

qui est peu visible et vécu dans la solitude comme « la souffrance morale professionnelle » au travail.

Les plans de gestion par l'entreprise du « stress » ou des « agressions » visent à imputer la responsabilité des problèmes aux caractéristiques psychologiques des sujets et à réduire leur prévention dans ce domaine à leur prise en charge thérapeutique.

Ainsi l'entreprise a alors pour projet :

- **de mettre en place des structures de gestion collective des cas individuels**, en instrumentalisant des structures aux finalités différentes : Ressources humaines, médecine du travail, assistante sociale, chef de service, voire un représentant syndical alibi. Tout cela dans le cadre d'un secret qui serait partagé ! Les médecins ne peuvent participer à des structures de gestion. Ils sont liés au secret médical individuel, gage de la confiance qui garantit leur intervention médicale, et ne peuvent intervenir réglementairement que du point de vue l'intérêt de la santé des agents.
- **de médicaliser de façon « encadrée » les soins psychologiques qui viendraient à être prodigués auprès de salariés en difficulté. Cela passerait par des protocoles de prise en charge thérapeutique avec telle ou telle structure « psy » dont on ne sait si elle s'inscrit dans un projet de soin ou dans l'accompagnement managérial de l'entreprise.**

Cette opération de « récupération » de la douleur morale des salariés, s'appuie sur le mélange des genres où plusieurs activités de nature différentes sont entremêlées. Les démêler est un objectif politique essentiel.

Faute d'éclaircissement des objectifs des différentes interventions ayant pour cibles les atteintes à la santé mentale au travail, on ne peut plus séparer les interventions qui sont exercées exclusivement pour préserver la santé du salarié, de celles visant l'intérêt de l'employeur.

DISTINGUER POUR AGIR PROFESSIONNELLEMENT, LES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS EN RELATION AVEC LA SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL, AUX OBJETS ET AUX FINALITÉS DIFFÉRENTS

LES ACTIVITÉS DE SECOURS IMMÉDIATS AUX PERSONNES EN DIFFICULTÉ,

qui s'apparentent plus aux premiers secours, dans lesquelles peuvent s'inscrire les activités de « débriefing » après traumatisme psychique, si à la mode aujourd'hui. *Il s'agit d'une activité de secours d'urgence visant à la socialisation de la douleur morale. Il ne s'agit pas ici « d'aider le sujet à la penser, mais plus de « passer » une phase immédiate difficile à travers la verbalisation. Si des éléments professionnels du côté de l'organisation du travail sont en cause, leurs conséquences péjoratives pour d'éventuels troubles psychiques ultérieurs pour les agents restent entières, et le resteront tant que les responsabilités de l'organisation du travail n'auront pas été mises en délibération. Cette activité de secours immédiat peut être assurée*

par un professionnel médical, voire élargie à d'autres professionnels du secours. Pour des raisons « de préservation de l'ordre public », les préfets des départements peuvent d'ailleurs organiser ces activités dans le cadre d'accidents collectifs.

LES ACTIVITÉS DE PRÉVENTION PRIMAIRE OU SECONDAIRE ASSURÉES PAR LES SERVICES MÉDICAUX DU TRAVAIL, POUR INDIVIDUELLEMENT « ACCOMPAGNER LA CONSTRUCTION DE LA SANTÉ DE CHACUN », ET COLLECTIVEMENT RENDRE COMPTE DES LIENS TRAVAIL - SANTÉ.

Les médecins du travail peuvent apporter une aide essentielle aux agents en difficulté pour les aider à « comprendre ce qui leur arrive » avec la grille de lecture de l'organisation du travail afin d'enrayer l'évolution vers l'individualisation et la culpabilité. Ils peuvent aussi aider à socialiser les éléments sanitaires en santé mentale, (dépressions professionnelles, souffrance morale professionnelle, décompensations mentales réactionnelles, contexte professionnel individuel et collectif d'un suicide), en ouvrant des pistes compréhensives du côté de l'organisation du travail à partir de leur expérience de l'accompagnement médical de la santé des agents. Par contre les médecins du travail ne sont nullement habilités à investiguer la vie affective et amoureuse du fait de la spécificité de leur intervention professionnelle. Les services médicaux du travail n'exercent pas d'activité thérapeutique de soins, et cela leur est réglementairement interdit. Dans le cadre du colloque singulier et comme conseil médical, ils peuvent utilement aider et faciliter une prise en charge thérapeutique extérieure. Les médecins du travail n'ont pas pour fonction d'exercer une activité de psychothérapie de soutien ou de gestion du stress. On est là aussi dans le soin thérapeutique.

LES ACTIVITÉS DE SOINS THÉRAPEUTIQUES.

Il faut rappeler que le droit du travail, s'appuyant sur l'histoire du mouvement social, n'a jamais permis que des soins thérapeutiques, hors urgence immédiate, soient pratiqués sur les lieux de travail. Le libre choix du thérapeute est ici essentiel et garantit l'efficacité du « soin ». Si la psychiatrie comportementale est une pratique médicale reconnue à côté des thérapies analytiques et est objet de débats entre professionnels, les soins susceptibles d'être délivrés doivent toujours recueillir l'accord des agents « dûment informés », respecter le libre choix du thérapeute et s'exercer hors lieux de travail et du lien de subordination par rapport à l'employeur. **Accepter que l'entreprise « organise les soins à visée de prise en charge thérapeutique » renforce l'aliénation sociale au travail.** Aujourd'hui des interventions à la demande de l'employeur à travers des audits, des expertises dans un contexte d'altérations de la santé mentale, sont ambiguës du point de vue de la finalité de leur intervention. *S'agit-il d'intervention pour l'entreprise ou pour le salarié ? D'apport de connaissance pour agir ou de soins déguisés ?* Seuls des protocoles d'intervention clairs peuvent éviter les ambiguïtés.

LES POLITIQUES MANAGÉRIALES D'ENTREPRISE,

qui se proposent de « gérer » et « d'adapter » les capacités des salariés. Le *coaching* de l'encadrement par des

psychologues d'entreprise spécialisés, les stages collectifs pour « mieux gérer le stress » s'inscrivent dans cette perspective. **On est ici dans un projet de gestion des ressources humaines au service des employeurs, et nullement dans une activité de prévention sanitaire.**

Aujourd'hui, le projet de nombreuses entreprises, en faisant une priorité de gestion des ressources humaines et un enjeu de communication politique, est :

◀ De cogérer avec des médecins du travail quand c'est possible, incorporés parfois à la Direction d'entreprise, les problèmes de santé mentale individuels et collectifs. Il ne s'agit plus alors de médecine du travail mais de médecine pour l'entreprise.

◀ De développer des organisations qui « prendraient en charge » les dysfonctionnements en matière de santé mentale des salariés en y subordonnant le soin éventuel, et ne permettant pas la compréhension du rôle de l'organisation du travail. Un projet identique a déjà été mis en place antérieurement dans de nombreuses entreprises pour « encadrer » les accidents du travail, en dévoyant leur prise en charge en matière de soins extérieurs, avec les mêmes finalités.

◀ *De stériliser les interventions syndicales et des CHSCT en essayant de leur faire « cogérer » le sanitaire pour bloquer les interrogations sur l'organisation du travail.* Dans le même esprit les entreprises ne veulent pas thésauriser dans le document unique d'évaluation des risques les contraintes organisationnelles ni les différentes alertes « psychosociales ».

DES PISTES POUR AGIR POUR LES CHSCT ET LES REPRÉSENTANTS DES SALARIÉS

À partir des constats et enquêtes du CHSCT, de la bonne connaissance des situations concrètes,

◀ Leur orientation est d'adapter le travail aux besoins humains, d'aider à la compréhension de la responsabilité de l'organisation du travail dans ce qui fait obstacle à la construction de la santé individuelle et collective. C'est la seule façon de permettre une action de transformation du travail, porteuse de prévention,

◀ Ce n'est évidemment pas de participer à la cogestion des risques individuels pour la santé mentale, porteuse alors d'aliénation comme toutes les interventions d'adaptation des hommes au travail !

Intervenir en matière de prévention des atteintes en santé mentale au travail et pour transformer les organisations du travail délétères, implique aux représentants des salariés de favoriser la mise en discussion par les collectifs de travailleurs des difficultés de réalisation du travail, afin d'ouvrir à de réelles actions de transformation et de prévention, et ne pas rester cantonné à des explications sur les facteurs personnels de tels ou tels.

Le rôle des membres des CHSCT est envers et contre tout, d'ouvrir un débat du côté du travail pour permettre l'intervention sur son organisation, et non de se fourvoyer dans la gestion sanitaire des crises psychopathologiques.

L'INTERVENTION SPÉCIFIQUE DU MÉDECIN DU TRAVAIL POUR REMETTRE LE TRAVAIL EN DÉBAT

*NE PAS SE TROMPER DE PRIORITÉ
D'INTERVENTION POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL*

La pratique des soins non urgents n'entre pas dans les prérogatives réglementaires du médecin du travail. D'ailleurs un médecin qui ne s'inscrit pas dans le libre choix possible du thérapeute de la part du patient, mais est « choisi » au mieux par les représentants du personnel (avec tout ce que cela représente comme choix imposé), est mal placé pour prodiguer des soins thérapeutiques qui impliquent immédiatement un rapport de confiance. Enfin, si l'on considère que la prescription d'un arrêt de travail est un acte de soin médical, cet acte qui est en contradiction majeure avec les intérêts économiques de l'entreprise ne peut pas être prescrit par le médecin du travail. En sus du fait que ce dernier s'impose en première intention au salarié, sa « proximité » de l'entreprise nécessaire à son efficacité préventive, ne lui permet pas toujours le recul nécessaire et l'expression de la demande de « suspension médicalisée du contrat de travail » à laquelle ouvre la prescription de l'arrêt maladie.

Enfin les soins médicalisés sur les lieux de travail enracinent « l'aliénation au travail » en ce sens qu'ils se trouvent sur la zone frontière des intérêts économiques de l'entreprise face à la sauvegarde de la santé du salarié, contre l'intérêt immédiat de l'entreprise. Le mouvement syndical n'a généralement jamais accepté les soins sur les lieux de travail pour cette raison. En matière de santé psychique, ils renforcent l'aliénation mentale d'une aliénation sociale.

Aujourd'hui, de nombreuses entreprises se proposent d'intégrer directement leur médecin du travail à leur démarche de gestion des risques. Pour les managers, il s'agit de tirer avantage de la médicalisation et la « psychologisation » des effets de la violence sociale ou industrielle ! Les directions d'entreprise s'appuient sur l'émotion et la compassion que provoquent ces situations, pour ancrer une logique de soins, alors que c'est une dynamique de prévention que l'on devrait développer. Les médecins du travail se voient alors enjoindre de « médicaliser » les situations délétères par ceux qui devraient les prévenir. Bien évidemment il y a un soubassement défensif à cela de la part de nombreux managers qui ne supportent l'idée qu'ils puissent être responsables de la souffrance morale ou de dépressions réactionnelles subies par leurs subordonnés. Comportement défensif aussi parce qu'ils n'imaginent pas les issues dans les transformations nécessaires de l'organisation du travail, qu'ils n'ont pas accès au « travailler » de leurs subordonnés, ou qu'ils croient ne pas disposer des marges de manœuvre nécessaires pour transformer l'organisation du travail.

*METTRE EN VISIBILITÉ LES ATTEINTES
À LA SANTÉ PSYCHIQUE AU TRAVAIL, FAIRE
APPARAÎTRE LES EFFETS COLLECTIFS
POUR ÉVITER LA « PSYCHOLOGISATION »
INDIVIDUELLE*

Accompagner la compréhension individuelle, en rendre

compte collectivement, c'est agir. L'accompagnement par le médecin du travail de la construction de la santé du sujet au travail lors des entretiens cliniques réguliers est un processus préalable et nécessaire à son action en prévention primaire. D'où l'importance pour donner acte individuellement, et en permettre la visibilité collective, des constats médico-légaux que permet aujourd'hui le 4^o alinéa pour les déclarations au CRRMP, des maladies professionnelles touchant la sphère mentale.

À côté d'une intervention individuelle, et pour en argumenter le contexte, le médecin du travail devra pouvoir réunir les éléments constitutifs d'une alerte collective à l'échelle d'une « structure » de travail pour en donner poids et compréhension. Les éléments constitutifs de cette alerte collective pourront être des traces des interventions du médecin du travail dans l'espace public de l'entreprise, des traces d'éléments cliniques anonymes extraits des dossiers médicaux, dont la véracité pourrait être contrôlée par l'inspection médicale du travail, une interprétation à l'aide de la psychodynamique, des éléments collectifs de l'organisation du travail, qui permette de mettre en débat les situations de travail qui posent problème aux salariés.

Mais si la socialisation de la souffrance au travail et de ses manifestations délétères (dépressions réactionnelles professionnelles particulièrement), est nécessaire, elle n'est pas suffisante pour transformer en un sens favorable à la santé, les conditions de travail.

C'est donc à la socialisation et à la compréhension des difficultés elles-mêmes de réalisation du travail, que le médecin du travail doit apporter spécifiquement sa contribution.

METTRE EN VISIBILITÉ ET EN DÉBAT LES DIFFICULTÉS DU « TRAVAILLER » AVEC LES ACTEURS DIRECTEMENT CONCERNÉS

Pour le médecin du travail, témoigner des atteintes à la santé mentale en rapport avec l'organisation du travail est nécessaire et au cœur de son métier.

Malheureusement, les procédures défensives de chacun sont telles qu'il doit aussi contribuer à réouvrir directement à la transformation des conditions du travail, en permettant un débat sur le seul travail.

Dans ces conditions, les acteurs sociaux prendront leurs responsabilités, et les salariés pourront être acteurs de la transformation d'un travail où ils pourront construire leur santé.

Ainsi en période de crise psychopathologique ou d'émotion intense quant aux conséquences dramatiques d'atteintes à la santé mentale (l'exemple emblématique en est le suicide d'un salarié), il est excessivement difficile de faire partager par l'encadrement des constats médicaux sur les possibles origines professionnelles des atteintes à la santé psychique des salariés. Je pense d'ailleurs que c'est la responsabilité du médecin du travail de les assumer « ès qualité ».

La hiérarchie peut en effet être déstabilisée par ce qu'elle perçoit comme une part de responsabilité qu'on lui attribuerait quant à la santé mentale de certains agents, ce qu'elle consi-

dère comme injuste. Alors pour certains, les difficultés des salariés seraient facilement expliquées par rapport à leur histoire personnelle. Que la médecine du travail dans ces conditions reconnaisse une part de la responsabilité de l'organisation du travail dans la souffrance au travail lui apparaît à la fois comme une injustice, une erreur d'interprétation, voire une arme donnée à certains agents qui en abusent.

Pourtant les médecins du travail peuvent aider à remettre le travail réel en discussion, alors que ce débat semble bloqué, du fait,

- ◀ d'une part de procédures défensives multiples à l'œuvre,
- ◀ et d'autre part, par l'effet de sidération sur la pensée qu'induit l'importance de la souffrance psychique et les phénomènes dépressifs en rapport avec le travail.

Le rôle des médecins du travail est alors de favoriser la dynamique de mise en délibération des difficultés du travail réel par l'ensemble des acteurs concernés. Adossé au constat médicalisé des atteintes à la santé psychique en lien avec l'organisation du travail, c'est la capacité à repenser l'organisation du travail, ouverte par la mise en discussion des difficultés du travail, qui permet l'action en prévention primaire.

Ainsi récemment j'ai été amené à rédiger une alerte collective concernant le service où j'avais déclaré deux dépressions réactionnelles professionnelles en maladie à caractère professionnel. L'argumentaire de l'alerte du médecin du travail était développé exclusivement du côté de ce qui fait difficulté dans la réalisation du travail, et ce qu'en comprenait le médecin du travail. Cet argumentaire avait été établi à partir des éléments cliniques individuels recueillis au long d'un accompagnement inter-compréhensif lors des consultations systématiques. Cet argumentaire, soubassement de l'alerte, a permis que puissent être organisées quatre réunions de mise en visibilité des difficultés de réalisation du travail en présence de l'encadrement supérieur. Leur objectif était de réouvrir à l'action pour les différents protagonistes, le rôle du médecin du travail disparaissant quand l'espace des décisions managériales apparaissait.

L'objet de réunions de mise en visibilité et en débat des difficultés concrètes de réalisation du travail serait de permettre aux agents de « socialiser » et de « comprendre collectivement » ce qu'ils considèrent comme des difficultés professionnelles, et ainsi de sortir d'un processus délétère, à travers la verbalisation et la mise en discussion collective de la façon dont ils tentent de réaliser leur tâche. Ces réunions peuvent permettre de réengager le débat sur le travail et sa transformation.

Je plaide donc, dans la suite des alertes de toutes sortes ouvertes par les pratiques concrètes des médecins du travail, pour faciliter la mise en débat du travail réel entre les salariés, en présence de l'encadrement supérieur si les conditions sociales en sont réunies. Cette condition implique en effet une confiance minimum et des règles socialement discutées.

Ces réunions sur les difficultés des situations de travail sont particulièrement importantes en situation de crise psychopathologique, et sont probablement un moyen très

important pour éviter les passages à l'acte comme les violences par rapport au travail ou les suicides.

Favoriser ce type d'actions adossées à nos constats médicaux, dont les règles professionnelles doivent être élaborées collec-

tivement, me paraît aussi être au cœur de la spécificité du métier de médecin du travail, et plus opératoire en prévention primaire que la « psychologisation » et la « victimisation » individuelle si à la mode aujourd'hui.

Dominique Huez

LES CAHIERS S.M.T.

- N°1 Spécificité et médecine du travail (89) - (épuisé) -
- N°2 Éthique et pratique en médecine du travail ; introduction aux débats (90) - (épuisé) -
- N°3 Évaluation en médecine du travail (nov. 90) - (photocopie) -
- N°4 Éthique en médecine du travail (mars 91) - (photocopie) -
- N°5 Précarité et sous-traitance en médecine du travail (mai 92)
- N°6 Médecine du travail et santé publique (mai 93)
- N°7 **Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail (mai 94)**
Éditions Syros — 24,40 euros
- N°8 Parler des règles de métier : nos pratiques en médecine du travail (mai 95)
- N°9 Les dérives de l'organisation du travail. Quelles pratiques pour les médecins du travail ? (mai 96)
- N°10 Pluralité, éthique commune, un métier en quête de sens (mai 97)
- N°11 Médecine du travail, un débat nécessaire (avril 98)
- N°12 **Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat (juin 98)**
Éditions Syros — 29,73 euros en librairie
- N°13 Poursuivre la Refondation de la médecine du travail (juin 99)
- N°14 **Femmes au travail, violences vécues (mai 2000)**
Éditions Syros — 28,20 euros en librairie
- N°15 Rendre visible les expositions. Témoigner des risques (juin 2000)
- N°16 Articuler accompagnement clinique et identification exhaustive des expositions (juin 2001)
- N°17 Organisation du travail. Santé mentale (mai 2002)
- N°18 Clinique médicale du travail. Éthique et pluridisciplinarité (juin 2003)

Ce Cahier n°18 m'a intéressé(e) :

Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 15 euros pour ce Cahier et pour la réservation du Cahier n°19 (à paraître courant 2004)

Je demande des exemplaires gratuits (port 5 euros)

numéro(s) :

nombre :

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