à la violence des jeunes. Leur regard sur le travail s'est modifié.

Le groupe est demandeur de la poursuite d'un soutien.

Enfin, il faut souligner les conditions dans lesquelles ce type d'action s'intègre dans la mission du médecin du travail. A Nancy, les médecins ont obtenu de leur service, le dégageant d'un temps institutionnel supplémentaire. L'intervention est facturée par le service interentreprises à l'établissement demandeur en plus de la prestation habituelle de médecine du travail (4500 F par intervenants et par jour).

En pratique, la retranscription des échanges et leur analyse se fait sur le temps personnel du médecin.

DEBATS

Animés, ils ont abordé les points suivants :

La création, au sein des services inter, de départements de médecins spécialisés

Plusieurs ont manifesté leur inquiétude sur les risques de dérive et d'exploitation d'une telle organisation du travail par les directions des services interentreprises. Celles-ci, au prétexte de constituer des départements spécialisés, peuvent introduire, aux côtés des médecins, des consultants extérieurs sans les garanties d'indépendance liée au statut de médecin de travail.

Médecin référent, spécialiste ou expert

Sur la position de médecins qui seraient « spécialisés » en PDT ou psychopathologie dans les services avec intervention dans des enquêtes d'un côté et rôle de conseil ou d'expert auprès des confrères de l'autre on peut souligner deux problèmes :

- Le premier est d'ordre méthodologique ; la compétence nécessaire pour une enquête de PDT n'est pas la même chose que la compétence en clinique individuelle. Il faut bien séparer ce qui est du domaine du travail avec un collectif et ce qui est du domaine du travail de référent en clinique individuelle. Le fait d'avoir mené des enquêtes collectives en PDT n'autorise pas à faire la même chose en entretien individuel.
- Le deuxième est d'ordre déontologique ; il existe un danger de dérive de la médecine du travail vers la gestion des risques avec une spécialisation de certains médecins dans des domaines pour lesquels ils deviendraient médecins « référents ». Certains, psychologues de métier, signalent le risque de « psychologisation » des relations dans le travail lorsque l'on fait appel à des « spécialistes », sans élucider avec le ou les salariés le rôle de chacun par rapport à la question du travail.

Le financement de l'enquête de psychodynamique du travail

Les accrochages ont été très vifs entre les professionnels de la psychodynamique et des médecins du travail. Pour les professionnels de la psychodynamique, la question de la facturation de l'enquête est intégrée à la méthodologie élaborée en PDT. La négociation du financement de l'enquête devrait être menée par le groupe « demandeur » issu du collectif en souffrance et fait partie de « l'action » que constitue l'enquête elle-même. De l'avis des psychodynamiciens, l'engagement symbolique s'arrime sur le réel., C'est le préalable à toute action. Le paiement est un engagement symbolique, tel qu'il est défini en psychanalyse. Il est une dimension indispensable dans toute enquête.

Pour des médecins du travail, la question du paiement est « surréaliste » en ce sens que les collectifs demandeurs ne sont pas gestionnaires des finances de l'entreprise.

Est-il souhaitable que les enquêtes effectuées par des médecins du travail soient facturées à l'entreprise en plus de la cotisation de médecine du travail?... Cela suppose de théoriser un service rendu qui serait différent du travail habituel du médecin du travail. L'intervention du médecin du travail dans une enquête de PDT doit-elle être considérée comme faisant partie intégrante de sa mission (comme c'est généralement le cas pour des interventions en ergonomie ou lors d'enquêtes épidémiologiques) ? Dans ce cas, ne devrait-elle pas être réglementée ?

Pourquoi une enquête de PDT et précisions sur la méthode

Le point de départ de l'enquête en PDT est une énigme constituée par des décompensations (violences, maladies, souffrance...) que l'on ne comprend pas. Mais « la souffrance, on ne l'aura jamais, on n'aura que les stratégies défensives ».

L'enquête en psychodynamique est efficace, elle élucide les raisons d'être des stratégies de défense mais elle laisse les collectifs à nu avec des défenses à reconstruire. C'est la raison pour laquelle, parfois, cela peut être dangereux et, dans ce cas, il vaut mieux ne pas en faire.

Les règles de la méthodologie ont été rappelées : présentation de l'action à l'ensemble du collectif en souffrance, constitution du groupe « enquêté » ou plutôt « enquêteur » sur la base du volontariat, nombre de réunions de travail, validation du rapport par le groupe, présentation du rapport à l'ensemble du personnel. Le travail des « psychodynamiciens » doit faire l'objet

d'une évaluation par des pairs (terme préféré à celui de supervision).

Les professionnels de la psychodynamique précisent que l'enquête de PDT n'a pas été construite initialement pour être utile aux médecins du travail. L'objectif de l'enquête est un objectif d'action. Les participants sont « en quête » et en conquête de quelque chose. C'est une action pour les salariés qui se sont constitués en collectif pour accéder à l'inintelligible, à ce qui est secret, caché, dangereux... Dès le départ, l'enquête est l'action. Le but est donc de remettre un collectif de salariés en capacité de parole. Lorsqu'ils parlent aux enquêteurs du travail et de ce qui concerne le travail, ils se parlent entre eux. On permet au collectif d'avoir une autre interprétation compréhensive pour agir et les conditions de l'action se révèlent pendant l'enquête. Ensuite, le collectif décide d'agir ou non. Pour ce qui concerne la suite, le psychodynamicien doit s'effacer totalement pour ne pas rester la « référence ». Ceci pose d'ailleurs le problème de l'évaluation de ce type d'action et de recherche.

Il semble bien alors qu'il soit impossible d'être à la fois le médecin du travail de l'entreprise et le psychodynamicien sauf à reconstruire une autre méthodologie.

Il peut aussi exister un risque lié au fait que les enquêteurs seraient trop semblables, dans l'hypothèse où elles ne seraient conduites que par des médecins du travail, et pourraient se retrancher sur les mêmes stratégies défensives en cours d'enquête. Il faut être vigilant sur nos propres stratégies défensives de médecins du travail.

Le problème de la demande se pose également notamment en terme de positionnement entre celle initiée par un groupe de salariés ou par un intervenant en santé au travail et celle qui répond à une demande de type « expertise » (demande de CHSCT par exemple) où on attend de l'expert qu'il réponde à un certain nombre de questions. En psychodynamique, le travail est fait par le collectif d'enquête et la vérité est du côté des salariés et non pas de l'expert. Les enquêtes ne marchent pas quand elles sont téléguidées. Le collectif « enquêteur », qui doit être constitué de volontaires, doit émerger du collectif qui souffre et à qui a été exposée la proposition d'enquête au départ.

Le médecin du travail peut-être à l'origine de l'enquête de PDT dans une entreprise. Dans ce cas, il faut souligner l'importance de la « pré-enquête » par celui-ci (légitimité de l'enquête).

Le médecin du travail de l'entreprise peut-il participer à l'enquête de PDT ? Un consensus

s'est développé au cours de la journée pour conclure par la négative à cette question, d'une part pour des raisons de stratégie défensive du médecin du travail trop impliqué dans la collectivité, d'autre part en raison des problèmes qui pourront surgir dans les suites. Il devra vivre avec les conséquences et avec le collectif après déconstruction des moyens de défense. Par la suite, le collectif d'enquête n'existe plus alors que le médecin du travail continue à se « coltiner » le collectif enquêté.

Un médecin du travail qui a assisté comme auditeur muet à une enquête de PDT considère que sa présence non seulement n'a pas perturbé le déroulement des échanges, mais aussi qu'elle lui a permis de ré-intervenir plus pertinemment auprès des personnes en souffrance, dont la parole lui était apparue douloureuse. Ensuite, il a été perçu comme « témoin garant de la parole des gens », et une grande confiance s'est établie entre les salariés et lui-même. La connaissance de ce qui s'était dit, lui a permis de mieux se positionner dans certains débats.

Au final, un consensus s'est établi sur un point : le médecin du travail ne peut pas intervenir dans sa propre entreprise.

Pour ce qui est de la pratique des médecins du travail un certain nombre de questions méritent d'être posées et élucidées. Quelle est aujourd'hui la compétence des médecins du travail dans l'accompagnement individuel clinique de type approche compréhensive (dans l'hypothèse où l'aptitude ne serait plus l'axe central de l'activité clinique ?). Qu'en est-il du travail collectif en médecine du travail (demande d'avis clinique entre médecins, possibilité d'enquête collective en médecine du travail) ? Quelle articulation peut-on faire entre la responsabilité personnelle par rapport à un effectif attribué et celle qui est engagée lors de l'intervention en psychodynamique sur un effectif qui n'est pas le nôtre ?

L'impact des enquêtes

Les effets sont indiscutables sur le collectif dont on met en visibilité les stratégies de défenses. On est frappé par la puissance d'élucidation de ce type d'enquête dans un collectif en souffrance, mais en même temps on ne maîtrise pas les effets de déstabilisation que peut entraîner sur les individus la mise en débat des ces stratégies défensives.

Les quelques médecins qui ont pratiqué ou vu se dérouler des enquêtes de PDT dans une de leurs entreprises ont vu se développer, après l'enquête, des réactions variées :

- volonté des directions de tout récupérer et de détourner les techniques de PDT pour la gestion ;
- des réactions défensives majeure et immédiates des directions ;
- une défiance de la direction face à toute nouvelle enquête ;
- l'enquête sur-détermine les pratiques ultérieures ;
- on constate parfois que la communauté de travail qui a retrouvé une certaine confiance met en oeuvre des actions de transformation du travail (avec des mouvements sociaux durs quelquefois) qui ne sont pas suivis d'effets (changements ;
- des managers, des cadres supérieurs ont compris que la non-prise en compte de la souffrance au travail peut être dangereuse. Un patron peut s'entourer de managers qui affichent la compréhension de la souffrance pour mieux dire que rien ne peut changer : l'expression d'une lutte, l'explicitation d'un conflit deviennent impossibles, ce qui est rapidement destructeur. On est face à un « ventre mou ».

La notion de « plaisir au travail » chez les enquêteurs dans ce type d'investissement a été évoquée. On rencontre moins de difficultés lors de ce type de travail que dans l'approche individuelle clinique. Mais on ne sort jamais complètement indemne d'une enquête en PDT. Un sentiment de frustration est fréquent quant à l'absence de suivi. La prise de risque personnel est importante lorsqu'on va « tripoter » dans les procédures de défense collective avec des risques de déstabilisation que l'on ne maîtrise pas.

Les risques de dérive

Attention aux organismes « psy-quelque chose » qui font payer très cher leur intervention. Il faut toujours refuser que des entretiens individuels soient menés pendant une enquête de PDT. En effet, la psychodynamique est héritière de la psychanalyse dans le sens où il est admis que la connaissance et l'action sont du côté du patient. Mais certains points ne s'y déploient pas de la même façon puisque la PDT repose aussi sur des acquis de l'ergonomie et de la sociologie du travail, c'est pourquoi il est fondamental de s'en tenir à la question du travail et c'est pourquoi aussi l'enquête en psychodynamique ne se préoccupe pas des procédures défensives individuelles.

Pistes

En psychodynamique, l'enquête est une étape, mais il y a un « après ». Comment le médecin du travail (non enquêteur) se débrouille-t-il avec la suite ? (risque de décompensation, suivi des procédures défensives et de l'évolution des

rapports sociaux). Quels dispositifs d'action, autres que l'enquête, pourraient permettre aux salariés de garder la main ou de la reprendre (approches compréhensives hors enquête – autres types d'action que l'enquête en psychodynamique – méthodologie à inventer) ? Peut-il y avoir d'autres enquêtes à côté de la méthodologie orthodoxe en psychodynamique (travail avec le CHSCT, Les syndicalistes) ? ...

*Claire Lallemand, Michel Hamon,
Denis Teyseyre*

SANTÉ DES FEMMES ET CONDITIONS DE TRAVAIL

CE TEXTE REPREND L'ESSENTIEL DES INTERVENTIONS DE DENISE RENOUPARENT
ET JOCELYNE MACHEFER À BRUXELLES EN OCTOBRE ET NOVEMBRE 2001

11 octobre 2001 / *Journée nationale de la santé mentale des femmes*

12 octobre 2001 / *Journée "Conditions de travail des femmes"*, organisée par l'Université des Femmes

16 novembre 2001 / *Travail, genre et santé*, organisée sur invitation du ministère du travail, face à des représentants des Quinze de la Communauté économique européenne; (chercheurs et chercheuses, directeurs d'instituts de recherche, syndicalistes européens)

La santé ne doit-elle pas être considérée comme un processus dynamique, un objectif à atteindre et à maintenir. Si la normalité se donne « *comme un équilibre instable, fondamentalement précaire, entre souffrance et défenses contre la souffrance* » (Chr.Dejours), cette normalité est finalement obtenue par les hommes et les femmes qui travaillent, au prix de la mise en place de stratégies individuelles et collectives de défense tendant à ne pas se laisser déborder par la souffrance et ainsi à éviter les décompensations, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques.

De nombreux médecins du travail, confrontés dès les années quatre-vingts dix à la violence et la précarisation grandissante des situations professionnelles ont donné l'alerte par un ouvrage collectif de témoignages intitulé *Souffrances et précarités au travail* (collectif Paroles de médecins du travail), publié en 1994. A la lecture de l'ouvrage, émerge une évidence : la violence et la précarisation concernent d'abord les femmes ! On est surtout frappés par le silence de ces femmes.

Nous avons donc décidé la publication d'un nouvel ouvrage collectif. Les témoignages ont été recueillis de 1996 à 1999, essentiellement par des femmes médecins du travail. Ce livre, publié en l'an 2000 est intitulé *Femmes au travail, violences vécues* (Eve Semat est le non fictif donné au collectif des auteures).

Notre objectif était de mettre en évidence la violence du travail dans les difficultés rencontrées par les femmes pour se construire comme sujets féminins. Dans ces situations de travail où les femmes ne pouvaient trouver de subversion possible à leur souffrance, ni d'issue envisageable dans un autre emploi, nous avons considéré qu'il y avait « violence », même si ces femmes ne subissaient aucune contrainte corporelle. La souffrance qui paralyse la pensée et l'action des femmes, les prive de l'exercice de leur liberté et par-là compromet la construction de leur santé ;

Selon Ph. Davezies, en effet : « La santé ne se réduit pas à l'absence de maladie (...) dans ses dimensions positives elle est directement en lien avec l'exercice de la liberté ».

QUELLE SPECIFICITE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL AU FÉMININ ?

Nous choisissons volontairement l'expression « au féminin » plutôt que de parler de façon plus restrictive des femmes, car nous savons d'une part que certaines femmes, cadres par exemple, ont pu développer le pôle masculin de leur bisexualité psychique voire adopter une attitude virile et que les conséquences en terme relationnel peuvent être catastrophiques et d'autre part que certains hommes, parce que c'est socialement admis, peuvent développer leur pôle féminin comme dans les professions de coiffeur, cuisinier, couturier... professions qui l'autorisent.

Les décompensations n'ont aucun caractère spécifique, qu'il s'agisse de syndromes dépressifs ou de décompensations psychotiques, voire de somatisation. Si la structure de personnalité peut rendre compte de la forme que prend la décompensation, nul ne saurait prédire si les femmes confrontées aux contraintes organisationnelles du travail et à la précarisation de l'emploi sauront tenir ou pas. Si d'authentiques syndromes de stress post-traumatique font leur apparition, c'est le plus souvent à la suite de micro traumatismes répétés ou de l'intensification du travail et de sa densification. Les troubles du sommeil, bientôt remplacés par l'épuisement, conduisent à une fragilisation qui s'aggravera d'un coup, face à une injustice grossière, par exemple. Là encore, aucune spécificité.

Par contre, nous mettons en évidence cette autre façon d'être au monde des femmes : subjectives, silencieuses, patientes, lucides, y compris face à la conscience de leur fragilité.

SOUFFRANCE MENTALE

LE PREMIER CONSTAT EST DÉCIDÉMENT L'ÉCHEC DU
PROCESSUS DE SUBLIMATION

Les qualités féminines ne sont pas reconnues comme compétences, toute qualification étant massivement référencée aux valeurs viriles socialement construites. Les femmes sont jugées

sur l'être, le paraître et non sur le savoir-faire. C'est un premier morcellement identitaire. Or, il n'est d'identité que sexuée.

Dans son texte *Paroles du corps*, de la violence à la honte, M-P. Guiho-Bailly nous dit : « Si les rapports sociaux de travail ne construisent pas une dynamique de reconnaissance ouvrant sur un authentique processus sublimatoire, se profile le risque d'autres destins des pulsions... Du côté du risque de décompensation psychique ou somatique, de la maladie et de la mort ».

Les femmes, confrontées aux formes multiples et souvent intriquées de la violence au travail, expriment bien souvent une souffrance qui les conduit tout aussitôt au silence et bien souvent à la peur.

LA PEUR

C'est une peur qui les accompagne au quotidien et qu'il faut apprivoiser : « Faire comme si on n'avait pas peur ». Elle peut surgir de façon inattendue à la faveur d'un événement qui fait émerger les souvenirs douloureux profondément inscrits dans la mémoire du corps. Peur qui s'enracine dans leur mémoire mais aussi entretenue dans leur présent. Celle quasi superstitieuse du regard qui les traque dans leur moindre déplacement. Peur des cris qui tétanisent parce qu'ils en évoquent d'autres; des mots qui blessent au point de fragilité ; ceux qu'on redoute même quand ils ne sont jamais prononcés. Peur d'être rattrapée par le temps, de ne pas tenir la cadence ou de ne pas savoir incorporer les gestes difficiles (aiguiser un couteau). Celle du changement qui va tout remettre en question ou du corps qui les lâche (la main qui gonfle). Enfin c'est la peur de leur avenir, toujours incertain, quand plane en arrière plan la sanction de l'emploi.

C'est le cas des situations précaires, avec une peur parfois nommée « la discipline de la faim », correspondant à un état de survie. C'est très souvent la peur liée aux relations de travail d'encadrement où l'agression verbale, les violences sexistes sont une forme très répandue de violence. Ce peut être la peur de ne pas tenir la cadence. Il s'agit de peurs instituées et exploitées. L'anxiété est à distinguer clairement de l'angoisse puisque répondant à un aspect concret de la réalité. Face à la réalité, la peur les isole, quand le déni permettrait de développer des stratégies collectives de défenses indexées à la virilité.

LA HONTE

« L'insulte, comme la honte, sont langage du corps.

Honte d'être observée, frôlée, palpée, utilisée comme objet du besoin sexuel.

Honte d'être cachée aux regards, mise au placard, comme objet de dégoût, comme objet obsolète (trop

laide, trop vieille, un visage à faire peur, un corps qui sent la sueur).

Honte d'être giflée par une injure, comme objet de mépris.

Honte de n'être pas «comme tout le monde », d'être objet d'une différence.

Honte d'être témoin muet d'une humiliation faite à autrui.

Honte d'être soi-même instrument d'une maltraitance. » (M-P. Guiho-Bailly)

Les témoignages de ressenti de la honte ne manquent pas, réduisant ces femmes à leur corps-objet, désobjectivé, jaugé, comme un produit consommable : « et pour le dessert, je prendrai bien la serveuse » ;

Ce sont toujours des critères de jugement portant sur le paraître et non sur le faire (de la couleur des cheveux au décolleté ou à l'esthétique des lunettes : « qui font peur aux petits enfants ».

Corps exhibés « mise à nu qui confine à une mise en pièces » (Ghislain Lévy) ;

Ou corps cachés, (vendeuses reléguées dans les réserves, parce que non reconnues comme argument de vente).

Qu'elles en soient victimes ou témoins, « toute situation qui engendre la honte est une situation de violence, réelle ou symbolique, violence faite au psychisme et, **de par l'impossibilité d'une réponse efficace**, au corps lui-même. » (Radmila Zygouris).

Or, si la riposte est attendue chez les hommes, elle est socialement interdite aux femmes « ni riposte, ni fuite », comme ces caissières de supermarché, insultées qui ne peuvent quitter leur place.

C'est une souffrance toujours incarnée (le rouge au front, les yeux qui s'embuent).

« L'éprouvé de honte est encore mise en sens du vécu corporel, dernier rempart avant une possible somatisation... » (Radmila Zygouris, 1988).

DEFENSES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

SILENCE... ALIENATION ?

La lecture des témoignages montre massivement le silence des femmes au travail. Elles parlent peu et rarement entre elles ou confient leur souffrance à plusieurs, en petits collectifs, parfois quand ce n'est plus tenable, où parce qu'elles vont enfin pouvoir partir.

Peut-on dire pour autant que le silence des femmes signe leur aliénation ?

Au fil des témoignages, nous nous sommes orientées progressivement vers la recherche de ce que nous cachait ce silence des femmes : découverte de femmes dignes, lucides, debout. Les femmes tiennent, parfois dans la confrontation, l'affrontement, et le plus souvent en silence, dans la dignité, grâce à l'estime de soi préservée. Indépendamment de l'expression « savoir rester digne », ici péjorative, faisant référence à la notion de présentation de soi.

Nous ne répondons pas à la question de leur peur de la rupture affective que leur prise de parole pourrait engendrer. Toutefois, leur silence actuel ne présume en rien des prises de parole à venir... Elles usent de patience, semblent attendre de pouvoir trouver « intuitivement » le moment propice où leur parole sera acceptée ou du moins émise. Mobilisation d'une intelligence très subjective dans la dialectique (phronesis). Attitude aussi pragmatique que stratégique, lorsqu'elles quittent brièvement la « conformité » pour oser la transgression.

MULIÉRITÉ

Alors que l'adhésion des hommes aux critères de virilité s'interprète comme une défense contre la peur et la souffrance engendrées par le travail, les défenses des femmes contre l'absence chronique de reconnaissance consisteraient en une aliénation de leur subjectivité dans le statut de soumission. La muliérité n'est donc pas symétrique de la virilité. Alors que la virilité, identité de genre socialement construite, peut servir d'identité d'emprunt en ce qu'elle est promesse de valorisation, la muliérité ne renvoie qu'à la dépréciation et à l'effacement de soi. Quoi qu'il en soit, l'identité sexuelle ne peut se construire que par une mise à distance du social, par différenciation par rapport à l'identité de genre.

La repression des pulsions

Le travail répétitif sous contrainte de temps ne peut se maintenir qu'en freinant l'activité de pensée et l'activité fantasmatique. Ce frein s'obtiendrait par auto-accélération, « *laissant progressivement de moins en moins de place à l'activité de pensée* » (Chr. Dejournes). Cet état psychique se caractérise par la rareté des représentations mentales, l'atténuation des réactions émotionnelles et affectives. Ce système défensif qui canalise l'énergie pulsionnelle, la récupère en terme de production qui a pour conséquence d'orienter l'expression de la souffrance vers le corps. La recrudescence de lésions par efforts répétitifs actuels pourrait bien être le résultat de ce système défensif individuel, y compris dans le secteur tertiaire, ou les activités de saisie s'apparentent aux tâches répétitives sous contrainte de temps.

COLLECTIFS DE DEFENSE

Face aux risques, les hommes et les femmes ne se défendent pas de la même manière et leur rapport au réel est différencié:

Face aux mille facettes possibles et parfois invisibles de la violence, on est surtout frappées par la quasi-absence de stratégies collectives au féminin. La souffrance des femmes est mentalisée et leur rapport au réel est construit dans la conscience de leurs limites, de leurs échecs, de leur rapport à leur corps incertain. C'est ce qui les différencie de l'attitude virile des hommes, indexée aux valeurs de courage et d'endurance. Ceux-ci passent, pour la plupart, par le déni de leur souffrance, de leur peur, ce qui les conduit à l'euphémisation du réel et à de possibles stratégies collectives de défense. Des collectifs au féminin existent. Ils sont rares, basés sur le réel et non sur le déni. Les femmes utilisent l'autodérision et l'encerclement du réel, comme cela a été décrit dans les professions de la santé (Chr. Dejournes). Ces collectifs semblent pouvoir se constituer dans les situations extrêmes telles que rencontrées dans les entreprises de réinsertion professionnelle. Ces collectifs s'ancrent alors dans la réalité de la situation des femmes dans la sphère privée et s'organisent à partir de réseaux solidaires.

QUELLE PATHOGENICITE DU TRAVAIL DES FEMMES ?

Quand le travail des femmes risque-t-il d'être préjudiciable à la santé mentale ? Quels éléments prendre en compte dans la genèse de la souffrance et des défenses ? Nous développerons de façon arbitraire quatre chapitres successifs qui dans la réalité se révéleraient très intriqués.

Les résultats statistiques en terme d'emploi (enquêtes INSEE) et ceux issues d'enquêtes épidémiologiques comme ESTEV, STED.. indiquent une congruence certaine avec l'analyse de notre approche clinique individuelle, après confrontation au sein du collectif Eve Sémat, des données recueillies au cours des consultations.

SUR UN PLAN CULTUREL

Si le poids du socialement construit ne fait pas partie du travail lui-même, par contre il est le socle sur lequel se construit le monde du travail. L'entreprise utilise à des fins de production les rapports sociaux y compris les rapports sociaux de sexe.

Dans l'entreprise, en effet, le fait d'être une femme n'est pas neutre. Quel que soit son poste, sa place dans la hiérarchie, sa compétence, son savoir-faire, sa formation, son parcours professionnel, elle est toujours abordée à travers « l'être » et non « le faire ». En d'autres termes, c'est très rarement le

travail de la femme qui est appréhendé. Il est difficile d'être, sans cesse, renvoyée à « l'être », il est difficile d'accepter ces non-reconnaitances, *a priori*, du travail, il est difficile d'être quotidiennement confrontée à cette violence qui ne se dit pas, tellement insidieuse, tellement consensuelle; il est difficile de lutter contre ce qui va de « soi », contre le « définitivement naturel ». C'est en partie de cette violence là que découlent celles qui sont faites aux femmes.

Les métiers exercés très majoritairement par les femmes exigent certainement rapidité, habileté, adaptabilité patience et concerne tout particulièrement les travaux répétitifs sous contrainte de temps. D'autres spécificités concernent les tâches mobilisant le don de soi, la disponibilité et ce qui peut s'apparenter à un travail affectif comme les métiers de la santé, du social et de l'éducation. Les métiers du commerce mobilisent également, c'est le cas des caissières de la grande distribution, un travail émotionnel afin de paraître aimables, accueillantes et souriantes, en toutes circonstances!

La non-reconnaissance du travail des femmes en entreprise semble bien tenir au fait que leurs compétences s'enracinent dans un apprentissage ayant débuté depuis leur plus jeune âge; compétences initialement requises dans la sphère privée où le travail est invisible, ou alors ne se voit que lorsqu'il n'a pas été fait. Les tâches qui incombent aux femmes au travail requièrent les mêmes compétences, considérées comme qualités naturelles, non reconnues et encore moins rémunérées.

« Les qualités spontanément attribuées aux femmes ne sont donc pas singularisées, ni saluées en ce qu'elles les auraient conquises; on les considère disponibles, dans le registre d'un pré-requis auquel elles doivent se conformer – "femme: donc..."-, faute de quoi elles déçoivent, et se déçoivent elles-mêmes...

Car dans cette représentation socialement construite des femmes, l'organisation du travail a la part belle: elle élude de reconnaître ce qu'elle attend de cette main d'œuvre, puisque ces qualités en sont posées préalablement au travail, comme allant de soi, et non pas reconnues au vu du travail. Ce que le travail va révéler, c'est leur conformité à ce que c'est qu'être une femme. » (D. Dessors)

AU CHAPITRE DE L'EMPLOI

Les femmes sont plus concernées par les situations précaires. La menace de précarisation, comme la précarité réelle, sont source d'une peur qui les fragilise. Cette vulnérabilité favorise l'accélération de la dégradation des conditions de travail et tout particulièrement les organisations rigides et les méthodes d'encadrement difficilement supportables. Or, il est clair que leur insertion professionnelle se heurte à la persistance de leur exploitation dans la

sphère du travail salarié, un des éléments aujourd'hui les plus importants de cette persistance étant le développement, « aidé » par l'état, du travail à temps partiel dont les capacités de renforcement des discriminations existantes entre hommes et femmes sur le marché du travail sont pourtant connues depuis longtemps (Junter-Loiseau, 1981).

Les données qui suivent ont été répertoriées par G. Doniol-Shaw :

L'entrée des femmes sur le marché du travail est massive en France depuis ces quarante dernières années, avec pour corollaire « l'explosion de métiers non qualifiés », comme ceux de vendeuses ou caissières en magasin de grande distribution, serveuses, employées de l'hôtellerie, restauration et des services de nettoyage. Simultanément, la déqualification à l'embauche sur les emplois non qualifiés s'est accentuée. Or, la stabilité de l'emploi est à tous les âges plus faible que pour les emplois qualifiés.

Le passage à temps partiel coïncide presque toujours avec une dégradation de leur état de santé, le temps partiel imposé étant la condition nécessaire pour pouvoir continuer à garder son emploi. Du côté des horaires dits « atypiques », le secteur de la santé rassemble la majorité des salariées travaillant en équipe. Le travail en deux équipes commence aussi à se mettre en place dans le commerce alimentaire, les entreprises de nettoyage et on voit apparaître le travail en trois équipes dans le secteur de l'hôtellerie-restauration, sans doute en relation avec le développement des établissements de restauration rapide ouverts sept jours par semaine et selon une très large amplitude horaire. On observe également une augmentation sensible du travail en équipe dans le secteur du nettoyage. On connaît les difficultés des femmes à gérer des horaires de travail décalés, dès lors qu'elles ont des enfants, leur souhait étant avant tout la stabilité des horaires afin de garantir l'organisation familiale c'est-à-dire d'abord la garde des enfants (Doniol-Shaw, Junter-Loiseau 1995).

L'amplitude de la journée de travail est une question également sensible car les longues durées journalières de travail sont connues pour avoir des effets sur la santé, en termes de fatigue, pour les hommes comme pour les femmes et, pour ces dernières, elles pèsent directement sur l'organisation de la vie familiale.

SOUVENT, LES RISQUES TIENNENT A L'ORGANISATION DU TRAVAIL

« Dans un travail **rigidement organisé**, même s'il n'est pas trop divisé, émietté, aucune adaptation du travail à la personnalité n'est possible...La souffrance commence quand le rapport homme-organisation du travail est bloqué...La certitude que

le niveau atteint d'insatisfaction ne peut plus diminuer marque l'entrée dans la souffrance » (Chr. Dejours). La souffrance tient aussi à l'inadéquation de la tâche avec les aspirations du sujet.

Les témoignages nous renvoient la même prégnance du rapport au temps qu'il faut à tout prix empêcher de s'emballer, pour continuer à tenir la cadence et contenir ces tâches « toutes prioritaires » (au travail et hors travail) dans un temps haché, pressuré, compacté ; avec une disponibilité « présumée », comme une vis sans fin ; mais dans la peur lucide que le système puisse s'enrayer.

Pour les femmes, toute incertitude, tout changement deviennent intolérables.

La peur envahit tout : celle de ne plus y arriver. C'est une peur qui résulte d'une lutte ininterrompue contre le temps, contre le travail, c'est une peur qui paralyse, qui interdit la fuite, qui dépersonnalise, qui fait douter de soi, de ses capacités, qui épuise.

L'anxiété petit à petit envahit la pensée qui devient monotone, elle ne permet plus d'accéder à l'imaginaire, au futur, l'anxiété ronge la santé mentale des ouvrières, empêche l'expression du désir.

Contraintes de rythme et contrôle du travail. Aux rythmes de travail plus intensifs, plus contrôlés et plus « prescrits », répond une augmentation de la monotonie du travail des femmes. Cadences sans cesse accrues ou polyvalence accentuée avec une exigence de résultats immédiats, délais de réalisation toujours plus courts, effectifs de plus en plus serrés, contrôle hiérarchique tatillon et déresponsabilisant sont des éléments qui ressortent en leitmotiv.

La dépendance vis-à-vis du travail des collègues a doublé : Cette contrainte correspond à une diminution de l'autonomie dans le travail et notamment dans la gestion du temps.

Le rythme de travail imposé par une demande extérieure correspond à l'accroissement de la sous-traitance et de la logique de flux tendu.

Dans le même sens, **on note une diminution de l'autonomie globale des salariés.** Les aides-soignantes, les agents de service hospitaliers, les employées du nettoyage, les employées du commerce sont les salariées pour lesquelles l'augmentation de la prescription est la plus sensible

La contrainte du travail monotone ou répétitif continue de toucher plus fortement les femmes que les hommes. En diminution chez les femmes, cela tient avant tout à la diminution, en proportion, des emplois féminins ouvriers. En augmentation chez les employées du commerce, elle est à mettre en relation avec le développement des grandes

surfaces et parallèlement celui des emplois de caissières ou plus généralement d'employées de libre service. Chez les employées des services directs aux particuliers, les employées de l'hôtellerie et de la restauration semblent particulièrement concernées ainsi que les femmes agents de service et les salariées du nettoyage. La croissance de l'emploi dans tous ces secteurs s'est donc clairement accompagnée d'une déqualification de cet emploi par ailleurs monotone.

La question sur la polyvalence dans le travail. De 1987 à 1991, la polyvalence « organisée » n'a que très peu augmenté tout en ne concernant qu'un faible pourcentage de femmes salariées (5% environ) tandis que la polyvalence à l'initiative des besoins de l'entreprise, c'est-à-dire non réellement prévue ou organisée, s'est plus largement développée. La polyvalence « au coup par coup » est au contraire bien souvent un facteur de pénibilité tant physique que psychique, les salariés s'estimant utilisés comme « bouche-trou » avec pour seul « bénéfice » celui de « changer de fatigue » (Doniol-Shaw, 1985).

Les cadences impossibles, le contrôle hiérarchique tatillon, la répétitivité du travail et les cycles courts, la polyvalence improvisée, tous ces facteurs ont des effets négatifs sur la santé de mieux en mieux identifiés. Les témoignages montrent que c'est le cumul de plusieurs de ces facteurs, associé au sentiment d'impossibilité d'une amélioration de la situation, voire même plus souvent d'une constante dégradation, qui conduit à des états de **souffrance**.

LES RAPPORTS HUMAINS

Les rapports humains créés par l'organisation du travail et tout particulièrement les techniques de commandement, encadrement sont des éléments primordiaux pour l'étude de la santé mentale des femmes.

Si on se réfère au livre *Femmes au travail, violences vécues*, on est frappées par la violence et l'impact de certains modes de management :

Des violences destructrices : Elles sont toujours responsables, dans nos récits, de graves décompensations, le plus souvent psychiatriques.

Cette dépossession s'accompagne souvent de tentative d'isolement par la hiérarchie, d'enfermement. Il n'est pas rare non plus, surtout lorsque le poste revendiqué avait été chèrement acquis en gravissant les échelons un à un, de voir le collectif se retourner contre ces femmes de 50 ans passés. Le sentiment de solitude s'installe et la trajectoire sans issue. D'autres graves déstabilisations naissent du déni du savoir faire, de l'injustice irréparable liée aux accusations mensongères et parfois contradictoires répétées, jusque pendant les arrêts de travail « refuges », par

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

Comment tiennent elles ? En silence, le plus souvent. Dans la lucidité, face au réel et leur dignité qu'elle soit muette ou revendiquée, est préservée. Parmi les témoignages recueillis, certaines femmes parviennent à mobiliser les ressources psychiques nécessaires pour faire face à l'humiliation, qui est au cœur de cette violence, et à sauvegarder leur dignité et leur estime de soi. Préserver la dignité au travail serait d'abord «gagner du temps», attendre son heure pour pouvoir dire et marquer des points, exister de façon stratégique en saisissant le moment venu quand il y a place pour la parole. La dignité serait aussi, au fil des confidences faites aux médecins du travail, passer de l'expression « je » subis au « on » plus collectif, c'est-à-dire s'inscrire au sein d'une collectivité, partageant les mêmes contraintes désignées comme pathogènes pour tous et non pour soi seule: expression de la conscience subjective, vécue de l'intérieur, de la souffrance collective.

Mais comment maintenir le cap dans la durée, si ce n'est par la liberté de pouvoir dire ? La prise de parole semble bien une clé pour résister

Ici, c'est la colère mentalisée mais contrôlée ou la confrontation d'égale à égale, voire l'affrontement ou la désobéissance et enfin l'indignation. Ces résistances se compliquent d'inévitables conséquences : départs volontaires des jeunes diplômées, préretraite, parfois émergence de la peur, du sentiment de culpabilité, découragement, voire arrêt de travail pour se « ressourcer ». Le rapport de force existe mais il laisse place à une marge de manœuvre encore suffisante. La plupart des femmes ainsi « en marche » ont une formation qualifiante, à l'exception des plus âgées. Contrairement aux salariées ayant décompensé, elles n'évoquent ni solitude, ni conflit dans la sphère privée. Si les témoignages en forme de prise de parole indiquent une indéniable souffrance psychique, nous ne trouvons pas, dans notre regard transversal, de décompensation, de mutation, d'inaptitude. Le rapport de force existe mais il laisse place à une marge de manœuvre encore suffisante – l'espace de parole est préservé et ce quel que soit l'âge. La plupart des femmes ainsi « en marche » ont une formation qualifiante, à l'exception des plus âgées. Contrairement aux salariées ayant décompensé, elles n'évoquent ni solitude, ni conflit dans la sphère privée.

conclusion

Se préoccuper de santé mentale, dans le monde du travail, revient à tenter de prendre en compte le vécu subjectif des salariées afin de permettre l'émergence de la souffrance, de la peur ainsi que

les modes de défense adoptés pour y faire face, dépister les syndromes de stress post traumatiques si possible en deçà de la maladie mentale décompensée. La précarisation du travail fragilise. L'organisation du travail est de plus en plus contraignante. Mais l'entreprise utilise, à des fins de production, les rapports sociaux de domination dont la violence nous semble déterminante dans la dégradation de la santé mentale. La première difficulté sera, pour le médecin du travail, de distinguer ce qui se rattache à l'intensification du travail, dont l'objectif est clairement l'augmentation de productivité, du harcèlement au travail, dont le but est l'éviction sans frais du salarié. La préoccupation première n'est pas de repérer dans l'entreprise une victime aux prises avec un authentique sujet pervers. Il s'agit bien plus, sans psychologisation, de rechercher ce qui a pu changer de l'organigramme, des modes de production, d'organisation, des choix en matière de nouvelles technologies, de l'histoire de l'entreprise aboutissant à transformer des sujets jusque là indispensables en indésirables. C'est intervenir dans l'entreprise avec les partenaires sociaux, afin de rétablir des espaces de parole, prévoir du temps et des lieux pour débattre des problèmes organisationnels et redonner quelques marges de manœuvre aux salariés et aux femmes en particulier.

Cette mise en mots collective des difficultés dans le travail et du vécu subjectif de la souffrance individuelle à pour objectif de favoriser l'émergence des collectifs au travail. Le médecin du travail ne détient pas les solutions.

La santé publique devra se préoccuper tout à la fois du rôle déterminant du socle culturel et de la précarité qui se révèlent conditions de l'instauration de modes organisationnels et de commandement de plus en plus rigides.

Jocelyne Machefer, Denise Renou-Parent

Bibliographie:

- BISAULT L., DESITVAL V. et GOUX D., « Emploi et chômage des "non qualifiés" en France », *Economie et Statistiques*, n°273, 1994-3.
- CARPENTIER-ROY M-P., *Santé mentale et travail - avantages et limites de la psychodynamique du travail*
- DAVEZIES Ph., (1991), « Eléments pour une clarification des fondements épistémologiques d'une science du travail », communication au Colloque national de la Société française de psychologie, Clermont Ferrand, le 6 décembre 1991
- DEJOURS Chr. *Travail et usure mentale*, (novembre 2000), édition augmentée, Bayard
- DESSORS D., *Femmes au travail, violences vécues*, « Le temps fait aux femmes », Syros, 2000, p. 161,164.
- DONIOL-SHAW G., *Femmes au travail, violences vécues*, « Mise en perspective sociale ? » Syros, 2000, p 185,211.
- GUIHO BAILLY M.-P., *Femmes au travail, violences vécues*, « Paroles du corps : de la violence à la honte », Syros, 2000, p 157,160.
- GUILLEMOT D. et MARIONI P., « La population active : facteurs d'évolution et perspectives », *Données Sociales*, 1995, INSEE
- Paroles de Médecins du Travail, *Souffrances et précarités au travail*, Collectif. Editions Syros, Paris, 1994.

IDEOLOGIES DEFENSIVES DE METIER ET SUICIDE

LUDWIG

Je rencontre pour la première fois Ludwig S..., plombier-zingueur de nationalité allemande, en juillet 1992. Il a alors 49 ans. Divorcé, père de quatre enfants, il habite en France depuis 1978. Il a toujours pratiqué son métier, sept ans en Allemagne, dix-neuf ans en Alsace. Il est dans notre région depuis fin 1991 et travaille chez un artisan, dont les parents sont de nationalité allemande mais depuis longtemps en France. Il y a deux autres salariés dans l'entreprise dont le fils du patron. Ludwig n'a pas d'antécédents particuliers en dehors d'un ulcère duodénal et d'une phlébite.

En mai 1993, il est victime d'un accident de circulation avec volet thoracique et fracture du poignet. Il reprendra le travail trois mois plus tard.

Les échanges, lors des visites annuelles, sont difficiles en raison de la langue. Je me souviens d'un échange intéressant sur les outils professionnels, semblables d'un pays à l'autre, dont il faut rapidement apprendre le nom. En septembre 1995, il évoquera longuement avec la secrétaire médicale, la plus jeune de ses enfants, handicapée mentale, enfin proche, dans un foyer de la région.

Mai 1996, c'est l'accident de travail, chute de 6 m de haut, la barrière d'un balcon sur lequel il était en appui ayant cédé ; fracture du bassin, du coude et du poignet. J'ai de ses nouvelles par ses collègues. L'un d'eux ajoutera : « *Ludwig, des fois, il me fait peur, il prend des risques* ». Je croiserai Ludwig une fois, début 1997 : il semblera surpris que je le salue et m'enquiers de sa santé, peut-être ne m'a-t-il pas reconnue, après tout ?

1^{er} avril 1997, coup de fil affolé de l'épouse de son employeur, Ludwig doit reprendre le travail le mois prochain et « *Ce n'est pas possible, il est fou* ». Elle m'explique alors que pendant son arrêt de travail, Ludwig a fait une dépression nerveuse sévère dans un contexte de rupture amoureuse, avec hospitalisation par contrainte ; il avait sorti et brûlé tous ses meubles, la presse locale avait relaté ces faits. Ludwig doit voir le médecin-conseil le 2 avril pour sa consolidation. Il sera en congés annuels jusqu'au 5 mai. J'explique à l'épouse de l'employeur le rôle du médecin-conseil et le rôle du médecin du travail et adresse un mot au médecin-conseil pour lui demander son point de vue. Le médecin-conseil m'appellera le lundi 7 avril, il a trouvé Ludwig parfaitement bien sur le plan somatique et psychique mais ne le connaissait pas avant.

Ludwig ne se présentera pas à deux rendez-vous consécutifs les 7 et 14 avril. Le prochain rendez-vous est fixé au 28 avril. Avant de le recevoir, je prends contact avec son médecin généraliste, qui ne le connaît que depuis peu, et me confirme qu'il va bien sous traitement mais « *...que bien sûr, avec ce type de traitement, être sur les toits...* ». Il me signale également avoir eu lui aussi un appel de l'épouse de l'employeur. Je lui explique que je serai peut-être amenée à lui demander une prolongation.

J'essaie de comprendre la panique de l'épouse du patron qui a téléphoné à tous les intervenants possibles : elle a peur de le voir travailler sur un toit. Compte tenu de ce que je connais de cette entreprise, je suis convaincue qu'il ne s'agit pas d'une manœuvre pour influencer ma décision : qui a peur, elle ou les autres salariés et pourquoi ? Je pense bien sur aux idéologies défensives du bâtiment, auxquelles participent nécessairement la famille (à la fois mère et épouse dans ce cas).

Ludwig se présente à son rendez-vous le 28 avril. Il ne s'était pas présenté aux autres rendez-vous car il s'était rendu en Allemagne, pour voir son frère, en profitant de ses congés annuels différés. Je le retrouve pareil à lui-même, toujours réservé mais attentif. Je comprends qu'il souhaite vivement reprendre le travail, qu'il faut que cette reprise se passe bien, cette reprise signant alors le retour à la bonne santé et à une situation normale. Je ne lui cache pas que son employeur est inquiet mais qu'*a priori*, je ne vois rien qui s'oppose à sa reprise de travail. Je lui demande de m'apporter son traitement qu'il ne connaît pas le lendemain matin pour que je puisse prendre l'avis de son psychiatre.

Pour moi, bien que ma décision soit prise - il reprendra le travail -, il convient d'avoir un dossier argumenté car je prévois des difficultés du côté de l'employeur (qui a aussi pris contact avec la direction départementale du travail). Comme prévu, il m'apporte le lendemain son ordonnance et j'écris immédiatement au psychiatre, en précisant bien que je considère que l'on prend moins de risque de déstabilisation, de rechute et même d'accident en permettant la reprise à un poste connu du salarié. Je lis la lettre à Ludwig. Je lui précise, espérant avoir la réponse le lundi 5 mai, que je prendrai contact avec lui, par téléphone entre 8 h et 10 h. Nous convenons également que si la réponse n'arrive pas le lundi, je lui demanderai de prendre une semaine d'arrêt maladie.

Le psychiatre confirme la décompensation dépressive mélancolique, me précise que Ludwig a fait, dans le service une tentative de suicide médicamenteuse préméditée chez lui. Le traitement a permis une sédation complète de la symptomatologie et même d'après l'entourage une amélioration du comportement relationnel. Il a vu Ludwig il y a dix jours et l'a trouvé parfaitement bien, Ludwig désire ardemment reprendre son travail et le psychiatre ne voit rien, ni dans son traitement, ni dans son comportement qui s'y oppose. Le psychiatre évoque même ce patient très intéressant et gratifiant.

Je me pose la question du risque éventuel de récurrence à partir d'un toit, de l'inquiétude éventuelle des collègues de travail quant à son comportement. A l'heure convenue, personne ne répond au téléphone. Je laisse l'avis d'aptitude à la secrétaire au cas où il passerait le lendemain avant le travail.

Quelques heures plus tard, l'épouse de l'employeur me téléphonera pour m'annoncer son suicide par ingestion médicamenteuse « *Vous voyez bien qu'il était fou* ». Il me semble percevoir dans le ton de sa voix comme un soulagement, comme si cette issue confirmait bien que l'accident, la décompensation étaient liés à la personnalité même de Ludwig et donc que les idéologies défensives de métier allaient continuer à fonctionner et protéger les autres ouvriers, dont le mari et le fils. Le psychiatre informé par téléphone me confirmera : « *Il n'existait que par son travail* » et l'inquiétude qui avait été la sienne d'une nouvelle tentative par ingestion de Sintron^o.

Le 28 avril, j'étais aussi tendue que Ludwig car je percevais sa tension. J'ai bien sûr dit que je ne voyais aucun inconvénient à sa reprise, nous avons parlé de l'accident de travail, mais pas de la décompensation. Il allait bien sous traitement, mais j'ai souvent pensé à lui pendant ce week-end du 1^{er} mai. Je m'étais sentie obligée de prendre l'avis du psychiatre, du médecin conseil et du médecin généraliste plus pour constituer un dossier à décharge, en cas de contestation de l'avis d'aptitude par l'employeur, que pour forger mon opinion : pour moi permettre à Ludwig de retrouver la santé passait bien par la reprise de son travail.

Fallait-il ne pas évoquer la réticence de l'employeur, l'accident de travail ? Evoquer l'inquiétude de l'épouse de l'employeur, inquiétude probablement partagée (ou déniée peut-être par ses collègues de travail) a-t-il pu participer à la nouvelle décompensation de Ludwig ? A distance, je me pose toujours la question : l'accident de travail puis la rupture amoureuse ont provoqué une crise identitaire sévère : aurait-il été possible de permettre des remaniements adaptatifs par une psychothérapie, aurait-il fallu s'opposer à la reprise de travail ? Bien sûr, Ludwig disait vouloir reprendre le travail, mais en adhérant à sa demande, convaincue que j'étais de la nécessité de cette

reprise pour permettre le retour à une vie normale, est ce que je ne participais pas moi aussi au maintien des idéologies défensives, qui venaient d'être sérieusement mises à mal ? Est ce que je ne lui interdisais pas une autre alternative ?

Quelques mois plus tard, son collègue me dira, et le ton de sa voix exprimait une réelle émotion : « Vous savez, quand je pense à Ludwig, je ne suis pas triste, je ne suis pas en colère, j'ai envie de sourire. »

Cinq ans après, je sais seulement, qu'il faudrait toujours pouvoir prendre du temps, c'est-à-dire revoir les victimes d'accident et leurs collègues pendant la période de convalescence, discuter avec les psychiatres.

CLAUDE

Claude a 28 ans lorsque je le rencontre pour la première fois en mars 1999, dans le cadre d'une visite d'embauche. Il est célibataire. Son dossier est ouvert dans notre service depuis 1987 : il préparait alors un CAP d'électricien. Jusqu'en mai 1997, il travaillera dans trois entreprises successives comme électricien, avec beaucoup de déplacements. Des épisodes lombalgiques sont mentionnés. Touché par un licenciement économique en mai 1997, il connaîtra une assez longue période de chômage avec quelques contrats dans son métier, et parfois des travaux agricoles saisonniers.

Depuis un mois, il travaille dans une entreprise de quatre salariés de création récente, comme électrotechnicien. Il me signale souffrir du dos de manière quasi permanente, la douleur apparaissant plus volontiers au repos. Il effectue à nouveau des activités correspondant à son CAP, essentiellement des travaux de câblage et installation d'armoires électriques.

Le 29 novembre 1999, il se présente pour une visite de pré reprise du travail ; il a subi le 16 juin une intervention sur hernie discale avec sciatique paralysante. Pendant sa convalescence, en septembre, il présentera un état dépressif avec hospitalisation par contrainte pendant un mois, suite à une bouffée délirante - semble-t-il. Son traitement comporte un antipsychotique.

Il s'assied en face de moi en disant d'un ton détaché : « Voilà, les docteurs ne veulent pas que je reprenne mon travail à cause de mon dos ; j'ai pensé que je pourrais m'occuper des enfants handicapés, ça doit pas être bien compliqué de promener des handicapés. Je boîte toujours, je ne peux pas faire les mêmes efforts qu'avant ». L'examen somatique confirme un déficit des releveurs du pied. Il n'a pas pu rejouer au tennis.

En principe, il doit reprendre le travail le 9 décembre. Je lui propose de prendre le temps de réfléchir avant d'envisager un reclassement professionnel, de tenter de reprendre son activité antérieure pour faire réellement le point des capacités résiduelles. Il serait plus raisonnable de réfléchir si besoin à un reclassement prenant en compte son expérience antérieure - travailler plus sur les armoires et moins en câblage par exemple.

Je lui propose de le revoir après avoir rencontré son employeur et étudié son poste de travail, ce que je ferai le 1^{er} décembre. L'étude du poste me permet de rencontrer ses collègues de travail, d'évaluer la charge physique de ce travail, qui est importante avec beaucoup de déplacement d'échelle et de travaux en hauteur, donc une forte contrainte vertébrale. Son employeur et son collègue me confirment la charge physique de ce poste, m'indiquent que Claude en faisait beaucoup trop et les impressionnait par sa résistance physique et son énergie. L'épisode délirant n'a pas trop marqué les esprits. C'est son employeur qui avait alerté la famille en constatant ses troubles du comportement alors que Claude était venu le rencontrer pour envisager sa reprise de travail. Visiblement, il sera bien accueilli et entouré ; c'est un excellent professionnel

Je revois Claude le 7 décembre. Il est d'accord pour tenter de reprendre le travail le 9 décembre, à son poste antérieur. Son collègue de travail que je verrai cinq jours plus tard me dira que tout va bien, qu'il s'en sort très bien. Claude mettra fin à ses jours le 16 décembre par pendaison.

Par la suite j'apprendrai, qu'il avait eu une enfance difficile, des problèmes relationnels avec sa mère, des périodes de toxicomanie.

Les travaux à forte charge physique constituaient sans doute les seules défenses fonctionnelles assurant son équilibre psychique.

Crise identitaire sévère dans un contexte de maladie laissant des séquelles physiques ; aurait-il fallu ne pas tenter une reprise au poste antérieur ? La reprise de travail et peut-être le constat de difficultés importantes sur le plan physique sont-elles à l'origine de la seconde décompensation aboutissant au suicide.

Lorsque j'ai revu Claude, j'ai bien sûr pensé à l'histoire de Ludwig. Là encore est ce qu'en travaillant plus en amont, en lien avec les psychiatres, aurait-on pu permettre à Claude de s'accepter avec un handicap modéré. Les médecins mesurent-ils la portée de leurs paroles en assénant aux opérés du dos : « *Il faudra changer de travail, la prochaine fois, je ne pourrai plus rien pour vous.* »

Ces deux observations concernant des ouvriers du bâtiment, qui ont présenté des décompensations psychiatriques sévères, dans un contexte de rupture d'activité professionnelle par atteinte à l'intégrité physique, avec suicides dans les jours entourant la reprise de travail me paraissent illustrer l'idéologie défensive de métier et sa participation essentielle au maintien de l'équilibre psychique.

Annie Deveaux
mars 2002

LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL CONSTRUIRE OU DETRUIRE SA SANTE AU TRAVAIL ELEMENTS DE PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Ce texte a fait l'objet d'une présentation à la Journée nationale de prévention du suicide à Tours le mardi 5 février 2002

INTRODUCTION A PROPOS DE L'ACTUALITE

Le « Nouvel observateur » titrait récemment en couverture « La déprime au travail », et présentait sur une dizaine de pages plusieurs articles éloquentes. L'un d'eux concernait un établissement de 700 salariés où venaient de se produire en l'espace de quelques mois quatre suicides, que le médecin du travail avait déclaré en maladies à caractère professionnel. Pour l'un d'eux le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies

Professionnelles (CRRMP) a reconnu « qu'il existait un lien direct et essentiel entre le décès de l'intéressé et son travail ».

(Dans ce journal on trouvait un autre article faisant l'éloge des compétences d'un grand directeur caractérisé, je cite : « *Par sa poigne de fer et son sens aiguë du pouvoir* » [...] « *On ne peut gouverner cette entreprise que par la terreur* ». Et il s'agit de la même entreprise.)

Le médecin du travail avait rédigé à la demande de l'inspection médicale du travail, pour l'instruction du

dossier de maladie professionnelle, un avis médical très argumenté dont voici un extrait :

« ...De l'analyse de la situation de travail, il existe un lien direct et essentiel entre la maladie de M. X... et son poste de directeur adjoint. Dans ce contexte de surcharge de travail, il a été confronté durablement à la réalisation d'objectifs paradoxaux. Il a perçu des appréciations répétées et négatives comme personnellement disqualifiantes. Son propre dévouement à l'entreprise... semble l'avoir rendu non critique de cette situation. Il en a perdu l'estime de lui-même. Il en est mort... Pour le médecin, un homme est mort, qui ne devait pas mourir. »

La CPAM a reconnu la maladie comme professionnelle, décision qui n'a pas été contestée.

A la suite de cela, le directeur de l'établissement a reçu un courrier de la direction nationale, courrier qui a été affiché dans l'ensemble des locaux, dont voici un extrait :

« ... l'entreprise se réserve d'user de toute voie de droit pour tirer les conséquences de l'inadmissible violation du secret professionnel (ndlr : secret médical) , dont chaque salarié pourrait d'ailleurs être un jour victime à son insu. ... ».

Le Conseil départemental de l'ordre des médecins sollicité, a répondu clairement qu'il ne pouvait pas s'agir d'une violation du secret médical car « *le médecin du travail qui procède à une déclaration de maladie à caractère professionnel dans les formes prévues par la loi..., ne fait que répondre à ses obligations déontologiques et à son devoir de médecin* ».

COMMENTAIRES

La médecine du travail en France est une obligation légale pour toutes les entreprises (loi du 11 octobre 1946 et nombreux décrets...).

- Le Code de déontologie médicale stipule qu' « 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. ».
- Le Code du travail précise l'organisation de la médecine du travail (qui est à la charge des employeurs), sa mission : « éviter l'altération de la santé du fait du travail », et les modalités de protection de l'indépendance technique des médecins du travail.

Mais les médecins du travail sont souvent l'objet de pressions pour les cantonner à des actions de prévention individuelle et les éloigner de sujets sensibles (risques chimiques, organisationnels, etc.). Face à cela, un peu partout, les médecins du travail

essaient de se coordonner pour résister, pour défendre leur indépendance, pour remplir leurs missions en s'accrochant à leur déontologie, construire leurs règles de métier, et adapter leur métier aux évolutions des risques du travail, en particulier pour faire face à la demande croissante concernant la souffrance au travail (stress, violences, agressions, *mobbing*, *karochi*, *burn-out*, harcèlement moral etc.). D'où les groupes d'accompagnement des pratiques.

Rappelons que la santé ne se limite pas à l'absence de maladie. Pour l'OMS, la santé est un état de bien-être physique, psychique et social. Dans une conception dynamique, c'est un cheminement personnel et original, vers un état de bien-être physique, psychique et social, qui passe nécessairement par la quête identitaire et par l'aspiration à l'accomplissement de soi.

La psychodynamique du travail explore la dynamique psychique mise en œuvre dans le travail, dynamique qui vise à l'épanouissement dans le travail, au plaisir au travail, mais qui au contraire peut aboutir à la souffrance, voire à la maladie, ce qui dépend essentiellement de la façon dont chacun peut organiser son travail. C'est une discipline récente, issue des travaux du P^f Chr. Dejourn (CNAM), depuis une vingtaine d'années environ.

Le GAPP de Tours (Groupe d'Accompagnement des Pratiques en Psychodynamique du travail), avec l'aide de la psychodynamique du travail, regroupe des médecins du travail de petites et grosses entreprises de toute nature, et fonctionne depuis plus de dix ans.

CONCEPTION DE LA CONSTRUCTION DE LA SANTE AU TRAVAIL EN PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Le travail, en temps que fonction sociale utile, occupe une place centrale à la fois :

- dans l'organisation de la société (il en est le structurant principal) ;
- et dans la construction de l'identité et de la santé, qui passe par l'intégration sociale.

On forge son identité et sa santé dans le rapport à autrui, aussi bien dans le champ affectif (travaux de Freud), que dans le champ professionnel, par l'aspiration à l'accomplissement de soi. L'investissement affectif et l'investissement professionnel constituent les deux appuis principaux de notre équilibre psychique. Quand l'un dysfonctionne, l'autre devient essentiel, voire vital.

Par définition, le travail est dur, du fait des horaires, des relations avec les collègues, des conditions de travail, des difficultés, des obstacles rencontrés... Le

mot provient de *tripallium* qui signifie instrument de torture !

Tout travail génère initialement de la souffrance. Mais quelque soit la peine engagée, la pénibilité, **si le sujet peut trouver les moyens de le faire, et si le résultat de son travail peut être vu et reconnu par les autres**, en particulier par ses pairs aptes à juger du « beau travail » et de l'utilité de ce travail, il y récoltera du plaisir par la reconnaissance des autres, et de la satisfaction de soi. Estime de soi qui construit l'identité qui elle-même structure la santé mentale.

Ce système de subversion de la souffrance en plaisir, par la dynamique de la reconnaissance, requiert certaines conditions dans l'organisation du travail, pour permettre le maintien de l'équilibre de la balance entre :

- ma contribution, la peine que je me donne, d'une part ;
- et la rétribution symbolique que je récolte, c'est-à-dire la reconnaissance des autres, d'autre part.

La souffrance au travail ne pousse pas les gens hors du travail, elle les tient au travail dans l'espoir qu'un signe de reconnaissance émerge. Je résumerai ces conditions de l'épanouissement dans le travail en trois points principaux, très reliés entre eux : le « sens », le « faire » et le « débat » :

PREMIÈRE CONDITION : LE SENS et les valeurs du travail doivent être partagées par le collectif de travail.

C'est sur la base de valeurs communes, d'un sens commun, que se construit la confiance, et que se tisse la coopération reposant sur la confiance. Ni la confiance ni la coopération ne se décrètent. La confiance se gagne, s'acquiert au fil du temps et des actes. Elle peut se perdre brutalement, et se reconquérir petit à petit. En revanche la méfiance entraîne vite la méfiance.

La confiance ne relève pas du psychologique, mais de l'éthique, du partage des valeurs. C'est le sens qui cimente un collectif. Le glissement des valeurs du travail vers des critères financiers occulte progressivement les règles de l'art, (et les valeurs humaines sur lesquels elles reposent) et crée des conflits de valeurs.

DEUXIÈME CONDITION : CHACUN DOIT AVOIR UN MINIMUM DE PRISE SUR L'ORGANISATION DE SON TRAVAIL, SUR LA FAÇON DE LE FAIRE.

Il doit disposer d'un minimum de marges de manœuvre, dans les moyens comme dans les rythmes, pour pouvoir ajuster constamment le décalage entre le travail prescrit et le travail réel. Quelque soit le niveau de perfection des procédures de travail, le sujet doit toujours mettre en œuvre son intelligence pratique, créatrice, pour faire face aux

difficultés, aux contradictions, qui ne sont pas prévues dans la prescription. Et c'est tant mieux car on ne peut pas mettre son intelligence au vestiaire. L'individu ne peut pas être un exécutant pur. Il use donc de son intelligence pour faire face aux aléas, il faut toujours ruser, tricher pour bien faire, et jongler entre les contraintes contradictoires (par exemple qualité, délais, coûts...).

Et c'est de la reconnaissance de cet art de FAIRE dans la difficulté, que se construit le jugement des collègues de travail. Dans le champs professionnel le jugement de beauté et d'utilité repose sur le FAIRE, à la différence du champs affectif où l'on juge sur l'ÊTRE. Juger sur le FAIRE, débattre du comment faire, relie les membres d'une équipe de travail, alors que juger professionnellement sur l'ÊTRE fragilise et individualise les personnes sans rien apporter.

Par exemple dans un conflit, il importe de débattre de l'objet du conflit dans l'organisation du travail, en évitant de débattre de la personnalité des personnes concernées, ce qui ne résout rien et peut mener à l'exclusion.

TROISIÈME CONDITION : DES ESPACES DE DISCUSSION SONT INDISPENSABLES POUR DEBATTRE DU TRAVAIL, autant du sens, que des façons de faire, et pour ainsi élaborer ensemble les règles de l'art, **les règles de métier** (qui renvoient toujours au sens), et pour constamment réajuster l'organisation de travail, toujours évolutive. On discute ensemble comment travailler ensemble, comment réaliser ce qui est prescrit et ce qui est nécessaire, dans les grandes lignes comme dans les détails.

On met en commun nos savoir-faire, mais à condition qu'il n'y ait pas de méfiance. De la confrontation d'opinions, des débats sur les trucs et astuces pour résoudre les problèmes, naît la reconnaissance entre pairs, la reconnaissance de la compétence, la reconnaissance de la valeur de soi et se construit l'estime de soi, qui permet de prendre plaisir au travail.

Les relations de travail s'organisent ainsi sur la délibération collective de l'organisation du travail. C'est ce qui permet au travail de jouer un rôle de médiateur social tout à fait exceptionnel, puisqu'il permet aux gens **de vivre ensemble et de s'estimer**, sans s'être choisis, et sans nécessité de s'aimer.

Lorsque l'organisation du travail le permet, on boucle ainsi le triangle de l'identité au travail tel que Sigault l'a décrit en l'assimilant à un « acte traditionnel efficace » :

- Je me confronte au réel, que je vise à transformer (c'est l'**acte**, le faire) ;
- sous le regard d'autrui (qui juge de l'**efficacité**, la reconnaissance professionnelle) ;
- dans une **tradition** de valeurs partagées entre moi et les autres (le sens).

Quand les trois angles du triangle : moi, les autres et le réel, sont reliés, l'investissement dans mon travail me construit, et construit mon identité et ma santé.

LES PROCEDURES DEFENSIVES

Quand ces conditions élémentaires de l'épanouissement dans le travail ne sont pas réunies, le sujet ne bascule pas forcément dans la maladie, il développe des systèmes de protection. Les recherches en psychopathologie du travail, qui avaient débuté dans les années soixante, avaient analysé les différentes formes de pathologies mentales mais avaient longtemps buté sur l'énigme de la normalité : qu'est-ce qui faisait que les salariés majoritairement maintenaient leur santé mentale malgré des contraintes majeures dans leur travail, des contraintes « à rendre fou » et dont on ne parlait jamais ? (par exemple, la peur de tomber, dans les professions du BTP).

C'est ce qu'ont permis de découvrir les recherches de terrain en psychodynamique du travail : sujet de souffrance, le sujet ne fait pas que subir, il se défend. Il élabore inconsciemment des processus défensifs pour contre-carrer, pour circonscrire la peur et la souffrance qu'elle génère.

Ces **stratégies défensives, individuelles** ou **collectives** reposent toujours sur le déni du risque, le déni des contraintes, le déni de perception de la réalité. Elles mobilisent aussi bien l'intelligence individuelle (l'ingéniosité, l'imagination) que l'intelligence collective (la coopération), et participent donc à la solidité des collectifs de travail soudés par le déni, le plus souvent sur le mode viril (on n'a pas peur, on est des cow-boys, etc.). Je compare les stratégies défensives aux protections contre les nuisances physiques : temps, distance, écran. (dérision, bravade, défi des risques pour les conjurer comme on l'observe dans les bizutages en médecine, ou dans le BTP pour dénier la peur de tomber, désinvestissement professionnel, hyperactivisme pour ne pas penser ce qui fait souffrir, application bête et méchante des procédures, repli dans son bureau, déformation, je ne veux pas voir, je ne veux pas savoir...). Elles permettent de tenir, de mettre à distance la souffrance, comme une carapace ou une armure, et masquent les situations douloureuses.

Ces défenses peuvent se transformer en véritables idéologies défensives lorsque les situations de souffrance semblent sans espoir de rémission, on rationalise alors à l'aide d'arguments idéologiques indiscutables présentés comme fatalité (la guerre économique, la guerre sainte...) et de discours stéréotypés.

Les défenses protègent contre la maladie, mais au prix d'une rigidité du fonctionnement psychique, que le sujet tente à tout prix de maintenir, ce qui rend difficile toute transformation de l'organisation de

travail. Elles empêchent de penser et de comprendre les situations, elles brouillent les cartes.

Toute action pour la protection de la santé nécessitera d'aider à penser les défenses, à condition que cela ne présente pas de danger sur le plan psychique et sur le plan social (prisque d'exclusion d'un collectif de défense soudé par le déni du risque).

PATHOLOGIES, RUPTURES DES LIENS, ALIENATIONS

La normalité résulte de l'équilibre entre souffrance et défenses.

Il n'y a pas de proportionnalité entre souffrance psychique et maladie mentale, du fait des défenses. La souffrance, subjective, ne se voit pas et n'est pas « objectivable ». Elle peut être totalement masquée par les défenses, jusqu'à ce qu'émergent des troubles cognitifs (troubles du jugement, du raisonnement, de la mémoire..), des symptômes psychosomatiques (lombalgies, vertiges, troubles digestifs, cardiologiques...), des symptômes anxieux ou dépressifs, des pathologies de surmenage.

La rupture, la décompensation, peut apparaître brutalement, sous forme de dépression, de suicide, d'épisode délirant, ou de violence, surprenant parfois tout le monde. La multiplication de telles décompensations dans une entreprise doit amener à interroger d'urgence l'organisation du travail.

Sans décrire les différentes pathologies, présentons l'analyse découlant du triangle de Sigault en fonction des ruptures des liens entre Ego, Autrui, et le Réel :

ALIÉNATION MENTALE : Quand Ego est coupé du réel et d'autrui. L'individu décompense, il plonge dans la pathologie mentale, dépression ou autres maladies psychique. (Il devient « fou », il « délire » - seul)

ALIÉNATION CULTURELLE : Quand Ego et Autrui sont coupés du réel. La culture du groupe tout entier fait écran à la perception de la réalité. Interprétation du monde qui n'a plus rien à voir avec la réalité. C'est le groupe qui « délire ». (Sectes, hauts commandements coupés du réel, etc.)

ALIÉNATION SOCIALE : Quand Ego est bien en prise avec le réel, mais qu'il n'est plus validé par autrui, que son travail n'est plus reconnu, voire dénigré. Il n'est pas fou, il ne délire pas (pas encore), c'est le contexte qui est fou, c'est le contexte qui est pathologique.

Ce sont des pathologies de l'adaptation sociale, pathologies de la reconnaissance collective : marginalisation, exclusion, *mobbing*, harcèlement moral..., de plus en plus fréquentes du fait de l'érosion des collectifs au profit de l'individuel dans les organisations actuelles. Dans ces situations la

prise en charge devra impérativement renvoyer au collectif de travail. Il faut veiller à ne pas traiter ce problème uniquement sur le plan individuel mais au contraire à le resocialiser.

EVOLUTION DES ORGANISATIONS DE TRAVAIL

Si la souffrance au travail conduit aujourd'hui plus souvent à l'apparition de troubles graves, ce n'est pas parce que les techniques du harcèlement se sont perfectionnées, ni parce que les personnalités perverses se sont multipliées, mais c'est surtout parce que les nouvelles organisations ont développé la peur et le chacun pour soi, et ont dissout les solidarités qui permettaient de s'élever contre les injustices.

On assiste à une dégradation du sens de la justice dans le monde du travail par la transformation des formes de domination qui reposent aujourd'hui sur la menace de la précarisation.

Pour le formuler à la canadienne :

- avant, travailler c'était co-opérer ;
- maintenant, travailler c'est performer, compétitionner.

La mise en concurrence des salariés, des services, des entreprises, l'individualisation des parcours, la parcellisation des tâches entravent les mécanismes de la confiance, de la reconnaissance et de la coopération.

Les contrats d'objectifs sont individualisés et ignorent le travail en temps que tel, le labeur, pour ne tenir compte que du résultat, souvent sans énoncer de correspondance avec les moyens.

L'obligation d'être rentable et d'avoir à le prouver fonctionne comme un dispositif de menace.

L'« évaluation » des individus, qui génère la peur et les isole, se substitue à la reconnaissance de leur travail par autrui. On ne juge plus le travail réalisé sur la base du jugement de beauté et d'utilité conférant la reconnaissance collective à partir du « faire », l'évaluation porte sur l' « être » (être battant, performant...). Evaluation des individus, qui de plus en plus ont peur de ne pas être à la hauteur, peur d'être « dévalués », peur d'être délocalisés, d'être précarisés, d'être exclus progressivement du centre du travail vers sa périphérie, vers la sous-traitance, vers l'intérim, ou vers le chômage.

Des objectifs contradictoires sont imposés en terme de rentabilité d'un côté, et de qualité ou sécurité de l'autre. Les arbitrages entre ces critères sont difficiles ou impossibles et conduisent à des pertes de repères, à des incapacités de jugement (entre le bien et le mal, le juste et l'injuste...), générant des troubles cognitifs, le plus souvent dans un secteur précis en relation avec le travail.

Les normalisations et les contrôles externes portant en général sur des critères purement quantitatifs, voire comptables, se substituent aux règles de métier et créent des conflits de priorité.

Les normes étouffent les règles de métier. **L'éthique et les règles de l'art ne sont plus discutées entre pairs.** La logique comptable croissante occulte les autres valeurs et fait perdre la compréhension du sens. (logique de service public / logiques financières)

La communication d'entreprise présente les organisations comme scientifiquement maîtrisées, parfaites, simples, lisses, et ne parle jamais du réel du travail, des difficultés, des accidents, des conflits, autrement que sous l'abord du « **facteur humain** », qui prend un sens négatif.

Ainsi tout dysfonctionnement renvoie aux erreurs humaines, aux fautes, aux négligences, à l'incompétence, voire à la malveillance. On évite donc de faire remonter les difficultés, vécues comme culpabilisantes, on n'en débat plus, et on entretient le déni des contraintes.

Les obligations de traçabilité, présentées comme garantes de qualité ou sûreté doublent la charge de travail, et fonctionnent comme des pièges : la trace papier ne reflète pas la peine et les difficultés rencontrées, mais elle est imparable pour renvoyer la responsabilité en cas d'accident. La dictature du zéro défaut amène les travailleurs à occulter certains dysfonctionnements et à se méfier des collègues. Dans la réalisation du travail une partie de l'intelligence est déviée de la recherche coopérative du « comment bien faire ensemble face à la difficulté », vers la recherche de la disculpation individuelle. Certaines questions envahissent une partie de la pensée : « *Qu'est-ce qui va être vu, officialisé, médiatisé dans ce que je fais ?* », « *Qu'est-ce qui va pouvoir m'être reproché ?* », « *Qu'est-ce que je dois faire pour me protéger ?* ». Cette dérive altère la confiance et dégrade des coopérations dans une équipe de travail (par exemple entre médecin, anesthésiste, infirmière..).

L'intensification physique et psychique du travail et la rigidité des organisations réduisent les marges de manœuvre et s'opposent à l'initiative et la créativité des acteurs, conduits à la répression psychique.

L'élévation de la demande psychologique est bien supportée si elle s'accompagne d'une grande latitude décisionnelle, mais elle est insupportable si l'autonomie de décision se réduit.

La centralisation des décisions, l'augmentation de la distance entre les décideurs et les opérateurs, interdit la prise en compte de l'intelligence pratique développée sur le terrain, et facilitent le désintérêt à l'égard de populations éloignées.

La **logique clients-fournisseurs** appliquée progressivement à tous les secteurs remplace les débats sociaux sur la définition des compromis (par ex. entre exigences de santé, de sécurité alimentaire, de sûreté industrielle d'un côté.. et les moyens que l'on accepte d'y consacrer, de l'autre). Elle réduit les valeurs à une échelle marchande, en occultant les autres dimensions. La logique clients-fournisseurs est un puits sans fond : lors d'appels d'offre, le client demande toujours plus propre, plus sûr, plus efficace pour moins cher, dans un processus qui peut être sans fin, et forcément au détriment de ceux qui font le travail, en bout de chaîne.

La **sous-traitance en cascade et la division des tâches** cassent les collectifs de travail. Le travail est fractionné, les tâches intéressantes sont données aux uns, les tâches dures et sales sont sous-traitées aux autres, qui eux même sous-traitent les plus dures, pour moins cher. Quand on sous-traite le travail, on sous-traite les risques et les contraintes et on les soustrait à la vue, à l'analyse, à la compréhension. Ce système de domination par la précarisation rend inopérants les contre-pouvoirs construits pour préserver la santé auparavant. Ni les syndicats, ni les CHSCT, ni les médecins de travail n'ont de vision, ni de possibilité d'action dans les entreprises sous-traitantes. Leur efficacité se disloque donc aussi dans l'éclatement des entreprises et des collectivités de travail.

Et progressivement la dégradation des conditions de travail qui touche d'abord les autres, finit par être acceptée dans le silence, de même qu'est acceptée la **perte de toutes valeurs autres que celles de la compétition économique**, considérée comme inéluctable. Les stratégies défensives elles-mêmes s'individualisent. Chacun se protège, en rigidifiant les procédures, ou en se désinvestissant du travail, en prenant de la distance.

Cette évolution des organisations renforce la **culture du chacun pour soi**, délétère pour l'estime de soi, et pour l'épanouissement et l'investissement dans le travail.

Alors apparaissent des pathologies mentales et des désadaptations au travail, qui témoignent de ruptures : ruptures de l'équilibre contribution/rétribution, rupture de l'équilibre souffrance/défenses.

BANALISATION DE L'INJUSTICE SOCIALE SOUFFRANCE ETHIQUE

Les solidarités se diluent, et les pathologies de l'isolement ou de harcèlement se développent avec de moins en moins d'opposition, de moins en moins de réactions pour défendre les victimes. **Se développe une sorte de consentement à l'injustice.** Je ne veux pas voir le problème qui se

pose ici. Je rétrécis ma conscience morale afin d'anesthésier la perception de la peur. Cette stratégie a pour but de lutter contre la **souffrance « éthique »**, souffrance générée par le fait de **faire, ou laisser faire, des actes que l'on réprouve moralement.**

Hannah Arendt a analysé ce concept de souffrance éthique pour tenter de comprendre comment tout un pays très civilisé avait pu accepter, laisser faire, un système organisant l'extermination. Elle analyse comment cette souffrance et les mécanismes qu'elle déclenche amènent à la banalisation du mal, c'est à dire la banalisation des conduites injustes dans l'indifférence générale. Chr. Dejours l'a repris dans *Souffrance en France* pour tenter de comprendre le laisser-faire conduisant à l'exclusion dans les sociétés actuelles, de façon comparable.

De nombreuses personnes sont conduites à participer, à consentir, ou ne pas s'opposer à des actes qu'elles reprouvent moralement parce qu'ils font subir injustice et souffrance à autrui (ne pas tenir des engagements, faire des discriminations, entraver le droit du travail, exclure, licencier...)

La souffrance éthique fait peser le risque de trahison de l'idéal de soi (honte vis à vis de l'idéal de soi, et culpabilité à l'égard d'autrui dont on ne prend pas la défense ou à qui on inflige une injustice), ce qui entraîne le risque de perdre son identité, armature de la santé mentale, et ce qui peut conduire à des dépressions anxieuses graves. Pour s'en protéger, les sujets élaborent des stratégies défensives spécifiques, qui leur permettent de participer ou se soumettre, en rayant de la pensée ce qui donne mauvaise conscience. Je citerai les deux principales :

- **La stratégie du cynisme viril**, qui permet d'opérer soi-même la violence en transformant la notion de mal en bien, que je résumerai par la formule : « à la guerre comme à la guerre ». Quand nécessité fait loi, l'aveuglement, la carapace, neutralise la pensée du mal que l'on inflige.
- **La stratégie des œillères volontaires**, qui permettent à ceux qui sont autour, de laisser faire, de consentir au mal. Les œillères engourdissent la conscience morale, pour s'anesthésier contre la peur. Ceci est décrit en psychologie sous le terme de « **normopathie** », sorte de normalité anormale, qui associe l'indifférence au monde éloigné, la suspension de la pensée dans un secteur donné, et l'abolition du jugement et de la volonté d'agir contre l'injustice.

L'efficacité de ces stratégies défensives fait taire la conscience morale. Leur fragilisation met la santé en péril. Le doute renforce la carapace, ou bien sinon il la fait craquer.

Il apparaît donc que notre rationalité morale plie devant notre rationalité de préservation de soi ou rationalité pathique (de lutte contre la peur et la

souffrance). La rationalité pathique, rationalité du corps, prime sur les autres rationalités et opère une réduction de la conscience morale. Dans des systèmes violents, la défense contre la peur rend donc l'adhésion par conviction inutile, la soumission, l'asservissement, apparaissent comme volontaire.

Ainsi la violence n'a pas besoin d'être décidée, ni même pensée, pour être mise en œuvre. Celui qui gouverne par la terreur, peut ne pas « penser » le mal (im-pensable) qui peut en découler.

L'action n'est donc jamais seulement morale, elle engage le corps par la peur et la souffrance, ce qui réduit le sens moral. Il faut donc prendre en compte la peur pour restaurer l'autonomie morale du sujet, et pour lutter contre la banalisation des injustices.

Seules, la **contribution de l'intelligence** et la **délibération collective** permettent de restaurer le sens moral, et la faculté de penser et de décider d'une résistance ou d'un refus (courage intellectuel).

PROTECTION DE LA SANTE AU TRAVAIL

Dans les crises professionnelles, il faut dépasser les interprétations individuelles sur les profils psychologiques, qui figent des rôles de victimes et persécuteurs, pour analyser le contexte, comprendre les éléments d'organisation qui ont fait le lit à ces pathologies sociales.

Une réflexion sur l'évolution des organisations de travail devrait permettre de développer la prévention, alors qu'on assiste actuellement à une explosion médiatique et commerciale de solutions individualisantes telles que l'adaptation au stress, la victimologie, le *debriefing*, la judiciarisation des conflits... Il faudrait donner priorité aux tentatives de **médiation** dans le collectif de travail, et surtout à la **prévention**.

Sur le plan médical, l'action des psychothérapeutes et des médecins du travail est complémentaire, mais non interchangeable. Le médecin du travail a un rôle de **veilleur et témoin** dans l'entreprise, grâce à la mise en perspective des éléments collectés individuellement (consultations, arrêts de travail...) et collectivement (connaissances des collègues, participation aux CHSCT...). Il écoute, accompagne, veille, oriente, lors des consultations ; et il doit mettre en lumière les déterminants de la santé dans le collectif de travail (rapport annuel, déclaration de maladies professionnelles etc..), dont les partenaires sociaux pourront se saisir pour prendre des décisions. Son rôle n'est pas de se substituer aux psychologues, mais de contribuer au débat dans l'entreprise sur les conditions et l'organisation du travail. Lorsqu'une 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 des praticiens spécialisés et sans lien avec l'entreprise. Mais psychologiser le problème, le personnalise. La re-socialisation dans l'entreprise restera fondamentale, pour prendre en compte l'organisation et les rapports sociaux du travail, pour ré-insérer la personne dans son collectif de travail.

Les psychothérapeutes n'ayant pas accès à la vision des situations de travail, ni à la compréhension des stratégies collectives de défense, ne perçoivent la souffrance au travail qu'à partir de la demande individuelle, et interprètent souvent les décompensations comme un pur problème d'adaptation à un contexte de travail, *a priori* normal. Les événements graves apparaissent relever du médico-légal : La victimologie centrée sur la prise en charge des victimes laisse de côté les questions d'organisation de travail et ne permet pas d'accéder au sens des origines de la violence. Certains psychiatres soulignent qu'on ne peut pas continuer à traiter l'impact psychique des mauvais traitements sociaux dans le travail comme s'il s'agissait uniquement d'une reviviscence du vécu et des fantasmes infantiles projetés sur la scène du travail. Le salarié ne parle pas spontanément de sa souffrance au travail, car il s'évertue à l'évacuer.

Poser la question du travail peut l'aider à comprendre, à déculpabiliser, à reprendre confiance en soi. Dans des crises graves, les médecins du travail peuvent solliciter des spécialistes en psychodynamique du travail pour la réalisation d'enquêtes collectives de psychodynamique du travail, qui ont pour but d'aider à la compréhension des systèmes défensifs et du sens de la souffrance (éclairer le lien avec le travail), par le pouvoir d'élucidation de la « parole collective ». La mise en œuvre de ce type d'enquêtes, dans un cadre déontologique strict (seuls les volontaires participent et aucun document ne sort du groupe sans l'aval de tous), fait l'objet actuellement de réflexions. Des propositions ont été faites à la Direction des relations du travail, pour les rendre plus accessibles.

Enfin, les recours juridiques (Code du travail : droit de retrait L.231-8-1, inaptitude « thérapeutique » R.241-51-1, harcèlement moral L.122-49, etc.), doivent être utilisés avec grande précaution car ils compromettent souvent la réintégration professionnelle.

EN CONCLUSION

Travailler n'est pas seulement se livrer à une activité. C'est aussi établir des relations avec autrui, et construire son identité et sa santé par la dynamique de la reconnaissance. **Il n'y a pas d'organisation du travail idéale, mais il faut que la contribution des sujets soit possible : le travail en temps que coopération volontaire des personnes permet de construire des règles de métier, qui ne jouent pas un rôle seulement vis à**

vis du travail, mais aussi vis à vis du vivre ensemble et de la citoyenneté, et à ce titre le travail joue un rôle de structurant psychique et social irremplaçable, mais à condition que les organisations du travail permettent de toujours donner priorité aux valeurs humaines par rapport à celles du marché.

La santé (le bien-être de l'homme) doit rester une valeur prioritaire sur toutes les autres.

« La violence n'a pas besoin d'être décidée, ni même d'être pensée, pour être mise en œuvre. Des conduites inhumaines, des conduites barbares, émergent partout où se mettent en place des systèmes ou l'humanisme n'est pas une valeur première. » Hannah Arendt

Il n'y a pas de fatalité (ni politique, ni économique), les hommes peuvent toujours changer le cours des choses. L'histoire est faite de changements initiés par la volonté humaine.

*Brigitte Perceval médecin du travail
Membre du GAPP de Tours*

BIBLIOGRAPHIE :

- Association SMT : Souffrances et précarité au travail , paroles de médecins du travail (Syros 1994)
Association SMT : Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat (Syros 1998)
Association SMT : Femmes au travail, violences vécues (Syros 2000)
DAVEZIES Ph. : Médecins du travail et psychothérapeutes face à la souffrance au travail (CIPPT 2001)
DAVEZIES Ph., DERRIENNIC Fr., PEZÉ : Analyse de la souffrance dans les TMS (CIPPT 1998)
DEJOURS Chr. : Travail et usure mentale, (3^e édition Bayard 2000)
DEJOURS Chr. : Plaisir et souffrance dans le travail (1987)
DEJOURS Chr. : Souffrance en France (Seuil 1998)
DESSORS D. : Inégalités sociales, suicide et santé mentale (IMTVL 26/10/2001)
GUILHO-BAILLY M-P. : Entre le divan et l'établi (revue Santé et Travail n°26, /1998)
HABERMAS J. : Théorie de l'agir communicationnel (Fayard 1981)
HUEZ D. : Nouvelles psychopathologies du travail, organisations de travail, souffrance éthique, autonomie morale / servitude volontaire (2001 cours du CNAM stage PT 06)
HIRIGOYEN MF. : Le harcèlement moral (Syros 1998)
LEYMANN H. : Le mobbing (Seuil 1996)
MOLINIER P. : Autonomie morale subjective et construction de l'identité sexuelle (1996)
MOLINIER P. : Autonomie morale subjective, théorie psychanalytique des instances morales et psychodynamique du travail, (revue Travailler 1998)
PHARO P. : L'injustice et le mal (L'Harmattan 1996)
PERCEVAL B. : L'action des médecins du travail face à la souffrance au travail (GAP national 2000)
PERCEVAL B : Le harcèlement moral et la souffrance au travail (FMC psychiatres Tours 22 mars 2001)
PERCEVAL B : Comprendre la souffrance éthique (SMT VL Blois 23 mars 2001)
SIGAULT F : Folie, réel et technologie (Technique et culture 1990)
VALLEE C. : Hannah Arendt, Socrate et la question du totalitarisme (Ellipses 1999)

DECLARER LES DEPRESSIONS REACTIONNELLES PROFESSIONNELLES ENCADRER REGLEMENTAIREMENT LES ENTRETIENS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE SUR LES LIEUX DE TRAVAIL

POURQUOI DÉCLARER LES « DÉPRESSIONS RÉACTIONNELLES PROFESSIONNELLES » EN MALADIE À CARACTÈRE PROFESSIONNEL ?

*En vue de leur reconnaissance par le CRRMP,
et ultérieurement par un tableau de Maladie
Professionnelle*

Aujourd'hui, seules certaines maladies « organiques » ou apparemment telles, sont reconnues en maladies professionnelles.

Les pathologies en rapport avec le travail, non repérées dans un « tableau de maladie professionnelle » peuvent depuis peu être reconnues en maladie professionnelle par la Commission Régionale de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CCRMP) au titre de l'alinéa 4, mais à condition que l'IPP qui y serait liée soit de 66% ou plus. Ce taux devrait être porté à 25% prochainement.

Depuis longtemps ; les « maladies hors tableau » peuvent être déclarées en maladie à caractère professionnel afin de permettre l'extension des tableaux. Malheureusement, si le secret médical est levé pour la déclaration des maladies professionnelles et à caractère professionnel (ce qui ne dispense pas le médecin du travail de toujours agir dans l'intérêt exclusif des victimes), les personnes concernées par les maladies à caractère professionnel ne bénéficient pas de la protection juridique, en terme de reclassement professionnel et d'indemnisation, offerte pour les victimes des AT et MP.

De très nombreux médecins du travail, dont le présent auteur, ne croient plus que les déclarations de maladies à caractère professionnel jouent un rôle quelconque dans la reconnaissance de nouveaux tableaux de maladie professionnelle. Cette reconnaissance dépend plus de la « roulette sociale », faite d'ingrédients médiatiques, politiques et d'emblématisation défensive.

Dans ce cadre, des expériences ont été tentées par des médecins inspecteurs du travail pour provoquer un effet de nombre de « déclarations

anonymisées ». Ainsi étaient rassemblées visibilité institutionnelle et protection des salariés.

UNE SITUATION NOUVELLE, BIEN QUE TRÈS ANCIENNE :

**LA SPÉCIFICITÉ DES DÉPRESSIONS
RÉACTIONNELLES
PROFESSIONNELLES**

Les effets de l'organisation du travail, au sens le plus large, sur la santé mentale, émergent aujourd'hui socialement, ou bien :

- par l'amont : harcèlement professionnel, injonctions contradictoires, cumul des contraintes industrielles et commerciales, prescription de résultat sans moyens adéquats, normalisation prescriptive sans marges de manœuvres, contraintes temporelles intenable, « négation professionnelle » de la contribution, de l'histoire, des compétences, « mise au rebus professionnel » entraînant l'absence de tâche allouées, etc. ;
- côté conséquences sur la santé : par les traces de la « lutte pour la santé », à travers l'émergence des très nombreuses situations de « souffrances », où les travailleurs tentent de ne pas décompenser psychiquement ou organiquement ;
- côté conséquences sur le travail : par les traces très difficilement visibles et compréhensives, des procédures défensives ;
- et côté « impensable » : par les polémiques emblématiques, qui résonnent mais sont aussi irraisonnées, autour des suicides, ou bien advenus sur les lieux de travail, ou bien qui laissent des témoignages et qui autorisent ce rattachement, ou bien que des collègues de travail rattachent à un enchaînement causal professionnel. Dans ces situations de « suicides professionnels », il est très difficile de faire émerger une compréhension des événements qui puisse être travaillée par les acteurs. On sait pourtant que le suicide est une inégalité sociale en terme de santé entre catégories sociales d'un facteur 2,3 en 1979-1985 à 2,8 pour la période 1987-1993, aux dépens des ouvriers employés. Curieusement, la pathologie mentale la plus répandue sur les lieux de travail, la « Dépression Réactionnelle Professionnelle » ne prend pas visibilité sociale.

Il s'agit pourtant d'un véritable état morbide, qui nécessite prise en charge et soins thérapeutiques par des thérapeutes en dehors de la médecine du travail et généralement un arrêt maladie, et qui peut entraîner une invalidité durable avec parfois avoir des conséquences dramatiques.

POURQUOI « RECONNAÎTRE EN MALADIE PROFESSIONNELLE » LA DÉPRESSION RÉACTIONNELLE PROFESSIONNELLE ?

La première objection contre pourrait être clinique : en effet, un processus médico-légal n'a pas grand sens au cœur de la phase de décompensation d'une dépression réactionnelle.

Dans mon expérience de médecin du travail, il est usuel de rencontrer des agents en « souffrance professionnelle », avec lesquels l'élucidation intercompréhensive du rôle de « l'organisation du travail » est cliniquement d'un grand secours.

Au stade de dépression réactionnelle professionnelle, la préoccupation de praticien est d'assurer à l'agent une prise en charge thérapeutique. Comme médecin du travail, il faut donc donner la main. Il faut donc acter que le médico-légal ne peut pas remplacer une attitude thérapeutique de « sauvegarde ».

Il faut toutefois constater, dans l'expérience de médecin du travail qui est la mienne, que c'est à l'occasion des reprises de travail ou ultérieurement, qu'on découvre qu'un agent a présenté une dépression réactionnelle professionnelle.

Dans la phase de « remobilisation » de sortie d'une dépression réactionnelle professionnelle, il est important cliniquement de pouvoir travailler avec l'agent le sens de sa maladie. Il est important d'ouvrir la possibilité à chacun d'identifier la nature professionnelle de sa souffrance au travail.

De très nombreux médecins du travail savent par expérience l'intérêt de permettre l'élucidation du côté du travail. Donner acte cliniquement à ce stade s'inscrirait dans un projet thérapeutique, à la sortie de la phase de « sauvegarde », au moment où le travail du sens des événements du côté du travail prend toute sa place, à la jonction de la prévention primaire. Comprendre pour prévenir l'origine professionnelle de la dépression, qui entre en résonance comme tout événement avec l'histoire personnelle.

Mais il est tout aussi nécessaire de la rendre socialement visible et de permettre ainsi à la collectivité de travail de penser ce qui est maintenu, au risque de l'inimaginable, totalement impensé. C'est dans ce cadre que s'inscrit la nécessité de

déclarer les dépressions réactionnelles professionnelles, si les conditions subjectives, professionnelles et sociales sont réunies. Quand ils existent, les CHSCT me paraissent la structure la plus adéquate pour discuter les conditions délétères de l'organisation du travail, s'ils ont pu être au courant de la déclaration et si donc les conditions sont réunies pour que le salarié victime y donne son consentement.

Acte qui « donne acte » et cherche à prévenir en permettant au sujet et à la communauté de travail de se réapproprier le sens des événements.

Dans mon expérience, où je dénombre depuis 1992, les « souffrances au travail », les « décompensations psychiques brutales », et les « dépressions réactionnelles professionnelles », je constate que :

- les souffrances au travail, les souffrances « discrètes » qui s'additionnent ici avec des « dépressions réactionnelles minimales » ne nécessitant pas de prise en charge thérapeutique extérieure, représentent selon les collectifs de travail 5 à 50% des agents ;
- les « dépressions réactionnelles professionnelles » qui nécessitent une prise en charge thérapeutique généralement avec arrêt de travail, concernent 1 à 2% des agents. S'agissant d'une population de « travailleurs à statut », je n'ai aucune idée de la représentativité de ces chiffres ;
- L'inventaire de l'ensemble des dépressions double généralement ces chiffres. L'échelle des symptômes dépressifs du CES-D, employée en son temps, hors de toute démarche clinique, dénombrait pour la même population 10 à 20% de salariés, hors de tout lien professionnel. Notons donc que le doublement des « dépressions réactionnelles professionnelles » est un bien mauvais indicateur d'alerte, alors que le dénombrement des « souffrances professionnelles multiples », diagnostiquées cliniquement est pertinent. À côté des dépressions réactionnelles professionnelles (situation où le médecin du travail n'hésite pas à incriminer de façon déterminante la responsabilité du travail), existent des dépressions réactionnelles à des situations où l'événement non professionnels dans lesquelles le travail n'interfère pas. Il peut même être un élément de contention psychique. Dix pour cent des dépressions me semblent s'inscrire dans des pathologies psychiatriques plus ou moins invalidantes. Dans ces situations, la résonance professionnelle dépend de l'histoire singulière de l'agent. Je me garderai bien d'en tirer une conclusion, et du fait des difficultés et interférences cliniques, je ne propose pas à la déclaration médico-légale ces situations, sauf argumentation singulière.

Un travail clinique entre médecins du travail devrait permettre de préciser les caractéristiques des dépressions réactionnelles professionnelles qui pourraient ouvrir à un « tableau de maladie professionnelle ».

Probablement devront être englobés aussi, à côté des dépressions réactionnelles professionnelles proprement dites, les syndromes subjectifs post-traumatiques. Il y a en effet des événements emblématiques au travail, qui ne prennent une importance déterminante que pour un sujet, et qui chez celui-ci, par sidération de la capacité à penser l'organisation du travail, le prive de la compréhension des événements antérieurs et ultérieurs, et ouvrent à la décompensation dépressive ou à un autre registre. Seule l'accompagnement à la reconstruction du sens des événements professionnels pourra aider le sujet à reprendre sa « mobilisation psychique au travail » en main, une fois passée la phase de décompensation importante qui très souvent impose une attitude thérapeutique de sauvegarde.

Mais pourquoi l'acte médico-légal qu'est la déclaration en maladie professionnelle, avec l'accord et dans l'intérêt d'un agent, ne pourrait-il pas, ne devrait-il pas être envisagé dans le cas d'une dépression réactionnelle professionnelle ?

Bien évidemment en prenant en compte de façon déterminante les éventuelles interactions délétères de cet acte avec la démarche thérapeutique première de sauvegarde.

Une première objection pourrait-être qu'en matière d'interaction du travail avec la santé psychique, il n'y a pas de précédent, et que l'interaction du travail avec une histoire singulière invaliderait cette démarche. Mais qu'est-ce donc que la majorité des « TMS », lésions articulaires par efforts répétitifs sans marge de manœuvre, « victimisant » les agents du fait des conséquences délétères d'un « activisme compulsif » défensif et aliénant, sinon un effet de l'organisation du travail sur la santé de sujets généralement privés de pouvoir penser même leur situation ? Et pourtant, par cette démarche, l'organisation du travail délétère arrive, avec bien des difficultés, à être socialisée.

Il n'est d'ailleurs aucune pathologie professionnelle qui ne se construise ailleurs que dans un corps-sujet singulier, construction biologique et sociale, résonant toujours dans une histoire singulière.

On doit constater aujourd'hui, que le harcèlement professionnel est reconnu légalement, et que l'une de ses conséquences première, la dépression réactionnelle professionnelle n'est pas reconnue. De façon dramatique, seule la conséquence ultime d'une dépression réactionnelle professionnelle qu'est le suicide peut être reconnu en maladie professionnelle au CRRMP.

Ainsi dans de très nombreuses entreprises :

ou le débat à partir du harcèlement professionnel est bloqué à travers le registre défensif « de la détection des pervers » à éliminer ;

ou les suicides en rapport avec le travail, sidèrent généralement la capacité de penser les situations professionnelles.

Il y a donc une emblématisation des situations professionnelles, du côté d'un « caricatural ou d'un impossible à penser », qui bloque la visibilité sociale des effets quotidiennement délétères de l'organisation du travail sur la santé psychique que représentent les dépressions réactionnelles professionnelles.

Pourtant, du côté du métier de médecin du travail, la déclaration des dépressions réactionnelles professionnelles

prend place dans le décours d'une maladie pour permettre de comprendre et de s'y adosser pour reconstruire sa santé ;

donne acte socialement à travers une déclaration de maladie professionnelle et de l'information éventuelle du CHSCT, et s'inscrit dans un projet collectif de prévention primaire. Ainsi une atteinte singulière à la santé peut ouvrir à la prévention collective si les règles éthiques, médicales et de réalisme social (à discuter par et entre les professionnels concernés) sont respectées ;

est indispensable aujourd'hui pour ouvrir à « l'indignation sociale », les effets sur la santé psychique de l'organisation du travail à l'œuvre aujourd'hui.

La généralisation de la victimologie ne permet pas de penser les situations professionnelles. Trop de médecins du travail se replient du côté d'un accompagnement psychothérapeutique dangereux et éthiquement inadmissible sur les lieux de travail. La détresse non visible des victimes de dépression réactionnelle professionnelle, leur est renvoyée comme une « opprobre sociale », bien typée en genre, de n'avoir pas su résister, de faire « désordre ». Double retour délétère sur un sujet, d'un processus morbide renforcé par une invisibilisation sociale qui le renforce !

Des règles professionnelles à discuter par les médecins du travail

L'appréhension des dépressions réactionnelles professionnelles par les médecins du travail est spécifique. Probablement l'appréhension des médecins généralistes doit rencontrer l'autre face, versus thérapeutique, des dépressions réactionnelles professionnelles que rencontrent les médecins du travail.

Ce sont probablement des situations particulières, moins « banales », aux caractéristiques cliniques probablement en partie différentes, qui émergent dans le cabinet du psychiatre ou du psychothérapeute.

La dépression réactionnelle est une construction sociale.

J'ai l'impression professionnelle que l'importance des dépressions réactionnelles professionnelles est excessivement sous-estimée, aussi bien par les praticiens que par le reste de la société.

On peut même faire l'hypothèse que la dépression réactionnelle professionnelle est une porte d'entrée dans l'invalidité professionnelle pour un nombre non négligeable de salariés.

Pour qu'évoluent les règles professionnelles

des généralistes en « manière de traiter » ;

des médecins du travail en prise en charge clinique individuelle, et en prévention collective primaire.

je plaide pour que dans les situations « socialement favorables », les dépressions professionnelles soient déclarées en maladie « à caractère professionnel » par les médecins du travail ou les médecins généralistes. Mais à l'évidence les médecins du travail sont les mieux placés.

Quel type de déclaration ?

En attente de l'élaboration d'un « tableau de maladie professionnelle », ce sont donc les formulaires de déclaration à l'inspection du travail des « maladies professionnelles en vue de l'extension des tableaux qui devront être utilisés ». L'utilisation d'un tel document peut fragiliser un salarié. L'inspecteur du travail risque de diligenter une enquête.

Se pose donc la question de l'information du CHSCT, s'il existe, d'une telle déclaration. Si les « conditions sociales » sont réunies, avec l'accord du salarié, je plaide pour l'information du CHSCT, président et secrétaire. Mais comme pour tout acte médical, si l'accord du salarié est nécessaire, il n'a nul besoin d'être emblématisé, car c'est le praticien qui prend sa responsabilité professionnelle pleine et entière. Les stratégies concrètes doivent se construire en fonction de chaque entreprise. C'est un des meilleurs vecteur de visibilité sociale, de sortie d'un processus délétère individualisant, de passage du singulier au collectif avec l'organisation du travail comme grille de lecture.

Les médecin du travail signataires des certificats de déclaration, qui seront adressée à l'inspecteur du travail par ou au nom de l'intéressé comme le prévoit les textes actuels, devront élaborer des règles professionnelles pour remplir le document.

De mon point de vue :

la partie maladie professionnelle ne devrait renvoyer qu'à l'intitulé « dépression réactionnelle professionnelle »

la partie « circonstances et conditions » ayant entraîné la maladie devraient repérées de façon suffisamment précise les éléments du travail sur lesquelles pourraient porter la prévention, et supporter un travail d'investigation par l'inspection du travail ou le CHSCT. C'est parce que la partie « travail » aura été suffisamment travaillée et instruite par le médecin du travail que la prévention pourra éventuellement se déployer, à tout le moins l'organisation du travail être mise en débat. De façon adjacente, elle offrira une issue à la dévalorisation de soi intrinsèque à la maladie.

Crise psychopathologique au travail et intervention expertes règles professionnelles en milieu de travail à tenir

Interdire les entretiens psychologiques individuels sur les lieux de travail qui explorent la vie affective.

Aujourd'hui, confrontée à une crise psychopathologique collective et aux manifestations d'une souffrance majeure, une direction d'entreprise peut commanditer, hors de tout encadrement réglementaire, et mettre en place une démarche qui ne vise pas à permettre aux agents de penser le sens de leur souffrance au travail, mais plutôt d'en gérer au mieux les conséquences. Il n'y a pas de cadre qui permette de garantir la pertinence et la déontologie de telles interventions.

Il est essentiel que soient connus les objectifs poursuivis, précisées les compétences, le statut des intervenants et la validation des méthodes proposées, d'autant plus que ces interventions se déroulent en période de souffrance professionnelle massive, avec parfois des issues dramatiques.

- S'agit-il d'une démarche thérapeutique ?
Son cadre est-il bien défini puisque les entretiens individuels paraissent être mis en place sur les lieux de travail, par des intervenants au statut indéfini, sans que soit clairement identifiée la méthodologie de l'intervention ?
- S'agit-il de gestion collective du stress pour passer un cap difficile, et peut-on appliquer les méthodes de gestion des situations de catastrophe à ce type de crise où l'organisation du travail est impliquée et prétend s'auto-analyser ?

Le débat social qui accompagne de tels choix doit pouvoir être permis, éclairé par des protocoles clairs, encadré par une réglementation de

sauvegarde des personnes, et garanti par des règles professionnelles discutées et partagées.

Une limite à ne pas franchir nous paraît être celle des conditions dans lesquelles seraient organisés des entretiens psychologiques individuels sur les lieux de travail qui pourraient aborder la vie privée des sujets, sans que soit garantie le statut des intervenants, d'autant plus s'ils peuvent relever de plusieurs statuts.

Différentes méthodes sont proposées par des professionnels pour intervenir en cas de souffrance professionnelle

- intervention thérapeutique de sauvegarde individuelle ;
- gestion sociale de crise, sans recherche de la compréhension du sens et de ses causes ;
- mais aussi permettre à des salariés, sujets de l'enquête, de progresser vers la compréhension du sens de leur souffrance et de son rapport avec l'organisation du travail, ce qui est l'objet de l'intervention en psychodynamique du travail.

La méthodologie élaborée et partagée par les psychodynamiciens du travail (laboratoire de

Psychologie du travail et de l'action du CNAM [P^r Chr. Dejours]) effectuant des enquêtes de psychodynamique du travail,

- vise à permettre à un collectif d'agents volontaires ;
- disposant de garanties sur la déontologie, les règles professionnelles, le statut, la méthodologie scientifique des intervenants en psychodynamique ;
- d'élaborer le sens de leur souffrance en rapport avec l'organisation du travail.

Volontariat, travail collectif, contrôle des résultats de l'enquête par les salariés enquêtés avant discussion plus large et diffusion sont des pratiques obligées. C'est le travail, et ce qu'il implique au sens de division des tâches et de rapports sociaux, qui est soumis à investigation afin de permettre d'approcher le sens de la souffrance et d'identifier les procédures défensives qu'elle provoque. Cette démarche repose sur des garanties méthodologiques mises en œuvre par les professionnels intervenant dans ce cadre.

*Dominique Huez
février 2002*