

APTITUDE ET EUGÉNISME

LES CAHIERS

S.M.T. N° 18

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

JUIN 2003 10 Euros

ISSN 1624-6799

**Clinique Médicale du Travail
Éthique et Pluridisciplinarité**

C LINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

É THIQUE ET PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL

**P LURIDISCIPLINARITÉ, UNE PRATIQUE EXCLUSIVE
EN SANTÉ AU TRAVAIL**

Éditorial *Josiane Crémon*

3

Clinique médicale et travail

Connaître le « travailler »	<i>Gérard Lucas</i>	4
Clinique médicale du travail, la nécessité d'un regard croisé	<i>Annie Deveaux</i>	7
Le poste de grutier	<i>Annie Deveaux</i>	10
Souffrance et incorporation	<i>Francette Thébaud</i>	12
Clinique médicale et pratique en médecine du travail Mettre l'organisation du travail en visibilité sociale	<i>Dominique Huez</i>	16
La souffrance en rapport avec la violence de l'organisation du travail dans l'entreprise moderne	<i>Alain Carré</i>	20

Éthique et pratiques en médecine du travail

Dévoiler l'organisation du travail Des attitudes défensives aux règles de métier	<i>Jocelyne Machefer, Denise Parent</i>	27
Contribution d'un médecin du travail à l'analyse des stratégies défensives des médecins du travail	<i>Véronique Arnaudo</i>	30
Pour prévenir les atteintes à la santé mentale au travail Clarifier les rapports médecins du travail, CHSCT, management	<i>Dominique Huez</i>	36
Les maladies professionnelles	<i>Philippe Davezies</i>	41
Sur l'absence de contre-indications médicales à l'inhalation de fibres d'amiante	<i>Philippe Davezies</i>	45
L'aptitude en questions	<i>Pierre Abecassis, Sylvie Cren, J-M. Ehster, Nicolas Sandret</i>	48
Le secret professionnel	<i>Jean-Marie Eber</i>	51
L'évaluation en santé au travail et médecins du travail	<i>Alain Randon, Denis Teysseyre</i>	52
Les traces externes du suivi médical clinique individuel et collectif	<i>Fabienne Bardot</i>	53
Un avis de plus	<i>Fabienne Bardot</i>	58

Pluridisciplinarité, une pratique exclusive en santé au travail

Charge de travail et enjeux de santé	<i>Philippe Davezies</i>	59
Les interventions pluridisciplinaires dans le cadre des services de santé au travail	<i>Alain Carré</i>	62
Pluridisciplinarité et système de santé au travail, point de vue d'un médecin du travail	<i>Dominique Huez</i>	69
Les évolutions majeures de la médecine du travail	<i>Fabienne Bardot, Annie Deveaux</i>	73
Règles de métier dans la pluridisciplinarité	<i>Josiane Crémon</i>	76

Annonces

Bibliographie	<i>Fabienne Bardot</i>	78
Association SMT, le bilan 2002-2003	<i>Alain Randon</i>	79
Appel aux autorités morales et politiques et aux médecins du travail		80

É D I T O R I A L

Voici un métier jeune et porteur d'une histoire bien lourde : celle du contexte dans lequel il a été créé (souvenez-vous du discours d'introduction des Journées nationales à Grenoble en juin 2002).

Voici une profession à peine née et presque déjà morte !

Une profession - médecin du travail -, qui n'a conscience d'exister que depuis une trentaine d'années, depuis que des médecins ont fait le choix d'exercer à plein temps et à part entière la médecine du travail. Est-ce qu'un métier peut se bâtir en si peu de temps ?

Comment construire des règles de métier si rapidement, alors que nous ne sommes que 7 000 médecins du travail éparpillés sur le territoire, ayant subi la même formation et supportant la même histoire ?

Si nous avons tous le même travail prescrit, inscrit dans le Code du travail, nous ne partageons pas le travail réel, il est secret, il se déroule à huis clos.

Pour construire des règles de métier, il faut apprendre à montrer à l'autre son ouvrage, il faut oser se dénuder, se dévoiler, il faut oser aller au devant de l'autre avec humilité. Cet obstacle n'est pas facile à franchir, il est risqué et cela demande du temps. Il semble donc que le temps pourrait faire défaut.

Et les médecins auraient d'abord développé des stratégies défensives plutôt que des règles de métier comme nous le montre Véronique Arnaudo.

Il semblerait que, devant la difficulté qu'il y a à mettre en visibilité la souffrance psychique résultant des organisations de travail délétères, un repli des médecins vers des postures de gestion des risques se ferait sentir.

Les conditions de travail ne cessent de se dégrader, la santé des salariés ne cesse de s'altérer.

Et depuis des années nous lisons la chronique de notre mort annoncée à travers les différentes réformes, dans une quasi-indifférence générale...

Que d'obstacles à franchir !

Depuis une vingtaine d'années, l'association fait tâche d'huile. Mais le travail de transformation, de mutation, de construction d'une pensée nouvelle ne peut progresser que lentement, avec des hésitations ; pourtant, il progresse malgré l'adversité et les résistances.

Médecin du travail : métier encore en construction.

Faisons le pari que ce métier n'est pas face à son dernier obstacle.

À année morose édito morose.

Josiane Crémon

Présidente de l'association Santé et Médecine du Travail

CONNAÎTRE « LE TRAVAILLER »

Au début de mon activité de médecin du travail, je pensais connaître le travail pendant mon tiers temps en allant sur le terrain et en faisant des études de poste. Les visites médicales seraient le temps de faire des diagnostics avec des examens cliniques parfaits et des moyens biométriques et biologiques. Des investigations dispersées dont le lien avec le travail n'était pas pertinent et dont même l'intérêt de santé publique ou pour le sujet lui-même était bien relatif.

Ce n'est que mois après mois, année après année que j'ai découvert l'intérêt de l'entretien singulier avec les salariés pour comprendre les situations de travail.

Certes l'observation de terrain garde son intérêt, mais elle n'est pas suffisante pour appréhender les relations entre le travail et la santé pour chacun. Chaque salarié, entant que sujet, s'implique dans son travail et en ressent des satisfactions, du plaisir ou des contraintes et de la souffrance. L'écoute des salariés permet de connaître le travail tel qu'il le voit, tel qu'il le vit, ce que c'est de travailler pour lui, ce que nous appellerons le « travailler ». L'écoute permet aussi au sujet d'exprimer les souffrances et les symptômes qu'il perçoit comme liés à son travail.

Le médecin du travail à l'écoute du salarié dans le cadre des visites médicales devient une ressource pour l'élaboration de la **clinique de la santé au travail**, son domaine de spécialité, qu'il partage avec le salarié et qu'il pourra analyser et restituer à la collectivité.

Voici trois situations de travail où, dans mon expérience, l'écoute de la description de leur travail par les salariés et des liens à la santé a permis de comprendre des aspects cliniques de la santé au travail opposables à des mises en question du travail voire à des transformations.

Étant médecin de prévention pour le Ministère de l'Équipement, ces exemples concernent des agents de la fonction publique d'État.

MON ITINÉRAIRE PROFESSIONNEL

Diplômé en 1978 de médecine du travail, j'ai repris de la médecine du travail en 1988 après 11 ans de médecine générale. Médecin de prévention pour la DDE de Loire Atlantique, au début j'étais très tenté par la technique avec à ma disposition l'occasion et les moyens de multiplier en complément de mon examen clinique les examens biométriques et biologiques qui me semblaient indispensables pour valoriser ma position de médecin. Bandelettes urinaires, visiotest°, audiomètres, spiromètres, électrocardiogramme, doppler et examens sanguins, ça faisait « vachement » sérieux, surtout

qu'en plus je pratiquais avec application des examens cliniques le plus complet possible.

En quelques mois, la confrontation, grâce à des confrères, à l'ergonomie puis à l'épidémiologie et à la notion de psychopathologie du travail, m'a utilement déstabilisé.

Après avoir surmonté ma frustration de ne pas avoir ce pouvoir d'agir sur la situation de travail par un avis d'aptitude ou d'inaptitude qui est réservé dans la fonction publique d'État au Comité médical départemental, et après quelques heureuses améliorations de conditions de travail dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire, ma mission santé et travail me paraît maintenant clarifiée.

OBSERVER LE TRAVAIL ou l'exécution d'une tâche sur le terrain n'est qu'une des approches possibles de la connaissance du travail.

BALISAGE POUR LES TRAVAUX SUR VOIES RAPIDES SOUS CIRCULATION

Le balisage des voies rapides avec des cônes sous circulation a été l'objet au milieu des années quatre vingt-dix d'une intéressante mise en place de procédures et de moyens qui ont transformé le métier des agents d'exploitation sur voies rapides notamment par l'annonce du chantier par deux flèches latérales de rabattement. Auparavant les agents étaient dans la défiance à la circulation en traversant les deux fois deux voies avec des panneaux où il fallait toujours faire très attention et vite. Après ces changements ils se disaient confiant à la procédure avec l'impression de sécurité et d'efficacité.

Ce n'est qu'au bout de quelques années de confiance, que les mêmes agents ont exprimés de la peur quand ils devaient décrocher la première remorque de la flèche de rabattement sur la voie de gauche d'une deux fois deux voies. Ils ont tous été témoins de voitures qui, avant le rétrécissement annoncé, doublaient pour ne se rabattre qu'au dernier moment. Quelques remorques porteuses des flèches ont été accrochées par des automobilistes. J'ai alors entendu deux discours, soit celui de la peur liée à l'expérience de l'approche d'un automobiliste pendant le décrochage ou apparu après qu'un collègue ait raconté sa peur, soit celui du défi.

Un agent qui exprime sa peur décrit ce qu'il vit au travail : « On stoppe le fourgon sur la gauche de la chaussée, la voie la plus rapide. Là il faut descendre par la portière le long du terre-plein central et se glisser à l'arrière entre le fourgon et la glissière. Pour décrocher la (remorque de la) flèche et débrancher, on ne peut pas voir venir les fous du volant, ni les entendre avec les autres véhicules, tout se confond. On est

obligé de se pencher et de faire un effort, de mettre les béquilles. Ce n'est peut être qu'une ou deux minutes mais ça dure vachement longtemps. Je ne perds pas de temps pour retourner dans le fourgon. Assis au volant je me sens déjà plus tranquille surtout quand j'ai commencé à avancer. »

À l'opposé un agent qui défie « ...les autres qui ne veulent pas ou qui s'arrangent toujours pour ne pas faire le décrochage »...le même un peu plus tard « Et y'en a marre c'est toujours les mêmes qui vont au casse pipe. ». Moi : « Vous dites casse-pipe ! ». Lui « Remarquez, c'est vrai que même en faisant attention, à chaque fois, pendant plusieurs minutes, un dingue peu nous rentrer dedans à plus de 100 km/h ... C'est un peu de la roulette russe ». Bien sûr le défi n'était sans doute un masque du déni.

Dans plusieurs centres d'exploitation des voies rapides, des oppositions entre collègues du travail ou contre la hiérarchie étaient nées de la peur d'un même risque dopant les uns, paralysant les autres. La restitution au CLHS dans mon rapport annuel de cette impression de jouer à la roulette russe a été suivie de la suppression du décrochage de la première remorque, pour les équipes qui le pratiquaient encore, malgré le coût d'immobilisation d'un fourgon.

Mais l'histoire n'est pas finie. Deux ans plus tard, des entreprises privées qui font elle-mêmes le balisage de leurs travaux décrochent encore cette première remorque. Ce décrochage « à risque » pratiquée par les entreprises privées retentit différemment sur les agents de la DDE. Certains sont confortés par leur avance en matière de prévention, mais d'autres agents culpabilisent de ne plus décrocher la remorque, surcoût qu'ils analysent comme une cause de sous-traitance, et incapacité qu'ils ressentent comme une dévalorisation, une perte de l'estime de soi. Sécurité ! qui est dans la norme ?

UN TRAVAIL ADMINISTRATIF : LES INSTRUCTIONS DE L'APPLICATION DU DROIT DES SOLS (ADS)

L'application du droit des sols nécessite une instruction de chaque permis de construire. Dans les petites et moyennes communes ce sont le plus souvent les DDE qui assurent cette prestation. Dans la DDE où j'interviens, les quelques dizaines d'instructeurs et leurs auxiliaires étaient traditionnellement en phase avec ce travail. Cette mission nécessitait des permanences, quelques coups de bourre pour répondre dans les délais, mais correspondaient à une bonne perception du service rendu et des relations généralement claires avec le public et les employés ou les maires des communes.

À la fin des années 1990, les agents concernés ont exprimé plutôt leur satisfaction de faire face, malgré l'augmentation du nombre des dossiers à traiter en ayant l'impression d'être au maximum de leur possibilité. En 2000, parmi les mêmes agents plusieurs exprimaient leurs souffrances de ne pas pouvoir tenir les délais, d'être toujours en retard, de boucler des dossiers sans instruction suffisante d'avoir sur le bureau des piles de dossier qu'on essaie en vain de faire baisser et qui continue à monter. La direction alertée confirme la montée en charge des instructions avec moins de personnel, mais attri-

bue la surcharge des agents à un surcroît d'initiatives inutiles, de la « surqualité ». Les agents eux disent que ce qui leur permet d'aimer cette mission c'est précisément ce que la direction appelle de la « surqualité ». Répondre aux usagers, expliquer aux communaux, voilà qui donne à cette tâche une dimension relationnelle gratifiante. Intensifier le travail sans ça c'est déqualifier le travail, « Ça me dégoûte, je n'ai plus envie de venir le matin, j'ai fait des cauchemars de maisons qui s'écroulent ou qui s'inondent. »

Un an plus tard, l'augmentation de la morbidité de cette filière de travail était perceptible par une augmentation des arrêts de travail. (ce qui m'avait demandé un travail de catégorisation statistique inhabituel).

La réalité du travail m'est apparue par l'écoute des agents avant même qu'ils en expriment une souffrance.

Je n'ai jamais fait d'étude de poste de ce « travail de bureau » comme les autres. Les premières remarques que j'avais pu faire, parfois après leurs demandes, sur l'ergonomie d'un microordinateur de saisie, le siège du bureau ou l'inefficacité du rideau, voire même l'agression d'un partenaire, n'étaient la plupart du temps que secondaires à une souffrance générée par l'intensification déqualifiante du travail.

La direction ambivalente en raison de réduction des effectifs a comblé quelques postes. Les instructeurs se sont désormais organisés en réseau départemental... et ils se défendent pas mal !

CARTOGRAPHIE

Les cartes de l'Institut géographique national étaient traditionnellement réalisées par deux métiers - les géomètres et les dessinateurs cartographes -, soutenus par des photomètres. Quand j'ai eu en charge la cinquantaine d'ouvriers d'état du centre de Nantes en 2001, je comprends après une visite d'une heure trente avec le directeur du centre, que les cartographes ont eu trois importantes modifications de leur métier en douze ans pour la majorité d'entre eux. D'un travail à la tâche à la maison sur planche à dessin dans les années 1980, ils sont passés à un travail en atelier sur planche à dessin, puis sur DAO (Dessin assisté par ordinateur) et depuis un an une nouvelle technique de semi numérisation change leur rôle.

Ce n'est qu'en les écoutant un à un dans le cadre de la visite médicale que je comprends que les dessinateurs cartographes devant leurs ordinateurs perdent par cette nouvelle technique « semi-numérique » l'autonomie et la maîtrise de la touche finale du dessin bien fait qui les faisaient aimer leur métier. Ils doivent rentrer des données et appliquer la réalisation du dessin automatiquement. Ils ont un temps contraint et décompté : « On était des ouvriers professionnels, on est des OS. » D'une ambiance décrite pour le passé comme excellente entre eux et avec la hiérarchie intermédiaire, les conflits internes apparaissent avec des colères, des crises de larmes et des jalousies. L'atteinte à la santé y est liée avec des descriptions d'angoisse, de panique, de prises de psychotropes et des atteintes somatiques.

Les géomètres se plaignent aussi des nouvelles contraintes où ils doivent partir plusieurs jours seuls avec moins de temps pour bien valider leur travail. « *En plus je reste beaucoup plus dans la voiture avec le GPS, c'est vrai qu'avec les intempéries ce n'était pas toujours drôle, mais je me débrouillais pour faire le travail administratif et ne sortir qu'avec un temps acceptable. Maintenant nous avons beaucoup moins d'autonomie et je suis devenu un sédentaire ambulante.* »

La direction n'est pas ébranlée par ces signes qu'elle interprète comme des fragilités personnelles dans un groupe vieillissant qui résiste au changement.

Suite à ces premières visites médicales je restitue un rapport affirmant le lien entre les nouvelles formes de travail l'apparition du mal être et les perturbations globales de la santé.

J'ai été interpellé fin 2002 par deux agents, pour plainte de harcèlement. J'ai restitué aux intéressés une interprétation de souffrance dans le cadre de comportements agressifs d'une hiérarchie qui elle-même dépassée par les enjeux ne prenait pas conscience du peu de considération humaine qui résultait de son comportement.

Dix-huit mois plus tard je viens de revoir l'ensemble des agents. Ils décrivent l'aggravation de l'ambiance et des troubles psychiques allégués. Heureusement, ils disent eux-mêmes espérer s'en sortir de ce climat grâce à une nouvelle technique de numérisation globale à partir des photos aériennes et d'autres banques de données. Les nouveaux formés à ces logiciels de cartographie plus complexes diffusent un message de satisfaction de travail plus rapide et bien fini avec une bonne autonomie. L'espérance les fait tenir.

OUVERTURE À LA DISCUSSION

L'écoute du vécu du travail peut être faite dans le cadre d'un entretien médico-professionnel.

Le colloque singulier du médecin du travail, la visite médicale, est une boîte noire qu'il est difficile d'ouvrir pour des tas de raisons de notre histoire. Il est important pour ça que le médecin du travail se mette en position d'écoute.

Mais se mettre en position d'écoute pour le médecin du travail, c'est d'abord ne pas se mettre dans une autre position incompatible comme une position de sélection, d'expert extérieur, de prescripteur.

DE LA VISITE MÉDICALE À L'ENTRETIEN MÉDICOPROFESSIONNEL

Pourtant seulement la façon de débiter cette rencontre singulière avec un salarié est très certainement révélatrice de sa raison d'être et de ce que nous en faisons.

Je n'ai jamais commencé par : « *Déshabillez-vous* » (si ce n'était déjà fait dans le box !). Mais en 1989, je bredouillais entre « *Comment allez-vous ?* », « *Comment ça va ?* »

Puis en 1990 : « *Qu'avez-vous eu comme problème de santé depuis la dernière fois ?* – ou - *depuis la dernière visite médicale ?* » semblait mettre les salariés plus à l'aise.

J'ai essayé au milieu des années 90 : « *À quels risques du travail êtes vous exposés ?* », cela me semblait mieux orienté vers ma mission, ça me semblait faciliter un peu la parole et l'adhésion des agents à la démarche.

En 1997, je suis devenu plus à l'aise (avec moi-même ? !) en commençant par : « *Je suis là pour étudier la relation entre votre santé et votre travail.* » C'est vraiment à cette période que la parole des agents est devenue plus riche.

Ce n'est qu'en 2000 que j'ai introduit par : « *Nous sommes ensemble pour explorer les relations entre votre travail et votre santé.* »

C'est cette dernière version que j'utilise désormais et qui me sied le plus. Le salarié devient un sujet acteur et je deviens le miroir « de santé » qui va lui permettre de s'affirmer ou de prendre conscience des interférences entre son travail et sa santé. En ajoutant en cas d'hésitation de sa part : « *Comment ça va le travail ?* » Non seulement ça marche, ça parle, mais les salariés ne sont presque jamais hors sujet. Il est souvent très précis tant dans les descriptions du travail que dans les effets sur la santé. À nous de savoir reformuler ce qui nous semble important, de relancer, de lui renvoyer ces niveaux d'acteurs. Notre rôle aussi est de connaître la marge de manœuvre et la volonté du salarié-sujet de transformer le travail.

L'utilisation de ce matériau d'écoute n'est pas une mince affaire. Qu'en pense le salarié ? Quelle condensation pouvons-nous en faire ? Quelle analyse ? Quelles vérifications ?

Quelles restitutions ? pour un confrère, pour un CHSCT ? Quel message donner en conseil à un employeur, à une hiérarchie à un collectif de travail, à un organisme de contrôle ?

Il nous en faudra du temps et du travail pour faire émerger la clinique de la santé au travail, ce qui, tout compte fait, n'est-il pas l'objet de notre métier ?

Gérard Lucas

CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

LA NÉCESSITÉ D'UN REGARD CROISÉ

Médecine du travail, Psychodynamique du travail, Ergonomie, Toxicologie

Louis, 54 ans, est suivi dans notre service depuis 1979. Depuis cette date, il travaille à un poste de siliconage, en équipe alternante 2x8 h dans une entreprise d'enduction de papier (adhésivage après siliconage). Il travaille également à temps partiel dans une entreprise de transports scolaires (une à deux heures/j). Il n'a pas d'antécédent médical particulier et jusqu'en mars 1998, je ne le verrai que lors des visites annuelles.

LE CONTEXTE

LA FABRICATION

Le solvant de la silicone est soit du toluène, soit de l'essence C. À ce poste d'enduction, les niveaux d'exposition au n°hexane contenu dans l'essence C ont été longtemps le double de la VME : mesures ponctuelles effectuées par moi-même lors de différentes phases du processus de fabrication. Louis fait la préparation des bains de silicone depuis 1986, d'où un contact plus important avec les vapeurs d'essence C, d'autant que le bac de préparation ne comporte pas d'aspiration, que l'alimentation du bac machine est manuelle. Jusque là la silicone était achetée prête à l'emploi, le siliconneur remplissait seulement le bac machine. En 1993, un nouvel extracteur avec ouverture sur le toit ne semble pas avoir amélioré la qualité de l'air ambiant. À partir de 1995, on utilise de plus grande quantité de toluène. Les manutentions de broche augmentent parce que l'on change souvent de production. De nouveaux produits nécessitant des concentrations importantes de toluène ont été mis au point en fin d'année 1997 et il faut augmenter la productivité c'est-à-dire augmenter la surface de papier enduite et donc la vitesse de déroulement du papier dans la machine.

LA CLINIQUE MÉDICALE

Depuis 1984, Louis signale des céphalées en fin de semaine, céphalées régressant le week-end, des picotements oculaires et une irritation pharyngée lors de la préparation des bains. Pendant les années 1996 et 1997, il sera fréquemment en arrêt maladie pour des lombalgies, des gastralgies et des douleurs de l'épaule droite. Le bilan pratiqué sera considéré comme normal. Les douleurs de l'épaule ne seront pas calmées par les AINS mais par le repos et la kinésithérapie.

L'HISTOIRE DE L'ENTREPRISE ET LES CHANGEMENTS D'ORGANISATION

Depuis les années 1990, de nombreux changements sont survenus dans l'entreprise, rachat de l'entreprise familiale par un groupe papetier de dimension internationale et changement de management : tous ces changements ont généré beaucoup d'anxiété chez l'ensemble des salariés de l'entreprise. En 1994, Louis me disait : « *On a toujours le fusil entre les épaules* ». Au printemps 1997 : « *On est angoissé, quand on travaille l'après-midi, on pense tout le matin au travail qu'il y aura l'après-midi* ».

En parallèle j'ai constaté une volonté affichée « sécurité totale » avec un objectif de « zéro accident », obtenu par une contestation systématique de tous les accidents de travail et de toutes les maladies professionnelles et par la mise en place de « postes allégés ». La gestion de l'utilisation des solvants n'est pas liée prioritairement à l'impact sur la santé des salariés. D'autres critères semblent largement prédominants. Tout d'abord la pollution environnementale extérieure (certains objectifs réglementaires doivent être atteints d'ici 2003) qui doit être diminuée sous peine de sanctions, puis la préoccupation financière qui consiste à diminuer le coût des matières premières en favorisant la récupération des solvants. Au total, la diminution de l'exposition des salariés sera la résultante de ces deux exigences.

L'HISTOIRE ACTUELLE

LA PHASE AIGUÛ : DEMANDE DE VISITE DE PRÉ-REPRISE PAR LE SALARIÉ DÉBUT MARS 1998, SUR LES CONSEILS DE SON MÉDECIN GÉNÉRALISTE

En décembre 1997, Louis a présenté une décompensation dépressive franche avec idées suicidaires. Son épouse qui travaillait à mi-temps dans la même entreprise avait été licenciée fin 1996 (licenciement économique) et elle vient d'être victime d'un accident bénin (fracture du pied). Louis rapporte sa décompensation dépressive à l'accident de son épouse. Il me signale également avoir été menacé de licenciement pour avoir refusé de travailler un samedi « *On vous envoie une lettre, on vous fout à la porte* ». Arrêté à partir du 15 décembre, sous traitement anti-dépresseur et anxiolytique, il reprend le travail le 5 janvier. Deux jours plus tard, il fait un malaise

sur le lieu de travail, lors du siliconage à vitesse rapide d'un produit à forte concentration en toluène. Il s'agit d'un malaise avec vertige et impression de chute. Le médecin traitant est appelé sur les lieux et note la présence de signes cérébelleux. Il est hospitalisé en neurologie et un bilan est effectué pour confirmer le diagnostic d'AIT. Doppler et scanner sont normaux. Il n'y a pas de facteur de risque cardiovasculaire particulier. L'IRM de fin février conclut « *aspect compatible avec une séquelle d'accident vasculaire hémorragique sans autre anomalie* »

Début mars, il est toujours sous traitement anti déprimeur et Kardégic°. Il signale la persistance de vertiges, des malaises peu typiques après des efforts physiques (gêne respiratoire, pâleur, « picotements » dans la tête) et toujours une démarche ébrieuse avec parfois une sensation de déséquilibre. Il dort bien mais rêve de travail depuis son arrêt. Il déclare avoir la tête vide et être devenu plus sensible au bruit. Il pleure pendant notre entretien. Il appréhende le bruit de sa machine (80 db[A] environ) alors que jusque-là, il s'est montré très attaché à ce poste de travail. Des signes cérébelleux persistent à l'examen clinique. Je lui propose de prolonger encore son arrêt. Il doit revoir le neurologue à qui j'écris pour évoquer l'hypothèse d'une étiologie toxique au malaise et aux symptômes persistants présentés par Louis, hypothèse également évoquée par son médecin traitant. Le neurologue récusera totalement cette hypothèse « *L'IRM qui a été fait ne va pas du tout dans ce sens, en l'absence d'éligibilité d'une atrophie corticale cérébelleuse et en l'absence d'anomalie de la substance blanche.* »

NOUVELLE VISITE DE PRÉ-REPRISE MI-AVRIL 1998

Louis a arrêté son traitement antidépresseur depuis trois semaines. « *Le moral est un peu meilleur parce que j'essaie de ne pas y penser. J'y suis retourné, j'ai vu le chef, rien que d'être là-bas, j'ai craqué* ». Il ne veut absolument pas reprendre à son poste antérieur et l'entreprise accepterait une reprise à temps partiel à un autre poste (exposant tout autant à d'autres solvants de mon point de vue). L'examen clinique est toujours perturbé avec des troubles de l'équilibre à la marche, des tests de dysmétrie positifs, et une tendance à la chute à droite. Il envisage par contre d'arrêter totalement sa deuxième activité pour des raisons de sécurité et m'en demande les modalités

VISITE DE REPRISE LE 4 MAI 1998

Louis a repris depuis trois semaines à mi-temps, à deux postes différents comportant une exposition à d'autres solvants que l'essence ou le toluène (acétate d'éthyle). « *Ca se passe mal* » avec intolérance au bruit des machines, intolérance aux odeurs et vertiges. Il a du être ramené à deux reprises à son domicile. Les troubles de l'équilibre sont moindres à son domicile qu'au travail. En accord avec son médecin traitant, je propose une inaptitude temporaire et une consultation spécialisée en neuropsychologie

BILAN DE LA CONSULTATION DE NEUROPSYCHOLOGIE DU 19 MAI 1998

« *L'image de l'IRM de février n'est pas ischémique, probablement pas hémorragique, dans une topographie inhabituelle*

pour une lacune ou une démyélinisation. Elle ne peut expliquer un tableau cérébelleux.

L'examen neurologique montre quelques oscillations lors de la marche du funambule et lors de la manœuvre de Romberg mais qui semblent être plus fonctionnelles qu'organiques. Pas d'autres éléments cérébelleux ou vestibulaires. Discours précis sans plainte de mémoire, de langage, de raisonnement ou de jugement, confirmé par l'épouse. Test de rapidité et d'attention normal. Le moral paraît excellent.

Conclusion : Pas d'argument pour envisager une encéphalopathie si ce n'est que Louis indique de façon précise que l'exposition aux solvants entraîne très vite des céphalées et le syndrome cérébelleux. Le contexte dépressif a été réel mais il est en grande partie amendé. Il convient néanmoins d'améliorer les conditions de travail. »

NOUVELLE VISITE DE REPRISE FIN JUIN 1998

Louis, qui n'a pas souhaité poursuivre le bilan neuropsychologique (test des capacités d'adaptation) retrace à mi-temps depuis trois semaines. Il n'a plus de traitement, il n'a pas eu de nouveau malaise. Il est beaucoup moins exposé aux solvants mais est rapidement gêné s'il retourne près de la siliconeuse. On lui propose de travailler en horaires normaux à différents postes de l'atelier, en renfort d'autres postes. Il apprécie ce type d'horaire et surtout « *On lui fout la paix actuellement* ». Il nous faut néanmoins éviter de trop limiter l'aptitude car il y a toujours un risque potentiel de refus de reclassement et l'avis d'aptitude sera ainsi libellé, en accord avec Louis : « *Apte à reprendre son poste de siliconeur dès que la mesure de l'exposition quotidienne au toluène sera disponible.* » La tension artérielle est élevée à 17/11 ce qui est inhabituel.

Cette évaluation de l'exposition ne sera jamais effectuée par l'entreprise malgré les demandes réitérées effectuées lors des CHSCT, alors que je préciserai à plusieurs reprises que les malaises de Louis sont probablement liés à l'exposition au toluène. La CRAM estimera inutile d'effectuer des prélèvements demandant d'abord que soit améliorée la ventilation au poste de travail.

VISITE ANNUELLE EN MARS 1999

Louis a donc repris à temps plein début juillet 1998, pendant deux mois à la siliconeuse mais ça n'allait pas bien. Depuis six mois, il travaille en finition, en horaire normal : il n'a aucun traitement, n'a plus de vertiges, a bon moral et espère partir en préretraite en 2000. Une déclaration de MCP sera effectuée a posteriori.

Je ne reverrai pas Louis, parti en préretraite en 2000. D'après ses collègues, il va tout à fait bien.

LA FIN DE L'HISTOIRE

Fin 2001, je procèderai à des prélèvements ponctuels au poste de travail de siliconage, alors que de nouvelles améliorations ont été apportées à l'évacuation et à la récupération des solvants sur cette machine. Les prélèvements seront effectués au niveau des voies aériennes de l'opérateur lors de l'induction, avec des résultats toujours supérieurs à 100 ppm

pour un produit enduit à une vitesse inférieure de 50% à celle utilisée lors du malaise de Louis (la VME est à 100 ppm pour le toluène).

En période de changement fréquent de produit, les phases de redémarrage et de mise au point sont plus fréquentes et de fait lors de ces phases, la surveillance visuelle de l'aspect du papier implique un regard en surplomb de toute la surface du papier que ne peut s'effectuer qu'avec la tête de l'opérateur à l'endroit où l'évaporation est maximum, liée à la vitesse, aux mouvements des cylindres presseurs, à l'impossibilité d'aspirer suffisamment le solvant, sauf à avoir des problèmes de qualité. Le niveau d'exposition est donc très fluctuant et des mesures sur huit heures auraient pu être prises en défaut pour mettre en évidence les pics de pollution selon le type de produit enduit ou selon la nature de la tâche à effectuer durant cette période.

Je discuterai longuement avec le successeur de Louis, âgé de 54 ans, des risques toxicologiques et des manifestations cliniques liées à ce type d'exposition.

A posteriori, le diagnostic le plus probable me paraît bien être une intoxication subaiguë au toluène sur fond d'exposition chronique, intoxication favorisée par les modifications de la production et du management, chez un salarié vieillissant travaillant en équipe alternante depuis de longues années.

Les éléments en faveur de ce diagnostic sont essentiellement apportés par la clinique médicale traditionnelle nécessitant des connaissances en toxicologie et en psychodynamique du travail, clinique médicale traditionnelle qui s'appuie sur la clinique de l'activité de travail et l'ergonomie :

- Changement de produit plus fréquent sous contrainte temporelle avec augmentation des contraintes physiques liées aux manutentions de broches entraînant une hyperventilation pulmonaire donc une augmentation de l'exposition.
- Nouveaux produits nécessitant une plus grande vigilance d'où augmentation de l'exposition pour construire et stabiliser les savoir-faire de qualité mais aussi les savoir faire de prudence (par exemple, le travail en apnée lors de certaines phases).
- Changement de management, menace de licenciement induisant une plus forte exposition ; il faut absolu-

ment se montrer à son poste, même si pour certains produits stabilisés, on pourrait travailler correctement à distance.

- Changement fréquent de coéquipier ou remplacement par des salariés intérimaires mettant en échec les savoir-faire collectifs et imposant au conducteur de machine une exposition plus importante car il ne peut compter sur son coéquipier pour assurer un contrôle fin de la qualité.
- Diminution des défenses individuelles liées au vieillissement, au travail en équipe, à la précarisation (licenciement du conjoint), au surmenage (double activité).

Mais ces éléments m'obligent à faire le constat qu'il est bien difficile pour le médecin du travail de tenir à jour et un dossier médical avec la clinique médicale et une fiche d'entreprise qui garderait en parallèle les changements de technologie, les changements de production et d'évaluer à court terme et à long terme les expositions professionnelles, leurs variations (je n'évoque même pas les variations liées aux variations climatiques bien réelles pourtant dans le cas des solvants ! !) et les risques cumulés, dans un contexte de fonctionnement des services de médecine du travail avec facturation à l'acte médical.

Il n'est pas du tout évident qu'une équipe pluridisciplinaire aurait facilité la prise en charge de cette situation. Par contre le point de vue du médecin généraliste, appelé sur les lieux et qui a sans doute été impressionné, peut-être même incommodé, par l'importance de la pollution au poste de travail, et le travail en réseau a conforté mon point de vue soutenant indirectement mon intervention en CHSCT. Simultanément, cet incident révélait les contradictions entre la réalité des situations de travail et la politique de communication de l'entreprise.

NB : Une réflexion semble s'élaborer dans l'entreprise actuellement, sur « comment travailler sur les questions de sécurité à partir de l'analyse des incidents de fabrication et des petits accidents de travail survenant chez les intérimaires ». L'occultation renforcée par la politique du « zéro accident » dans d'autres unités du groupe se traduisant actuellement par des accidents graves, quelques échecs technologiques retentissants lors d'investissements, l'accident emblématique de l'usine AZF, puis le retour obligé à un encadrement de proximité issu du terrain, permettent de reparler du réel de l'activité.

Annie Deveaux

LE POSTE DE GRUTIER

Gérard a 56 ans en novembre 2002. C'est la troisième fois que je le rencontre lors de visites annuelles. Je ne suis totalement cette entreprise du BTP de 49 salariés que depuis 2002. En effet, les chantiers de plus en plus éloignés rendent difficile le suivi médical des salariés et je suis la seule à pouvoir les rencontrer le vendredi après-midi. Ce n'est donc que cette année que je rencontrerai l'ensemble des salariés et le chef d'entreprise.

Gérard a été chauffeur, mécanicien, magasinier dans d'autres entreprises du BTP. Il travaille comme maçon-grutier dans cette entreprise depuis 1992. Dans son dossier, je ne relève pas d'antécédents notables en dehors d'une période d'obésité de 1975 à 1984 avec amaigrissement volontaire progressif à partir de 1985. Des lombalgies sont signalées à partir de 1986. Une hypertension artérielle apparaît à la même période. Son poste de travail comporte beaucoup de manutentions. En 1989, des horaires de travail importants sont notés 10 à 11 heures par jour, avec à nouveau des périodes de lombalgies. Un stripping bilatéral sera effectué début 1991.

En 1992, il change d'entreprise et devient donc maçon-coffreur puis grutier, sans formation préalable ! Une hydarthrose du genou gauche puis du genou droit est notée en 1992 et 1993. L'hypertension artérielle est traitée depuis 1993. Les lombalgies persistent. Des cervicalgies sont signalées en 1998, peut-être en lien avec la position de la tête lors du travail. Le plus souvent, il conduit la grue à partir du sol. Les différentes radiographies pratiquées objectivent :

- une uncodiscarthrose C6-C7 ;
- une arthrose fémoro-tibiale interne du genou droit, une arthroscopie a conduit à l'ablation d'un ménisque fragmenté (deux mois d'arrêt maladie dans l'année) ;
- une arthrose lombaire.

Je fais donc sa connaissance en décembre 2000. Il a subi une ostéotomie tibiale droite en début d'année. Il travaille actuellement sur un chantier éloigné et il a donc trois heures de trajets quotidiens. Sur ce chantier il conduit une grue à tour, mais le plus souvent, sur les autres chantiers, il travaille au sol. Le choix du type de grue dépend de la place dont on dispose. Gérard préfère piloter à partir du sol, même si c'est plus pénible car il doit s'occuper de la mise en place des élingues, accompagner sur les échafaudages, préparer les banches et bien sûr se déplacer en terrain accidenté.

Il souffre du dos, de gastralgies (on mange trop vite pour rentrer plus tôt !), de réveil précoce. Il attend sa retraite avec impatience. Il signale quelques troubles de mémoire, sur lesquels je ne l'interroge pas et je ne m'interroge pas.

Je le revois en octobre 2001 pour la traditionnelle visite annuelle : il souffre toujours de lombalgies et de cervicalgies avec impossibilité à tourner la tête parfois, il signale égale-

ment des douleurs des pieds. Il continue à perdre volontairement du poids. Il déclare récupérer de plus en plus difficilement. L'ambiance sur les chantiers est variable... selon l'âge des collègues, mais plutôt bonne. La raideur cervicale est indiscutable lors de l'examen clinique.

Je fais la connaissance du chef d'entreprise début décembre 2002, bien que je l'ai eu à plusieurs reprises au téléphone :

- Une première fois pour me demander comment rédiger une lettre recommandée à l'attention de deux salariés surpris en état d'ivresse sur un chantier, dont le chef de chantier, (qui est un de ses oncles).
- Une deuxième fois pour parler des problèmes de lombalgies « pas toujours liées au travail » de son point de vue et surtout de ses difficultés à faire face à son travail avec deux chefs d'équipe en arrêt maladie, tous deux âgés de plus de 55 ans, (tous deux membres de sa famille). Il raccrochera satisfait, et il me le dira, que je ne nie pas « qu'on peut avoir mal au dos, parce qu'on s'entend pas avec sa femme ».
- Une troisième fois pour me parler de l'arrêt maladie prolongé (deux ans) d'un maçon finisseur, atteint de tendinopathie bilatérale des épaules.

Donc trois appels téléphoniques impromptus, pour me parler de ses problèmes de travail de chef d'entreprise qui affectent considérablement son humeur. J'ai l'impression que ces appels téléphoniques lui permettent de « décompresser ».

Lorsque je le rencontre effectivement à l'automne 2002, en assistant à la réunion des chefs d'équipe du matin et en l'accompagnant avec le conducteur de travaux sur deux chantiers presque terminés, il s'emporte contre les médecins en général qui « écoutent trop les gens », bien sûr les médecins du travail, inspecteurs du travail qui ne « cessent de monter les salariés contre les employeurs ». Il s'emporte aussi contre « les médecins qui prescrivent des arrêts à des fainéants » : « *Tenez, Gérard X., un mois qu'il est arrêté, pour une fracture du petit doigt de pied.. Ça ne l'empêche pas d'aller à la chasse.* » Finalement, lorsque nous nous séparerons, il me dira : « *Vous voyez, moi aussi, je n'ai pas arrêté de me plaindre.* »

C'est avec tous ces éléments que je revois Gérard la veille de sa reprise de travail : il souffre toujours des pieds. Il éprouve des difficultés à serrer avec la main gauche mais surtout, il insiste sur ses problèmes de mémoire qui le gênent beaucoup au travail : il ne trouve plus les outils et les matériaux sur le chantier même si c'est lui qui les a rangés. « *Ils sont là - et il montre ses pieds - et je les cherche ailleurs, alors je cours sur le chantier.* » « *Je me rends bien compte que je suis perdu parfois, d'ailleurs, depuis plusieurs mois, je ne fais plus mes courses seul, car je n'arrive plus à rédiger des chèques : je*

commence à écrire et puis je m'arrête et je ne sais plus ce qu'il faut faire. » Son médecin traitant a fait pratiquer un scanner cérébral qui est normal, l'a mis sous Cervoxan^o, et lui a parlé d'une consultation éventuelle chez un neurologue, si ça ne s'améliorait pas.

Indiscutablement, il y a des troubles de la reconnaissance et des troubles de la mémoire. Je m'interroge sur l'éventualité d'une maladie d'Alzheimer débutante.

Je prévois de me rendre rapidement sur le chantier, heureusement proche et l'en informe. Je suis inquiète et le lendemain, je téléphone à son médecin traitant. « Je lui ai fait un scanner qui est normal. Il a fait tirer au maximum pour son pied, il veut s'arrêter. Je l'ai testé, je crois qu'il simule. » J'insiste sur la réalité des troubles de mémoire, les difficultés de reconnaissance, qui peuvent poser un réel problème de sécurité, sur la pénibilité de son poste de travail, qui l'oblige à marcher en permanence sur un sol accidenté. Pour son médecin, « Vous êtes sûre qu'il fait attention à ce qu'il fait ? Il ne fait plus grand-chose sur le chantier, il a un petit boulot tranquille maintenant, d'ailleurs dans la maladie d'Alzheimer, les gens ne se rendent pas compte de leurs troubles de mémoire... » (Y -a-t-il en un appel du chef d'entreprise au médecin traitant ?).

Deux semaines plus tard, à 7 heures du matin, je rejoins l'équipe de Gérard sur le chantier et me présente auprès de son chef d'équipe que j'ai rencontré à deux reprises lors des visites annuelles. « Je viens voir comment ça se passe pour Gérard, il a été arrêté un mois, il n'est pas tout jeune et avec ce temps ! » Un temps de silence, pendant lequel je me sens évaluée, puis il lâche « Ça va pas bien depuis plusieurs mois, il a des problèmes de mémoire, c'est sûrement la maladie d'Alzheimer, mon beau-père, ça a commencé comme ça, c'est triste ; j'espère qu'il se soigne au moins. »

Je passerai la matinée sur le chantier, constatant qu'à l'évidence ses collègues ont repéré ses problèmes et l'aident à faire face, à retrouver ce qu'il ne retrouve plus. Je constate également la pénibilité de ce poste où l'on marche beaucoup sur terrain accidenté avec toujours la tête en l'air pour suivre la grue, la vigilance et le suivi que nécessite ce poste pour préparer en temps voulu les banches nécessaires aux coffreurs, réorganiser les stockages temporaires de matériaux, les difficultés à piloter avec la télécommande et le froid qui engourdit les mains et les gants que l'on ne peut mettre parce que l'on perd de la sensibilité et de la précision.

Je lui confirme la nécessité d'une consultation spécialisée et lui adresse un courrier pour son médecin traitant.

Je repasserai quinze jours plus tard, un après-midi sur le chantier, pour mieux connaître le travail de coulage de béton.

En arrivant sur le chantier, son chef d'équipe m'accueille en me disant : « Regardez, il vient de poser ça par terre et il le reprend : normalement, il aurait dû le poser directement sur l'échafaudage. A midi, au lieu de monter l'échelle avec la grue, il a monté le coffre à outils, le coffre, on ne le monte que le soir - pour éviter les vols. Maintenant quand j'y repense, la première fois que je m'en suis aperçu, c'était il y a deux ans, sur le chantier de B. Il devait monter une dalle préfabriquée

et il était resté debout sur la dalle et conduisait la grue à vide, il ne s'en rendait pas compte... Mais ce n'est pas pour dire du mal !... que je dis ça. » Je reprends : « Ce n'est pas pour dire du mal, mais c'est triste, et ça pourrait être dangereux, s'il ne se rappelle plus comment il faut élinguer. » Il me rassure : « Non, jusqu'à maintenant, ça n'a jamais été dangereux. »

Une semaine plus tard, sur un marché, je suis abordée par une femme que je ne connais pas : « Vous êtes bien le médecin du travail, je suis Mme Gérard X... On a bien reçu votre lettre. Vous savez mon mari est fatigué, il faut qu'il s'arrête. » Nous convenons qu'une inaptitude définitive pourra être envisagée rapidement. J'insiste sur la nécessité de pratiquer rapidement le bilan neuropsychologique.

Trois semaines plus tard, arrive la lettre du neurologue : « Atteinte déjà très multifocale des fonctions supérieures (mémoire, orientation spatiale, visuoconstruction, jugement, praxies) d'évolution progressive avec retentissement sur la vie quotidienne et professionnelle. On est bien devant une maladie d'Alzheimer débutante... Il ne reprendra bien sûr pas son travail, il faudra aussi prochainement envisager un arrêt de la conduite et de la chasse. »

Je reverrai à sa demande sa femme quatre mois plus tard, je lui expliquerai comment le diagnostic a été fait par le chef d'équipe et que les troubles de mémoire de son mari évoluaient semble-t-il depuis au moins deux ans. Elle reviendra sur l'épisode du chèque qu'il ne savait plus rédiger « Vous comprenez, je l'ai engueulé, ça aurait eu l'air de quoi auprès des commerçants, on aurait dit que c'était moi qui portait la culotte. Une fois même, il m'a obligé à retourner avec lui sur le chantier à 20 heures, il avait peur d'avoir de monter quelque chose avec sa grue, on a fait 120 km en voiture. Certains jours, il en pleurait de ne plus savoir ce qu'il avait fait ou peut-être oublié de faire. L'autre jour, il est allé se promener, vous savez c'est un chasseur : quand il est rentré, il m'a dit, qu'il n'avait pas reconnu son bois. »

Conclusion : Dans cette observation et dans le cas particulier de cette pathologie, se pose très sérieusement le problème de l'aptitude au poste de sécurité... sauf que ce sont les collègues de travail et le chef d'équipe et non les médecins, dont le médecin du travail, qui ont fait face à la situation... pendant deux ans.

Lors de notre premier entretien, j'avais noté « signale des troubles de mémoire » mais je n'avais pas approfondi la clinique, n'ayant pas un seul instant pensé à la maladie d'Alzheimer.

Lors de notre deuxième rencontre, j'ai noté l'amaigrissement volontaire et les douleurs des pieds sans interroger plus. L'amaigrissement pouvait être le fait de la suppression des casse-croûtes (non payés depuis la mise en place des 35 H), mais aussi lié à l'augmentation des déplacements dus aux troubles de mémoire, à l'amaigrissement spécifique à la maladie d'Alzheimer. Les douleurs des pieds qui auraient dues être atténuées par la perte de poids persistaient voire même augmentaient, sans doute liées à l'augmentation de la déambulation.

Annie Deveaux

SOUFFRANCE ET INCORPORATION

Influence du milieu de travail et de la culture d'entreprise sur l'expression « corporelle »

Passage de l'expression à la maladie

CLINIQUE

J'avais parlé il y a quelques années d'une épidémie de maladies professionnelles MP57 dans une entreprise de contreplaqué, survenue à la suite d'une décompensation grave chez une salariée par rupture double de la coiffe des rotateurs. Cette MP avait donc entraîné dans la foulée de nombreux cas sur une année, ainsi que d'autres pathologies non professionnelles graves. Cette dynamique collective de la santé m'avait interpellée car les conditions de travail n'avaient en apparence pas changé et elles auraient dû entraîner le type de pathologies (émergentes alors) depuis bien longtemps compte tenu que la quasi totalité des postes exposait à une gestuelle très répétitive. J'en déduisais qu'il y avait peut-être des facteurs psychosociaux suffisamment puissants capable de gommer les douleurs ou du moins de les rendre tolérables, jusqu'au moment où le corps individuel prenant un relief particulier dans le corps social, il devenait impossible à ce corps social, d'ignorer ce corps individuel souffrant et inter-réagissant avec lui et donc avec l'ensemble des individualités le composant. Je ne reprendrais pas cette histoire, elle a continué sur ce registre. Après quelques essais infructueux de réinsertion sur un poste aménagé la salariée initiatrice et annonciatrice à son corps défendant de cette mauvaise série a dû être mise en inaptitude à 54 ans, l'exacerbation de la souffrance physique s'accompagnait dès la reprise d'une impossibilité à s'accepter dans l'entreprise et donc d'une grande souffrance morale. Il existait dans cette petite structure de 70 personnes un fonctionnement de type psychofamilial (cf. G. Mendel) et assimilant contrat de vie et contrat de travail.

Actuellement, j'ai la charge d'une entreprise du tertiaire (assurance) où la même problématique se pose en quelque sorte à l'envers. Les salariés y souffrent de manière incompréhensible, en première analyse, dans leur corps et cela donne lieu à des arrêts de travail longs. Environ 20% des personnes arrêtées longuement, plus de trois semaines, le sont pour des pathologies articulaires et rachidiennes mais il serait difficile je crois d'objectiver une forte sollicitation physique. Dès mes premières années de pratique dans ce milieu la longueur des arrêts m'a étonnée, comme l'intolérance à l'absence de résolution complète du problème amenant les salariés concernés dans une recherches effrénées d'examen complémentaires permettant de lever les doutes. Des questions se posent donc sur les représentations de la norme en santé, sur ce qu'est la notion de norme, sur la perception du corps, le seuil de dou-

leur tolérable, sur la relativité du concept même de santé et surtout sur la difficulté au travers de l'écoute et de l'examen physique pour un médecin de percevoir l'importance des atteintes à l'équilibre en santé du fait de l'expressivité non liée à la gravité objective.

Des plaintes récurrentes et similaires viennent émailler le discours de nombreux salariés, particulièrement dans les secteurs du cœur de métier et l'analyse du carnet d'infirmerie me paraît à cet égard riche d'enseignement, riche quantitativement et riche qualitativement, se partageant : en surveillance de la tension artérielle, en soins pour douleurs diverses et surtout en « malaises » dont la caractéristique essentielle est de concerner les femmes qui se plaignent alors de sensations vertigineuses, de sensations d'hypotension qui de fait ne se vérifient pas souvent et de réactions émotionnelles avec abattement et pleurs. Lors des visites annuelles ou à la demande, ces troubles sont souvent rapportés. Deux grands contingents de souffrances sont à l'origine des arrêts : l'un concerne la santé psychique, elle conduit à 40% des arrêts longs, l'autre les douleurs diverses à type de lombalgies ou cervicalgies, débouchant ou non sur la chirurgie (20% des arrêts). Il n'est pas rare que les douleurs physiques ou les syndromes vertigineux précèdent les arrêts pour dépressions. Il s'agit là d'un rapide survol de ce qui se donne à voir afin de mieux appréhender ce qui suit.

HISTOIRE DE MADAME S...

Madame S... est une juriste travaillant dans l'entreprise depuis 27 ans. Elle a occupé un poste de rédactrice d'assurance jusqu'en 2000. Un changement de poste est intervenu à la suite d'une sortie collective en drame personnel. Madame S... perd son mari accidentellement en 98 (lors d'une sortie avec des collègues de travail). Lors de son retour, après un arrêt de travail, elle me rencontre et signale une grande difficulté à se concentrer. Ses tâches la confrontent aux souffrances de sociétaires victimes d'accidents graves parfois lourdement handicapés ou à la résolution de dossiers de sociétaires décédés. La réactivation de sa propre souffrance rend difficile la poursuite de son travail. Elle élève seule ses deux enfants dont l'un est handicapé et me dit qu'elle ressent cruellement alors l'absence de son mari. Elle engage une psychothérapie et décide fin 98 de se réorienter professionnellement. J'appuie sa demande auprès de la Direction générale de l'entreprise. Le changement de poste surviendra un an plus tard.

Je la rencontre plusieurs fois dans l'intervalle. La concentration sur les dossiers est de plus en plus difficile bien que ceux-ci soient triés, elle a des doutes sur sa capacité à tenir longtemps encore et exprime une grande amertume de ne pas être entendue. J'interviens à nouveau auprès de la direction, elle obtient un poste de chargée de projets dans un service marketing début 2000. Je ne la reverrai qu'en 2001 car elle ne me contacte pas. Elle m'exprime avoir éprouvé de grandes difficultés dans ses nouvelles tâches qui ont nécessité une formation d'une dizaine de jours. Elle a acquis lentement les processus du travail et la connaissance du milieu. Elle est gênée par la classification de son emploi (ayant gardé sa classification antérieure) que ses compétences actuelles ne justifient pas. Elle présente des poussées fréquentes d'eczéma aux mains et aux jambes. Elle poursuit sa psychothérapie de type analytique. Après une période de stabilisation avec un équilibre qui s'affirme, elle éprouve à partir de juillet 2002 un état de grande lassitude, des angoisses, une difficulté à venir au travail. Cette période a suivi un long travail sur un projet complexe et stratégique pour l'entreprise qui concernait son ancien secteur d'activité (changement d'un contrat phare pour l'entreprise). Il lui avait semblé que ce travail s'appuyant sur des connaissances liées à son ancien métier était un travail de qualité, cependant son responsable lui a fait beaucoup de reproches, me dit-elle sur la présentation du rapport remis. Elle s'arrête épuisée fin 2002, l'arrêt dure trois mois : « *Je me suis sentie en péril extrême, en état d'inactivation.* » Elle présentait des troubles d'ordre visuel, toute utilisation de l'outil informatique provoquait un trouble à type image brouillée : « *C'est comme une image de synthèse.* » Elle a fait avant et pendant son arrêt de nombreux bilans ophtalmologiques, neurologiques et a engagé une rééducation oculaire avec un orthoptiste. C'est lors de la visite de reprise, qu'elle me raconte tout cela et me dit qu'elle a engagé une démarche auprès du directeur de son ancien secteur - non pour reprendre son ancien poste mais pour l'obtention d'un poste de chargé d'études dans un domaine qu'elle maîtrise mieux. Pour l'heure, elle ne peut toujours pas regarder son écran d'ordinateur mais peut lire sans difficultés. Revenant sur le travail de ces dernières années elle me dit : « *Je n'avais pas les mots du métier.* » Mme S... m'a appelée il y a huit jours pour m'informer que sa candidature a été retenue et que ses troubles régressent, elle rajoute : « *J'ai trouvé un nouveau collyre qui me soulage.* »

QUELLES INTERPRÉTATIONS TENTÉES ?

DE LA « CONVERSATION » MAINTENUE À LA DÉCOMPENSATION

Les liens entre santé psychique et conditions de vie et de travail ont été établis depuis longtemps par des psychiatres dont Louis le Guillant (cf. son travail sur les bonnes bretonnes et les téléphonistes). Il faut remarquer que Le Guillant a rapporté pour la première fois en 1957 une étude de maladie physique (glaucome). L'évolution de cette maladie somatique était directement rapportée aux conditions de vie sociale et professionnelle d'une malade ouvrière dans une fabrique de pièces détachées pour appareil de télévision souffrant d'une tension nerveuse extrême ; la maladie s'améliorera lors du retrait de la situation de travail. Que pense Le Guillant :

« *Cependant les conditions de vie, quelque soit l'aspect sous lequel on les considère, s'intègrent dans un contexte psychologique qui leur confère une acuité particulière et en définitive leur caractère pathogène ; ce contexte psychologique lui-même n'a rien de mythique. Il est le reflet dans l'esprit de la malade des conditions sociales et éducatives, économique et idéologiques, à la fois réelles et particulières qu'elle a vécues de son enfance à ce jour. Non de telle ou telle condition, plus ou moins arbitrairement valorisées mais de leur succession et de leur totalité.* »

On sait l'importance de la sociogénèse des affections mentales pour Le Guillant on comprend dans ses propos ce que recouvre cette sociogénèse des maladies mentales et physiques : intrication et interpénétration de facteur de vie et de construction personnelle singulière liée elle aussi à l'histoire de vie particulière.

Il me semble donc qu'il faut admettre l'existence d'une dialectique entre activité et subjectivité comme le fait d'une certaine façon cet auteur, mais après lui Yves Clot. Cela demande évidemment d'étendre considérablement le concept d'activité en y intégrant le milieu, l'histoire et la culture constamment présent dans l'activité à réaliser par un individu. Le sens serait donc aussi construit par ce milieu. L'absence de risques patents pour un œil extérieur peut ainsi cohabiter avec l'expression riche de souffrances paradoxales du corps. De la même façon que l'attendu de ces souffrances ne se produit pas dans d'autres contextes.

La psychanalyse ne donne pas les mêmes interprétations, ni la psychosomatique inspirée par la psychanalyse. Si l'on regarde du côté de celle-ci et « des histoires » que nous a racontée Marie Pezé, c'est la déliaison psychique, l'effraction du moi liée à la violence des situations de travail, (pourrait-on dire incorporation) qui bloque la psyché et les affects et l'absence d'élaboration psychique entraîne un fonctionnement social dévitalisé, « une relation blanche » dit-elle. Parlant des cas qu'elle a eu à traiter, elle dit que s'y ajoute la violence blanche de l'organisation des soins qui cristallise la souffrance en morcelant le corps et sa prise en charge, en superposant à l'anatomie érotique, l'économie administrative qui a préséance sur le fonctionnement psychosomatique réel. La construction du système de soin en réduisant la souffrance en tableaux à rattacher à telle ou telle spécialité et nomenclature dévitalise la relation avec l'individu en tant que tout.

En parallèle, l'impossibilité d'exprimer du fait de l'inhibition ses propres sentiments d'hostilité et d'agressivité envers autrui réduit l'expression de soi dans le milieu ou bien la non réponse ou une réponse totalement décalée de ce milieu réduit les capacités à retrouver un équilibre.

Les modes d'expression des émotions, les régimes de la parole, les mots utilisés, les pensées exprimées et les actes nous renseignent sur ces milieux et la distance avec ce milieu, sur ce qui est exprimable et tolérable. Cependant quand rien ne s'exprime le corps en pâtit.

En parlant de la « disciplinarisation » des corps et à propos du cas d'une jeune femme de ménage, Marie Pezé nous dit que la violence naît du décalage entre tâche prescrite et réel

du travail, entre la contrainte de temps et le souci de qualité, le fossé à combler pour que le travail se fasse, se comble au détriment du corps. Du contact forcé avec une tâche qui ne prend pas sens naît l'inutilité des gestes à accomplir.

Il n'y a pas de pensée sans corps nous dit Christophe Dejours.

Ne peut-on suggérer que le corps brimé ou les paroles empêchées ou désavouées s'incarnent, s'expriment par d'autres voies, que l'acte interrompu ou morcelé par le corps social soit à l'origine de déséquilibre pour l'individu donc d'altération de sa santé. Le corps pensant et agissant semble souvent neutralisé par le champ socioculturel imperméable à sa présence en tant que tout et à son écoute, ce qui rend l'expression de l'individualité au travers des productions du corps impossible. Comme le disait Wallon, le travail est plus fatigant par ce qu'on ne peut faire que parce qu'on fait. De ce renvoi sur soi ou vers soi, il me semble que les individus essaient de se protéger avec des expressions qui sont acceptables ou possibles dans leur milieu de vie et de travail, ainsi dans un milieu socioculturel relativement protégé, cela peut conduire à la recherche effrénée de réponses technicistes en dehors de soi.

Finalement entre une Madame D... (entreprise de contre-plaqué) qui « oublie » son corps jusqu'à ce qu'il la lâche avec une double rupture de la coiffe des rotateurs et M. M... rencontré cette semaine qui s'arrête trois mois pour un lumbago, passe une IRM, a rencontré deux spécialistes et s'apprête à rencontrer un chirurgien orthopédiste pour aujourd'hui une vague douleur para-lombaire droite qui ne le gêne aucunement dans ses mouvements, pour laquelle il n'éprouve le besoin de prendre aucun antalgique, où sont les différences ? Mme D... a passé un contrat à vie avec l'entreprise, elle ne peut se plaindre, et le travail ne peut rendre malade, M. M... remet son corps, l'externalise, pour traitement à la médecine techniciste et technicienne comme une mécanique à réparer (le milieu tolère l'arrêt, la maladie, mais aucune parole critique du travail qui est un donné non transformable). L'un comme l'autre semble avoir fait abandon de partie d'eux-même, de leur individualité. La perception corporelle ou la perception de la maladie pour l'un, le déni pour l'autre me semble au moins pour partie en osmose avec le milieu de travail.

Il ne s'agit évidemment que d'interprétations, qui ne peuvent qu'imparfaitement rendre compte d'une réalité toujours particulière.

Je retiendrais encore une phrase de Watzlavick, philosophe, psychanalyste et comportementaliste : « *On ne peut pas ne pas communiquer, si on ne le fait pas par les actes, ce doit être par la parole.* »

Je suis frappée par le besoin d'expression de soi dans la mutuelle d'assurance, du niveau de la plainte, les mécanismes identificatoires permettent que se constituent des formes de collectifs sur le mode familial, le champ de l'action étant réduit à l'autre et par l'autre. D'ailleurs ceux-ci (les collectifs) ayant été mis à mal récemment par une restructuration de la forme des groupes, cela a été me semble-il à l'origine de mécanismes de rupture brutale pour certains avec impossibilité de revenir au travail, de pénétrer physiquement dans l'en-

treprise. Ce qui se donne à voir n'est cependant que la partie émergée d'un iceberg, partie manifeste, elle-même transformée pour être acceptée par le milieu. Quand la parole sur l'acte n'a pas de place et quand l'acte n'est pas considéré ou se perd dans les méandres du système qui le métabolise ou que les salariés en sont désappropriés, quand le travail réel ne contamine que trop rarement le travail prescrit, mais que malgré tout, vous appartenez à un corps symboliquement important, la reconnaissance par ce corps est primordiale, essentielle pour continuer à exister, ce qui génère souvent allégerance et soumission. Cependant la réalité travestie et dissimulée ressort parfois d'étranges façons. Ce qui se donne à voir dans des formes particulières de souffrances du corps me paraît prendre sa source dans le corps social autant que dans le corps individuel.

Il me semble important de rajouter que l'expression bruyante des émotions signe malgré tout un équilibre que l'on préserve, les ruptures se passant souvent à bas bruit. Il faut probablement faire une différence entre ce qui ressort des formes de la communication (ici vertiges, sensations d'hypotension, pleurs pour les femmes), soupape habituelle et acceptée par le groupe et qui permet de trouver regard et compassion, de ce qui est blocage de cette communication (Mme S...) et fait basculer dans la maladie. Le registre émotionnel dans le cas de cette entreprise me paraît être utilisé comme principe libérateur. L'émotion est à la fois libératrice et liante, libérant du travail tel qu'il est donné et maintenant le lien avec le groupe.

On ne peut cependant tenter cette interprétation, qu'en comprenant l'histoire de l'organisation du travail dans cette « vieille » entreprise, je ne peux ici en donner qu'une représentation imparfaite et réductrice et ne concernant que le cœur de métier, la gestion des sinistres. Il faudrait développer plus longuement. L'organisation est restée de type bureaucratique pendant très longtemps. La taylorisation du travail avec une séparation tranchée de la conception et de la réalisation est évidente ces dernières années, ce qui n'était pas aussi net il y a seulement six ans dans le cœur du métier. Sur l'égalitarisme constitutionnel par niveau de gestion de sinistres, a été introduit avec l'organisation informatique et téléphonique une réduction des temps morts et des marges de manœuvre par la toute puissance du travail formel et des passages obligés (peu de possibilité de se sortir du téléphone et impossibilité de ne pas emprunter les dédales des applicatifs informatiques bien que ceux-ci ne permettent pas de tirer le fil de l'activité et rendent nécessaire les dossiers papiers. Les gestionnaires se sentent conduits par leurs tâches, tourmentés par le téléphone, occupés essentiellement à renseigner des grilles informatiques et écrasés véritablement par une messagerie leur délivrant les informations d'ordre technique. À la perte de sens, s'ajoute le sentiment fréquent d'inefficacité et de perte de compétences. La possibilité d'échapper à cela *via* une trajectoire professionnelle conduisant à d'autres espaces est mince. La charge mentale est renforcée par le sentiment d'une toute puissance originelle du sociétariat qui reste comme un deuxième pouvoir coercitif. Il me semble comprendre que la dialectique entre l'activité et la subjectivité ne peut se faire pour un trop grand nombre de salariés, aucune initiative ne se prenant sur le formel ; cependant que dans le même temps les

règles du métier ne se construisent plus par défaut de temps et de débat mais aussi par la disparition des réunions avec les cadres où se discutaient les problèmes techniques de gestion. Du côté des dirigeants une nouvelle culture veut s'affirmer dans le but évident d'un développement de l'entreprise, la nécessité d'entretenir le métier de gestionnaire de sinistres ne paraît pas d'actualité. La technicité de celui-ci ne fait pas l'objet d'une reconnaissance de l'intelligence pratique qu'il requiert, si tant est que se fut jamais le cas. La figure du manager a remplacé celle du technicien de haut-vol. Il reste que l'appartenance à un monde commun demeure même si ce monde fait souffrir, avec la nécessité de s'en assurer quand le doute survient. Les réactions émotionnelles exprimées, partagées et acceptées, permettent certainement d'évacuer la surtension intérieure, elles sont dans le registre de la communication corporelle sexuée, elles ont cependant aussi valeur d'alerte sur la rupture avec l'acte individuel de travail, rupture ressentie qui renforce la nécessité de se rassurer sur le lien affectif avec le groupe.

Dans le cas de Mme S..., ce repli et cette réassurance n'est pas possible, elle avait réussie péniblement à s'approprier son nouveau travail, en ne pouvant établir de liens véritables avec ses collègues, ni dans le registre affectif ni dans celui du travail se sentant gênée par une rémunération relativement trop

élevée. Avec le rejet brutal pour elle de son rapport (rejet portant sur la forme), elle ne peut que fuir dans la maladie dans un premier temps en essayant de se replier vers son ancien secteur de travail avec lequel elle a gardé des liens profonds et qui de plus a reconnu la qualité de son rapport.

QUELS IMPACTS POUR UNE CLINIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL ?

Peut-être nous faut-il trouver les moyens d'approcher l'espace clinique qui se situe entre le salarié et le monde des autres dans lequel il est plongé; ce monde des autres comprenant évidemment l'histoire commune et la culture commune entre autre celle des modalités relationnelles et de la place de l'acte de travail (il me semble cependant que la relation au moment où elle s'entretient est toujours duelle). Sur le plan de l'activité de prévention qui est la nôtre il me semble que nous devons modestement contribuer et au risque de nous tromper à éclairer l'impossibilité ou la possibilité d'agir collectivement et de se déplacer dans l'agir, c'est à dire d'éclairer ce qui peut ou non permettre aux individus de reconstruire un équilibre au travail et que cet éclairage doit être renvoyé dans l'espace interne de l'entreprise, mais il s'agit d'un autre débat à engager...

Francette Thébaud

LES CAHIERS S.M.T.

publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail

ISSN 1624-6799

Responsable de rédaction : Jean-Noël Dubois

Responsable de publication : Josiane Crémon

Comité de rédaction : Pierre Abecassis, Véronique Arnaudo, Fabienne Bardot, Alain Carré, Josiane Crémon, Sylvie Cren, Philippe Davezies, Annie Deveaux, Jean-Marie Eber, Dominique Huez, Gérard Lucas, Jocelyne Machefer, Alain Randon, Denise Renou-Parent, Nicolas Sandret, Denis Teyseyre, Francette Thébaud

Maquette : Jean-Noël Dubois

Imprimerie Rotographie — 93 100 Montreuil

CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL ET PRATIQUE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Mettre l'organisation du travail en visibilité sociale

Le suicide est l'issue la plus dramatique des conséquences délétères impensées de l'organisation du travail. La dépression réactionnelle professionnelle qui le précède, particulièrement répandue, n'a elle aussi aucune visibilité sociale. Par contre une abondante littérature épidémiologique soutient la part explicative de l'organisation du travail pour les dépressions professionnelles.

La Dépression réactionnelle professionnelle recouvre les formes cliniques dépressives qui cristallisent la réaction du sujet aux contraintes organisationnelles et sociales du travail. Elle est déclenchée par des événements impensés du travailler, mis à l'écart de la délibération. Elle isole et paralyse le rapport du sujet à l'agir sur le travail. L'élucidation par le sujet de la cause professionnelle ne se substitue pas forcément aux soins si la décompensation est importante, mais elle est un passage toujours obligé pour réouvrir à l'action du sujet.

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Par delà les structures et histoires singulières des sujets, on peut cliniquement interroger aujourd'hui l'organisation du travail, avec la grille de lecture offerte par la psychodynamique du travail développée par les travaux de Christophe Dejourn pour tenter de comprendre et rendre visible les psychopathologies du travail. Selon cette approche, le travail est central dans la construction de l'identité. Il permet de la construire dans les rapports avec autrui par la médiation du « faire ». Ce soubassement de la construction identitaire s'intrique à l'économie psychoaffective du désir. Parler, délibérer, rendre compte, c'est se construire, c'est la clé pour l'action du sujet. 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 pour la collectivité de travail.

L'objectif de la socialisation des effets du travail sur la santé mentale n'est pas d'en discuter concrètement l'importance, encore moins de rechercher les responsabilités individuelles de tel ou tel membre de l'encadrement. C'est plus de faire percevoir de nouveaux enjeux, des éléments de rationalité déniés mais essentiels. C'est ce changement de représentation qui est du côté de l'action, ouvrant la compréhension des affaires du monde de l'entreprise à la rationalité pathique et

sociale, à côté de la rationalité économique. Ce travail de veille et de témoignage des répercussions des effets délétères du travail sur la santé mentale et physique ne peut être pris en compte que par des professionnels qui inscrivent exclusivement leur intervention du côté de la santé et qui bénéficient d'un statut leur permettant de tenir cette posture face au projet des entreprises de les intégrer à la gestion sanitaire des ressources humaines ou au *coaching* managérial.

Cette nouvelle représentation des répercussions du travail sur la santé antérieurement euphémisées, peut contribuer à la transformation de l'organisation du travail. Le moteur de l'action de transformation en est alors la dynamique de compréhension partagée des difficultés du « travailler » élaborée lors des processus de délibération collective dans les multiples espaces publics de discussion des entreprises. Ainsi peuvent prendre sens les trajectoires professionnelles de chacun au sens des dynamiques de la reconnaissance ou non de la contribution singulière dans le travail, les atteintes à l'estime de soi qui font obstacle à la construction identitaire, les dynamiques de construction ou de fragilisation des collectifs de travail, la perméabilité ou la situation bloquée des espaces de discussion pour délibérer sur les difficultés du « travailler » permettant ou non de consolider les règles de métier et les savoir-faire de prudence. En fin de compte, l'approche par la psychodynamique de la reconnaissance des contributions dans le travail donne sens à l'aliénation sociale au travail qui se développe aujourd'hui.

Ainsi les médecins du travail relèvent aujourd'hui de plus en plus, tantôt des souffrances que l'on pourrait qualifier de « discrètes » témoin de la fragilisation de la possibilité de construire sa santé dans son travail, voire des épisodes dépressifs réactionnels professionnels légers n'entraînant pas de prise en charge thérapeutique ; tantôt des « dépressions réactionnelles professionnelles » qui nécessitent des soins souvent accompagnés d'un arrêt de travail. La pratique de la clinique médicale du travail permet au médecin du travail de caractériser la part prépondérante de l'activité professionnelle dans la compréhension de ces phénomènes psychopathologiques professionnels. La possibilité pour les médecins du travail de pouvoir repérer le rôle possible de l'organisation du travail s'appuie sur les connaissances antérieurement construites au long des consultations adossées à la clinique médicale du travail, et sur des pratiques de prévention collective compréhensive. La décompensation dépressive peut être telle que l'en-

tendement du sujet peut en être sidéré, et il faut alors passer la main pour une pratique de soins. La séparation formelle pour les pratiques en médecine du travail entre l'économie du travailler et l'économie du désir est évidemment artificielle et ces processus sont bien évidemment intriqués. Mais cette séparation des plans répond à un cadre de construction de règles professionnelles pour la clinique médicale du travail « en milieu de travail », hors pratique de soins. Au décours du processus de compréhension que permet la clinique médicale du travail, c'est bien ce qui fera sens pour le sujet qui sera déterminant dans l'accompagnement médical ultérieur.

Les trajectoires subjectives de l'histoire professionnelle sont des éléments essentiels à prendre en compte. Sur des périodes de quelques années, il semble que les trajectoires individuelles ou la souffrance au travail est prépondérante, et les trajectoires où prédominent plutôt les décompensations somatiques, articulaires ou digestives principalement, sont balisées par des événements repérables de l'organisation du travail qui font potentiellement sens pour le sujet. Penser les difficultés des situations de travail fragilise les capacités de mobilisation du sujet dans le travail s'il n'y trouve pas d'issue, alors que « l'incorporation de la souffrance » à travers la somatisation dispense et « l'empêche » d'en penser l'origine. Cette incorporation impensée de la souffrance permet de tenir temporairement sans être fragilisé psychiquement par une situation sans espoir de transformation. Les trajectoires singulières du sujet sont ici déterminantes. Les marges de manœuvre ouvertes ou non au sujet, son appartenance ou non à un collectif, le moment précis des modifications de l'organisation du travail par rapport à son histoire et par rapport à la dynamique collective dans l'entreprise, en sont des clés compréhensives.

La clinique médicale du travail du sens de la somatisation réactionnelle au travail pour le sujet est une clinique à construire. L'expérience qui s'accumule progressivement pour les troubles musculo-squelettiques, pour les lombalgies hyperalgiques, pour les rachialgies de surcharge, pour les gastralgies diverses ou les colites réactionnelles, en ouvre la voie. Ici la compréhension du sens du travail pour l'événement délétère qui ouvrirait à l'espoir et à l'action ne naît généralement pas directement de l'intercompréhension des événements actuels de l'organisation du travail. Il se construit plutôt au décours ou à l'occasion d'un nouvel événement somatiquement douloureux, en ré-explorant, du côté de l'organisation du travail d'alors, l'épisode douloureux antérieur. C'est l'expérience de l'histoire des somatisations qui est mise en travail et qui peut faire sens au regard de l'histoire de la dynamique subjective de mobilisation au travail. L'atteinte de la fonction corporelle signe une souffrance indicible et l'empêchement du travailler. Il faut permettre au sujet de prendre acte de cet écartèlement qui le préserve tout en « l'empêchant ». L'accompagnement clinique peut l'aider à repérer, de façon compréhensive pour lui, les fluctuations de la somatisation selon le génie propre du processus de somatisation et selon sa propre dynamique de mobilisation ou de protection défensive par rapport au travail. Cette compréhension des résistances du corps à la maltraitance professionnelle est sus-

ceptible de permettre au sujet de ne pas se laisser déborder par le processus de somatisation qui se retournerait alors contre le « travailler ».

DÉFINIR DES RÈGLES PROFESSIONNELLES POUR LES INTERVENTIONS EN SANTÉ AU TRAVAIL

L'émergence des questions de santé au travail déstabilise l'ordre social des entreprises. En fonction du seul point de vue économique qui les préoccupe, celles-ci établissent une stratégie de « gestion des ressources humaines ». En première intention, les entreprises ne vont pas intégrer les éléments de compréhension issus des rationalités pathiques et sociales. La posture des sujets est alors dissoute dans celle de l'intérêt de l'entreprise. Dans ce cadre, les interventions de consultants intervenant pour l'intérêt de l'entreprise sont suffisamment ambiguës pour laisser croire aux sujets qu'ils interviennent exclusivement du point de vue exclusif de la préservation de leur santé.

Les politiques managériales en matière de santé mentale au travail sont souvent structurées par deux hypothèses qui nous paraissent erronées.

Il est ainsi postulé qu'une prise en charge thérapeutique précoce de la souffrance mentale au travail éviterait une partie des suicides professionnels ou des décompensations psychopathologiques majeures. Cette hypothèse semble discutable en ce sens que ce sont les sujets les plus isolés et qui ne donnent rien à voir de leur souffrance qui sont les plus fragiles. La veille médicale de la souffrance psychique professionnelle et des dépressions réactionnelles est l'occasion avec le travail clinique qu'il permet au sujet, de penser les difficultés du travail. Mais elle permet la prévention compréhensive, et ouvre le débat sur ce qui fait collectivement difficulté dans les situations de travail bénéficiant en retour aux autres agents. La perte de sens collectif aggrave potentiellement la situation des agents privés de pouvoir comprendre ce qui leur arrive. Ce contexte explique peut-être certains enchaînements délétères. Ce n'est donc pas la contention imposée de la souffrance comme celle d'une hémorragie qui est urgente, mais la mise en délibération collective de ce qui en est la source pour prévenir les difficultés des situations de travail.

Il est aussi postulé que ce sont les événements visiblement traumatisants psychiquement sur les lieux de travail qui devraient mobiliser les énergies thérapeutiques pour éviter de graves décompensations. Et c'est la gestion du moment douloureux pour en faire son deuil qui est privilégié plutôt que la construction du sens des événements du côté de l'organisation du travail. Cela est tout aussi discutable. Les violences sur les lieux de travail, les différents types d'agressions ne sont pas des risques supérieurs à ce qui n'a pas visibilité sociale comme le déficit de la reconnaissance de la contribution, l'éclatement des collectifs de travail, le vécu d'arrêt du monde à partir d'un vécu d'injustice indicible, le sentiment d'extrême solitude face à un amoncellement de difficultés qui n'offre plus prise.

Une politique sanitaire dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés me semble devoir privilégier la mise en visibilité de ce qui fait difficulté dans les situations de travail, une pratique médicale qui puisse permettre de « penser » la question de l'organisation du travail sans intrusion dans l'économie psychoaffective des sujets, qui puisse permettre une réelle prise en compte des alertes psychosociales de toutes sortes, favoriser une juste réparation médico-légale des préjudices en terme de santé mentale tournée plus vers la reconnaissance en accident du travail des événements traumatisants initiaux ou en maladie professionnelle des dépressions professionnelles réactionnelles, sans enfermer dans un statut de victime, enfin favoriser les enquêtes de CHSCT et toutes les opportunités pour délibérer de façon compréhensive les difficultés du « travailler ».

Pour ce faire, au-delà des cadres réglementaires à développer, les professionnels de santé, les représentants du personnel et l'ensemble des acteurs amenés à intervenir vont devoir élaborer des règles professionnelles pour éviter que les événements d'agir générés par la rationalité pathique « empêchent » l'action dans la cité.

LE PROCESSUS AGGRAVANT DE LA MONDIALISATION

La subordination à l'économie intrique identification des risques professionnels qui relève de la santé publique, et gestion patronale des risques. Le débat sur la « marchandisation » de la santé ne peut se limiter au champ du système de soins et à celui de l'organisation de la protection sociale. Il doit aussi embrasser celui de l'« invisibilisation » des risques professionnels, des profondes inégalités sociales de santé générées, et l'ensemble des politiques déployées pour rejeter les conséquences de ces risques sur l'organisation d'un système de soins.

Les conséquences d'un abord morcelé des risques professionnels au niveau de la gestion de leurs effets sont d'enclaver le débat dans la prévention tertiaire voire secondaire, et ainsi de masquer les enjeux de la prévention primaire c'est-à-dire l'organisation du travail très concrètement mondialisée et les rapports sociaux d'oppositions catégorielles qui en découlent. La prévention des risques professionnels ne peut être subordonnée aux intérêts économiques. Ce n'est pas un objet de négociation sociale, de grain à moudre, mais est au contraire au fondement de l'organisation de la société, car elle pose la question de la centralité du travail. Si les enjeux de ce qui se joue au travail sont politiquement abandonnés à la gestion de ses conséquences et à l'organisation de la société du temps libre, ce sont alors les fondements mêmes du lien social et des rapports sociaux qui ne peuvent plus être débattus avec leurs déterminants.

À l'évidence, la mondialisation libérale accroît les inégalités sociales de santé. Elle oppose trop souvent les travailleurs des entreprises aux riverains et habitants des régions alentours. Les travailleurs sont souvent écartelés entre la sauvegarde de leur emploi et les risques auxquels pourtant ils sont les premiers exposés. Mais ils les euphémisent de façon in-

consciente pour « pouvoir tenir », ce qui souvent gêne leur remise en cause. Les riverains ont trop souvent tendance à en rendre responsables les travailleurs des entreprises, et intègrent trop peu la question de l'organisation du travail et des rapports sociaux qui permettent une telle dégradation. La peur ainsi générée permet un déploiement de réglementations qui ignorent le travail réel des hommes et privilégient les « traces » du travail à la prise en compte de ses conditions de réalisation. Ainsi la sous-traitance en cascade et l'intérim se développent de même que les appels d'offre au « moins disant » sans clauses de prise en compte des risques professionnels. Sur ce fond de déréglementation du droit du travail remplacé par le droit économique, se déploient les normes économiques patronales type ISO qui aggravent les conditions organisationnelles de travail et forment un nouvel écran à la compréhension des mécanismes à l'œuvre.

APPUYER LES REVENDICATIONS DES VICTIMES, DONNER SENS À LA SOUFFRANCE PROFESSIONNELLE

La prévention des maladies du travail doit prendre en compte les leçons de la crise sociale de l'amiante. Les projets patronaux sont de n'indemniser aux victimes leurs préjudices professionnels qu'à la hauteur du « risque collectif attribuable ». Ceci ouvre le champ à de nouvelles manipulations dont seraient exclue la réalité des inégalités sociales de santé au travail et la juste compensation de la pénibilité et des souffrances passées. C'est à une indemnisation intégrale des préjudices subis pour les accidents de travail et l'ensemble des maladies dues au travail, au-delà des seules maladies professionnelles aujourd'hui reconnues, qu'aspirent nombre de victimes. C'est évidemment un devoir de justice. Mais c'est aussi un gage de possible amélioration des conditions de travail en donnant visibilité aux effets des risques professionnels dont le coût est aujourd'hui transféré au régime de l'assurance maladie et ainsi invisible.

Dans ce contexte, la campagne actuelle menée contre l'augmentation des arrêts maladies des travailleurs de plus de 50 ans est un véritable scandale et se fortifie de l'absence de débat sur l'exclusion du travail par la santé. Dans de très nombreuses activités de service, de production taylorisée, d'activités à fortes contraintes horaires ou de rythme, il est impossible généralement de terminer une carrière professionnelle. Ces salariés sont aujourd'hui exclus ou par le licenciement ou par la maladie qui généralement s'inscrit dans un contexte de délabrement de la santé physique ou mentale. Une part non négligeable des *mises en invalidité* du régime général des Sécurité sociale s'inscrit dans ce contexte. Le débat actuel sur la prise en compte de la pénibilité au travail par rapport à la nécessité de préserver un âge précoce pour ouvrir les droits à la retraite s'inscrit dans ce contexte. En Europe, la France est le pays qui représente les plus fortes inégalités sociales de santé dont une partie des déterminants professionnels sont aujourd'hui bien argumentée.

Dans cette perspective il serait très important que le prochain forum social européen intègre la question des conditions de

travail. Ne pas le faire signifierait que les déterminants mêmes de la santé malmenés par la mondialisation n'auraient pas visibilité, que le débat serait réduit à la gestion des conséquences de la mondialisation !

DES PROPOSITIONS POUR L'ACTION

- Interdire la sous-traitance de capacité ou en cascade et l'intérim pour ne pas subordonner le droit du travail au droit économique.
 - Édicter des réglementations en milieu de travail opposables aux employeurs, dans le champ des environnements du travail ou de l'organisation du travail.
 - Développer un système de santé au travail en santé publique en séparant les fonctions de veille et d'alerte, d'un système de « gestion » par les employeurs des risques professionnels des risques qu'ils génèrent.
 - Ouvrir l'ensemble des droits de représentation du personnel, ou d'existence d'organisme s'occupant de conditions de travail comme les CHSCT, à tous les salariés dépendants d'un même donneur d'ordre, ou travaillant sur un même site industriel.
- Renforcer les contre-pouvoirs citoyens dans et hors de l'entreprise face aux décisions « malmenant » potentiellement la santé ou l'environnement.
 - Interdire la discrimination médicalisée au travail par la prise en compte de « sur-risques individuels » génétiques, comportementaux ou sociaux.
 - Offrir un statut d'indépendance professionnelle à l'ensemble des intervenants exclusifs en santé au travail en les intégrant au « système de santé ».
 - Hors urgences immédiates, interdire la pratique de soins, dont les soins psychologiques, sous dépendance ou injonction de l'employeur pour ne pas renforcer l'aliénation sociale.
 - Prôner la « réparation intégrale » des accidents du travail et des maladies professionnelles, développer le système des maladies professionnelles en y incluant les psychopathologies et tous les cancers professionnels, refuser la réparation sociale individuelle des risques subis selon leur fraction de risque « supposée » collectivement attribuable.

Dominique Huez

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

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente : Josiane CREMON

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

Trésorier : Jean-Noël DUBOIS

Secrétaire : Alain RANDON

Membres : Pierre ABECASSIS, Fabienne BARDOT, Chantal BERTIN, Patrick BOUET, Annie DEVEAUX, Jean-Marie EBER, Claire LALLEMAND, Nicole LANCIEN, Gérard LASFARGUES, Gérard LUCAS, Marie PASCUAL, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Denis TEYSSEYRE

LA SOUFFRANCE EN RAPPORT AVEC LA VIOLENCE DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL DANS L'ENTREPRISE MODERNE

SA PRÉVENTION PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL EN SERVICE AUTONOME

« Souffrance au travail » fait plutôt référence, dans les médias, à la souffrance psychique. Cela tend à occulter en partie la recrudescence des atteintes physiques à la santé que démontrent les indicateurs tels que l'augmentation des accidents du travail et des maladies professionnelles (malgré leurs déclarations entravées par divers procédés). Ainsi, les maladies engendrées par des gestes répétitifs effectués sous contrainte de temps (TMS) sont plus nombreuses. Toutefois des études récentes de l'INRS mettent en évidence que, à contrainte physique égale, les TMS sont plus nombreux lorsque le vécu des salariés est plus péjoratif au regard de l'organisation du travail.

Une autre remarque liminaire porte sur l'ancienneté de la souffrance psychique au travail. Par exemple, on connaît depuis longtemps l'influence négative du travail posté dans ce domaine. Les postes à haute responsabilité, à forte charge émotionnelle (travail social ou soignant) ont des conséquences sur la santé psychique de ceux qui les exercent. Le *burn out* le *karoshi* ont été décrits au temps des « trente glorieuses ».

Ce qui rend particulier le phénomène actuel, c'est :

- L'incidence importante de la souffrance psychique au travail parmi les salariés.
- Ses rapports à l'organisation du travail.

Les deux formes que peut revêtir la souffrance : les atteintes à la santé ou/et les conduites défensives se partagent la grande majorité de la population au travail. Elles sont en lien avec des formes particulières d'organisation du travail. Elles en sont soit la conséquence involontaire, soit l'effet secondaire prévisible de méthodes agressives pour la santé psychique. Cette dernière remarque pose, au passage, la question de la responsabilité des concepteurs, des promoteurs et des utilisateurs de ces techniques.

FONCTIONNEMENT DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET SOUFFRANCE

Les causes de cette souffrance ne peuvent être approchées sans une analyse du vécu des systèmes d'organisation mis en place. C'est seulement, alors, qu'ils peuvent être décrits rationnellement du centre à la périphérie, des mécanismes de

l'organisation du travail (OT) au vécu des salariés, que cela est possible.

S'y oppose le caractère souvent occulte des stratégies de l'OT. L'obscurité sur les méthodes, la dissimulation des objectifs, l'occultation des erreurs ou des conséquences néfastes y compris celles sur la santé ne sont pas toujours fortuites. Elles constituent parfois une caractéristique fondamentale de son fonctionnement. L'organisation du travail « moderne » efface soigneusement ses traces. Dans une société qui se prétend sans Histoire, l'organisation du travail est sans mémoire. Qui s'intéresse aux conséquences pour la santé de l'OT va donc devoir déjà démêler cet écheveau.

Au sommet de la pyramide la nécessité d'un rendement spéculatif optimal obtenu par une mise en concurrence. Cela implique une productivité maximale pour un coût minimal. Cela est permis par une technique de conduite d'entreprise communément appelée « management ». Cette technique a pour objectif la mise en concurrence individuelle de chaque salarié pour intensifier la production dans un contexte de réduction des moyens mis à disposition. Les moyens que se donne le management sont très divers mais répondent à des objectifs précis :

- En tout premier lieu est recherchée l'intensification du travail pour accroître le rendement, c'est-à-dire l'augmentation des cadences ou des charges instantanées. Elle est souvent générée par des diminutions d'effectif mais se retrouve aussi dans le cadre de lettres de mission et d'objectif « négociés » dans un contexte défavorable au salarié (menace sur l'emploi par exemple) qui entérinent des augmentations de rendement. Outre la fatigue de toute nature, cette intensification se traduit par un travail « dans l'urgence », une impression de ne pas avoir « fini sa journée », parfois même par un sentiment d'incompétence. Reposant sur une « culture de résultat » elle s'accompagne d'une pénurie de moyens ce qui favorise les dérives occultes, les contournements des procédures protégeant la santé sous la responsabilité apparente de chaque opérateur, autre facteur de culpabilité.
- L'individualisation des salariés est un objectif vital pour l'organisation du travail puisqu'elle conditionne le contrôle sur le travail effectué par chacun et permet une

Il apparaît, en effet aussi, difficile que le médecin puisse conserver à tout moment une sérénité et une objectivité opératoire. Confronter son point de vue à celui d'autres professionnels, au contact de ces situations, parfois très déstabilisantes, est non seulement un gage de qualité de l'intervention mais aussi de prophylaxie mentale. Il faut évoquer ici que le corps professionnel des médecins du travail de l'entreprise a malheureusement été sujet à la survenue de plusieurs suicides restés inexplicables. L'isolement professionnel n'est donc pas à recommander. Il serait souhaitable que soient réunis des groupes d'échanges sur les pratiques de façon plus systématique.

Plus généralement, l'action de prévention repose ici sur la triade : **identification des facteurs de risque – veille sanitaire – alerte sanitaire de risque psychosocial.**

IDENTIFICATION A PRIORI DES FACTEURS DE RISQUE

Il s'agit d'une phase cruciale car il s'agit non seulement de repérer les facteurs de risque présents et potentiels générés par l'OT mais de profiter de cette phase pour familiariser la communauté de travail avec ce thème et ses aspects les plus subjectifs sans heurter les défenses des différents acteurs.

En effet, la prévention par le médecin du travail des altérations de la santé par l'OT ne diffère pas dans ce domaine de la démarche générale de prévention des autres facteurs de risque. Qui veut préserver la santé des salariés des conséquences de tout cela va devoir mettre au jour ce qui reste dans l'ombre, montrer ce qui est caché, dire ce qui est tu.

En médecine du travail, c'est le dévoilement de ce qui, en matière de santé au travail, est ignoré ou caché qui va permettre au médecin de dégager un espace de débat dans la communauté de travail sur ces questions. La caractéristique de cette identification est qu'elle doit être permanente du fait du caractère protéiforme des caractéristiques de l'organisation du travail et de ses variations infinies.

En amont du risque il est donc indispensable de familiariser la communauté de travail avec la notion de risque pour la santé des organisations de travail. Cela doit être suivi par un examen de chaque caractéristique de l'organisation de travail pour en déterminer les facteurs de risque pour la santé à priori en descendant le plus intimement possible dans la description.

Il faut dans ce domaine dire et laisser trace, explorer les contradictions (moyens versus objectifs par exemple) et les mettre en débat. Témoigner des difficultés de chaque groupe professionnel sans exclusive (exécution et encadrement). Favoriser le travail d'éclaircissement des questions par la représentation du personnel en particulier en CHSCT.

Lorsque les facteurs de risque deviennent actifs, il convient de les signaler à la communauté de travail explorer leur genèse et leurs liens à la santé, notamment dès lors qu'ils relèvent de :

- ce qui restreint les marges de manœuvre personnel-

les en matière de santé ;

- ce qui s'oppose à la coopération avec les autres salariés ;
- ce qui constitue un déni de la réalité ;
- ce qui vise à dégrader les conditions humaines, relationnelles, matérielles du travail du salarié et de nature à porter atteinte à ses droits et à sa dignité(3).

Plus concrètement il faudra tenter d'identifier les facteurs précis du risque :

- Les facteurs d'intensification du travail c'est-à-dire d'augmentation des cadences ou des charges instantanées.
 - Les facteurs d'isolement qui sont souvent la conséquence de l'impossibilité de construire des références professionnelles collectives, soit du fait d'une individualisation à laquelle peuvent concourir l'évaluation individuelle, les changements répétés de tout ordre, l'organisation par projet; soit par l'absence de critères techniques validés entre professionnels par exemple du fait d'une sous-traitance de certaines tâches.
- Ce sont les plus préoccupants pour la santé car l'isolement est en partie à l'origine de la disparition des régulations sociales informelles qui préviennent déviance et passage à l'acte.
- Les facteurs d'exclusion, par la maladie, le handicap, l'âge, le sexe.

Dans l'expérience relatée, le médecin du travail bénéficie de deux enquêtes de psychodynamique du travail effectuées il y a dix ans mais qui, du fait de la pérennité des salariés, perméabilisent encore la compréhension par le personnel des concepts utilisés dans ce domaine.

Ce contexte favorable est potentialisé par l'exposition opiniâtre des constats dans ce domaine par le médecin du travail lors des occasions formelles que sont les interventions en CHSCT et la rédaction du rapport annuel. Les prétextes informels tels que l'aménagement des postes de travail, les interventions auprès de l'encadrement ou de la représentation du personnel, les visites de locaux ou de chantiers sont autant d'occasions d'évoquer ces questions.

Elles sont également systématiquement l'objet d'échange lors des visites médicales.

En effet lors de la consultation, le rôle du médecin est d'écouter le sujet et de progresser avec lui vers une compréhension de la situation qui tienne compte des conséquences de l'organisation du travail. Mais cette phase permet aussi d'envisager dans cet esprit les facteurs de risque de l'OT. Cela permet à la fois de les confirmer et aussi de donner acte des difficultés au sujet et de le déculpabiliser en relativisant l'influence de sa compétence personnelle dans d'éventuels échecs.

Le médecin du travail a choisi ici de formaliser cette phase d'identification par la fiche d'établissement qui comporte depuis 2001 une section spécifique concernant les facteurs de risque en lien avec l'organisation du travail qui regroupe et amplifie les notions relevant de ce domaine qui étaient dis-



3- Définition légale du harcèlement moral professionnel.

persées dans l'exposition des facteurs de risque d'autre nature.

LA VEILLE SANITAIRE

Elle vise à repérer :

- **L'acutisation des facteurs de risque** sous l'influence de modifications de l'OT (départs en retraite non remplacés, modification de processus commerciaux ou de gestion, mutualisations de moyens par exemple, mise en place de nouveaux modes de gestion du personnel...) d'où l'importance d'un réseau de renseignement informel de personnes ressources fonctionnant sur la confiance mutuelle.
- **La déstabilisation des groupes** : survenue de conflits entre membres de la même équipe, attitude d'une partie du groupe contre une personne « repoussoir » qui peut être l'encadrement, augmentation des agressions de la clientèle, augmentation des accidents du travail ou de la route.
- **Les personnes dont la santé s'altère du fait du travail**. Une veille particulière est assurée pour les sujets isolés ou fragilisés repérés par le service médical ou parfois leurs collègues voire leur encadrement.

Cela implique tout d'abord d'anticiper sur la survenue des changements. De recueillir les rumeurs ou les faits à ce sujet et de mettre en observation les groupes de travail qui en seront ou en sont l'objet.

Les sources disponibles pour repérer tous ces signes sont de plusieurs ordres :

- l'expression des salariés lors des consultations médicales,
- les échanges lors des visites de lieux de travail,
- les discussions informelles,
- les débats en CHSCT,
- les rencontres avec l'encadrement.

Une politique de convocation « prétexte » a été mise en place par le service médical pour tenter de rencontrer en priorité les membres des groupes sur lesquels porte l'acutisation des facteurs de risque ou ceux qui sont dans une dynamique de conflit interne.

Les consultations ont donc une double finalité confirmer les facteurs de risque et les caractéristiques de leur retentissement mais aussi **mettre en sécurité les sujets**.

- Soit en ayant une action de mise en visibilité réciproque et de déculpabilisation. Eventuellement même, ce travail de déculpabilisation est nécessaire également pour les sujets qui se désengagent. Si le vécu douloureux naît de relations perturbées entre salariés, il est indispensable de mettre en discussion l'influence de l'OT dans ce conflit pour le désamorcer par une compréhension mutuelle des mécanismes en cause. Si le salarié évoque une difficulté dans la relation avec l'encadrement voire ce qu'il considère comme une maltraitance, avec son accord, et dans le respect du secret médical le médecin peut interve-

nir auprès de l'encadrement pour prêcher la modération et la recherche de solutions garantissant la santé du sujet. Toutefois ces interventions doivent respecter, autant que faire se peut, les défenses spécifiques de l'encadrant.

➤ Soit en fonction de l'intensité du retentissement et du caractère aigu de la pathologie la mise en sécurité hors du milieu de travail devenu pathogène en liaison avec les médecins traitants. **Le traitement des urgences** est une obligation incontournable. L'urgence survient dans un contexte d'échec de la prévention (signalement trop tardif, dégradation rapide de la situation, impact personnel grave, volonté de dégradation par l'organisateur du travail). Le principe qui doit prévaloir est celui de mise en sécurité de la victime. La prise en charge doit être immédiate. Elle est d'abord médicale :

- ≡ En tout premier lieu donner acte au sujet, victime de ce syndrome post-traumatique, de sa souffrance.
- ≡ Puis faire le diagnostic des causes.
- ≡ Enfin dégager des solutions pour le sujet à court, moyen et long terme. En particulier, le mettre à l'abri.
- ≡ Cette phase thérapeutique est accessible à tout membre de l'équipe médicale soudée autour de l'objectif minimal « ni suicide, ni violence » ayant absolue priorité sur toute autre activité.

Deux cas particuliers d'urgence sont, dans le contexte décrit, individualisés : la maltraitance et les agressions de la clientèle.

LES SIGNES DE MALTRAITANCE ET LEURS CONSÉQUENCES

Ils sont parfois l'aboutissement spectaculaire d'autres facteurs de risque et révélés souvent à l'occasion de crises aiguës. Ils témoignent d'un climat dégradé. Ils traduisent aussi parfois les incohérences de l'organisation du travail qui peuvent dresser les salariés et leur encadrement les uns contre les autres.

La prise en charge se fait dans un cadre réglementaire rendant possibles :

- le recours à des avis spécialisés (articles R.241-51-1 et 241-52 du Code du travail),
- la mutation interne à l'entreprise (L.241-10-1) ou l'inaptitude temporaire,
- la mise en cause de la responsabilité de l'employeur.

Après examen de la victime et mise en sécurité, les premières interventions ont pour finalité :

- d'établir les faits à l'origine de la situation de vécu d'une maltraitance par la victime ;
- de faire prendre conscience à la ou aux personnes impliquées dans la survenue d'un vécu de maltraitance, de l'existence d'un malentendu ou d'une conduite de leur part à l'origine de ce vécu ;
- d'obtenir la dissipation du malentendu ou la modification du comportement de ces personnes.

Il convient en tout premier lieu de les rencontrer afin de recueillir leur témoignage et rechercher une solution. En cas d'échec (ce qui qualifie la situation de harcèlement) et en fonction de son diagnostic de la situation, le médecin peut em-

ployer les moyens suivants : appel aux niveaux d'encadrement supérieur, intervention auprès de la représentation du personnel, intervention auprès du CHSCT, intervention auprès de l'Inspection du travail.

Il lui est possible de recourir à tout moment à l'aide de spécialistes et du médecin inspecteur du travail. En particulier une prise en charge pluridisciplinaire s'impose lorsque la situation de maltraitance se développe dans un contexte de cas multiples générés par une organisation du travail traumatisante.

L'AGRESSION PAR LA CLIENTÈLE

Elle révèle en général un dysfonctionnement de l'organisation du travail. L'augmentation de fréquence des agressions verbales lors des contacts physiques ou téléphoniques avec la clientèle est révélatrice en général de pénurie de moyens techniques ou commerciaux, voire de stratégies commerciales inadaptées en particulier à la nature de la clientèle.

Dans ce contexte la charge « émotionnelle » de ces situations devient souvent insoutenable.

L'urgence est en général générée par la nature de l'agression, celle du retentissement, l'implication de conduites inappropriées de l'encadrement lors de l'agression ou après l'agression (refus de permettre le retrait du salarié agressé par exemple). Là encore l'intervention systématique à chaque signalement significatif de l'équipe médicale permet à la fois de repérer et d'agir sur les facteurs de risque et de mettre en sécurité la victime. La difficulté dans ce domaine est que l'organisateur du travail a tendance à mettre en avant l'incompétence supposée ou le comportement inadapté de la victime voire sa susceptibilité personnelle. Cela constitue une circonstance aggravante en culpabilisant la victime.

C'est pourquoi dans ce domaine le médecin du travail a proposé que soit créés des « **groupes de concertation sur les pratiques** » réunissant d'une part des salariés exécutants en situation d'interface avec la clientèle et dans d'autres groupes les encadrants, fonctionnant sous la supervision de psychodynamiciens du travail. Le médecin espère ainsi déclencher une dynamique d'analyse de l'OT par ses acteurs afin de potentialiser la veille sanitaire sur les facteurs de risques.

Dans le domaine de la veille sanitaire ce service a également décidé de participer au recueil national mis en place par les médecins du travail de cette entreprise. Sont ainsi distingués(4) :

- **Souffrance en rapport avec le travail** (« le travail, n'en parlons pas », « venir au travail à reculons » car vécu désagréable, « blues » du dimanche soir, sensation d'inconfort intellectuel, pesanteur, désintérêt, désenchantement, vécu négatif, véritable pénibilité, fébrilité, manifestations anxieuses, absentéisme, tentative d'échapper au travail, présentéisme, formes paradoxales d'hypermotivation, isolement ressenti, retrait social, doute

•••••

4- Les définitions ci-dessous sont celles que le médecin du travail auteur de l'article expose aux acteurs sociaux

sur soi même, sentiment d'incompétence, inhibition du fonctionnement habituel, colère, plaintes somatiques...).

- **Dépression notable en rapport avec le travail** (humeur dépressive, diminution marquée de l'intérêt et du plaisir dans toutes les activités professionnelles et non professionnelles, insomnie, fatigue intense, sentiment d'indignité ou de culpabilité excessive, Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, pensées récurrentes de la mort ou idées suicidaires récurrentes, suicide ou plan précis pour se suicider...).

- **Troubles du sommeil en rapport avec le travail** (insomnie d'endormissement ou de réveil entretenue par des thèmes professionnels...).

- **Démobilisation professionnelle** (le travail devient un gagne pain assumé sans aucun engagement personnel et réduit au minimum exigé et au respect des horaires).

- **Etats réactionnels aigus en rapport avec le travail** (état anxio-dépressif survenant en réaction immédiate à une agression par un ou des tiers, clients ou collègues, ou à un événement professionnel vécu comme une agression).

Ce recueil permettra à terme une intercomparaison synchrone et diachronique de ces altérations de la santé en lien avec l'organisation du travail.

Les dépressions notables (induisant traitement spécifique dont arrêt de travail) en rapport avec le travail donne lieu à rédaction et remise à la victime d'un certificat médical en vue d'une déclaration de maladie professionnelle au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles ses atteintes pouvant potentiellement se compliquer et entraîner des IPP supérieures à 25%. Le certificat médical décrit précisément la pathologie rencontrée (en particulier ses manifestations en milieu de travail) et les éléments pathogènes de l'organisation du travail étant à l'origine de la survenue de la pathologie. Cela s'accompagne en général d'aménagements de poste conséquents lors de la reprise de travail. Le certificat médical est systématiquement adressé au médecin inspecteur du travail (soit sous forme nominale, soit sous forme anonyme au choix du sujet) en vue d'extension des tableaux de MP.

L'ALERTE DE LA COMMUNAUTÉ DE TRAVAIL SUR UN RISQUE PSYCHOSOCIAL

Après avoir repéré les facteurs de risque, diagnostiqué leurs effets sur la santé et traité les situations d'urgences le médecin du travail va devoir les mettre en visibilité dans l'espace public de l'établissement pour induire des débats à propos de la prévention de ces risques.

La formalisation va pouvoir ce faire à trois niveaux d'action.

Lors des CHSCT, le médecin du travail instruit dorénavant une **alerte sanitaire de risque psychosocial**(5) chaque fois

•••••

5- Cette notion est individualisée dans la circulaire DRT traitant du document unique

qu'il estime qu'un élément d'organisation du travail est susceptible d'engendrer des altérations de la santé psychique ou sociale des agents. Les symptômes peuvent être des éléments triviaux telle l'augmentation des accidents de la route en service, les agressions par les clients, des sanctions disciplinaires dans un groupe de travail, ou des données médicales tel le vécu des salariés recueillis lors des visites médicales, le nombre et la nature des aménagements de poste de travail demandés par le médecin, la survenue de maladies professionnelles telles celles du tableau 57 (TMS), et enfin les déclarations de dépression professionnelle dont le compte rendu n'est jamais nominal.

Ces symptômes se regroupent pour permettre de visualiser un ou plusieurs éléments de l'organisation du travail: la charge trop élevée, la vétusté ou l'inadaptation des véhicules, l'individualisation des objectifs, une méthode de management. Ces éléments sont alors l'objet de l'alerte sanitaire.

Une seconde formalisation permet de rouvrir les débats au CHSCT lors de présentation des avenants annuels à la fiche d'établissement qui reprennent ces alertes, au Comité d'établissement lors de la présentation du rapport annuel qui retrace dans les conclusions ces événements.

Il faut insister en conclusion sur l'extrême intérêt de cette pratique professionnelle sur le plan de l'élaboration des règles de métiers. Non seulement celles des médecins mais, dans ce contexte d'établissement de taille moyenne, de règles de métiers communes à l'équipe médicale. La prévention des risques pour la santé au travail engendrés par l'organisation du travail en service autonome permet à l'équipe médicale, dans le respect des responsabilités et de l'indépendance professionnelle de chacun, de construire un abord spécifique et original de cette prévention. Aucune autre intervention même théoriquement plus savante (mais toujours moins indépendante) ne peut se substituer à celle de l'équipe médicale du travail, à condition que la pérennité du regard lui soit assurée.

Une raison technique péremptoire appuie cette conclusion. S'agissant de phénomènes complexes et cachés aussi bien dans les secrets des organisations du travail que dans l'intimité des pensées personnelles des salariés, leur visibilité est entièrement déterminée par la confiance que les sujets témoignent à leur équipe médicale. Cette confiance ne repose pas entièrement sur l'indispensable indépendance et l'absolu respect du secret médical. Elle repose aussi sur la capacité du service médical à comprendre les points de vue qui s'exprime et sur sa capacité à les restituer avec justesse et justice.

Alain Carré

Des médecins du travail prennent la parole



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

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

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

vente en librairie - 30 euros -

des exemplaires sont à disposition des membres du réseau pour le prix de 19 euros

nous pensons qu'il s'agit de **l'organisation prescrite**. Et enfin, lorsqu'il évoque les « *facteurs de risque devenant actifs* », on peut penser qu'il s'agit des conséquences de l'organisation prescrite ou du moins des interprétations subjectives qui en sont faites, en terme de contraintes entravant le déroulement du travail. L'organisation du travail prescrite a elle-même besoin de conditions favorables à sa mise en place qui peuvent être autant d'étapes pragmatiques, stratégiques, vers une mise en place effective, avec ses aléas, ses adaptations, ses tâtonnements, ses improvisations, sa mouvance au fil du temps.

Le prescrit, issu du bureau des méthodes, n'est pas l'organisation réelle du travail. Celle-ci est la recherche de compromis entre l'organisation prescrite et les diverses interprétations qui en sont faites par les sujets et qui doivent nécessairement être confrontées, dans l'intersubjectivité, pour aboutir à l'activité réelle. Les hommes et les femmes doivent faire face en permanence à l'organisation prescrite et aux difficultés qu'elle engendre de par sa rigidité. Les négociations, confrontations, échanges d'expérience, rapports sociaux qui en découlent, sollicitent de façon dynamique la créativité, du côté des savoir-faire nouveaux.

Déni ou ignorance, les dirigeants peuvent ne pas percevoir l'écart entre le prescrit et le réel.

Quand ils le connaissent, ils le tolèrent s'il est source de productivité ou le réprouvent s'ils l'interprètent comme insoumission.

En tant que médecin du travail, est-il plus facile de faire un diagnostic sur l'organisation du travail réel ou sur l'organisation du travail prescrite ?

En service interentreprise, nous n'avons pas connaissance *a priori* de l'organisation prescrite. Tout au plus, assistons nous à la mise en place, par tronçons, d'une organisation prescrite, ou du moins au discours sur sa mise en place. Il nous arrive de solliciter des précisions, dans l'espace public interne à l'entreprise, comme lors du CHSCT.

Les textes d'A.Carré nous sont alors très utiles, puisqu'ils nous alertent sur ce qui s'est passé en service autonome et finira peut être par arriver dans les entreprises que nous surveillons en service interentreprises. Ensuite parce qu'A. Carré nous fournit un vocabulaire, un questionnement, un angle d'approche et d'observation commun. Ces éléments sont la base servant à orienter notre questionnement lors des entretiens et à en faire une lecture plus uniforme entre médecins. Ils peuvent aussi servir de base à l'élaboration de questionnaires en épidémiologie, permettant la cohésion de nos recherches et rendant nos résultats comparables.

Avec le temps, les enquêtes épidémiologiques nous ont beaucoup apporté et nos interventions en CHSCT, voire en CE puisque nous les évoquons dans notre rapport annuel, sont l'occasion d'informer les partenaires sociaux des risques cliniques théoriques liés aux modes organisationnels pathogènes (référence Karazek, Siegriest) en présence ou en l'absence de tout symptôme.

Toutefois, en service interentreprises, même si les visites an-

nuelles et les consultations spontanées peuvent servir de veille sanitaire, (raison de plus pour ne pas trop espacer les visites annuelles !), nous intervenons le plus souvent au stade des conséquences de l'organisation du travail prescrite pathogène, au stade de la souffrance infra-clinique ou de la clinique avérée. Indépendamment, le plus souvent, de ce qui a été négocié sur le terrain, pour faire face au prescrit. Ce qui revient à dire qu'en service interentreprises, on a accès, par bribes, à l'organisation prescrite et au fil des consultations, à ses effets.... Sans être témoins de ce qui se joue, se négocie dans cet intervalle d'élaboration du compromis :

- intervalle de temps,
 - réseaux de confiance,
 - espaces de parole,
 - marges de manœuvre,
 - retours sous forme d'estime de soi,
- nécessaires au maintien de l'identité.

COMMENT DÉVOILER L'ORGANISATION DU TRAVAIL ? MÉTHODES :

Comment dévoiler ce qui a été sciemment élaboré ou intuitivement mis en place pour instrumenter, voire réifier, au-delà de l'exploitation de la force de travail, par le passage insidieux de la norme collective de production à la « normification » de chaque salarié ?

Faut-il entrer dans le débat en abordant la question du travail ou la dynamique précarisée de la santé ? Ces deux portes d'entrée non incompatibles, doivent être pensées et le choix sera stratégique. Nos modes d'intervention doivent être compris et s'inscrire dans le cadre de l'histoire de l'entreprise, de ses rapports de force, des rapports sociaux, de l'évolution de l'organisation prescrite.

Si l'on part de la clinique : face au sujet, la relation « au corps », est habitée de son histoire et de sa souffrance, ce qui ne se résume pas au récit auquel nos défenses individuelles peuvent interdire l'accès.

Bien sûr, il faut entendre la souffrance exprimée ; Bien sûr, il faut pratiquer l'écoute risquée.

Mais comment sortir de l'immersion pour tenter la clarification ?

Plutôt que de chercher à rattraper chaque souffrance, au risque de s'enliser dans des difficultés de compréhension, mieux vaut prendre de la distance et intégrer l'histoire transversale et longitudinale de l'entreprise.

Chaque médecin du travail assume seul le constat délétère ; ce qui est en débat n'est pas la clinique mais la toile de fond du travail. Ne pas intervenir trop tard (suicide). Mais il faut que ce soit recevable. Toutefois, subordonner l'ouverture du débat public aux possibles alternatives organisationnelles est freinateur.

On ne le dira jamais assez : notre rôle est de mettre en visibilité le lien santé/travail. Le médecin du travail est légitime à dévoiler l'organisation du travail pathogène. Mais il n'est pas légitime à poser « le traitement organisationnel », c'est-à-dire

à faire des propositions en termes d'alternative organisationnelle.

Légitime, oui, mais avec quelle efficacité ? Ce n'est pas l'absence de pouvoir coercitif qui pose problème ; nous ne sommes pas dans la prescription, et c'est ce qui libère l'action qui pourra être reprise par les protagonistes à condition que l'on ait pu restituer de façon anonyme le vécu collectif des sujets dans l'espace public interne.

Comment faire passer l'information de façon ciblée et visible ? Si on peut faire le diagnostic de l'organisation prescrite, le diagnostic de l'organisation réelle reste à dévoiler, perturbés que nous sommes par notre propre manière de penser, et porter un jugement sur l'organisation du travail reste un exercice difficile de par la mouvance et la complexité de la réalité et la difficulté de ne pas se faire instrumentaliser.

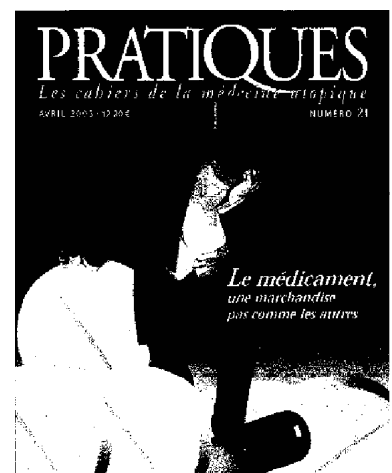
Jocelyne Machefer, Denise Parent
rapporteurs

Bravo Pratiques !

L'association Santé et Médecine du Travail, remercie vivement la Revue Pratiques d'avoir publié le texte **Bienvenue à Gattaca** d'Alain Carré, vous trouverez ci-dessous le sommaire du dernier numéro et en page 77, un bulletin d'abonnement.

S O M M A I R E

	Éditorial	3	
	Dossier		
	Le médicament, une marchandise pas comme les autres	5	
	LE MÉDICAMENT MARCHANDISE		
	La « médication » de la société : un exemple de pharmacologie sociale	6	Jean-Louis Montastruc
	Le médicament en chiffres	10	Martine Devries, Elisabeth Lapeyrade
	Une information manipulée	11	Eric Giacometti
	Pouvons-nous réduire notre consommation d'antibiotiques ?	13	Antoine Audremont
	Les statines en prévention primaire ?	18	Jacques Valentin
	LE MÉDICAMENT ENTRE SCIENCE ET MAGIE		
	<i>Visages</i>	22	Martine Devries, Evelyn Malaterro
	Bronchodermine... ou un peu de douceur dans un monde de brutes	23	Sylvio Cognard
	Et vous, vous y croyez ?	24	Eric Galan
	Conte de fée	25	Martine Devries
	Le médicament : chimie, magie, produit...	26	Bertrand Riff
	Les vertus du TDR	28	Anne-Marie Pabois
	Un homme de comptoir	30	Martine Devries
	Le plaisir de prescrire	32	Elisabeth Maurel-Arrighi
	Nous avons lu pour vous	33	Anne-Marie Pabois
	Du médicament comme don et symbole	34	Dominique Bourgeon, Alain Caillé
	Le généraliste et les « médicaments pour les nerfs »	37	Claudie Hazaire
	L'alléniation médicamenteuse	41	Christiano Voltaire
	LE MÉDICAMENT, UN BIEN COLLECTIF À DÉFENDRE		
	La pharmacochimie à la conquête du monde	46	Geneviève Barbier
	Doha : le sabotage	49	Martine Devries
	Les malades en mouvements	50	Janine Barbot, Elisabeth Lapeyrade
	Un costume trop étroit	52	Anne-Marie Pabois
	Des ordonnances sous contrôle	53	Jean-Pierre Dio
	Calendrier vaccinal	54	Jean-Pierre Lellouche
	Visite médicale : non, merci !	57	Jacques Juillard
	Collectif Europe et Médicament	59	Jacques Juillard
	Rubriques		
	Images du corps : Clonage, l'ère du double, l'ère du trouble	62	Monique Suard
	Actualité politico-médicale : Non à l'exclusion des soins	66	Marie Kayser
	Contre la logique commerciale des tarifs médicaux	67	Patrice Muller
	Les embarras du débarras	68	Noëlle Lusne
	Non à l'exclusion des soins	71	Syndicat de la Médecine Générale
	Pour l'amélioration de la médecine générale	72	Patrice Muller
	Le nouveau plan national contre le cancer	75	Geneviève Barbier
	OGM, alimentation et santé	76	Dominique Prime
	L'ami Tom est parti	79	Patrice Muller
	Les illusions du Téléthon !	80	Syndicat SNTRS
	Témoignage : Non-dits douloureux	83	Jean-Pierre Lellouche
	Coup de gueule : Santé : les pauvres, circulez	84	Danis Labayle
	Santé au travail : Bienvenue à Gattaca ?	85	Alain Carré
	Tribune libre : Pour une société sans prostitution	88	Susy Rojzman
	Clinique : C'est une petite dame	90	Marie-Jeanne Martin
	Courrier des lecteurs : Santé des femmes	90	Bertrand Riff
	Rencontres : Au-delà de sa vérité	91	Nazir Hamad



CONTRIBUTION D'UN MÉDECIN DU TRAVAIL À L'ANALYSE DES STRATÉGIES DÉFENSIVES DES MÉDECINS DU TRAVAIL

La mission des médecins du travail est de « prévenir toute altération de la santé des salariés *du fait de leur travail* ». Il est ainsi rappelé que le travail peut nuire à la santé et clairement énoncé que la prévention doit concerner les effets pathogènes *du travail*.

Si la réglementation paraît claire, force est pourtant de constater la grande hétérogénéité des pratiques des médecins du travail.

On tentera ici de comprendre la diversité de ces pratiques :

- ◀ d'abord en listant certains facteurs d'ordre socioculturel qui nous paraissent freiner l'approche des effets du travail sur la santé par les médecins eux-mêmes,
- ◀ ensuite en nous intéressant à la dimension défensive de ces pratiques, conscients toutefois qu'être soi-même médecin du travail ne facilite pas la prise de distance nécessaire.

Confrontés aux effets délétères du travail, nous sommes tous, un jour ou l'autre, allés « voir » les conditions de travail des salariés dont nous devons préserver la santé « du fait de leur travail ». La plupart d'entre nous, soucieux de faire un constat, se sont débrouillés pour faire des mesures de quelque chose en lien avec ce qui sautait aux yeux comme susceptible d'être pathogène : bruit, produits chimiques, etc. Mais peu, s'attendant à la compréhension du travail dans l'espoir de contribuer à sa transformation, ont cheminé jusqu'à l'organisation du travail, dans ses dimensions, certes individuelles, mais aussi collectives, voire économiques.

Comment expliquer cette différence de pratique, quand l'énoncé clair de la réglementation devrait nous interdire de lâcher prise tant que n'est pas élucidée la question de ce qui, dans le travail, nuit à la santé des salariés ?

Nous écarterons d'emblée **les différences liées aux conditions d'exercice** des médecins du travail : certes, les services « autonomes » ont la réputation de mieux traiter matériellement leurs médecins, et les « inter-entreprises » de tenter d'enfourner les velléités de tiers temps sous la profusion des visites médicales. Toutefois, l'expérience montre qu'à condition identique, les médecins ont parfois des pratiques irréductiblement différentes, et que, par exemple, l'« autonomie » énoncée des services n'a pas nécessairement pour corollaire la hardiesse de leurs médecins dans l'analyse des conditions du travail, et que le stakhanovisme des consultations ne parvient pas toujours à abrutir les médecins qui le subissent.

FACTEURS D'ORDRE SOCIOCULTUREL

Qui nous paraissent freiner l'approche des effets du travail sur la santé par les médecins eux-mêmes :

- ◀ la formation initiale,
- ◀ certains déterminants sociologiques,
- ◀ le principe de « neutralité » ou d'« impartialité ».

LA FORMATION DES MÉDECINS

La formation initiale des médecins, entièrement voire exclusivement vouée à la compréhension des processus pathogènes *individuels*, n'approche qu'exceptionnellement le rôle de la collectivité dans laquelle s'inscrit le sujet, encore moins du fonctionnement de cette collectivité.

Quant à la spécialisation en médecine du travail, combien d'entre nous, même les plus jeunes, ont entendu aborder le travail sous un autre angle que celui des nuisances ou des toxiques ? Il faut avoir accepté la démarche intellectuelle de l'ergonomie ou de la psychodynamique, pour enfin voir posée la question de l'organisation du travail.

La médecine considère avant tout l'organicité, et se réclame des sciences dures ; elle s'intéresse assez peu, ou assez péjorativement, aux déterminants psychiques de la santé ; elle nous rend méfiants envers ce qui ne se mesure pas.

Enfin, les études médicales, longues et élitistes, supposent une compliance qui ne prépare guère à la contestation sociale. Or s'interroger sur l'organisation du travail, c'est, déjà, se donner le droit de la contester.

LES DÉTERMINANTS SOCIOLOGIQUES

La plupart des médecins restent issus des couches sociales possédant le plus fort capital économique et culturel. Leurs manières de penser, leur représentation du monde, sont bien plus proches de celles des dirigeants d'entreprise que de celles de leurs salariés ; ils sont donc spontanément peu enclins à venir contester leur façon d'organiser le travail des autres.

Ainsi, l'ingérence dans l'organisation du travail, à supposer qu'elle puisse être pensée par les médecins du travail, est considérée par certains comme déloyale, sinon indécente.

LE PRINCIPE DE « NEUTRALITÉ » OU D'« IMPARTIALITÉ »

L'immense majorité de la profession partage cette conviction

de principe que le médecin du travail ne doit pas prendre parti dans le débat social au sein de l'entreprise, mais simplement l'alimenter de ses constats ou, le cas échéant, de ses propositions, relatifs à la santé au travail. Cette posture peut même être considérée comme une règle de métier, l'enjeu professionnel étant celui de la légitimité et de la crédibilité du médecin du travail dans l'entreprise.

Le revers du discours nous paraît être le risque d'occulter, à nos propres yeux, la dimension politique de notre métier, dont les enjeux sont toujours, in fine, sociaux et économiques.

À l'extrême, on peut assister à un véritable retranchement derrière la santé individuelle, tout ce qui relève du travail ou du collectif risquant, effectivement, de devenir « polémique ».

Au-delà de la pertinence ou non de cette posture, il semble qu'il faille s'interroger sur l'économie de cette neutralité dans les pratiques des médecins du travail : elle trouve en effet une fonction que nous tenterons d'analyser dans la partie consacrée aux stratégies défensives.

L'ÉNONCÉ MÊME DES MISSIONS DU MÉDECIN DU TRAVAIL CONTIENT UNE INJONCTION PARADOXALE

Au-delà de ces freins à l'élucidation des effets pathogènes du travail, il faut bien convenir que l'on peut se demander comment *présERVER* (pas contribuer à préserver, non !, préserver) la santé des salariés du fait du travail, quand rien n'en donne les moyens, le pouvoir décisionnel, le pouvoir de sanction.

Ainsi, allons-nous évaluer les risques sans pouvoir les faire diminuer ; ainsi allons-nous faire le constat des atteintes à la santé dues au travail, sans pour autant pouvoir s'attaquer à leurs causes. Témoins privilégiés des effets délétères du travail, nous sommes donc quotidiennement confrontés à notre impuissance, chaque constat d'altération de la santé du fait du travail pouvant se lire comme un constat d'échec. Et rien ne nous permet réglementairement de nous y soustraire : on nous rappelle même que nous jouissons d'une totale indépendance technique.

Si, persévérants et curieux, nous décidons de nous attaquer au problème et de chercher à comprendre, nous allons inmanquablement, au bout du compte, au-delà des nuisances, nous heurter à la question de l'organisation du travail... et là, constater :

↳ que c'est compliqué, et sûrement pas réductible à des chiffres dans des tableaux que l'on pourrait confronter à des normes rassurantes et clairement établies,

↳ que c'est conflictuel, et qu'il est toujours difficile de se situer dans un conflit, même quand on prétend à la neutralité,

↳ que malheur à celui par qui le scandale des risques professionnels arrive, en particulier s'il a le mauvais goût ou la malchance de découvrir des infractions, des malhonnêtetés ou des compromis douteux,

↳ que l'injustice sociale et les rapports de domination existent pour de vrai et pas que dans les publications « gau-

chistes »,

↳ et que, incontestablement, nous bénéficions d'une situation plutôt privilégiée.

Dès lors, les questions affluent : que faire ? comment faire ? à quoi sert-on vraiment ?... Et *qui* sert-on, au fond ? quelle est notre légitimité ? qu'est-ce qui est éthique ?

Nous voilà sur la pente du doute, de la remise en cause de l'estime de soi, voire de la peur : peur de découvrir des choses qu'on se sent incapable d'assumer tout seul, sans se sentir capable d'en témoigner ; peur pour la tranquillité de son exercice, toujours compromise par des déclarations non consentuelles relatives à l'organisation du travail ; peur éventuellement pour son emploi.

Nous arrêtons là la démonstration : en dernière analyse, il semble bien qu'il nous faille renoncer à tenir ensemble d'un côté le statut social, la certitude du savoir, et l'impartialité, et de l'autre la mise en visibilité et en débat de l'organisation du travail.

Et reconnaissons que c'est pénible.

LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL

Elle nous apprend que **seule l'élaboration de défenses, individuelles ou collectives, permet de tenir face à la souffrance générée par le travail.**

Nous allons donc nous mettre à la recherche de ces défenses, tenter de les débusquer là où on a le plus de chance de les trouver : partout où nos pratiques nous évitent de nous occuper du travail, puisqu'il semble bien que ce soit ce qui est si difficile.

Comment donc éviter de s'occuper du travail, comment éviter de faire des constats d'atteinte à la santé du fait du travail qui, moralement, professionnellement, nous obligeraient à pousser plus loin l'analyse ?

Regardons-nous travailler, et tentons de lister ces stratégies, qui toutes ont fait la preuve de leur efficacité, aussi bien dans l'activité clinique que dans les actions de terrain.

DANS L'ACTIVITÉ CLINIQUE

Tout d'abord, lors des consultations :

↳ Ne pas interroger les salariés sur leur travail, ni sur les effets de ce travail sur leur santé.

Il ne s'agit pas pour autant, bien sûr, de renoncer à « faire de la prévention », mais on a tant de sujets de conversation possible : le tabac, l'alcool, le sport... et la tension artérielle, le cholestérol, la surveillance gynécologique, les PSA...

↳ **Se convaincre qu'il n'est jamais bon d'interroger les salariés sur leur travail** : ça leur donne des états d'âme qui les déstabilisent ou les empêchent de tenir, ça les enlisse dans la plainte et fait le lit de la sinistrose... on n'a pas le droit de faire ça quand on ne peut rien pour eux.

↳ **Ne pas sous-estimer les ressources du secret médical** pour se protéger soi-même lorsqu'un salarié laisse échapper une plainte relative au travail : impossible d'in-

tervenir, il faudrait faire référence à ce qui nous a été confié et nous n'en avons pas le droit.

◀ **Imputer à des relations interpersonnelles dégradées ou à des personnalités perverses**, plutôt qu'à des problèmes d'organisation du travail, les souffrances rapportées par les salariés sous le vocable à la mode de « harcèlement moral ».

À PROPOS DES ACTIONS DE TERRAIN

◀ **Ne pas faire de tiers temps**, c'est encore le plus simple, la justification la plus accessible étant toujours celle du « manque de temps ».

Mais que penser de ces situations où nous acceptons de littéralement bourrer nos journées de consultations ? interrogeons nous sur la fonction de cette hyper-activité, qui a justement le mérite d'abrutir (donc d'empêcher de penser) et de ne pas laisser le temps de faire autre chose - du tiers temps par exemple.

◀ **Faire du tourisme industriel** : serrer des mains, aller voir cette nouvelle machine dont le directeur est si fier, constater comme la cafétéria est plus jolie repeinte...

Les salariés sont toujours contents de voir le médecin et l'employeur nous trouve sympathique.

◀ **Faire exclusivement de la métrologie** : les chiffres, rien de tel, c'est factuel, incontestable, il y a des normes, ça laisse des traces, et personne ne peut nous reprocher de ne pas faire notre tiers temps.

Aura-t-on fait progresser la compréhension de ce qui se joue de la santé au travail, c'est un autre problème.

◀ **Rejeter clairement l'organisation du travail hors de son champ de compétence** ; il suffit de se convaincre :

⇒ que cela relève du pouvoir discrétionnaire de l'employeur ou du débat social, et que le médecin du travail, lui, est du côté exclusif de la santé (la « neutralité, l'« impartialité »),

⇒ que ce genre d'étude recourt à des sciences bien trop molles pour être fiables.

◀ **Rapatriner dans le champ individuel les problèmes de conditions de travail** : participer à des formations dont le but est de renforcer les capacités individuelles des salariés - écoles du dos, gymnastiques d'atelier, gestion du stress, etc.

Au moins essaie-t-on de faire quelque chose... et l'entreprise manifeste de façon visible, par notre intermédiaire, sa préoccupation pour la santé des salariés.

Quant à la pertinence scientifique de ces démarches, au message social qu'elles véhiculent, et aux conséquences psychologiques pour les salariés... ce sont bien des questions sans réponse.

◀ **Travailler seul**, en évitant de confronter ses pratiques à celle de ses pairs, qui risquent de ne pas faire comme nous et donc de nous déstabiliser... alors que c'est déjà assez difficile comme ça, et que de toute façon, on est assez grand, assez indépendant, assez diplômé, etc.

Qu'on ne se méprenne pas sur cette description abrupte de pratiques qui, sorties de leur contexte, peuvent sembler déviantes : nous pensons qu'elles sont plus souvent le fruit de stratégies défensives que d'omissions ou de compromissions condamnables.

Par ailleurs notre travail (au sens du travailler) ne fait pas exception au travail en général : c'est une construction de compromis, dans un environnement humain et économique donné, entre des objectifs, des contraintes, des moyens mis à disposition, et les caractéristiques de chacun, en formation, expérience, personnalité, etc.. Et beaucoup d'entre nous savent subvertir de façon astucieuse les injonctions de l'employeur, dans un exercice d'équilibriste qui sauve les apparences d'une docilité suffisante pour conserver des marges de manœuvre, sans faillir à l'éthique de notre profession.

C'est toutefois la référence de règles de métier élaborées entre pairs qui seule peut nous permettre de savoir si les compromis trouvés sont professionnellement acceptables ou non. Et c'est aussi ensemble, entre pairs, que nous devons développer des stratégies, des ruses, qui soient des compromis efficaces.

Si des défenses nous sont nécessaires, c'est pour nous aider à faire notre travail sans souffrir (ou en souffrant moins), et non pour nous empêcher de le faire.

Il paraît tout à fait illusoire d'espérer sauver sa santé dans un tel métier sans en faire émerger les difficultés professionnelles, pour permettre leur élaboration psychique, intellectuelle, et sociale.

Et il semble tout aussi illusoire d'espérer faire ce métier correctement, éthiquement et professionnellement, sans élaborer des règles de métier entre pairs, et sans les faire évoluer, dans le temps, au fil des évolutions de la société et de nos conditions d'exercice.

La construction de règles de métier est un exercice difficile, souvent pénible, tant il suppose la confrontation des pratiques - et donc le risque de cette confrontation. Mais seule cette démarche, avec à l'horizon la construction même de notre métier, paraît susceptible de préserver notre santé psychique individuelle, et de nous permettre de défendre, collectivement, nos pratiques et notre profession.

Sans quoi, nous en serons réduits à des stratégies défensives aliénantes.

Véronique Arnaudo

DES PROCÉDURES DÉFENSIVES AUX RÈGLES DE MÉTIER EN MÉDECINE DU TRAVAIL⁽¹⁾

La décision de réserver le même espace de temps pour débattre à la fois des règles de métier et des stratégies défensives des médecins du travail, confrontés aux risques pour la santé de certains aspects de l'organisation du travail, est-elle sans signification du point de vue des défenses ?

L'impression ressentie par le rapporteur est que l'alouette des stratégies défensives s'est en partie dissimulée derrière le cheval des règles de métier. Il estime que, comme pour les pratiques référées au genre, sur lesquelles nous n'avons jamais vraiment abouti, il existe, chez nous tous, des obstacles qui nous retiennent d'aller jusqu'au bout de ces questions qui sont, sans nul doute, au cœur de nos pratiques.

Pourtant, tout avait bien commencé par l'exposition par Véronique Arnaudo de son très roboratif texte sur les stratégies défensives des médecins du travail. Dans ce texte elle repère :

- Les facteurs d'ordre socioculturel qui paraissent freiner l'approche des effets du travail sur la santé par les médecins eux-mêmes : la formation initiale, certains déterminants sociologiques, le principe de « neutralité » ou d'« impartialité ».
- L'injonction paradoxale contenue dans l'obligation de « dire », sans pouvoir agir sur les déterminants, dans des contextes éminemment conflictuels et délicats qui génèrent une foule de questions : que faire ? comment faire ? à quoi sert-on vraiment ?... Et *qui* sert-on, au fond ? quelle est notre légitimité ? qu'est-ce qui est éthique ?
- Que seule l'élaboration de défenses, individuelles ou collectives, permet de tenir face à la souffrance générée par le travail. Dans ce contexte de nombreux médecins du travail n'ont comme défense que la fuite : comment donc éviter de s'occuper du travail, comment éviter de faire des constats d'atteinte à la santé ?
- D'où des pratiques chargées de répondre à ce dessein :
 - ⇒ dans l'activité clinique tout d'abord, lors des consultations :
 - ne pas interroger les salariés sur leur travail, ni sur les effets de ce travail sur leur santé ;
 - se convaincre qu'il n'est jamais bon d'interroger les salariés sur leur travail ;
 - ne pas sous-estimer les ressources du secret mé-

dical pour se protéger soi-même ;

- imputer à des relations interpersonnelles dégradées, ou à des personnalités perverses.
- ⇒ lors des actions de terrain ensuite :
 - ne pas faire de tiers-temps, sinon faire du tourisme industriel ou faire exclusivement de la métrologie.
- ⇒ dans l'espace public enfin :
 - rejeter clairement l'organisation du travail hors de son champ de compétence ;
 - rapatrier dans le champ individuel les problèmes de conditions de travail ;
 - travailler seul, en évitant de confronter ses pratiques à celle de ses pairs.

La réaction du rapporteur est qu'il s'agit là d'une description princeps et que les autres constats n'auront plus dorénavant que le statut de formes cliniques.

Ainsi a-t-il lui-même mis sur le papier quelques conduites repérées dans un service autonome : l'intérêt des gens malgré eux, la banalisation des situations, « l'euphémisation » des risques, la relativisation des souffrances, la promotion de l'idéologie d'entreprise, l'intégration des contraintes dans la normalité, l'adhésion aux stratégies défensives d'encadrement...

La présentation assez lapidaire de Véronique Arnaudo tourne autour de deux interrogations :

- Pourquoi, dans un contexte où les missions sont bien définies et où ce qui est prescrit est tout à fait clair observe-t-on de tels écarts aux règles dans les pratiques des médecins du travail ?
- Le système a-t-il été pensé pour empêcher les médecins de travailler ? Comment s'en débrouillent-ils (elles) ?

Malgré leur pertinence, elles demeureront sans véritable réponse.

Le rapporteur présente alors son propre texte comme issu d'une conduite défensive caractérisée par un esprit d'offensive (principe stratégique : la meilleure défense c'est l'atta-

•••••

1- Compte rendu des débats de l'après-midi de la Journée de Printemps

que, ou politique de Gribouille, se jeter à l'eau pour éviter de se faire mouiller ?). Pour lui, le risque pour un médecin du travail n'est plus tant de déplaire à l'employeur que de ne pas répondre à ses obligations réglementaires dans un contexte où la responsabilité du médecin serait immanquablement engagée en cas de conséquence grave pour la santé. Ne pas dire devient plus dangereux que de dire. Mais comment « dire » les effets sur la santé de l'organisation du travail (OT) ?

Ce n'est pas une raison pour manquer de rigueur et les règles de métier proposées pour aborder les effets de l'OT recourent étroitement les trois temps de l'action du médecin du travail :

- Identifier *a priori* les facteurs de risque pour la santé du point de vue de la santé (prévention primaire).
- Mettre en place une veille sanitaire (prévention secondaire).
- Rendre compte des constats à la communauté de travail pour lui donner des éléments de débat (action spécifique de prévention).

Pour l'organisation du travail cela se décline en :

- Repérer ce qui dans l'OT est susceptible *a priori* d'engendrer des conséquences pour la santé des salariés.
- Recueillir les effets sur la santé de l'OT en identifiant les facteurs pathogènes qui les déclenchent et en acter officiellement (AT, MP).
- Formaliser des alertes médicales de risque psychosocial dans l'espace public interne après les avoir instruites en colligeant les divers constats.

La discussion qui s'ouvre sur la question des défenses est paradoxalement (?) assez peu fournie. Le consensus se fait autour de la nécessité de parler du travail en premier lieu lors des consultations.

Même si les interventions sont difficiles il faut s'autoriser à...

La réflexion diverge alors vers les difficultés respectives des médecins du travail en service autonome et en service inter. En service autonome la pression serait plus forte du fait de la prépondérance de l'employeur d'où la tentation « d'euphémiser » et d'utiliser des manœuvres d'évitement. La question du temps et des moyens insuffisants restent pour les services inter un tel frein qu'il génère en soi le processus défensif.

Certains estiment toutefois que le statut d'exercice du médecin ne peut expliquer l'existence et la constance des formes des stratégies défensives. Seul des corpus théoriques permettent des interventions rationnelles donnent les moyens d'éviter l'autocensure. Contre les attitudes défensives il faut développer les règles de métier.

La transition (ou l'échappement) des débats vers les règles de métier se produit sur une remarque d'actualité sur l'effet des délocalisations sur les salariés qui en sont victimes. L'annonce du « plan social » entraîne la stupeur et engendre la torpeur ce qui annihile la motivation (car comment la conserver ?). La défense des salariés contre la décompensation se structure autour de deux pôles :

- La lutte contre l'instrumentalisation du temps (intensification et accélération).
- La revendication salariale comme substitut à la reconnaissance.

Les débats se développent alors autour d'interventions des participants sur les traces disponibles pour repérer les éléments pathogènes de l'OT. Les moyens sont très dépendants de la pérennité du médecin et de la forme de l'entreprise selon que le médecin est connu et qu'il ait ou non accès aux documents managériaux. Les journaux d'entreprise, les chartes, les documents prescripteurs peuvent dans certains cas être confrontés à la réalité des observations sur le terrain et aux témoignages des salariés. Ces traces sont moins accessibles pour les médecins du travail en service interentreprise d'où la nécessité de mettre au point des stratégies d'autre nature.

La nécessité de définir consensuellement les indicateurs pertinents des manifestations sur la santé de l'OT paraît un préalable aux participants. À cette occasion est évoquée une proposition de loi générale de participation du corps des médecins du travail à leurs propres actions collectives : « seuls 25% des médecins du travail se sentiraient concernés et donc participeraient aux actions professionnelles collectives ». Le revers de la médaille est-il que près de trois quarts des médecins du travail s'abandonneraient à des stratégies défensives ?

La pratique de l'alerte suscite des témoignages. Ainsi en cas de harcèlement moral l'alerte n'est pas toujours facile le mot étant ressenti comme tabou par les employeurs (faut-il employer plutôt la notion de vécu de maltraitance que certains trouvent encore plus délicate). D'où la crainte pour le médecin d'être vulnérable si le signalement n'est pas bien documenté.

Beaucoup de témoignages décrivent des « alertes » survenant dans un contexte de cas unique dont le signalement déclenche une prise de conscience.

La question fondamentale « qu'est ce qu'une alerte » se pose à l'occasion d'un « joli conte » dans lequel suite à un harcèlement moral et après que le (la) médecin du travail ait convaincu le patron que : « *Non le harcelé n'est pas paranoïaque* », ce dernier reconnaît en Comité d'entreprise que : « *Cela en est (du harcèlement moral) et promet que cela ne se reproduira plus.* » Tout est bien qui finit bien !

Dans l'esprit du rapporteur la plupart des alertes rapportées sont plutôt des signalements de cas individuels, par ailleurs tout à fait légitimes et sans doute efficaces. Toutefois, l'esprit de ce type de démarche nouvelle est ici spécifiquement de pointer des éléments pathogènes de l'OT dans l'espoir que le débat social s'en empare.

Une alerte médicale de risque psychosocial est un acte qui a pour ambition d'agréger des éléments de divers ordres (statistiques, conditions de travail à l'origine de déclarations de MP, aménagements de poste, absentéisme, etc.) pour pointer un seul ou un petit nombre d'éléments précis de l'OT (facteur de risque psychosocial) à l'origine d'altérations de la santé. Il ne s'agit pas de régler des cas individuels mais de prévenir leur survenue en amont.

Dans le cours du débat, sont alors envisagées deux situations successives dans lesquelles, les médecins du travail concerné(e)s, témoignent de la façon dont la rédaction de certificat ou de courrier a été contestée par les employeurs. Ceux-ci ont excipé d'une violation du secret médical à l'occasion de l'utilisation par des salariés de certificat ou de courrier à un autre médecin. Dans le premier cas, la menace n'a pas été véritablement suivie d'effet. Elle s'est soldée, contre l'abandon à l'amiable par le salarié, par une abstention de poursuite.

Dans le second cas il y a eu mise en situation de témoin assisté avec passage chez un juge d'instruction sans autre conséquence.

Aussi courageuse et déterminée qu'ait été l'attitude des collègues concerné(e)s, l'évocation de leurs difficultés déclenche une grande émotion chez les participants. Les manifestations d'approbation et de sympathie s'accompagnent d'une anxiété perceptible devant les difficultés que cela représentent pour les médecins du travail.

La solution de rationalisation des certificats mise en place collectivement, dans le second cas, est vivement contestée par certains. Ayant eux-mêmes été confrontés dans leur exercice à des pressions, ils estiment que la solution n'est pas seulement à rechercher du côté de la prudence des pratiques. Craignant que cette prudence ne soit l'effet recherché, à plu-

sieurs reprises dans une même région, par les employeurs responsables de ces manœuvres, avec le relais de procureurs et de juges d'instruction dévoyés, ils préconisent plutôt la socialisation des pressions du patronat. Une dénonciation publique de ses manipulations pourrait être dissuasive. Ainsi faut-il l'envisager. Dont acte.

À l'issue de ces débats, plusieurs constats s'imposent :

- Les stratégies défensives ont été lors de cette réunion assez peu explorées.
- Les règles de métiers pour aborder les questions d'OT ne sont qu'ébauchées. Manquent en particulier celles qui seraient aptes à repérer dans les atteintes physiques ce qui relève d'une somatisation (ou incorporation du latin *in corpore*) d'atteintes psychiques par l'OT.

Il paraît donc indispensable de remettre sur le « métier » ces questions lors du Congrès de décembre (Congrès ASMT : FIAP à Paris, 6-7 décembre 2003) dont les thèmes seront :

- Des règles pour dévoiler l'organisation du travail.
- L'incorporation de la souffrance au travail. En travailler le sens avec le sujet.
- Pluridisciplinarité et pratique exclusive en santé au travail.

Alain Carré, rapporteur

Chère lectrice, cher lecteur,



L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel — 5 000 euros (impression et routage) pour un tirage à 2 000 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.



Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir en page 79).



En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

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

LES MALADIES PROFESSIONNELLES⁽¹⁾

Il est parfois difficile d'établir un lien causal entre une maladie et le travail. Dans nombre de cas, pour un malade donné, il est possible d'estimer une probabilité plus ou moins grande mais non d'apporter la preuve d'une cause professionnelle. Il n'y aurait là aucune difficulté insurmontable si l'on se situait dans une logique de prévention. Que le lien soit certain ou seulement probable, la situation de travail appellerait des mesures préventives. Seulement, la tradition française ne penche pas vers la prévention. Ce n'est pas dans cette direction que l'histoire a orienté la définition de la maladie professionnelle. L'accent a été mis sur la réparation individuelle du préjudice subi.

Dans le cadre du droit civil, la réparation dépend d'un raisonnement dichotomique : est-ce, oui ou non, la faute de l'employeur ? Posée ainsi, à la fin du XIX^{ème} siècle, la question ouvrait, dans la plupart des cas, sur des discussions sans fin : était-ce la faute de l'employeur si son ouvrier chapelier était intoxiqué par le nitrate de mercure dès lors que la fabrication du feutre imposait l'usage de ce toxique ? Après maints débats, la question sera tranchée par la Loi du 25 octobre 1919. La liste des maladies professionnelles indemnifiables sera fixée par le législateur. Pour chacune d'elles, un tableau définira les formes d'atteintes et les conditions d'exposition qui permettront au salarié d'être indemnisé dans les mêmes conditions qu'en accident du travail, sans avoir à apporter la preuve du lien entre sa maladie et une faute de l'employeur. La Loi étendra ainsi aux maladies professionnelles le système d'indemnisation automatique mis en place par la Loi du 9 avril 1898 pour les accidents du travail.

LIMITES DE LA RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Cependant, autant la définition légale de l'accident est large, autant la liste des maladies professionnelles reconnues est restrictive. En 1919, elle ne comprend que deux maladies : le saturnisme et l'hydrargyrisme. Deux maladies qui avaient fait l'objet de luttes sociales et politiques et dont l'une, le saturnisme, était déjà indemnisée comme un accident du travail par les tribunaux depuis 1903. Le processus d'ouverture des tableaux de maladies professionnelles est donc d'emblée extrêmement prudent. Afin de le mettre à l'abri de l'aléa d'un amendement voté par surprise, la loi du 1^{er} janvier 1931 le renverra d'ailleurs dans le champ du décret. Jusque là, les maladies professionnelles avaient leur place dans le débat social et politique. Des hommes comme Clemenceau, Mille-

rand ou Berthelot s'y étaient engagés. En 1902, la « guerre de la céruse » avait pesé sur les élections législatives. À partir de 1931, la liste des maladies professionnelles devient une question technique qui relève de l'administration et des experts. Les maladies professionnelles vont disparaître pour longtemps du débat public. Il y aura encore une forte mobilisation de la CGT, dans la période 1936-1939, avec la fondation en 1937 de L'Institut Confédéral d'Étude et de Prévention des Maladies Professionnelles, mais la guerre effacera tout cela. Un réveil de la sensibilité sur ce thème se fera sentir à partir des années soixante-dix mais il se limitera le plus souvent à des actions menées par un petit nombre d'individus ou de structures syndicales peu relayés au niveau des appareils confédéraux. Il faudra la pression judiciaire et médiatique des associations de victimes pour faire émerger l'affaire de l'amiante dans le sillage de celle du sang contaminé. Au contraire, la vigilance du patronat vis-à-vis de la réparation des maladies professionnelles ne faiblira pas. L'activité que déployaient ses représentants auprès des députés se poursuivra dans les commissions du Ministère du travail avec l'objectif de limiter les coûts pour l'entreprise et donc de freiner le développement de la liste. Le réveil des années soixante-dix se traduira néanmoins par une accélération. Le nombre de tableaux de maladies professionnelles indemnifiables passera de 48, au début des années soixante-dix, à 98, à la fin des années quatre-vingt dix. Mais les nombreuses limites du système apparaîtront aussi de plus en plus nettement.

Tout d'abord, l'ouverture d'un tableau n'est qu'une première étape. Une fois celle-ci obtenue, il faut encore que le malade concerné arrive à obtenir le bénéfice d'une indemnisation en principe automatique. Pour cela, il doit déclarer sa maladie, ce qui revient à ouvrir un contentieux avec son employeur, la peur est alors un puissant frein à la déclaration. Si, le salarié fait tout de même la déclaration, une autre ligne de blocage se manifeste. Il s'agit de la résistance de l'organisme assureur dont la logique de gestion vise à limiter les coûts. En la matière, la Sécurité Sociale a pris le relais des assurances privées depuis 1946. Les résistances qu'elle oppose à la reconnaissance transforment celle-ci en un parcours d'obstacles pour la victime. Résultat : les cas reconnus représentent, la plupart du temps moins du dixième des effectifs de malades estimés à partir de la littérature scientifique. Enfin, les pathologies qui ne figurent pas dans les tableaux sont renvoyées à l'inexistence. Les maladies professionnelles ont donc une très

•••••

1- Article à paraître dans un Dictionnaire historique et philosophique de la médecine

faible visibilité sociale ce qui est évidemment préjudiciable à leur prévention. Ce serait cependant une erreur de penser que le système a été conçu dans cette perspective.

Le dispositif mis en place en 1898 est fondé sur la notion de risque professionnel c'est-à-dire de risque inhérent au travail. Dans cette perspective, la pathologie professionnelle est le prix que la collectivité doit payer pour l'augmentation de sa richesse. C'est pourquoi la réparation ne peut pas relever de la logique interindividuelle du Code civil mais d'une logique de solidarité qui répartisse les coûts et les rende supportables. La Loi prévoit donc que les employeurs seront responsables de la réparation mais qu'il s'agira d'une responsabilité sans faute vis-à-vis de laquelle ils pourront s'assurer. D'autre part, le salarié victime supportera lui-même une partie du coût : la réparation du préjudice ne sera que partielle. Cette conception renvoie à la fatalité la part la plus manifeste des atteintes à la santé par le travail. Viet et Ruffat le soulignent : « *L'idée de l'automatisme de la réparation des accidents étant acquise, l'idée d'une obligation générale de sécurité s'imposant à l'employeur disparut de la réflexion juridique pour ne plus réapparaître qu'à la fin des années 1970* ». Il y aura bien en 1946, la mise en place des services de prévention des Caisses Régionales d'Assurance Maladie, chargés d'articuler la prévention à la réparation. Mais, attelés à un processus de reconnaissance des maladies professionnelles étique, les efforts de prévention seront nécessairement limités.

Ainsi, Marcel Goldberg et Ellen Imbernon pouvaient écrire, en 2000 : « *La situation en France est à l'évidence particulièrement défavorable [...]. Le risque de mésothéliome continue à augmenter fortement parmi les générations les plus jeunes en France, alors qu'il diminue nettement dans divers pays : Etats-Unis, Grande-Bretagne, Danemark, etc. Cela montre que nous avons dans la prévention du risque "amiante", au moins vingt à trente ans de retard sur ces pays. Or l'amiante est un excellent "traceur" des risques cancérigènes en milieu de travail : il est clair que si ce risque, parfaitement établi et connu de tous depuis plusieurs décennies, n'est pas géré convenablement, il est extrêmement peu vraisemblable que la situation soit meilleure pour les autres cancérigènes professionnels.* » Un tel retard ne tient pas seulement au système mis en place en 1898. Il trouve aussi son origine dans des conceptions durablement enracinées dans la culture des principaux acteurs.

LES ORIENTATIONS DE LA TRADITION FRANÇAISE

Élément clé du dispositif, les médecins, manifestent une très forte réticence à chercher des étiologies du côté du travail. Le point de vue dominant est qu'en règle générale les atteintes à la santé présentées par les ouvriers ne sont pas dues aux risques et nuisances du travail mais avant tout à la condition de l'ouvrier et à son hygiène de vie. Deux exemples, très éloignés dans le temps illustrent cette continuité de conception. Villermé a été un des premiers, en 1840, à formuler cette doctrine : « *C'est d'une manière indirecte, médiate, ou par les conditions de nourriture, de vêtements, de logements, de*

fatigue, de durée du travail, de mœurs, etc., dans lesquelles se trouvent les ouvriers, que les professions agissent plus souvent en bien ou en mal sur leur santé ou sur celle de leur famille. Cette règle doit être regardée comme générale. Le danger des poussières pour certains ouvriers qui les respirent dans les filatures de coton, ne saurait la détruire. » Ce sera un des leitmotivs de la santé publique. Les atteintes à la santé sont dues à la condition de l'ouvrier, donc à sa responsabilité personnelle ou, éventuellement, à une responsabilité sociale générale, non aux conditions de travail qui dépendraient de la responsabilité de l'employeur. Plus d'un siècle et demi plus tard, le représentant du patronat au Conseil Supérieur des Risques Professionnels pourra encore s'appuyer une citation du Professeur Got qui témoigne de la prégnance de cette conception : « *Quand nous constatons la mortalité plus précoce des manœuvres, souvenons-nous que ce n'est pas leur activité de manœuvre qui les fait mourir plus précocement, c'est une plus grande fréquence de cirrhoses du foie, de cancers, d'accidents de la route, de maladies infectieuses. [...] Le problème est dominé par les facteurs personnels et sociaux qui les ont dirigés vers le statut de manœuvre et non par les risques directement liés à leur profession.* »

Dans la tradition française, l'expert médical fait généralement peser le doute scientifique du côté des risques du travail. L'histoire de la résistance, dans les années trente, à la reconnaissance de la silicose en témoigne. Le personnage central de cette résistance est Policard, titulaire de la Chaire d'Histologie à Lyon, correspondant de l'Académie de Médecine et futur membre de l'Académie des Sciences. Sa thèse est simple : la silicose n'existe pas ; là où vous croyez voir une pneumoconiose, il n'y a qu'une tuberculose dont l'allure est modifiée par la présence de la silice. Ce qui semble être une pathologie professionnelle n'est donc en fait qu'une affection dont sont porteurs les ouvriers à leur entrée dans l'usine. Mais l'argument va plus loin. A ceux qui alertent sur le fait qu'ils observent des silicoses pures, sans bacilles tuberculeux, Policard répond, en 1933, dans *La Presse Médicale* : « *Le nodule silicotique typique, celui qu'on envisage souvent comme "pur" ne serait pas autre chose qu'un foyer tuberculeux cicatrisé et guéri, parce qu'il s'est formé au niveau d'une masse de particules siliceuses* ». Non seulement la silicose n'existe pas mais la silice peut contribuer à guérir la tuberculose.

Le point de vue de Policard est relayé par Rist, membre de l'Académie de Médecine, et Doubrow, médecin des mines. Ils écrivent, en 1934, dans *La médecine du travail* : « *Ériger en maladie professionnelle une entité nosographique aussi artificielle que la silicose, [...] c'est ouvrir la porte à d'innombrables et démoralisants abus, c'est aussi faire peser sur l'industrie et sur les contribuables des charges que rien ne justifie. Si d'autres pays ont commis cette faute et commentent à en subir les conséquences, ce n'est pas une raison pour que leur exemple soit suivi. C'est au contraire une excellente raison pour qu'il ne le soit pas.* » La silicose est reconnue maladie professionnelle en Angleterre et en Allemagne depuis les années vingt ; elle ne le sera, en France, qu'en 1945. Cette réticence à rechercher les étiologies du côté du travail se manifeste encore aujourd'hui. En règle générale, l'interro-

gatoire médical ne comporte aucun élément sur le travail. L'étude par Bergeret et ses collaborateurs de 516 malades hospitalisés dans le Rhône pour cancer broncho-pulmonaire a montré que 115 avaient été exposés à des cancérogènes prévus dans les tableaux de maladies professionnelles mais qu'aucun n'avait fait l'objet d'une déclaration de maladie professionnelle. Les auteurs signalaient pourtant que nombre de ces cas étaient assez caricaturaux et n'auraient pas dû passer inaperçus en cas d'interrogatoire, même rapide, sur la profession.

La réticence à chercher du côté du travail a pour pendant une tendance à privilégier les causes individuelles. A travers l'aptitude médicale, la focalisation sur la recherche des susceptibilités personnelles marque profondément notre système de santé au travail. Depuis le texte du 1^{er} octobre 1919 qui rendait obligatoire la visite d'embauche pour les salariés exposés au plomb, les décrets concernant les risques professionnels ont régulièrement réaffirmé l'importance juridique de l'aptitude médicale à l'exposition. La médecine du travail, élément principal du système français de santé au travail à partir de 1946, sera centrée sur l'aptitude.

Il faut, cependant, souligner un décalage entre juristes et médecins. Les médecins français ont milité depuis le début du XX^{ème} siècle en faveur de l'aptitude médicale au travail. Sous leur plume l'aptitude fait référence aux différences de capacités physiologiques, intellectuelles et morales entre individus. Il ne s'agit pas de prévenir les maladies professionnelles, mais de contribuer, par la sélection, à l'organisation biologique de la société. Ces prétentions s'appuient à l'époque sur les travaux de physiologie du travail de Jules Amar mais aussi sur les conceptions eugénistes de personnalités telles qu'Edouard Toulouse ou Alexis Carrel. C'est ce qui conduira, sous Vichy, à mise en place de la médecine du travail, conçue comme dispositif d'« orientation biologique de la main d'œuvre ». Mais, dans leurs plaidoyers en faveur de l'aptitude, les médecins évoquent très peu les nuisances physiques et chimiques du travail. D'une part, nous l'avons vu, ils sont peu sensibles à cet aspect ; d'autre part, il n'existe pas de critères médicaux d'aptitude à l'exposition aux agents toxiques comme il en existe pour le travail physique ou psychosensoriel. Et pourtant, c'est bien vis-à-vis de l'exposition aux facteurs de maladies professionnelles que l'importance juridique de l'aptitude médicale sera constamment réaffirmée dans les décrets. Les médecins du travail voient ainsi leur activité orientée vers des tâches dont le fondement scientifique et le contenu préventif sont à peu près nuls. Et cette orientation a été prise au détriment du développement de l'hygiène industrielle. Nous avons donc hérité d'un système de santé au travail conçu pour organiser la surveillance et le tri des individus beaucoup plus que pour assurer le contrôle des risques professionnels.

Ainsi, en 1977, les pouvoirs publics fixent la limite légale d'empoussièrement par les fibres d'amianté dans les locaux de travail à 2 fibres par cm³ d'air. À cette date, les synthèses du Bureau International du Travail et du Centre International de Recherche sur le Cancer ne laissent aucun doute : ce seuil d'exposition doit faire disparaître la fibrose pulmonaire mais pas le cancer. Un employeur pourra donc, en règle avec la

Loi, exposer ses salariés à un empoussièrement qui, de façon certaine, tuera une partie d'entre eux. Et, conformément à la doctrine, le décret prévoit que l'on ne pourra exposer un salarié à ce risque « sans une attestation du médecin du travail constatant qu'il ne présente pas de contre-indication aux travaux l'exposant à l'inhalation de poussières d'amianté »... Il s'agit à l'évidence d'une conception dégradée de la prévention médicale. Et pourtant, son caractère profondément choquant n'apparaît pas aux responsables du système. En 2001, un décret prévoit à nouveau que l'on ne pourra exposer un salarié à des produits cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction sans un certificat de non contre indication signé par le médecin du travail. Des centaines de médecins protesteront auprès du gouvernement, soulignant qu'il est aussi absurde de demander un tel certificat que d'obliger un pneumologue à certifier l'absence de contre-indications à l'usage du tabac. Le décret sera cependant publié. Attaqué devant le Conseil d'État, le Ministère du travail défendra ce certificat en l'assimilant à ceux que produisent les médecins généralistes pour les vaccinations ou pour le sport. De tels arguments montrent que, malgré la montée des exigences de prévention au cours des trois dernières décennies sous la pression conjuguée de l'opinion publique et de l'uniformisation européenne, le risque professionnel est, aujourd'hui encore, assimilé par les responsables à la contrepartie inéluctable d'une activité bénéfique...

Jusqu'à cette affaire, ce type de disposition était d'ailleurs aussi défendu, du côté des victimes, sous l'angle juridique de la réparation. En effet, dans la mesure où le médecin est sensé avoir sélectionné une population exempte de susceptibilité personnelle – qu'il s'agisse d'une fiction n'entre pas ici en ligne de compte –, les pathologies professionnelles qui surviendront dans cette population seront sans contexte possible attribuable à l'employeur. La focalisation sur l'aptitude médicale est, ici, la contrepartie logique d'un système centré sur la réparation.

Dans son arrêt du 9 octobre 2002, le Conseil d'État, a donné raison au Ministère du travail : le médecin du travail doit détecter les personnes qui présentent un risque particulier et il dispose pour cela « de plusieurs éléments d'ordre génétique, comportemental ou historique ». Derrière cette conception de la santé par sélection des populations se dessine à nouveau le vieux fantasme eugéniste d'un homme standard dépourvu de fragilités...

UN SYSTÈME EN BOUT DE COURSE

Au tournant du millénaire, ce système craque de toutes parts. L'impossibilité de s'en tenir au système rigide des tableaux a conduit, en 1993, à l'ouverture d'une deuxième voie : les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles. L'apparition, dans le droit commun, d'un droit à indemnisation complète en l'absence de faute rend intenable le caractère partiel de l'indemnisation des pathologies professionnelles. L'uniformisation européenne impose l'introduction, dans le droit français, des exigences de prévention développées chez nos partenaires. Enfin, en affirmant, le 28 fé-

vrier 2002, que tout employeur est tenu à une obligation de résultat en matière de sécurité au travail, la Cour de Cassation a torpillé la théorie du risque professionnel qui constituait la base du système. Toutes ces évolutions favorables à la reconnaissance et à la prévention des pathologies professionnelles interviennent cependant à un moment où le développe-

ment de la mobilité et de la précarité réduisent la visibilité des atteintes à la santé par le travail, où nous voyons ressurgir les tentations eugénistes et où les capacités de l'action collective comme de l'intervention des pouvoirs publics reculent.

L'avenir est donc très ouvert.

Philippe Davezies

BIBLIOGRAPHIE :

BERGERET A. et Coll., *Enquête sur la répartition des cancers professionnels indemnisables dans le Rhône*. Archives des Maladies Professionnelles, 1994, 55, n°8, p. 571-577

DEVINCK J-C., *La CGT et la médecine du travail*, Les Cahiers d'histoire sociale, 2001, n°78, p. 8-11

GOLBERG M., IMBERNON E., *La Surveillance épidémiologique* in J-C. Pairon, Les Cancers professionnels, tome 1. Paris, Margaux orange, 2000, p. 339-348

GOT C., *La Santé*, Paris, Flammarion, 1992

THÉBAUD-MONY A., *De la connaissance à la reconnaissance des maladies professionnelles en France*. Paris, La Documentation Française, 1991

VIET V., *Les Voltigeurs de la république*. CNRS Éditions, Paris, 1994

VIET V., RUFFAT M., *Le Choix de la prévention*. Paris, Economica, 1999

VILLERMÉ L.R., *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* (1840). Paris, Études et Documentation Internationales, 1989



SANTÉ ET TRAVAIL

Les laissés-pour-compte du travail

Élus de CHSCT, médecins et infirmier(es) du travail, partenaires sociaux : pour vous, la revue SANTÉ ET TRAVAIL fait toute la lumière sur les dossiers.

Déjà parus : Alcool, tabac... dopage au boulot (36), Sous-traitants, maltraités (37), Agriculture, souffrance intensive (38), Le droit, outil de prévention (39), Analyser et comprendre les accidents du travail (40), Les laissés-pour-compte du travail (41), Risques industriels (42), Bâtiment, la santé démolie (43)

À paraître : n°44 sur la Psychopathologie du travail

Pour vous abonner, renvoyer ce coupon à :
MAPAYA / Réf. SANTÉ ET TRAVAIL
24 rue des Vergers – 92320 Châtillon Tél. : 01 41 33 98 96
(42,69 euros pour quatre numéros)
chèque à l'ordre de Mutualité française.

SUR L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES A L'INHALATION DE FIBRES D'AMIANTE

Il me paraît nécessaire de revenir sur la discussion amorcée avec Michel Blaizot dans la Revue de Médecine du Travail. Dans le n° 2-2001 (tome XXVII), j'avais avancé un point de vue critique sur l'aptitude médicale en médecine du travail.

À l'origine de cette mise en question, il y avait l'expérience des médecins du travail de ma génération, contraints par le décret du 17 août 1977 de certifier l'absence de contre-indication médicale aux travaux exposant à l'inhalation de poussières d'amiante alors que nous savions que cette exposition tuerait une fraction des salariés concernés.

En tant que médecins du travail, nous avons ainsi été mêlés, en situation de responsabilité, à une expérience dramatique qui imposait, à mon sens, un retour réflexif sur ce qui l'avait rendue possible.

Ces interrogations m'avaient conduit à remonter aux origines de la doctrine de l'aptitude médicale et à découvrir l'influence combinée de l'eugénisme et de la théorie du risque professionnel dans la promotion de cette notion.

Dans le n°4-2001 (tome XXVIII) Michel Blaizot m'apporte la contradiction essentiellement sur le mode de la dénégation. Il conteste ce qui constitue le point de départ de mes interrogations : « *Je doute - écrit-il - qu'on sache très bien en 1977, au moment où la France sort sa première VME à 2 fibres par cm³ que certains salariés feront des cancers.* »

Évidemment, s'il s'avérait qu'en 1977 le potentiel cancérigène de l'amiante n'était pas connu, il serait possible, comme le fait Michel Blaizot, de dessiner un monde social idyllique dans lequel ni l'aptitude ni la position du médecin du travail ne poseraient de problèmes éthiques et déontologiques.

Seulement Michel Blaizot était médecin du travail à l'époque, et dans le bâtiment, l'un des principaux secteurs d'utilisation de l'amiante. Il ne pouvait pas en ignorer les risques. Jeune médecin du travail dans la métallurgie à l'époque, j'ai moi-même gardé de cette histoire un vif souvenir, comme certainement beaucoup de confrères. Sa réponse est donc consternante. Il m'a paru invraisemblable de devoir retrouver les documents des années soixante-dix pour étayer le rappel d'une expérience aussi frappante. Je n'ai donc pas répondu.

Or, je m'aperçois que j'ai eu tort.

Cette version rassurante circule : « *En 1977, on ne savait pas.* » Plus inquiétant encore, je constate qu'elle est véhiculée et

promue y compris au sein du Ministère du travail.

L'occultation des erreurs étant un facteur important de répétition, il ne me semble plus possible d'éviter ce désolant travail de rectification. Cela implique d'aligner un certain nombre d'éléments d'information sous une forme un peu fastidieuse pour le lecteur mais il est manifestement nécessaire qu'ils soient rassemblés et publiés une fois pour toutes afin que nous ne soyons pas toujours obligés de reprendre les débats à zéro.

Pour le lecteur non informé, l'argument le plus frappant utilisé par Michel Blaizot à l'appui de sa thèse est que l'amiante n'a été classée dans la catégorie des cancérigènes par le CIRC qu'en 1977. Ce qui semble indiquer qu'avant on ne savait pas. Simplement, il oublie de signaler que les critères de classement ont été élaborés par un groupe de travail en octobre 77. Antérieurement, l'amiante n'était pas classée parce que le classement n'existait pas. Le non-classement ne constituait donc en aucune façon un argument.

Par ailleurs, chacun peut facilement consulter en bibliothèque les usuels de médecine du travail de l'époque. Les *Éléments de médecine du travail* de 1973 (Desoille), le *Précis de médecine du travail* de 1975 (Desoille, Scherrer et Truhaut), *L'exercice de la médecine du travail* de 1975 (Andlauer) mentionnent tous le caractère cancérigène de l'amiante.

Le *Précis de médecine du travail*, qui constitue le document de référence pour les professionnels, précise : « *Le rôle cancérigène de l'amiante est connu depuis les années quarante environ, s'agissant des cancers bronchiques.* » Il ajoute que, pour le mésothéliome pleural : « *la quantité de poussière inhalée peut être minime* ».

Mais le document qui fournira la base de toutes les discussions est le rapport du BIT de 1973 Ce rapport est considéré comme une référence particulièrement importante car il rend compte du travail d'un groupe d'experts qui comportait des représentants des fabricants : Mr Johnsen, Manager à la Dansk Eternit-fabrik, Mr Taylor, Directeur à l'Asbestos Cement Limited, Mr Join, Délégué général de la Chambre Syndicale de l'Amiante et le Docteur Lepoutre, Médecin chef des services médicaux d'Eternit SA et secrétaire du Comité d'Information sur l'Amiante.

L'alerte de ce comité d'experts fera donc particulièrement autorité. Ses conclusions sont sans ambiguïté : « *Toutes les variétés d'amiante sont associées au mésothéliome à l'ex-*

ception de l'antophylite ». [...] Les experts ont insisté sur le fait que, quelles que soient les concentrations maximales recommandées comme objectif, le but final sera toujours la réduction, au minimum possible, de l'exposition professionnelle. [...] En présence de tout cancérigène reconnu, l'exposition doit être réduite à un minimum. [...] Les experts recommandent, dans l'état actuel des connaissances, de considérer le niveau de 2 fibres/cm³ adopté par certains Etats Membres comme un objectif temporaire pour la prévention des risques pour la santé des travailleurs de l'amiante. Il a été reconnu que ce niveau s'applique aux effets fibrogènes de l'amiante et non à ses effets cancérigènes pour lesquels aucune valeur n'existe actuellement. [...] Ce qui a été dit jusqu'ici suffit à montrer que les effets de l'amiante sont graves. Le premier but de la prévention doit être le remplacement par d'autres matériaux. Cette mesure s'impose particulièrement en ce qui concerne l'utilisation du crocidolite [...] La raison en est que, sur la base des preuves dont on dispose, le mésothéliome diffus est particulièrement associé à cette variété d'amiante, et l'exposition effective peut être de courte durée (dans certains cas, elle n'a été que de quelques semaines seulement) ». (L'amiante : ses risques pour la santé et leur prévention : Réunion d'experts sur la sécurité dans l'utilisation de l'amiante, Bureau International du Travail. Genève, 11-18 Décembre 1973).

Il existe par ailleurs, à l'époque, toute une littérature dont nous ne pouvons citer que les éléments les plus importants et les plus facilement accessibles.

Dès 1954, René Truhaut, principal représentant de la toxicologie française, écrivait : « D'après divers auteurs, et en particulier Bohne, Egbert et Geige, Gloyne, Honburger, Horning, Koelsch, Linzbach et Welder, Lynch, Lynch et Smith, Nordmann, Saupe, Melder, Welz et Wood, l'inhalation répétée de poussières d'amiante serait susceptible de déterminer l'apparition de cancers pulmonaires chez l'homme. [...] En tout cas, cette action cancérigène de l'amiante a été également mise en évidence chez l'animal, en l'espèce la souris, par Nordmann et Sorge. »

Dans le même texte, il rappelait les conceptions préventives admises en matière de prévention des cancers professionnels.

« Dans le cas des substances cancérigènes, on ne peut fixer des doses-seuils, puisque, du fait de la persistance de l'effet après élimination du produit, aucune dose, si minime soit-elle, n'est sans danger si son absorption se répète pendant une période suffisamment longue, ce qui est précisément le plus souvent le cas au cours des expositions professionnelles. C'est la raison pour laquelle il convient d'abaisser le plus possible les concentrations de substances cancérigènes auxquels les ouvriers peuvent se trouver exposés de façon prolongée. » (Truhaut R. Les substances chimiques, agents de cancers professionnels. Séance solennelle du X^e anniversaire de la Société de médecine et d'hygiène du travail, le 21 octobre 1954. Arch. Mal. Prof., 1954, 15, 6, 431-467).

En 1973, dans sa première synthèse sur le sujet, le CIRC considère que la question est tranchée : « L'association avec le cancer du poumon est suspectée depuis les travaux de Lynch et Smith (1935) et de Gloyne (1935). La preuve

épidémiologique a été apportée par les travaux de Doll (1955) et de Knox (1968). [...] Des observations analogues mais incluant le développement de mésothéliomes ont été rapportées aux USA en 1961 et publiées en 1963 par Mancuso et Coulter. [...] Les preuves confirmant l'existence d'une association entre mésothéliome et amiante proviennent de nombreux pays. Le débat ne porte que sur le pouvoir cancérigène respectif des différentes fibres d'amiante(1) ». (IARC Monograph on the evaluation of carcinogenic risk of chemical to man, Volume 2, 1973).

« Depuis 15 ans environ, l'attention a été attirée sur l'amiante déjà connue pour ses propriétés fibrosantes (asbestose), comme agent étiologique de certains cancers humains : carcinome bronchique, mésothéliome pleural et péritonéal et peut-être certains cancers du tractus gastro-intestinal ». (Pouvoir cancérigène des amiantes et des matériaux fibreux. Revue bibliographique. Cahiers de Notes Documentaires, 1976, n°85, 559-567).

« Existe-t-il une dose seuil ? L'exposition de certains malades a semblé bien légère. Mais des fibres d'amiante ont été retrouvées chez tous ceux où cette recherche a été effectuée, sauf un, même quand l'éventualité d'un contact professionnel ne pouvait être retenue. C'est dire la rigueur des mesures de prévention à mettre en œuvre, peut-être même la suppression d'emploi ». (P Gaucher et M Lajartre. Mésothéliome : données socio-professionnelles. Archives des Maladies Professionnelles, 1977, 38, 3, 347-35)7.

« Il n'est pas possible actuellement d'affirmer qu'il y ait un niveau d'exposition en dessous duquel il n'y aurait pas d'augmentation du risque de cancer. [...] Pendant le temps nécessaire à la reconnaissance et à la caractérisation de son potentiel cancérigène (1935-1960), l'amiante a pénétré la plupart des secteurs de l'industrie et de la société, avec des milliers de produits fabriqués et utilisés à travers le monde dans des conditions dont nous comprenons aujourd'hui qu'elles sont incompatibles avec le contrôle d'une pathologie professionnelle de nature cancéreuse. En conséquence de quoi, nous sommes placés face à un double dilemme, comment négocier les conséquences en termes de pathologie humaine des négligences et erreurs passées, et comment éviter de nouvelles expositions susceptibles de produire des maladies dans le futur.

Les résultats des défaillances du passé imposent des efforts de contrôle. De nombreuses études sur des groupes de travailleurs de l'amiante montrent, par exemple, qu'environ 20% des décès sont dus à un cancer du poumon attribuable dans les trois quart des cas à l'exposition à l'amiante. Dans de tels groupes les mésothéliomes pleuraux et péritonéaux sont devenus communs. Les estimations pour certains groupes suggèrent que 7 à 11% peuvent mourir de ces maladies habituellement rares.

[...] Il y a peu d'estimations fiables du nombre de personnes exposées aux risques liés à l'amiante dans le monde. Des tentatives ont été faites aux États-Unis et il est déchirant de cons-

●●●●●●●●●●

1- Les textes en anglais sont présentés dans une traduction personnelle mais les originaux sont aisément accessibles.

tater qu'il y aurait actuellement, aux Etats-Unis, environ un million d'hommes et de femmes qui travaillent de façon habituelle à la fabrication de produits contenant de l'amiante ou qui y ont été employés dans le passé. Sur la base des données actuelles, quelques 200 000 morts par cancer du poumon et 50 000 morts ou plus par mésothéliome devraient en résulter ». (Asbestos. IARC Monograph on the evaluation of carcinogenic risk of chemical to man, Volume 14, 1977).

« Ce rapport vise aussi à ouvrir une discussion sur les normes à introduire prenant en compte le risque cancérigène : il faut bien admettre, en effet, que les normes d'hygiène relatives à l'empoussièrement en fibres d'amiante existant actuellement, ont été proposées à l'origine dans le seul but de faire régresser la fibrose pulmonaire. Elles sont sans doute insuffisantes ou inadaptées à la prévention des affections tumorales qui ont été mises en évidence plus récemment vers 1960 ». (Les potentialités cancérigènes des matériaux fibreux : synthèse des données actuellement disponibles. Rapport d'étude n°61.796. INRS, Paris, octobre 1977).

Toutes ces données étaient parfaitement connues par les instances de décision comme en témoignent les extraits des procès verbaux dont j'ai pu avoir connaissance.

COMMISSION D'ÉTUDE DES RISQUES DUS À L'AMIANTE. COMITÉ CENTRAL DE COORDINATION. CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS. Réunion du 17 avril 1975.

« L'inhalation de fibres d'amiante peut causer plusieurs types d'affections :

- a) l'asbestose : fibrose pulmonaire et affection de la plèvre, qui peut présenter des calcifications ;
- b) le cancer bronchique ;
- c) le cancer de la plèvre (mésothéliome diffus). Des mésothéliomes diffus peuvent aussi survenir dans la cavité abdominale (mésothéliome péritonéal) ;
- d) certaines observations indiquent que des cancers d'autres parties du corps peuvent parfois être dus à l'amiante.

[...] La proportion de travailleurs de l'amiante susceptibles d'être atteints de mésothéliome ne peut être précisée actuellement en raison de la période de latence très longue, dépassant dans certains cas 50 ans, entre la première exposition et l'apparition d'une tumeur. Les données disponibles indiquent que le risque le plus élevé atteignait les travailleurs du calorifugeage fortement exposés dans le passé. Dans ce secteur particulier de l'industrie, le pourcentage peut avoir été de l'ordre de 10% alors qu'il dépasse 80% dans le cas de certains produits chimiques fortement cancérigènes tels que la b-naphtylamine.

[...] Ainsi, suivant les recommandations des experts du Bureau International du Travail, le niveau de 2 fibres par cm³ (moyenne en temps pondéré) adopté par certains pays peut être considéré comme un objectif temporaire pour la prévention des risques pour la santé des travailleurs de l'amiante.

Ce niveau s'applique aux effets fibrogènes de l'amiante et non à ses effets cancérigènes pour lesquels aucune valeur n'existe actuellement.

[...] Certaines différences d'opinion se sont manifestées en ce qui concerne la manière de déterminer les contre-indications aux travaux exposant à l'amiante et aux produits d'amiante, mais le principe a été reconnu valable et l'on a souligné que la surveillance médicale est d'autant plus nécessaire que la période d'exposition à l'amiante est plus longue.

[...] En conclusion, la Caisse Nationale propose à la commission de choisir 2 fibres/cm³ comme concentration maximale admissible, étant bien entendu que cette valeur sera susceptible d'être modifiée en fonction des conclusions des recherches en cours sur l'action cancérigène de l'amiante, tous les efforts devant tendre à réduire l'exposition des salariés au minimum. »

GRUPE DE TRAVAIL RELATIF AUX PROBLÈMES POSÉS PAR L'AMIANTE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Procès-verbal de la séance du 26 avril 1976.

« Il est proposé des normes pour l'exposition professionnelle calquées sur les normes adoptées au Royaume-Uni, à savoir :

- ↳ 2 fibres par ml pour toutes les amiantes autres que la crocidolite ;
- ↳ 0,2 fibres par ml pour la crocidolite.

[...] Le président rappelle que les valeurs avancées pour le milieu industriel dans le rapport de M. Goni sont de 2 fibres par ml pour toutes les amiantes sauf pour la crocidolite (0,2 fibre/ml).

[...] Après cette discussion M. le président propose que l'on s'en tienne provisoirement à l'expérience de Nantes. Dans ces conditions, pour les locaux industriels où l'amiante est transformée, la norme serait de 2 fibres/ml mesurée en microscopie optique. Il ne serait pas effectué de distinctions entre les différentes formes d'amiante.

RAPPORT DE M. BIGNON

[...] CONCLUSION : Étant donné l'accroissement exponentiel de la production d'amiante pendant les trente à quarante dernières années, qui a passé de 500 000 tonnes à 5 millions de tonnes, on peut prévoir pour les années à venir une augmentation progressive de la fréquence des cancers liés à l'amiante notamment des mésothéliomes, y compris sans doute dans la population générale du fait d'une contamination de l'environnement.

Le groupe sur proposition du président adopte à la majorité les conclusions du rapport de M. Bignon.

[...] INVENTAIRE DES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES EN VIGUEUR DANS CERTAINS PAYS :

[...] Les normes ou valeurs proposées pour la protection de travailleurs sont résumées ci-après :

- Etats-Unis : les valeurs suivantes sont applicables à partir du 1er juillet 1976 :
 - 2 fibres/ml, moyenne pondérée mesurée sur 8 h de travail par jour.
 - Concentration de pointe : 10 fibres/ml.
 - Valeurs actuelles : 5 fibres/ml. Cependant le Ministère du travail aurait récemment proposé une norme

de 0,5 fibres pour une durée d'exposition de 8 heures et une valeur plafond de 5 fibres/ml pour une période de 15 minutes.

➤ **Royaume-Uni :**

Pour les formes d'amiante suivantes (chrysotile, amosite, antophyllite) une moyenne de 2 fibres/ml sur une période de prélèvement de 4 heures a été retenue. Valeur de pointe : 12 fibres/ml pendant une période de prélèvement de 10 mn.

Pour la crocidolite : moyenne de 0,2 fibre/ml sur une période de prélèvement de 10 mn ».

Et pourtant, malgré tout ce qui précède, l'administration s'en tiendra à 2 fibres par cm³ pour 8 heures, sans prise en compte de la dangerosité particulière de la crocidolite et sans fixation de valeur plafond pour les pointes. Cette norme, dont les experts soulignaient, dès 1973, qu'elle ne protégeait pas contre le cancer et ne pouvait être que temporaire, ne sera remise en question que beaucoup plus tard sous la pression des victimes et de leurs associations.

Difficile donc de soutenir que l'on ne savait pas. Il faut bien constater que les employeurs ont été autorisés à exposer les salariés à des niveaux que tous les rapports d'experts donnaient comme susceptibles de tuer.

Comment ne pas s'interroger sur le rôle que l'on a fait jouer aux médecins du travail dans cette histoire ?

Évacuer cette question ne sert ni la profession ni la santé au travail.

Les développements récents montrent qu'il ne s'agit pas d'un débat académique. Le décret du 1^{er} février 2001 qui impose au médecin de certifier l'absence de contre indication médicale à l'exposition aux cancérigènes et aux produits toxiques pour la reproduction comme l'arrêt, en date du 9 octobre 2002, du Conseil d'État qui attribue aux médecins du travail une mission de sélection sur la base d'éléments « génétiques, historiques et comportementaux » viennent malheureusement confirmer la thèse selon laquelle l'aptitude médicale véhicule une conception extrêmement ambiguë de la médecine du travail.

Que nous le voulions ou non, il sera difficile d'échapper à ce débat.

Philippe Davezies

L'APTITUDE EN QUESTIONS⁽¹⁾

Droit à la santé, droit au travail, deux droits fondamentaux pour le salarié au croisement desquels se trouve l'avis d'aptitude émis par le médecin du travail, passeport indispensable pour la poursuite de son activité professionnelle.

Le questionnement actuel sur cet avis d'aptitude, contre lequel de plus en plus de voix s'élèvent pour en exiger la suppression, ne se réduit pas à un questionnement sur un simple acte médico-juridique dont il faudrait discuter entre professionnels de son opportunité, de son évolution jurisprudentielle, etc., mais il renvoie beaucoup plus largement à la double question du rôle du médecin du travail et surtout de l'appropriation par le salarié de sa santé au travail.

Les enjeux du débat autour de la question de l'aptitude dépassent donc largement son objet.

Les principaux arguments en faveur du maintien de la notion d'aptitude sont de deux ordres :

- Le premier est que l'existence de cet avis donné par le médecin du travail interdirait à l'employeur de se préoccuper de manière plus ou moins intrusive de la santé de ses salariés.
- Le deuxième s'appuie sur le fait que la jurisprudence, et les différents textes élaborés ces dernières années autour du concept d'aptitude, sont de plus en plus protecteurs pour le salarié.

À partir de cette évolution, les médecins du travail ont su développer des savoir-faire professionnels qui ont transformé

l'aptitude en « force de proposition » pour le maintien des salariés présentant des problèmes de santé à leur poste de travail.

Mais, paradoxe, ces savoir-faire professionnels ont progressivement occulté la double fonction originelle de l'aptitude qui est, l'orientation et la sélection de la main d'œuvre (voir entre autres les travaux d'I. Billiard, Ph. Davezies et P. Abescassis).

En 1946, il était urgent de reconstruire le pays, de « se retrousser les manches » comme disait Maurice Thorez. Il était donc logique que chacun occupe l'emploi auquel il pouvait s'adapter : c'était un plus pour la société et pour l'entreprise, mais aussi pour la santé de chaque salarié

Or, cette fonction originelle de l'aptitude met le médecin du travail en position d'« expert » vis-à-vis du salarié. En effet lorsque celui-ci signe son contrat de travail, il doit présenter une aptitude professionnelle adéquate à l'objet du contrat, et être déclaré médicalement apte par le médecin du travail. Ce dernier en attestant qu'il n'y a pas de contre-indication particulière en rapport avec l'état de santé du salarié à l'exécution du travail prescrit dans le contrat, se positionne bien en tant qu'expert, car même si l'avis est construit avec le salarié, *in fine* dans nombre de cas, cet avis sera donné sans que le con-

●●●●●●●●●●

1- Cet article s'appuie sur la réflexion et un rapport fait par un groupe de médecins inspecteurs du travail. Ce rapport intitulé *L'aptitude médicale en questions* est disponible sur le site www.a-smt.org

sentement de celui-ci ne soit obligatoirement obtenu. Ce qui ne va pas sans poser de problèmes car d'une part, l'aptitude n'a pas de sens médicalement en soi aucun médecin ne pouvant prédire pour une année, que les conditions de travail n'auront pas de conséquences négatives sur la santé des salariés et d'autre part, lors de la consultation, le médecin du travail est perçu comme un conseiller, à ce titre il attire les confidences du salarié lesquelles peuvent se retourner contre lui dans le cadre de l'avis d'aptitude.

Cette confusion entre position de conseiller et position d'expert est en totale contradiction avec le Code de déontologie.

Cet avis pose aussi des problèmes d'ordre éthique : « *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* » (M. Bonnechère). Le but de l'examen médical est pourtant 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 dans le but d'éviter l'altération de sa santé, certes, mais aussi de prémunir l'employeur d'un sur-risque économique

L'aptitude place donc le médecin du travail, comme nous l'avons vu, dans une position éthique et déontologique difficile. On retrouve cette ambiguïté dans le Code du travail ou dans les articles en L, il est placé comme conseiller de l'entreprise et des salariés alors que dans les textes en R, il est placé comme expert auprès de chaque salarié.

Enfin, l'aptitude médicale ne pèse que sur le salarié, ce qui entraîne un déséquilibre dans les obligations des deux contractants, quant à la santé et la sécurité, et entache pour le moins l'égalité présumée des parties. En toute bonne logique, l'employeur, qui s'engage à assurer un travail et une rémunération au salarié tels que définis dans le contrat de travail, devrait être en mesure de leur fournir un certificat d'absence de risques du poste de travail, certificat qui devrait être émis selon la même périodicité et avoir la même force contraignante pour les employeurs que les avis d'aptitude émis par les salariés.

Mais les obligations qui pèsent sur les chefs d'entreprise en matière de santé et de sécurité au travail, sont d'origine légale (lois d'ordre public) et restent extérieures à la sphère contractuelle, or l'application de ces textes législatifs dans les entreprises reste assez relative. À la faiblesse traditionnelle des moyens de contrôle de l'inspection du travail s'ajoute le domaine d'action limité à la vérification des normes réglementaires qui sont loin de couvrir l'ensemble des conditions de travail délétères pour la santé. Les atteintes à la santé du fait de la souffrance en lien avec les problématiques d'organisation du travail, ne sont que très récemment couvertes par le Code du travail.

L'intervention de l'État dans la sphère des conditions de travail a été introduite pour limiter les altérations de la santé des travailleurs révélées lors du 19^{ème} siècle par différents rapporteurs dont le plus connu en France est Villermé. Progressivement cette intervention de l'État a couvert un champ d'intervention de plus en plus important codifié dans le Code du travail. Cette intervention de l'État qui a été et reste indispen-

sable par son pouvoir réglementaire n'est aujourd'hui plus suffisante au regard de la prise de conscience de l'existence des pathologies liées à l'organisation du travail et nécessite, peut être, de réintroduire dans la sphère contractuelle des obligations du domaine de la santé et de la sécurité au travail.

Nous sommes donc dans une situation juridique où le salarié (ceci est tempéré par les possibilités d'actions collectives avec les institutions comme les CHSCT, les délégués du personnel, etc.) n'est pas en mesure de disposer des éléments nécessaires, lors de la signature du contrat de travail, pour juger du risque éventuel pour sa santé et sa sécurité mises en jeu par son futur travail. Il n'est pas en mesure non plus juridiquement parlant lors de l'exécution du contrat de travail, d'agir pour assurer sa santé et sa sécurité. Une tentative a été faite pour permettre au salarié de maîtriser celles-ci avec le droit de retrait (lois Auroux – article L.231-8-1 du Code du travail). Celui-ci, du fait de l'évolution jurisprudentielle(2) qui l'a vidé en partie de sa substance, n'est quasiment pas utilisé alors qu'il aurait pu l'être par exemple dans les cas du harcèlement moral.

Il semble donc, que bien que l'intégrité du corps humain soit un droit fondamental, le Code du travail n'apporte pas aux salariés en activité un pouvoir réel leur permettant de prévenir les risques menaçant leur intégrité physique et psychique dans le cadre de leur activité, alors qu'eux-mêmes sont mis en demeure par l'aptitude médicale de faire expertiser leur bonne santé.

Une des possibilités pour résoudre ce dilemme est proposée par les tenants de la suppression de l'aptitude, qui voudraient placer le médecin du travail comme conseiller du salarié pour la préservation de sa santé :

Le médecin du travail se pose alors en tant que « thérapeute », « La consultation en médecine du travail se donne dans cette démarche un cadre de travail à partir de l'activité du travail et du rapport avec le réel. La prise de décision concernant le maintien ou le retrait du salarié de l'activité du travail relève d'un travail thérapeutique qui ne demande pas seulement le consentement éclairé mais une participation du salarié à la décision. »

O. Riquet.

L'enjeu de ces professionnels n'est pas uniquement d'éviter les pathologies dues à certains risques de travail, mais de favoriser une dynamique constructive de la santé des salariés. La place centrale faite dans cette approche à l'organisation du travail interdit d'exclure certains secteurs d'activité (tel le secteur tertiaire ou la Fonction publique ?) considérés traditionnellement comme étant moins à « risques » au regard des risques classiques.

Logiquement, dans cette approche, les avis d'aptitude distribués systématiquement à la fin de chaque visite sont supprimés, par contre les avis d'inaptitude ou de restrictions d'aptitude pourraient être donnés au salarié, libre à lui de les utiliser ou pas. Mais la construction de ces avis se fait avec le salarié permettant à celui-ci de gérer au mieux son rapport à

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

2- Affaire Belmonte et Ayad 1993

son travail quitte à le quitter pour inaptitude médicale lorsque les effets délétères de celui-ci deviennent trop forts. Le salarié devient « sujet », acteur dans la protection/construction de sa santé au travail.

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 la question de la responsabilité du salarié, de l'employeur et du médecin du travail.

Dans le cadre du consentement éclairé 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). Dans le cadre de la médecine du travail, une partie des répercussions de la décision du salarié le concerne certes directement (mise en danger de sa santé, de sa vie, par exemple pour un asthmatique exposé aux isocyanates et pour lequel il n'y a pas d'adaptation possible du poste de travail), mais elle va concerner également un tiers, l'employeur, qui dans l'état actuel du droit assumera les conséquences économiques du « choix » du salarié. L'irruption de ce tiers qu'est l'employeur, peut laisser imaginer deux logiques pour résoudre la question. Une logique primaire consisterait à rechercher la part de responsabilité du salarié dans l'atteinte à sa santé qui découle de son choix et 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 susceptible de ne pas être néfaste pour sa santé. Cette deuxième éventualité est probablement la seule éthiquement acceptable, mais le « principe de réalité » de la production est parfois éloigné du principe de précaution.

Enfin, il y a la responsabilité du médecin en cas de refus d'un salarié de quitter une situation de travail dangereuse pour sa santé, alors que toutes les mesures ont été prises en vain pour supprimer la nocivité de son poste de travail. Dans ce cas, on se rapproche du refus d'un malade de suivre un traitement prescrit par son médecin traitant. Le salarié est un sujet libre dans la gestion de la construction de sa santé, le devoir du médecin est un devoir d'information et de conviction.

Les compromis que fait le salarié entre son droit à la santé et son droit au travail lui appartiennent, dans la mesure où tous les moyens nécessaires, en particulier en terme de prévention, pour lui permettre de faire un vrai choix, auraient été mis en place. Sinon ce serait retourner au libéralisme outrancier de la révolution industrielle.

Cette position de médecin conseiller est sans doute la position la plus en adéquation avec la déontologie médicale et la notion de consentement et qui permettrait au médecin du travail de répondre davantage à sa mission (éviter l'altération de la santé des salariés). Cette position a un coût et ne pourra se mettre en place que si elle s'appuie sur une détermination politique forte.

Ces deux postures médecin du travail expert, médecin du travail conseiller, ne prétendent pas couvrir tous les possibles en médecine du travail, mais par contre, elles s'opposent point par point et sont inconciliables sur le fond même si la position d'expert peut se couvrir de suffisamment d'humanisme pour paraître être un conseil.

Il s'avère malgré tout, qu'au-delà des questions philosophiques, politiques ou éthiques, ce qui émerge au travers des différentes positions et questionnements, c'est le flou artistique sur ce que la société d'aujourd'hui demande aux médecins du travail. Ni la loi, qui au-delà du principe de mission générale n'est pas très explicite, ni les décrets qui définissent plus la forme de l'activité que le fond, ni la demande sociale ne permettent à un médecin du travail de fonder son activité.

C'est donc un vrai débat public qui doit se mettre en place autour de ces questions.

Elles ne concernent pas seulement la place du médecin du travail, elles interrogent aussi sur la place du salarié dans la protection de sa santé au travail :

- est-il un sujet ayant les moyens juridiques pour faire valoir son droit au risque de sa responsabilité ?
- ou l'état de subordination dans lequel il est placé par la signature du contrat de travail, lui retire-t-il ce droit individuel (même si collectivement celui-ci est reconnu et défendu par les instances représentatives du personnel) ?

Comme dit A. Suppion : « *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 ?)* ».

*Pierre Abecassis, Sylvie Cren,
J.-M. Ehster, Nicolas Sandret*

LE SECRET PROFESSIONNEL⁽¹⁾

Le secret professionnel englobe deux secrets :

- le secret de fabrique,
- le secret médical.

En effet le Code pénal ne reconnaît plus qu'un seul secret : le secret professionnel. Il y a donc deux problématiques :

- secret et employeur,
- secret et salarié.

a) Vu du côté de l'employeur en caricaturant : le médecin devrait respecter le secret professionnel (fabrique) mais non le secret médical concernant chaque salarié (forte demande de savoir les causes des demandes de modifications de poste).

Le secret de fabrique est centré sur la matérialité de production (procédés) et ne porte pas sur les éléments d'organisation du travail, contrairement à ce que laisse suggérer certaines positions prises vis-à-vis du harcèlement moral.

NB : le secret ne peut être opposé au patient. On doit lui permettre de comprendre et agir, par exemple pour un produit chimique influençant sa santé.

Le secret doit être éclairé et non un motif à ne rien faire, en cas de tentative de suicide ou de suicide d'origine professionnel dû aux conditions de travail.

Exemple du médecin qui a usé de son droit d'alerte auprès du CHSCT en donnant un document écrit en attribuant les causes du suicide à « l'organisation du travail ». L'entreprise lui a reproché d'avoir donné des précisions sur la santé du salarié dans l'espace public et donc d'avoir violé le secret médical. S'il n'avait rien fait, on aurait pu l'accuser de non assistance à personne en danger. Alors jusqu'où le médecin peut-il aller ? Jusqu'où accompagner les difficultés du patient ? Notre devoir de médecin ne permet pas, *a priori*, de limiter notre champ d'action.

Par contre s'il y a demande d'aménagement de poste, il est évident qu'il est hors de question d'expliciter le pourquoi de cette demande. Parfois il serait judicieux de saisir nous-mêmes l'inspection du travail dans des situations qui peuvent devenir difficiles à gérer.

b) Vu du côté du salarié : Un exemple, celui du dossier médical a été longuement évoqué. Ces dossiers se transmettent entre collègues de même association en cas de changement d'entreprise ou à la demande du salarié avec son accord et sa signature. Alors que doit-il contenir ?

- s'il n'y a rien ou presque, le patient peut s'en plaindre ;
- et qu'en est-t-il alors de la crédibilité du médecin ?

Alors que noter ?

- Les éléments cliniques objectifs ?
- Écrire le reste sur des feuilles séparées ?

➤ Demander au patient si on peut prendre des notes ? Mais cela paraît peu souhaitable.

➤ Qu'en est-t-il de l'informatisation du dossier ? Par quel le dossier non administratif est-il consultable ? Le médecin est responsable de ses saisies et du contrôle de la diffusion. Il doit vérifier les verrous.

➤ Mettre des notes et les effacer avant la transmission du dossier ? Ceci peut éveiller les « soupçons » du patient qui pourrait à juste droit ne pas comprendre la brièveté du contenu du dossier.

➤ Les attitudes prudentes peuvent appauvrir le dossier ou au contraire le rendre plus clair et compréhensif.

➤ À qui transmettre le dossier ? N'y a-t-il pas risque de sélection ? (Par exemple lors de visite de mobilité) (Ceci dit le pouvoir du dossier administratif est de loin supérieur au médical).

1) NB : Le secret de l'indépendance est fondateur de la confiance du salarié (et de l'employeur), elle permet la coopération).

2) L'article 50 du Code de déontologie dit que le médecin doit assister le patient pour qu'il puisse atteindre les droits sociaux.

Pour en revenir à la question du harcèlement: souvent on remet au salarié une lettre pour son médecin traitant ainsi qu'un certificat. Le patient peut s'en servir aux prud'hommes si nécessaires. L'employeur pourrait porter plainte pour diffamation, or le harcèlement n'est pas un diagnostic médical, c'est la dépression qui est le diagnostic.

Aussi doit-on noter dans une lettre :

- le constat médical: dépression ;
- et rajouter : « *au vu de l'ensemble des éléments que me donne le salarié, il semble que cela corresponde à un harcèlement* »

En plus il y a les choses mises en évidence dans le cadre des études de poste. On peut noter sur le dossier ce que disait le salarié. Quelques points de repères en guise de conclusion :

- Nous sommes devenus plus précautionneux depuis vingt ans, dans la transmission des dossiers et leur contenu, mais notre travail a beaucoup évolué également ;
- nos dossiers ont un contenu ;
- nous sommes capables de porter un diagnostic ;
- nos règles professionnelles changent ;
- les avis qui comptent sont ceux de nos pairs ;
- il n'y a pas lieu d'interroger d'autres instances (ordre, faculté, etc.), seuls comptent les textes réglementaires ;

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

1- Ce texte est un compte rendu élargi d'un des thèmes du Congrès de l'association SMT qui s'est déroulé les 30 novembre et 1^{er} décembre 2002.

- à travers nos prises de notes nous construisons progressivement un diagnostic (alors nous n'allons pas nous limiter à écrire !) Parfois nous ne comprenons rien puis nous avons des pistes provisoires puis un pré diagnostic et un diagnostic.
- il faut penser que le dossier est du côté de la confiance de la personne (salarié). Il est licite d'écrire des choses peu compréhensives, mais il faut toujours être prêt à l'expliquer au salarié, lui faire une synthèse en sa présence.

Il est vrai que la Loi sur le harcèlement nous pousse à agir différemment. La pratique d'accompagnement demande attention et prudence.

NB : Par contre l'exposition du salarié (substance chimique

par exemple) non seulement peut, mais doit figurer sur le bulletin de visite.

En fait, il faut admettre des règles collectives et s'inscrire dans ces réflexions. Il y a deux registres :

- le domaine du droit
- le domaine de l'exercice, qui est un exercice d'intelligence rusée en prise avec la réalité du terrain.

On utilise des argumentaires pour soutenir une règle professionnelle. En ce qui concerne le harcèlement moral professionnel, il vaut mieux ne pas le nommer et parler de « victime de maltraitance ».

Mais ce qui compte c'est la compréhension du sens.

Jean-Marie Eber, rapporteur

L'ÉVALUATION EN SANTÉ AU TRAVAIL ET MÉDECINS DU TRAVAIL⁽¹⁾

Le débat sur l'évaluation a débuté par le rappel de l'ambivalence du concept d'évaluation. L'évaluation est très centrée sur les questions économiques en général.

Il apparaît essentiel de différencier l'évaluation des systèmes de l'évaluation des pratiques, même s'il existe une convergence.

L'ÉVALUATION DES SYSTÈMES

- La pratique de l'A.N.A.E.S. sert souvent de référence en milieu médical : elle s'intéresse principalement au système avec les moyens comme voie d'entrée. Par ailleurs, si elle développe parfois des stratégies à visée préventive, elle fait aussi des diagnostics curatifs, d'où une certaine confusion. On reste du côté de la rationalité technique expérimentale, centrée sur l'économique et la réduction des coûts.
- La mise en place de la démarche qualité peut être utilisée comme média de pouvoir par l'employeur.

L'exemple de la mise à la norme ISO 9002 d'un grand service interentreprises est exemplaire à ce titre : prise de pouvoir de l'administration qui contrôle le processus, une mise en place qui entraîne la marginalisation des médecins. Il n'est pris en compte que ce qui se passe en dehors du cabinet médical. On aboutit à une perte de souplesse, une rigidification de l'organisation. Le questionnaire d'évaluation fut basé sur la notion de satisfaction du client. On retrouve ici l'ambiguïté de certains concepts. Quel est le client identifié : le service interentreprises, les adhérents du service, le salarié ? Par ailleurs cela permet de court-circuiter les structures de contrôle social (Comité d'entreprise, Commission de contrôle).

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES

Pour l'Association SMT l'évaluation de nos pratiques (de l'Action) ne peut se faire qu'entre pairs :

- Elle passe par la mise en commun des règles de métier, par la mise en forme de notre savoir-faire, pour qu'il puisse y avoir échange. Il y a nécessité d'une recherche clinique. Le référentiel peut être un frein à l'innovation des pratiques. La référence à des critères techniques est risquée ; on se rappelle l'évolution des normes fibres amiante entre 77/98.
- Les règles de métiers, élaborées avec les pairs, renvoient à la rationalité pathique et non instrumentale. Comment articuler nos pratiques avec le sens qu'à notre métier, quelles sont les valeurs que nous partageons ? Quel référentiel commun de nos pratiques professionnelles pouvons nous construire ? Ces référentiels ne doivent pas être figés mais mobiles. L'évaluation de nos décisions est nécessaire ; en particulier on ne peut pas éluder la question du devenir des salariés déclarés inaptes. Lequel engage notre responsabilité.
- La posture des médecins du travail se doit d'être politique : de parti pris du côté de la santé, du devenir social de l'homme.
- L'évaluation vient des pratiques professionnelles ; cette mise à plat va peut-être poser des questions économiques, mais celles-ci ne peuvent être portées par les professionnels, c'est le rôle du politique avec la place de l'arbitrage.
- La question du contrôle social est posée.

L'agrément des services de médecine du travail en est une forme (sur les moyens).

Mais en général il existe une déficience du contrôle social ; ceci est manifeste en service interentreprises où il est inexistant ou inefficace. Néanmoins il est rappelé l'importance de

●●●●●●●●
1- Ce texte est un compte rendu élargi d'un des thèmes du Congrès de l'association SMT qui s'est déroulé les 30 novembre et 1^{er} décembre 2002.

la restitution par les médecins du travail de leurs actions.

La démarche qualité conduit l'entreprise à instrumentaliser le travail du côté du professionnalisme, vers ce qu'en attend l'entreprise.

Pour nous médecins du travail, rester du côté de la construction de la santé c'est (ré)affirmer notre professionnalité.

Alain Randon, Denis Teyssyre, rapporteurs

LES TRACES EXTERNES DU SUIVI MÉDICAL CLINIQUE INDIVIDUEL ET COLLECTIF

Adaptation du travail

Sauvegarde thérapeutique

Action médico-légale

Si on se réfère à la note de synthèse présentée aux présidents et directeurs des services interentreprises, par le CISME, leur organisme conseil, et datée du 18 décembre 2002, on pourrait s'interroger sur ce qui peut bien justifier le thème que nous avons choisi pour notre journée.

Je cite : « *La sacro-sainte visite médicale annuelle pour tous, indiscutable en 1946, apparaît largement anachronique aujourd'hui, car faisant fi de la révolution de l'environnement sanitaire intervenue depuis et ne reposant sur aucune étude scientifique sérieuse qui "garantirait" ses vertus pour tous les salariés.* »

Je cite encore : « *Le "monopole" de fait des médecins du travail dans les services de santé au travail, indéniable source de progrès hier, est devenu ou est en passe de devenir un outil "contre-productif", susceptible de freiner l'intégration de nouveaux acteurs au sein des équipes pluridisciplinaires de santé au travail...* »

Et là, pour finir, je résume : « *Puisque ce monopole s'appuie sur le fait que les médecins du travail revendiquent, au nom du Code du travail, d'assurer personnellement l'ensemble de leurs fonctions.* »

Alors, sur quoi devons-nous prévoir de nous étayer de façon à démentir un tel texte qui, sans la moindre argumentation, porte fortement atteinte au contenu de notre métier en le présentant justement sans contenu ?

AGIR SUR LE TRAVAIL par la prévention primaire, secondaire aussi, – il faut bien le dire –, et par la veille sanitaire, tels pourraient être définis nos objectifs.

Repassons donc en revue tous les moyens dont nous disposons et que nous pouvons inventer ou bien forger – ce que nous appelons les règles de métier – afin de donner un sens à ce que nous faisons, c'est-à-dire afin de tenter de **transformer le travail** pour essayer d'éviter l'altération de la santé des salariés. Et lorsque les dégâts sont là, de quels moyens disposons-nous pour intervenir individuellement et collecti-

vement, sans délaissier, pour autant, la visée de transformation ?

Le postulat étant que, tous les moyens que nous mettons en œuvre pour suivre, accompagner, alerter, conseiller et agir, doivent pouvoir être rendus visibles et rendus cohérents par un raisonnement sous-jacent. Pour cela, il faut prévoir de s'appuyer sur une logique transversale mémorisée, historicisant des **dynamiques médico-spatio-temporelles** ; cette transversalité étant elle-même porteuse d'action.

LAISSER DES TRACES

Lil faut donc **laisser des traces** afin de pouvoir s'y appuyer. Laisser des traces consiste à écrire la réalité des faits et des événements dans la perspective d'une mémoire matérialisée ; l'accumulation, l'articulation et l'agencement de ces recueils donnant naissance à l'histoire.

Laisser des traces présente trois intérêts :

- Le premier est de prévoir d'accumuler des repères. Pour cela il faut anticiper sur la nature des données qu'il est bon de conserver ou que l'on se doit de conserver.
- Le deuxième est de se soucier de la possible survenue d'événements médico-légaux pour lesquels des justificatifs seront une ressource de sauvegarde pour les diverses parties.
- Le troisième, qui est sans doute le principal, est d'en faire une **stratégie d'action** dans une visée de modification du travail si on n'ose aller jusqu'à l'idée de sa transformation.

Le dossier médical en est le **support** le plus ordinaire mais peut-être pas forcément le mieux utilisé.

Quelle représentation de l'utilité du dossier médical doit-on se faire ? Le contenu d'un dossier médical est précieux pour **mettre en parallèle** la reconstitution d'une carrière professionnelle accompagnée de ses diverses expositions à des nuisances physiques, chimiques et organisationnelles, avec le

relevé et la compilation de tous les signes et symptômes cliniques et infra-cliniques qui surviennent au décours des années et qui oscillent entre perturbations physiques et souffrances mentales plus ou moins franches. La mise en face à face de cette symptomatologie en tant que phénomène dynamique, des caractéristiques du travail dans leurs dimensions mouvantes, de la qualité des relations sociales auxquelles on aura pris soin de porter attention et de certains aspects de l'histoire singulière, permet d'accéder à **une compréhension des relations santé-travail et de son alchimie complexe**. C'est ce qui participe à la veille sanitaire et à la possibilité de prévention lorsque la clinique rend indispensable l'alerte sanitaire.

Et, dans ce même cadre, force est de constater que l'existence de parcours très lisses, se déroulant sans le moindre accroc – ce que nous retrouvons, heureusement, dans un certain nombre de dossiers où on pourrait presque parler de « bonheur » sur tous les tableaux – l'absence de morbidité majeure est bien la preuve que les épreuves s'auto-entretiennent et s'auto-enrichissent et font système.

Accessoirement, des dossiers médicaux, aux données ainsi capitalisées, permettent de nourrir les monographies qui complètent certaines études épidémiologiques, leur caractère qualitatif éclairant les effets sanitaires observés quantitativement par d'autres clés de compréhension qui s'adosent spécifiquement à une clinique médicale du travail et qui concernent aussi, pourtant, des populations et pas seulement des individus. L'exemple de l'intérêt de tels travaux a été révélé par notre enquête régionale sur la grande distribution.

Dans l'actuel de situations très ponctuelles, lorsqu'apparaît une souffrance ou une pathologie, il peut être utile d'écrire aux thérapeutes son point de vue sur la compréhension de la situation, sur les conditions de l'activité ainsi que son point de vue clinique. Plutôt que d'envoyer ce document par voie postale, certains médecins le remettent en mains propres au salarié, sous pli non cacheté, sachant qu'il sera lu, ce qui est bien leur objectif. Il s'agit alors d'une stratégie qui permet de donner acte à la réalité d'événements délétères reconnus par le professionnel mais aussi de permettre au sujet de se réapproprier son histoire afin de ne plus la subir et d'y faire front. Cela peut aussi avoir un effet déculpabilisant dans les situations d'organisations maltraitantes. Un autre avantage est que des relations de confiance se nouent avec d'autres professionnels de santé activant un réseau de relations dynamiques d'échanges.

Bien sûr de tels documents sont conservés dans le dossier médical.

Puisant dans mon expérience personnelle, je présente ce que j'avais adressé à un chirurgien avant une intervention sur un canal carpien survenu à la suite de la mise en place d'une machine à cercler. Je cite : « *La salariée n'a pas une cadence imposée par une machine, néanmoins, les gestes sont très répétitifs. Tout d'abord, elle place le bandeau sur le moule en utilisant les deux mains, la gauche appuyant sur le bord qui va être maintenu par une pièce-pression commandée du pied droit par une pédale. Puis, de la main droite, elle tient une poignée qui, entraînant le volant, guide la bande de bois. Il*

faut alors lâcher la poignée pour attraper le pistolet à colle. Cette colle est déposée en deux points doubles en pressant la gâchette du pistolet. Enfin la main droite reprend la manivelle pour fermer le cercle. Il faut exercer une certaine pression sur cette poignée pour faciliter la prise de la colle. Le cercle terminé est retiré du moule à l'aide des deux mains. Il est nécessaire de forcer un peu en tirant vers soi car le bois mouillé adhère bien au métal du moule. Les gestes répétés de flexion-extension des doigts, de flexion et d'extension ainsi que de pro-supination du poignet sont à l'origine de TMS du membre supérieur. »

Une déclaration puis une reconnaissance en MP57 suivront, la mécanisation sera réalisée dans les trois mois et, depuis ce jour, ce spécialiste m'informe systématiquement de tous les cas qu'il traite, et qui me concernent, bien sûr. Sur ces pratiques, je renvoie, en plus, aux travaux cliniques d'Annie Deveaux.

Dans le traitement individuel externe des traces, il ne faut pas oublier la fiche de consultation, destinée à l'entreprise et au salarié, et sur laquelle il est recommandé d'énumérer, **en clair**, les nuisances professionnelles. Il s'agit d'une information tout autant que d'une attestation d'exposition. Y noter aussi des commentaires sur des moyens de protection ou de préservation de la santé, ce qui fait référence à l'article L.241-10-1 du Code du travail, fait aussi partie des petits outils d'action dont nous pouvons disposer.

DES MOYENS D'ORDRE PLUS COLLECTIF

sont à notre disposition pour faire circuler et pour stabiliser les données de santé au travail.

LA FICHE D'ENTREPRISE

Apparue en 1986, si formelle, si longtemps critiquée et si longtemps rejetée par nombre de collègues car analysée comme un travail « en plus » – et je rajoute : au travail à la chaîne des « visites » médicales que nous exécutions, front baissé et haletant, pour respecter la commande, par vacation, du nombre imposé de « visités » dans le seul objectif d'un contrôle d'aptitude, en oubliant la visée de notre métier qui était d'explorer la relation travail-santé et l'action de prévention et d'alerte.

Il a alors fallu donner un sens à ce document en le délestant de ses atours inutiles pour le transformer en **un bon outil d'action**. Nettoyé d'encombrantes données chiffrées que l'employeur, bien mieux que le médecin, connaissait parfaitement pour en être à l'origine, tels le nombre de CDD, de CDI, le nombre de femmes et d'hommes..., employeur qui ne pouvait qu'en sourire au mieux ou s'en désintéresser au pire, car ces chiffres éminemment mouvants ne pouvaient que devenir faux le lendemain de leur édition, nettoyé de toutes les petites cases à remplir qu'une floraison de supports, assez peu inventifs mais très respectueux des prescriptions du décret avaient modélisés, il restait à ne lui laisser apparaître que sa fonction : **mettre en visibilité les questions de travail sur lesquelles il était nécessaire d'agir dans un objectif de prévention**. J'ai donc défendu et appliqué l'idée de l'absence totale de modèle et de l'utilisation de la fiche d'entreprise comme outil d'alerte sous forme d'un rapport descriptif, à

chaque fois inédit, des situations de travail à corriger. Il s'en est suivi qu'il ne s'agissait pas d'une action systématisée mais ciblée. Toutes les entreprises n'avaient pas une fiche d'entreprise si je n'avais rien à dire et cela même si la tutelle l'exigeait. Ce qui ne m'est jamais arrivé à cause d'une très bonne collaboration. C'était même l'inverse, c'était moi qui prévenait que la fiche d'entreprise était faite et il s'agissait là, bien sûr, d'un code.

La fiche d'entreprise est l'occasion de parler du travail. Destinée à d'autres partenaires gravitant autour de l'entreprise et investis de plus ou moins de pouvoir, elle permet de porter en débat public ces questions souvent impossibles à aborder en interne par les salariés.

Là encore, j'emprunterai un exemple à ma pratique personnelle. Il s'agissait d'un golf employant trois salariés, sans responsable sur site, la direction étant à Paris. Je faisais les remarques suivantes, dont je ne présente qu'un extrait. Je cite : « *Le jour de mon passage était un jour de grand froid. J'ai constaté que la grande salle d'accueil n'était pas chauffée, la seule source de chauffage étant une immense cheminée, éteinte, car le salarié de service n'avait pas eu le temps de l'allumer. Ce matin-là, les clients se sont succédés sans interruption, bien emmitouflés, discutant de choses plus ou moins personnelles, badines et ludiques avec le réceptionniste qui, lui travaillait, encaissait, répondait au téléphone, contrôlait l'occupation des parcours, distribuait les "outils" de jeu et prenait les inscriptions au repas du midi, tout en répondant aux banalités de civilité des joueurs. De la matinée, il n'a pu allumer son feu. Il aurait fallu pour cela qu'il commence par s'approvisionner en bois en allant le chercher dans un entrepôt très éloigné de l'accueil, qu'il remplisse un chariot de golf de bûches volumineuses, qu'il le rapporte auprès du foyer, le vide, et manipule une troisième fois le bois pour en mettre une partie dans l'âtre. Une aide aux manutentions mais surtout l'installation d'un chauffage continu seraient-ils envisageables ? »*

Le lien avec la santé est ensuite fait et, en dernier, je présente ce document comme étant un élément de la fiche d'entreprise tenue à la disposition des institutions que j'énumère.

LE RAPPORT ANNUEL

Destiné au CE et au CHSCT des entreprises de plus de 300 salariés, est un autre support qui permet une approche synthétique sur une population bien déterminée en présentant des liens chiffrés entre les éléments de santé et les éléments du travail. Cela a l'énorme avantage de porter en direct le débat des relations santé-travail dans l'espace public propre à l'établissement.

Dans les entreprises où ce document n'est pas obligatoire, il n'est évidemment pas interdit de l'utiliser pour présenter une synthèse sur les questions d'altération de la santé lorsque le lien avec le travail est diagnostiqué par le médecin. Il aura l'avantage d'être débattu en CHSCT dans les entreprises de plus de 50 salariés et il pourra s'appeler « complément à la fiche d'entreprise » dans les plus petites.

Le CHSCT est d'ailleurs un lieu où le médecin du travail peut apporter son point de vue sur les questions de santé au travail

qu'il estime d'actualité et pour lesquelles il pense qu'une correction est nécessaire ; le compte-rendu constituant alors la trace de l'alerte.

Dans certains cas **d'urgence sanitaire**, une bonne tactique d'alerte peut être, d'ailleurs, d'en passer par la saisine du CHSCT, si d'autres voies apparaissent moins efficaces. Un remarquable modèle d'intervention a été utilisé par le collègue qui exposait, à l'occasion du « staff » santé mentale et travail, ses interrogations et son action à propos d'une épidémie de suicides survenus dans une entreprise de transport urbain. Ce compte-rendu complet a été présenté à l'occasion de la Journée de l'Institut de Médecine du Travail, le 21 octobre 2002, qui s'était déroulée à Tours.

Dans tous les cas, il s'agit toujours d'une appréciation sur la meilleure efficacité en terme de correction de la situation.

AUTRES TRACES, de grande importance du fait qu'elles rendent visibles « **sociétalement** » le contenu et les caractéristiques de notre spécialité médicale, sont constituées par les livres, revues et articles de presse – aussi bien grand public que scientifique – rendant compte de l'ordinaire et des résultats d'enquêtes épidémiologiques, telle ESTEV, pour n'en citer qu'une, qui est devenue une référence mondiale.

Je cite à nouveau les trois ouvrages auxquels notre région a largement contribué :

- *Souffrance et précarités au travail,*
- *Des médecins du travail prennent la parole,*
- *Femmes au travail, violences vécues.*

Comme on l'aura compris, il ne s'agit pas de bureaucratiser les écrits selon le modèle de l'application des normes ISO 9000 dont l'objectif est de garantir « l'aptitude d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs », mais de donner à ces écritures professionnelles, à ces écrits d'action, qui ne se réfèrent qu'à la clinique médicale du travail, **une fonction préventive n'ayant, comme visée, que l'amélioration ou la préservation de la santé au travail, individuelle et collective. Et, on le sait bien, cette forme de pratique ne satisfait pas tous les utilisateurs puisque, dans certains cas, certaines formes de management préféreraient le silence du médecin et ne se privent pas de le faire savoir.**

Rappelons-nous l'affaire Karyne D....

L'INAPTITUDE MÉDICALE

D'autres circonstances nous mobilisent sur les mêmes préoccupations, à savoir, faire connaître des désordres de santé individuels par souci de protection ou bien dans un objectif médico-légal. Il s'agit alors d'une clinique individuelle qui se révèle au moment et dans la confidentialité et l'intimité du cabinet médical. Deux voies peuvent être empruntées par le médecin : l'inaptitude et la déclaration de la maladie professionnelle ou à caractère professionnel.

L'inaptitude médicale n'est pas le symétrique de l'aptitude. L'inaptitude est un acte médical dans la mesure où le médecin y a recourt pour préserver la santé ou pour la protéger immédiatement. L'inaptitude est un acte thérapeutique de préservation ou de sauvegarde.

En mettant à part la question des « postes de sécurité », qui ne sont d'ailleurs toujours pas définis et sur lesquels nous n'avons pas encore réellement élaboré de position professionnelle ferme, j'affirmerai qu'une inaptitude ne doit pas être imposée mais négociée, travaillée et décidée avec l'accord de l'intéressé. Il semble important aussi que les liens avec le travail soient affirmés et écrits, même *a minima* par l'intermédiaire de la feuille de consultation. Cela permet, là encore, à l'individu d'avoir un peu la main sur son histoire et d'y être actif ; qu'il s'agisse de pathologies relevant du biologique, mais aussi et surtout, de pathologies liées à une souffrance mentale d'origine professionnelle. On peut dire que donner acte, par un professionnel, de la relation santé-travail à une sortie d'emploi rétablit un ordre de justice. On peut dire aussi que, sortir de l'emploi à cause d'une affection grave ou invalidante, non liée au travail, et pour laquelle il y a une impossibilité de reclassement dans l'entreprise, atténue un peu l'injustice ressentie par ces « coups du sort » et atténue l'effet de dévalorisation et de fragilisation.

AUTRES ACTIONS DE SAUVEGARDE pouvant être utilisées :

➤ **L'INAPTITUDE TEMPORAIRE**, attestant de la nécessité d'une prise en charge thérapeutique immédiate.

➤ **LE SUIVI RAPPROCHÉ**, à l'initiative du médecin du travail – on peut imaginer toutes les deux ou trois semaines – signifié ostensiblement par écrit. L'effet est presque magique sur les situations de « placardisation », par exemple. Néanmoins, le gros du travail de compréhension de la cause liée à l'organisation du travail restera à faire, bien sûr ; mais avant tout, au moins provisoirement et assez souvent, le salarié retrouvera plus ou moins vite, une « vraie tâche » à faire si ce n'est son poste de travail antérieur.

➤ **LA NARRATION ÉCRITE**, par le salarié lui-même, des événements et situations de travail particulièrement douloureux, au fur et à mesure de leur survenue, est un travail que le médecin peut se permettre de recommander et de provoquer dans certaines situations de souffrances aiguës. Ces scènes de travail, accolées les unes aux autres et destinées à un deuxième regard, tissent la trame d'un scénario qui a l'avantage de mettre le salarié en situation de spectateur de sa propre histoire professionnelle, d'ouvrir une capacité de compréhension et de jugement et d'atténuer la souffrance immédiate. Il se regarde vivre et agir. Il ne subit plus, il domine.

C'est une manière pour lui de reprendre vraiment la main sur son destin. Restera, une fois de plus, à rechercher, en commun, les clés de compréhension de l'organisation délétère autorisant la naissance de ces situations de plus en plus fréquentes.

Ces écrits-là sont aussi conservés dans le dossier médical.

➤ il n'est pas interdit d'imaginer d'autres actions de sauvegarde et il est fort à parier que des expériences inédites existent. En particulier en cas de nécessité d'**ALERTE MÉDICALE URGENTE**. A plusieurs reprises déjà, j'ai proposé ce mot « d'alerte » en parlant des divers supports d'intervention dont nous disposons.

Il peut arriver que nous soyons obligés d'intervenir rapide-

ment en utilisant une autre tactique, donc une autre voie ; soit que les moyens utilisés habituellement n'aient pas été repris par le collectif, soit que les acteurs institutionnels n'aient pas réagi, soit tout simplement, que les structures sociales soient inexistantes. Il faut donc inventer une stratégie d'écriture qui se retrouve malgré tout mise en visibilité dans le champ social.

L'exemple suivant que nous a rapporté tout récemment notre collègue parisienne, Catherine Roche, est un modèle d'astuce.

Dans une très petite entreprise, le responsable avait pris l'habitude d'embaucher des femmes, jeunes, célibataires et sans enfants, diplômées de haut niveau et en première expérience professionnelle. Elles faisaient 55 heures par semaine et étaient payées 35, bien payées pour 35 heures mais mal pour 20 de plus. Elles faisaient aussi des erreurs par manque d'expérience, puisqu'elles débutaient. En contrepartie, elles étaient copieusement insultées, ne disposaient d'aucune pause et allaient assez mal. Le médecin, qui était déjà intervenu sans succès, via la fiche d'entreprise, leur conseilla donc de décrire ce qui se passait et d'y demander remède en s'adressant directement à l'employeur par écrit mais en envoyant le double au médecin du travail et l'inspecteur de travail.

Elles le firent.

L'inspecteur du travail demanda au médecin de faire une visite de l'entreprise en sa compagnie et lui demanda aussi d'assister à l'audit de chaque salariée qu'il tenait à faire sur le lieu de travail à propos des contrats de travail. Le motif de la visite était les courriers reçus qui alertaient, pour l'un, sur des problèmes de santé qui semblaient avoir « un lien direct et essentiel » avec le travail, et, pour l'autre, sur les anomalies présentées par le contrat de travail.

Ce fut fait.

L'employeur n'a pas porté plainte contre le médecin. Les salariées se sont senties beaucoup mieux. Apparemment l'atmosphère a changé et le médecin en a profité pour faire un rajout à sa fiche d'entreprise.

La mise en visibilité dans le champ social est très importante. Elle oblige à la réaction et au traitement des problèmes soulevés, donc à la transformation et elle est protectrice pour le médecin. Et j'insiste, l'alerte doit investir le champ social.

Alerter individuellement l'employeur et la hiérarchie d'un côté et les salariés de l'autre, ce n'est pas le champ social car on ne s'adresse pas à une communauté mais à une collection d'individus atomisés. On met alors tout le monde en danger. La hiérarchie se sent coupable et les salariés ont peur des sanctions. Ce sont les raisons pour lesquelles, dans ces cas ils risquent de tous se retourner contre le médecin qui n'y comprend plus rien, qui est alors très mal et qui est piégé.

L'alerte peut échouer, la nuisance peut ne pas avoir été repérée. Confronté à la pathologie, la déclaration de la maladie professionnelle, dont la pratique est bien connue et généralisée, on le sait tous, devient un bon levier, certes tardif, mais un bon levier d'action pour l'amélioration de certaines situations de travail.

Les déclarations de maladies à caractère professionnel sont un levier d'action beaucoup moins, on peut même dire pratiquement jamais, utilisé. Pourquoi ?

Rappelons qu'il s'agit pourtant d'une obligation pour tout docteur en médecine et que c'est le Code de Sécurité Sociale, dans son article L.461-6, qui nous définit cette obligation.

Mais voilà, une déclaration de MCP déclenche une enquête administrative puisqu'elle est destinée à la CPAM et parfois une enquête de l'inspection du travail puisque l'inspecteur en est destinataire.

J'ai bien le souvenir des plaintes qui arrivaient à notre direction, voilà de nombreuses années, au début de ma carrière, époque à laquelle on m'avait enseigné l'article L.500 (qui est l'ex L.461-6) lorsque nous utilisions ce carnet à souches jaune – il s'agissait du support des déclarations de MCP. Nous nuisions, nous disait-on, aux entreprises... mais, en fait, nous nuisions aussi aux salariés qui étaient exposés à des rétorsions. Pour éviter les histoires, la déclaration est donc devenue signalement auprès du médecin inspecteur. Cela ne servait donc plus qu'à faire des comptes, dans l'espoir angélique d'étendre les tableaux, ce qui ne fut jamais le cas, pour de multiples raisons. L'effet sur le travail ? Gommé !

Réhabilitons donc la vraie déclaration de maladie à caractère professionnel. Ce qu'il est obligatoire d'obtenir et de respecter, c'est l'accord du salarié ; incontournable condition du fait

de retombées possibles, dans l'entreprise, et à son détriment. Un support pré-imprimé n'est pas une nécessité. Une déclaration détaillée, sur feuille blanche, est alors envoyée au service AT-MP de la CPAM, à l'inspection du travail et au médecin inspecteur.

Cette procédure a été utilisée pour le cas suivant : il s'agissait de larges plaques de gelures sur les faces antérieures des deux cuisses d'une femme ayant travaillé une semaine entière, en dessous de zéro degré, à accrocher et à emballer des pièces métalliques dans une usine non chauffée, aux portes ouvertes et à la toiture non étanche. Evidemment, je compte là sur l'intervention des institutions externes pour imposer des travaux et pour imposer un chauffage.

Pour ma part, lorsque je suis intervenue, il m'a été avancé, par le directeur de l'établissement, que cette personne ne savait pas s'habiller, qu'elle se mettait des collants trop serrés, que, comme elle était un peu grosse, ça la boudinait un peu et que ça ne circulait plus – là, il parle du sang –, que les autres, qui travaillaient dehors étaient indemnes... en oubliant que son travail à elle, était statique.

Se réapproprier cette procédure fait partie des règles de métier, dans une perspective d'action encore une fois.

Alors, après tout cela, pouvons-nous souscrire à l'idée de notre contre-productivité actuelle ?

Fabienne Bardot

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

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

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

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

Le prochain Congrès annuel se tiendra au FIAP à Paris, les 6 et 7 décembre 2003, avec pour thèmes :

- ◀ **Des règles pour dévoiler l'organisation du travail**
- ◀ **L'incorporation de la souffrance au travail. En travailler le sens avec le sujet**
- ◀ **Pluridisciplinarité et pratique exclusive en santé au travail**

Pour toute information ou pré-réservation, prière de s'adresser à :

**Alain RANDON 25, rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE 01 48 93 45 45 /
e-mel : a.smt@wanadoo.fr / internet : <http://www.a-smt.org>**

Pour les conditions d'adhésion et d'abonnement, voir pages 40 et 79

UN AVIS DE PLUS

Le Conseil d'État ne juge que sur la forme.

C'est pourquoi, pour démontrer que la forme du décret était correcte, il a re-précisé en quoi consistait l'aptitude, à savoir : « *il (le décret) confie à ces médecins (les médecin du travail) le soin de déceler les risques particuliers que peuvent présenter certains salariés* ». Le détail des moyens d'appréciation de ces risques particuliers est même très méticuleusement effectué : « *les médecins du travail disposent de plusieurs éléments d'ordre génétique, comportemental ou historique pour apprécier les risques particuliers que courent individuellement les salariés à être exposés à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction* ».

Il n'y a donc rien à redire sur ce décret qui est conforme aux divers décrets du Code du travail qui ont introduit l'aptitude, à commencer par celui du 20 mars 1979 (article R.241-48), puis par celui du 14 mars 1986 (article R.241-49). C'est ensuite **l'absence de contre-indication médicale à une exposition** qui est apparue ; **pour la première fois**, dans le décret du 13 février 1986, précisant les procédures à suivre pour protéger les salariés exposés au benzène, puis dans celui du 2 octobre 1986 concernant la surveillance médicale des travailleurs contre les rayonnements ionisants (article 36 du décret), ensuite dans celui du 1^{er} février 1988 relatif à la protection des salariés exposés au plomb. D'autres ont suivi..., par exemple, le bruit (article R.232-8-4), etc. jusqu'au décret du 1^{er} février 2001 sur les risques CMR.

Le dernier décret du 3 mai 2002 sur le travail de nuit parle cette fois « *d'état de santé compatible avec une affectation* » à la nuisance.

Demander aux médecins du travail de se prononcer sur une « absence de contre-indication » à une exposition à un cancérigène n'est pas une chose nouvelle ! La différence est que ces différents décrets portaient sur des cancérigènes individualisés. Seulement, jusqu'à maintenant, personne n'avait relevé cette monstruosité. Pourquoi ?

Donc, la doctrine de sélection est ancrée historiquement dans le règne de droit et dans les pratiques.

Il s'agit en fait d'une véritable culture de sélection de la main d'œuvre qui est organisée de longue date.

Pour l'anecdote, il est intéressant de rapporter ce qu'on pouvait lire dans *Le Desoille - Précis de médecine du travail* (édition de 1975) : « *le médecin ne doit pas aller contre les intérêts de l'entreprise, mais la sélection ne doit pas être inhumaine* » (page 78).

Cette culture a paralysé la démarche de prévention primaire qui vient seulement d'être inaugurée franchement par le décret du 5 novembre sur le « document unique ».

Il n'est, s'il est besoin de véritablement s'en convaincre, qu'à se pencher sur l'analyse de l'arrêté du 5 avril 1985 et sur l'instruction technique qui s'y rattache, à propos du suivi des salariés exposés aux substances susceptibles de provoquer une lésion maligne de la vessie – encore des cancérigènes connus –, dont le contenu est le suivant : « *l'examen médical d'embauchage (...) a pour but (...) de détecter les sujets présentant une susceptibilité particulière (...) Les sujets atteints de bilharziose urinaire, ayant reçu une irradiation pelvienne ou une chimiothérapie anticancéreuse doivent être écartés du risque* ».

Le décret sur les manutentions manuelles est aussi un modèle de recettes à suivre pour faire une bonne sélection physiologique du personnel exposé, même si, en parallèle, les modalités d'une prévention primaire sont bien détaillées. Ces formes de recommandations à deux facettes ont probablement poussé à se reposer sur le seul avis médical et à privilégier le respect de cet avis, ce dernier servant alors de sésame à la tenue d'un poste de travail dont il n'était plus nécessaire de se préoccuper des conditions.

Compte tenu de ces précédents, il est évident que le décret CMR n'est pas différent, dans sa forme, des autres textes.

On pourrait presque dire que c'est une chance que, pour démontrer que la forme de ce décret est correcte, le Conseil d'État fasse une démonstration – certes crue et brutale –, mais magistrale, éclairante et éclatante de ce que signifie l'aptitude.

Et c'est cela qui est à utiliser, à diffuser et à largement médiatiser, car l'explication de texte venant du Conseil d'État est d'une formidable limpidité. Le poids de son analyse peut ébranler plus sûrement les partenaires sociaux et politiques que nos alertes répétées. Enfin, le sens de l'aptitude est dit et écrit clairement !

C'est donc l'aptitude qui est à supprimer et le décret tombera de lui-même ! (et les autres aussi).

Fabienne Bardot

CHARGE DE TRAVAIL ET ENJEUX DE SANTÉ⁽¹⁾

En posant la question de la charge de travail, l'ANACT renoue avec les préoccupations qui, dans les années soixante-dix, ont conduit à sa création. Il est donc intéressant de repartir du très important rapport rédigé, à l'époque, sur l'évaluation de la charge de travail, par Hugues Monod et Françoise Lille.

La question de la charge de travail y apparaît comme une question sociale avant de constituer un objet scientifique. Elle émerge comme un effet de la « révolte des OS » et de la grève des banques et elle est indissociable de la montée du thème de l'amélioration des conditions de travail.

Les auteurs associent d'ailleurs étroitement les deux questions « *vouloir améliorer les conditions de travail – disent-ils – c'est reconnaître que la charge travail est trop lourde pour beaucoup de salariés ; c'est vouloir la diminuer* ». Il s'agit, selon eux, d'aller vers un travail « plus en rapport avec la dignité et le respect de l'homme ». Ainsi posée, la question de la charge de travail constitue un enjeu pratique qui interroge l'ensemble des disciplines intéressées par le travail.

Elle comporte, en effet, au moins trois dimensions distinctes :

- Tout d'abord, première dimension, la charge, c'est ce qui est à faire, ce qu'il faut supporter, ce à quoi il faut faire face.
- Mais, deuxième dimension, la charge de travail, ce sont aussi « les effets sur l'organisme du poids que l'homme porte sur ses épaules à l'occasion du travail ».
- Enfin, troisième dimension, la notion de charge de travail véhicule toujours une visée d'évaluation concernant son caractère acceptable ou non.

Je me propose d'envisager rapidement ces trois dimensions pour évoquer, ensuite, le problème central de l'action.

LA CHARGE DU CÔTÉ DE CE QUI EST À FAIRE

C'est par ce biais que les gestionnaires et organisateurs abordent la charge de travail. Celle-ci tend alors à se ramener à la prescription, elle-même exprimée principalement à travers à des objectifs et des indicateurs quantifiables. Monod et Lille y insistent : pour l'organisateur taylorien, la charge c'est une quantité par unité de temps. Elle s'exprime en termes de débit. C'est d'ailleurs aussi en termes de durée et de quantité qu'elle est spontanément exprimée par les agents.

Pourtant, toutes les analyses du travail indiquent que ce qui

est à faire est toujours plus ample que ce qu'exprime la prescription. Tout d'abord, celle-ci comporte toujours explicitement ou implicitement une multiplicité de critères de performance dont la compatibilité n'est pas assurée.

Les travaux de Spérandio sur les contrôleurs de la navigation aérienne l'ont très clairement montré. Dans ce cas, la charge de travail peut être exprimée de façon simple en termes de débit, c'est-à-dire en termes de nombre d'avions à gérer. Mais, si l'on n'y regarde de plus près, la tâche apparaît constituée d'une série d'objectifs : assurer la sécurité de l'atterrissage mais aussi limiter les durées d'attente, choisir des stratégies d'approche qui évitent de solliciter trop fortement les équipages, mais aussi des stratégies qui préservent le confort des passagers, qui économisent le carburant, etc.

Bien travailler implique de satisfaire à une série de critères dont la compatibilité est loin d'aller de soi. C'est là que se joue la question de la charge de travail.

Spérandio montre que l'augmentation de la densité du trafic se traduit par une dégradation de l'activité des contrôleurs. Celle-ci tend à se focaliser sur des objectifs de plus en plus réduits, abandonnant progressivement les objectifs annexes afin de préserver les plus importants, soit dans ce cas, la sécurité.

L'indicateur statistique le plus accessible, le nombre d'avions à gérer, ne rend donc que très imparfaitement compte de la charge. Il véhicule, en effet, l'illusion d'une stabilité des modes opératoires aux différents niveaux de débit. Or, il est impossible de comprendre la question la charge de travail si l'on considère qu'à ces différents niveaux, les contrôleurs font le même travail à une cadence de plus en plus rapide. En réalité, un avion n'est pas pris en charge de la même façon aux différents niveaux de densité du trafic aérien.

Aux différents niveaux de charge, on ne fait pas le même travail.

La charge de travail n'est donc pas correctement exprimée par le flux de production. Elle l'est mieux par l'évolution des conflits entre les différentes dimensions de la performance. L'indicateur principal de charge est donc l'évolution de l'activité vers un mode dégradé. Comme le dit Yves Clot, ce qui pèse au travail, **la charge, c'est moins ce qu'on fait que ce qu'on ne fait pas, que ce que l'on n'arrive pas à faire.**

•••••

1- Intervention au colloque « Négocier la charge de travail entre performance, organisation et conditions de travail » organisé par L'ANACT, le 19 septembre 2001, CNIT, Paris la Défense.

Ces constats déjà anciens ont une valeur absolument générale. Même si la tâche semble présenter une complexité inférieure à celle du contrôle aérien, l'activité implique toujours la prise en considération d'une multiplicité de critères qualitatifs qui cadrent la façon d'obtenir les résultats. Et ces critères qualitatifs débordent largement la prescription. On sait, depuis les années trente, que s'y ajoutent les critères d'évaluation portés collectivement par le groupe de travail. Interviennent aussi les intérêts et exigences personnelles des individus.

Le travail d'articulation des différents objectifs ainsi que des systèmes de normes et de valeurs qui les sous-tendent est un travail d'humanisation. Bien que non prescrit par la hiérarchie, il contribue fortement à la performance globale.

Les agents eux-mêmes apparaissent donc comme individuellement et collectivement prescripteurs et organisateurs de leur activité mais une part de ce qui constitue leur charge n'est pas perçue par l'organisateur. Celui-ci est donc en position d'augmenter la pression, entraînant, de ce fait, une dégradation des dimensions non formellement prescrites qui correspondent aux exigences propres des agents.

Vous savez que ce scénario prend aujourd'hui une actualité particulière. En effet, nous nous assistons à une double évolution. D'une part, une évolution générale vers les services qui sollicite, chez les opérateurs, initiative et engagement subjectif. Mais, dans le même temps, et contradictoirement, une pénétration du secteur des services par les processus de rationalisation caractéristiques du monde industriel. Les logiques de flux venant alors cadrer sévèrement l'engagement subjectif dans l'activité.

Les conflits de normes évoqués plus haut en sont nettement aiguisés.

Tous ces éléments posent la question des effets sur les agents. C'est le deuxième volet de la charge de travail.

LA CHARGE : CE QUE ÇA NOUS FAIT

L'abandon de certains critères de performance est banalisé par la hiérarchie dans la mesure où il réalise une économie de moyens tout en préservant les exigences considérées comme centrales par la direction. La hiérarchie est donc en position de juger qu'il s'agit d'un compromis satisfaisant et de faire la sourde oreille lorsque le personnel se plaint de la dégradation de son activité.

Pour percevoir le contenu dramatique de cette question, il nous faut nous approcher au plus près de l'engagement dans le travail.

Au travail, l'agent n'est jamais confronté à la situation type prévue par la prescription. La situation qu'il rencontre est toujours particulière et c'est en face de ces particularités que se déploie sa contribution propre. A cet instant, les savoirs transmis, les règles techniques stabilisées, ne suffisent pas. L'agent doit user de ses propres ressources, c'est-à-dire de sa personnalité, de sa subjectivité. La ressource sur laquelle il s'appuie, c'est son histoire personnelle qui le rend sensible à tel

ou tel aspect de la situation. Non pas le raisonnement, mais ce rapport pré réflexif au monde, résultat de l'incorporation et de la fusion de l'ensemble des expériences et des savoirs, qui fait que notre action est marquée, aux yeux des autres, par un style particulier.

Le travail passe donc par un engagement du corps. Non pas du corps de la biologie mais du corps mémoire vivante des expériences de plaisir et de souffrance, du corps tendu vers un certain mode de vie, vers un certain projet de monde, vers une certaine façon de le partager avec autrui.

La mobilisation dans le travail ne peut donc être réduite à une computation superficielle qui laisserait intact le corps. Le travail implique un investissement charnel. Au sens strict, les agents donnent chair à la prescription.

Là où la prescription vise une production à valeur marchande, l'activité vise la production d'un monde.

C'est ce qui fait du travail un processus risqué dans lequel la propre chair de l'agent se trouve exposée. La disqualification de ce processus sous l'effet de l'intensification attaque l'agent dans ses dimensions les plus personnelles. Elle mine la confiance en soi, le respect de soi, l'estime de soi. Elle ouvre ainsi la voie aux manifestations dépressives, aux perturbations du comportement et aux pathologies somatiques.

Les recherches des vingt dernières années ont surabondamment démontré que la perte des degrés de liberté dans le travail, la réduction des espaces d'expression et de construction personnelle constituaient des éléments fortement pathogènes dont le coût en terme de mortalité est massivement sous-estimé.

Des dimensions de l'activité qui ne sont pas ou mal perçues par les directions constituent donc, pour les agents, des enjeux vitaux. Cela pose le problème du troisième volet : celui des modalités d'évaluation de la charge de travail.

LE JUGEMENT SUR LE CARACTÈRE ACCEPTABLE OU NON

Dans leur rapport, Monod et Lille indiquent que « la cotation d'un grand nombre de postes est réalisée sans problème par les organisateurs du travail en fonction de l'expérience acquise ou d'un consensus général ». C'est à mon sens très important : l'évaluation de la charge de travail repose traditionnellement sur l'expérience et le consensus beaucoup plus que sur l'analyse scientifique.

Or, ici encore, les évolutions de l'organisation du travail compliquent la situation.

La « servicierisation », le pilotage par l'aval, mettent en crise les modes d'organisation tayloriens. Les hiérarchies sont de moins en moins en mesure de prescrire les modalités d'exécution du travail. L'appel à l'initiative des salariés se double d'un désengagement des hiérarchies vis-à-vis de ces modalités. De plus en plus, l'idée prévaut qu'il n'est pas nécessaire de connaître le travail pour le manager. Ces éléments accroissent la distance entre l'encadrement et les dimensions de l'ac-

LES INTERVENTIONS PLURIDISCIPLINAIRES DANS LE CADRE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

L' article L.241-2 du Code du travail tel qu'il a été modifié par la loi de modernisation sociale permet dorénavant aux services de santé au travail « afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail », de faire appel « en liaison avec les entreprises concernées, soit aux compétences des Caisses régionales d'assurance maladie, de l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics ou des associations régionales du réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, soit à des personnes ou à des organismes dont les compétences dans ces domaines sont reconnues par les Caisses régionales d'assurance maladie ou par ces associations régionales. » Ces dispositions visent à organiser la pluridisciplinarité dans le cadre de la prévention des risques pour la santé au travail. Dans la mesure où le même article stipule que « Les services de santé au travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de "médecins du travail" » et dispose que : « L'appel aux compétences (...) s'effectue dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés et déterminées par décret en Conseil d'État », la nature de ces interventions doit être pesées afin de répondre aux principes réglementaires qui les guident.

LES LIMITES RÉGLEMENTAIRES DE L'INTERVENTION DES MÉDECINS DU TRAVAIL EN MILIEU DE TRAVAIL

L' article L.230-2 du Code du travail reprenant l'article 6 de la Directive européenne du 12 juin 1989 « concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail » impose quatre séries d'obligations aux employeurs :

- « évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs » ;
- « éviter les risques », ce qui implique la prévention des risques à la source ;
- « évaluer les risques qui ne peuvent être évités » ;
- « planifier la prévention » : « adapter le travail à l'homme », « tenir compte de l'évolution de la technique », « remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux », « prendre des mesures de protection collective en leur donnant la

priorité sur les mesures de protection individuelle », « donner les instructions appropriées aux travailleurs ».

L'article R.241-41 du Code du travail indique que le médecin du travail est : « le conseiller du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés, des représentants du personnel, des services sociaux, en ce qui concerne notamment :

- 1° L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise.
- 2° L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine.
- 3° La protection des salariés contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'utilisation des produits dangereux.
- 4° L'hygiène générale de l'établissement.
- 5° L'hygiène dans les services de restauration.
- 6° La prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle.

Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail et procède à des examens médicaux ».

Cette activité de conseil est formalisée par des documents médico-réglementaires à disposition de l'employeur et des contrôles social et administratif. Le rapport annuel d'activité, le plan d'activité en milieu de travail, la fiche d'établissement jalonnent cette activité, indiquent *a priori* et décrivent *a posteriori* les interventions du médecin du travail. Elles sont constitutives de sa responsabilité et engagent celle du chef d'établissement.

L'article L.241-2 définit le principe directeur des missions du médecin du travail. Son activité est exclusivement préventive et « consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs ».

L'activité des médecins du travail est donc une activité de veille sanitaire portant sur les individus et les collectifs au travail (prévention primaire d'identification des risques du travail pour la santé du salarié et prévention secondaire impliquant une activité de surveillance de la santé des personnes exposées). C'est aussi une activité de conseil de la communauté de travail en matière de prévention de toute altération de la santé du fait du travail.

Ceci est parfaitement conforme à la Loi du 4 mars 2002 concernant les droits des personnes en matière de santé dont les dispositions s'appliquent également à la prévention de la santé. Elle stipule en effet que « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible(1)* ».

L'aide que le médecin du travail va pouvoir apporter au chef d'établissement pour lui permettre de répondre à ses obligations en matière de prévention est donc limitée aux caractéristiques qui concerne la prévention des risques professionnels lorsque celle ci envisage d'éviter les risques ou lorsqu'il s'agit de les évaluer.

La limite à cette aide est atteinte dès lors qu'il s'agit de gérer ces risques c'est-à-dire de faire un choix entre plusieurs inconvénients pour la santé plutôt que de les éliminer ou lorsqu'elle implique une sélection des salariés sur des critères de santé. Une telle politique ne permet plus, en effet, au médecin du travail de respecter les principes déontologiques et réglementaires qui régissent son activité.

Les obligations d'employeurs relèvent donc, du point de vue du médecin du travail, de deux domaines distincts :

- La prévention des risques pour la santé (identification des risques, évaluation des risques, veille sanitaire, conseils dans les domaines définis par l'article R.241-41) l'intervention du médecin, dans ce domaine est naturelle puisqu'à ce stade la santé est la seule préoccupation des intervenants.
- La gestion des risques (hiérarchisation des risques, décisions en matière de mesures de prévention, politique de prévention, sélection des salariés) l'intervention du médecin n'est rendue nécessaire qu'*a posteriori* pour conseiller la communauté de travail sur les conséquences pour la santé des décisions dans ce domaine.

LA NATURE DES INTERVENTIONS PLURIDISCIPLINAIRES DANS LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Nous venons de montrer que l'intervention des médecins du travail est limitée à la prévention des risques pour la santé. Les services de santé au travail sont assurés par les médecins du travail. La pluridisciplinarité est destinée à mettre à la disposition des services de santé au travail et, par conséquent, des médecins du travail des compétences complémentaires pour : la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail.

Ces interventions sont donc affectées au même objectif

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

1- Article L 1110-1 du Code de la santé publique

« *d'éviter toute altération de la santé des salariés du fait du travail* ». Si il en était autrement outre le risque d'ingérence de la gestion des risques, sous la responsabilité exclusive des employeurs, dans le domaine de la prévention des risques du point de vue de la santé, soumise aux contrôle social et administratif, cela équivaldrait à une captation des ressources de la prévention dès lors que ces interventions, prise en charge par les services de santé au travail, sortirait du cadre d'échanges légitimes entre ces deux secteurs définis au chapitre précédent. Il est bien sûr parfaitement licite et légitime que pour éclairer ses décisions et exercer ses responsabilités, le chef d'établissement s'entoure d'avis d'experts de la gestion des risques. Le mélange des genres, en revanche, ne profiterait ni à prévention des risques du point de vue de la santé qui serait appauvrie et décrédibilisée, ni à la gestion des risques qui du fait de cet appauvrissement et de ce discrédit perdrait une source fiable d'indicateurs pertinents et indépendants sur la réalité du terrain et des effets de sa politique.

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU TRAVAIL ET DES MÉDECINS INTERVENANTS

INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS SALARIÉS

Dans ses commentaires de l'article 5 du Code de déontologie (« *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* »), le Conseil national de l'ordre des médecins précise que : « *cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du malade (...)* Un médecin ne doit pas accepter une position subordonnée telle que sa liberté de jugement et d'action puisse se trouver amputée ou orientée. A une époque où le besoin de sécurité développe des formes nouvelles d'exercice, le corps médical doit continuer à préserver son indépendance professionnelle, sans en sacrifier une partie pour une meilleure stabilité personnelle (...) la subordination dans la décision médicale est inadmissible. L'absence de clause garantissant l'indépendance professionnelle (clause considérée comme "essentielle" et confirmée par le Conseil d'État) est une cause de nullité déontologique du contrat. Le médecin ne peut accepter d'être l'allié d'un employeur contre un employé ou inversement. Il ne peut subir l'influence de tiers, ni se laisser entraîner dans des combinaisons d'intérêt à l'insu du patient. S'il ne donne pas de soins, s'il fournit seulement des avis, l'indépendance de son jugement ne doit pas être compromise par un programme ou des directives. Ainsi le médecin du travail ne se prononce pas en fonction de l'employeur ni des syndicats mais dans l'intérêt de l'individu et de la collectivité des salariés qu'il examine. Le médecin doit toujours agir dans le sens dicté par l'intérêt premier du patient et ne peut pas se laisser considérer comme un agent d'exécution au service d'autres intérêts qui deviendraient prépondérants. Il s'agit là d'un état d'esprit auquel il convient de veiller sans cesse ».

Le CNOM a également défini, dans un rapport, de façon critique la nature de l'indépendance professionnelle des médecins salariés(2). L'introduction précise que la notion d'indépendance technique n'est pas pertinente pour tracer les limites de cette indépendance. Le terme indépendance médicale recouvre mieux, en effet, les deux domaines qui constituent l'indépendance professionnelle des médecins exerçant aussi des activités médicales différentes de la clinique individuelle. **L'intervention en milieu de travail relève bien d'une activité médicale dès lors qu'elle est effectuée par un médecin.** Selon ce rapport, pour les médecins, « l'indépendance passe par : la fixation personnelle de leur programme de travail ; l'administration de leurs moyens de production ; la liberté d'expression de leurs avis et de la mise en œuvre de leurs décisions ».

Il souligne l'illégitimité, de ce point de vue, de la subordination à un médecin directeur ou à un médecin chef qui aurait pour mission de fixer les objectifs de l'activité. Il précise qu'il appartient au médecin « de demander, en s'appuyant sur le code de déontologie, que son employeur limite ses exigences et lui fournisse les moyens nécessaires à son exercice ».

En soulignant qu'il existe parfois une pression ou une imixtion des employeurs dans les décisions médicales concernant un individu, il reconnaît toutefois le peu de fréquence de ces dérives. Par contre il précise : « Mais l'indépendance médicale d'un praticien salarié ne se limite pas à cette seule partie de son activité. En effet, le problème se complique sérieusement lorsque son avis concerne non pas un individu, mais un groupe d'individus, voire une politique sanitaire qu'elle soit à caractère préventif ou curatif, ainsi que dans le choix des moyens dont pourra disposer le médecin. Si les impératifs de santé publique ou les contraintes économiques, comme celles qui pèsent sur l'assurance maladie ou l'hôpital

•••••

2- Dr. François-Xavier Mercat : *Rapport au CNOM adopté lors de la session d'octobre 1999.* « J'ai intitulé ce rapport "indépendance médicale des médecins salariés" et non pas "indépendance technique" car le propos de ce rapport est justement de considérer que le terme d'indépendance technique est trop limitatif. Si le titre de Docteur en médecine fait obligation de respecter une certaine éthique liée à la connaissance et surtout à l'image que le médecin représente, c'est l'inscription à l'Ordre et le serment prononcé à cette occasion qui l'obligent à respecter les règles édictées dans le code de déontologie (...) En son article 5, le Code de déontologie stipule : "Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit". À partir du moment où le médecin est salarié, c'est-à-dire se trouve en situation de subordination vis-à-vis d'un employeur, le terme d'indépendance professionnelle ne convient pas. Ainsi, l'article 95 concernant l'exercice salarié de la médecine évite ce mot en précisant dans son deuxième paragraphe : "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". Nous verrons ce que recouvre la formule "exercice médical", qui est l'objet de ce rapport. Dans les différents textes législatifs ou réglementaires, qui organisent la médecine de contrôle ou la médecine du travail et de prévention ou dans les statuts et contrats des médecins salariés, le terme d'indépendance technique est fréquemment utilisé. Les employeurs y tiennent car cela permet d'enfermer les médecins dans la zone limitée de leur décision médicale par rapport à un individu. Nous conserverons donc le terme d'indépendance médicale en le rapprochant de celui d'exercice médical. Nous analyserons ce que recouvre cette notion et quelles sont ses conséquences pour le médecin salarié. »

sont en contradiction avec les espérances, les attentes, voire les droits individuels, il appartient aux médecins et singulièrement aux médecins salariés d'en faire état auprès des décideurs qui sont souvent leurs employeurs. C'est un point essentiel de leur indépendance médicale souvent mal connu et mal compris ». À l'appui de cette appréciation le rapporteur évoque plus particulièrement la situation délicate des médecins du travail des grandes entreprises. Ainsi : « On reconnaît aux médecins d'EDF-GDF l'indépendance de leurs décisions par rapport aux salariés mais cette indépendance leur est refusée s'ils se mêlent d'avoir un avis ou de prendre des décisions relatives à la politique sanitaire de l'entreprise ».

INDÉPENDANCE DES MÉDECINS DU TRAVAIL ET INTERVENTIONS MÉDICALES DANS LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le nouvel article L.241-2 du Code du travail a pour finalité « d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail ». Il ne remet pas en cause que les compétences médicales sont représentées par les médecins du travail. Les interventions médicales si elles s'avéraient nécessaires ne pourraient se déployer qu'à l'initiative exclusive des médecins du travail. Dans le cas contraire se poserait la question de la légitimité de telles interventions.

L'intervention médicale ne se comprend alors que dans l'hypothèse d'un besoin de compétences médicales supplémentaires (appel à des compétences identiques pour des raisons de charge importante) ou complémentaires (appel à des compétences différentes pour des raisons de spécificité des questions rencontrées).

Hors de ce cadre, il existe, en effet, un risque indubitable de conflit d'indépendance entre celle du médecin du travail et celle d'un médecin intervenant à la demande du service de santé au travail dans le cadre de la pluridisciplinarité. Une situation d'activité parallèle existe déjà dans les grandes entreprises entre les médecins du travail et les médecins experts de l'employeur appartenant aux services de gestion des risques. En général, la coactivité de ces médecins est régie dans cette situation par des protocoles formalisés tels qu'ils sont prévus par l'article 13 du décret de 1988 le médecin du travail ayant l'initiative ou donnant au moins son accord à de telles démarches.

Toutefois la nouvelle situation est inédite dans la mesure où l'intervention éventuelle de spécialistes, médecins ou non, est, dans ce nouveau contexte, spécifiquement accomplie dans le cadre de la prévention exclusive des risques pour la santé.

Cette situation est spécifique mais elle répond à des principes tirés de situation comparables telles que l'exercice en équipe ou les interventions en réseau. Ainsi le rapport du CNOM déjà cité ci-dessus considère que : « Les transformations de l'exercice en général et les modes pratiques de cet exercice multiplient les circonstances dans lesquelles s'exerce le droit des patients à l'indépendance des médecins. C'est le cas de la médecine d'équipe où "chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles" et "peut librement refuser de

prêter son concours ou le retirer". C'est également la situation des médecins associés dont le contrat écrit doit respecter "l'indépendance professionnelle de chacun d'eux", obligation qui s'étend aux médecins associés ou non dans leurs rapports avec les autres professionnels de santé. Des conflits peuvent survenir dans des circonstances très variées. Les situations doivent toujours être abordées en fonction de l'intérêt direct et immédiat du patient ou du malade (...) Dans la pratique en réseau, l'indépendance du médecin est fondamentale mais ne saurait être utopique. Elle doit tenir compte des réalités, c'est-à-dire de l'ensemble constitué structurellement par l'équipe médicale (médecins, auxiliaires médicaux et médico-sociaux) et les établissements hospitaliers publics ou privés. L'important est qu'aucun intérêt ne l'emporte, dans les décisions des médecins ou autres soignants, sur l'intérêt premier du malade ».

LES RESPONSABILITÉS DÉONTOLOGIQUES DU MÉDECIN INTERVENANT DANS LE CADRE DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ

Les responsabilités déontologiques du médecin intervenant dans le cadre de la pluridisciplinarité sont les mêmes que celles de tout médecin salarié et comme le rappelle l'article 95 du Code de déontologie médicale(3), elles sont identiques à celles de tout médecin.

Les commentaires du CNOM à ce sujet sont fort explicites : « La déontologie est la même quel que soit le mode d'exercice ou de rémunération du médecin. Un médecin salarié doit avoir, pour souci primordial, l'intérêt de la santé des patients. Il est soumis à toutes les règles déontologiques de sa profession (devoirs généraux, devoirs envers les patients, devoirs de confraternité) (...) L'indépendance du médecin étant avant tout un droit du patient, le médecin salarié ne peut accepter que ses avis, ses actes, ses prescriptions y compris la rédaction de ses certificats soient limités par des directives. Il en est le seul responsable. Il ne peut y avoir de subordination ou de dépendance, vis-à-vis de l'établissement ou de l'organisme qui emploie le médecin, qu'au point de vue administratif (horaire, organisation du service...) »

Plusieurs caractéristiques de la déontologie médicale sont à préciser au sujet de cette fonction: la nécessité et la nature du contrat, le libre choix et le consentement du sujet à l'intervention du médecin, la possibilité d'activités médicales cliniques individuelles.

● ● ● ● ● ● ● ●

3- Art. 95. - Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

LA NÉCESSITÉ ET LA NATURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

« L'article L.4113-9 (ancien art. L.462) du CSP a donc d'abord spécifié que tous les contrats et avenants intervenant à l'occasion de l'exercice de la profession devaient nécessairement être passés par écrit, puis posé le principe de leur communication obligatoire aux Conseils départementaux de l'Ordre. Il a enfin prévu des sanctions à l'encontre des médecins qui s'en abstiendraient (refus d'inscription ou poursuites disciplinaires) ainsi que des tiers qui s'y opposeraient (amende pénale). »

L'article 83(4) du CDM reprend cette obligation et la précise : « Les vérifications à opérer portent, sans que soit perdu de vue le principe fondamental de la liberté contractuelle qui fait la loi des parties, sur la conformité déontologique des stipulations du contrat en cause, au regard notamment du respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle ainsi que des principes du libre choix, de la liberté d'installation et de prescription, du secret professionnel et du paiement direct, sur sa validité juridique (absence de clauses contraires à l'ordre public et à la loi), sur sa cohérence interne (clauses obscures, contradictoires, mal rédigées) et enfin sur son opportunité au regard du bon exercice de la profession (clauses léonines ou potentiellement conflictuelles) ».

Dans les commentaires concernant l'article 95 du CDM il est également précisé : « L'ensemble des remarques formulées dans cet article et ses commentaires doivent faire l'objet d'une rédaction claire et précise dans les contrats dont la production est obligatoire pour le médecin mais également pour l'employeur sous peine de sanctions financières. Les simples formules de "exercera son art en toute indépendance" ou de "bénéficiera de toutes facilités pour suivre une formation continue" ou "en fonction des nécessités du service" se révèlent trop souvent insuffisantes, car elles permettent toutes les interprétations si leurs modalités ne sont pas rédigées de manière détaillée. »

● ● ● ● ● ● ● ●

4- Art. 83. - Conformément à l'article L.462 du Code de la santé publique, l'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant au droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Ce contrat définit les obligations respectives des parties et doit préciser les moyens permettant aux médecins de respecter les dispositions du présent Code.

Tout projet de contrat peut être communiqué au Conseil départemental de l'ordre, qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Toute convention ou renouvellement de convention avec un des organismes prévus au premier alinéa, en vue de l'exercice de la médecine, doit être communiqué au Conseil départemental intéressé, de même que les avenants et règlements intérieurs lorsque le contrat y fait référence. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent Code ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats types établis soit par un accord entre le Conseil national et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

Le médecin doit signer et remettre au Conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirmera sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre ou avenant relatifs au contrat soumis à l'examen du Conseil.

Un contrat détaillé mentionnant le principe et les moyens de son indépendance est une obligation pour tout médecin intervenant en qualité en entreprise. Ce contrat doit être examiné par le conseil de l'ordre compétent.

LIBRE CHOIX ET CONSENTEMENT DU PATIENT À L'ACTE MÉDICAL

Le CDM envisage ces questions aux articles 6 et 36, mais c'est le Code de la santé publique qui en fait des droits du patient.

L'obligation pour les salariés de déférer aux visites médicales effectuées par les médecins du travail est une exception au libre choix du praticien par le patient. De même la possibilité laissée au médecin du travail de prescrire des examens complémentaires ou spécialisés et de les faire réaliser dans « l'organisme de son choix » contraint le choix du patient. Cela impose encore plus au médecin du travail d'obtenir la confiance du salarié. D'où l'absolue nécessité pour le médecin du travail de donner à chaque salarié des explications sur les raisons de chacun de ses actes et d'avoir pour guide unique l'intérêt de la santé de chaque salarié et de recueillir son consentement individuel aux décisions pouvant retentir sur sa santé(5). C'est aussi pourquoi ces exceptions sont assorties de garanties incontournables : sur la compétence du praticien (formation de spécialité), sur l'accord des représentants des salariés quant à son embauche ou son licenciement, sur l'obligation de prévenir et de rendre compte de ses activités à la communauté de travail en particulier à travers les documents qui les jalonnent.

Ces dispositions sont parfaitement conformes à la loi du 4 mars 2002 sur l'obligation d'information des personnes en ce qui concerne leur santé. Elle ne saurait toutefois se limiter à ces informations formelles, mais celles-ci participent à cette information. « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.* »(6)

Si l'intervention d'un médecin autre que le médecin du travail dans le cadre de la pluridisciplinarité n'était pas assortie

•••••

5- Cette disposition qu'appliquent et que recommandent certains courants de médecins du travail depuis de nombreuses années est celui qui est maintenant exigé par la Loi. L'article L1111-4 du CSP stipule en effet : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.* »

6- Article L 1111-2 du CSP

de garanties comparables, sa légitimité pourrait être compromise puisqu'elle méconnaîtrait les droits fondamentaux des salariés sans contrepartie.

LA POSSIBILITÉ D'ACTIVITÉS MÉDICALES CLINIQUES INDIVIDUELLES

Le fait d'être médecin du travail (de prévention) interdit de pratiquer des soins sauf situation d'urgence (article 99 du CDM). Le fait d'être médecin expert interdit toute activité de soins d'un même malade (article 105 du CDM). Cela interdit d'inclure dans un même exercice prévention et activité avérée de soins cela pose la question de l'introduction de techniques relevant de la psychothérapie dans des démarches de prévention.

La situation de médecin expert est également assortie d'obligation quant à l'information des personnes qui sont l'objet de l'expertise (article 107 du CDM)

La question de l'investigation clinique individuelle personnalisée, par exemple d'entretiens cliniques réalisés, hors du cadre de la médecine du travail, par des médecins (ou des psychologues cliniciens) sous contrat de l'employeur pourrait également se poser.

Elles constitueraient un exercice dénué de toute garantie pour les salariés, dès lors qu'elles n'auraient pas recueilli leur accord individuel et collectif et ne seraient l'objet d'aucun contrôle. Elles se situeraient directement dans le domaine des rapports de la santé du salarié à son activité de travail qui est le domaine de compétence des médecins du travail se qui reviendrait à exercer spécialité sans titre. Tout médecin expert placé dans cette situation aurait obligation de se récuser (article 106 du CDM).

L'INDÉPENDANCE DES INTERVENANTS NON MÉDECINS DANS LE CADRE DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ EN SANTÉ AU TRAVAIL

L'OBLIGATION D'INDÉPENDANCE

Le cadre réglementaire européen précise à l'article 7 de la Directive européenne du 12 juin 1989 : « **1-** Sans préjudice des obligations visées aux articles 5 et 6, l'employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise et/ou de l'établissement. **2-** Les travailleurs désignés ne peuvent subir de préjudice en raison de leurs activités de protection et de leurs activités de prévention des risques professionnels ».

Cette dernière condition implique qu'un statut d'indépendance soit attaché à ces fonctions. Il couvre non seulement le domaine de la prévention mais aussi celui de la gestion des risques (les agents de sécurité du travail ou de gestion des risques).

Il est incontournable puisqu'il conditionne la qualité de leurs interventions. Pas d'intervention sans visibilité, pas de visibilité sans confiance des salariés, pas de confiance des salariés sans indépendances des intervenants.

Nous avons vu les raisons de la nécessité d'éviter toute ambiguïté entre gestion des risques et prévention des risques du point de vue de la santé pour les médecins. Elles valent aussi pour les intervenants non médecins qui doivent appartenir exclusivement à l'un ou l'autre domaine.

LES CONDITIONS DE L'INDÉPENDANCE

Les conditions générales de l'exercice indépendant qui sont définies pour les médecins valent pour les intervenants non médecins. Comme eux ils doivent avoir accès à la fixation personnelle de leur programme de travail ; l'administration de leurs moyens de production ; la liberté d'expression de leurs avis et de la mise en œuvre de leurs décisions.

L'existence d'un statut d'indépendance a pour conséquence l'obligation de compétence et celle de rendre compte. Cela impose la nécessité de définir précisément les conditions d'habilitation de ces intervenants de façon à pouvoir peser leur domaine d'intervention et la nature des missions qui peuvent leur être confiées.

Dès lors que ces intervenants interviennent dans le champ de la santé au travail, ils agissent dans le cadre d'une mission d'ordre public social. Pour accomplir leur mission dans ce cadre le fait qu'ils soient indépendants est une condition nécessaire mais insuffisante. En effet ils doivent pour obtenir la confiance des salariés recueillir leur accord collectif après avoir exposé les objectifs et les caractéristiques de leur intervention. Ils ne doivent pas seulement rendre compte au bailleur de fond mais, intervenant sur la santé des salariés, ils doivent également s'engager à leur faire collectivement un compte rendu de leur intervention.

LES INVESTIGATIONS DE NATURE INDIVIDUELLES

Il est différent d'observer un salarié au cours de son travail et de le faire verbaliser à ce propos. Il est également distinct de le convier à s'exprimer en groupe sur son vécu du travail, et de l'interroger individuellement sur le même sujet. À chaque intervention la déontologie de l'intervenant doit répondre aux caractéristiques techniques et réglementaires générales ou spécifiques qui encadrent l'intervention.

Il est d'un tout autre ordre d'effectuer des mesures de paramètres physiologiques ou de se livrer à des investigations portant sur des caractéristiques psychiques individuelles, des traits de personnalité, des événements personnels. Outre le fait que certaines interventions pourraient être illégitimes en entreprise, et, à moins qu'il ne s'agissent d'activités techniquement subordonnées à des médecins, les activités médicales ou paramédicales individuelles de diagnostic ou de soins, portant sur la santé physique ou psychique ne peuvent être exercées sans diplôme reconnu. Toute investigation clinique individuelle, toute activité paraclinique du même ordre constituerait un exercice illégal d'une activité médicale ou paramédicale et serait, à ce titre, répréhensible.

DÉONTOLOGIE DES INTERVENTIONS PLURIDISCIPLINAIRES DANS LE CADRE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Dans la mesure où les interventions pluridisciplinaires prévues par la loi « s'effectuent dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés », elles sont donc susceptibles si elles ne répondaient pas à des règles précises d'empiéter sur l'indépendance des médecins du travail et infirmier(e)s ainsi que celle des médecins intervenants et des intervenants spécialisés. D'où la nécessité de définir une déontologie de ces interventions.

Nous avons montré que le label « santé au travail » conditionne la nature des interventions pluridisciplinaires dans ce domaine du fait que la loi stipule que ces services sont assurés par les médecins du travail. Cela permet de définir la première règle déontologique de ces interventions :

Celles-ci doivent avoir pour objet la prévention des risques professionnels ou l'amélioration des conditions de travail du point de vue de la santé des salariés, à l'exclusion de tout autre objectif.

Toute intervention qui porterait sur la gestion des risques ou qui n'aurait pas pour objectif d'éviter toute altération de la santé des salariés est donc à proscrire dans ce cadre.

Ces interventions ont pour unique finalité de mettre en œuvre des compétences complémentaires à celles des médecins du travail sans atteindre à leur indépendance..

Dès lors qu'une activité a pour objet la prévention des risques professionnels pour la santé, dans le cadre du service de santé au travail elle ne peut s'affranchir de l'accord de ceux qui sont réglementairement en responsabilité, de ce point de vue : les médecins du travail. Qu'aurait de pluridisciplinaire une intervention en santé au travail dont serait exclu le médecin du travail ?

Toute intervention pluridisciplinaire dans le cadre des services de santé au travail doit comporter la participation et/ou avoir l'accord du ou des médecins du travail concernés.

En matière de prévention des risques pour la santé le médecin du travail est le seul praticien réglementairement habilité à intervenir médicalement. Cette exclusivité lui confère la responsabilité de l'initiative de la mise en œuvre de compétences médicales complémentaires.

Il ne peut y avoir d'appel à des compétences médicales complémentaires dans le cadre d'une intervention pluridisciplinaire qu'à l'initiative du médecin du travail.

Le respect de l'indépendance commence par la reconnaissance d'un statut d'indépendance pour les intervenants ainsi la mise en place des conditions de cette indépendance. Parmi ces conditions l'accord collectif des salariés et un contrôle social de l'intervention est incontournable.

Les intervenants en santé au travail doivent être titulaire d'un agrément garantissant leur compétence et être in-

vestis d'un statut protégeant leur indépendance professionnelle.

Ils ne peuvent intervenir sans l'accord du contrôle social et doivent rendre compte de l'intervention devant celui-ci.

La coopération entre les différents intervenants et les médecins du travail nécessite que leurs indépendances respectives soient respectées. Les limites concrètes de compétence et

d'intervention des intervenants doivent être envisagées dans des protocoles d'intervention.

L'ensemble de ces conditions déontologiques conditionne l'efficacité de l'intervention pluridisciplinaire en santé au travail. Les réunir est un gage de réussite. Les ignorer c'est les vouer à l'échec et en porter la responsabilité.

Alain Carré



Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Eve SEMAT
Vente en librairie
— Prix : 28,20 euros —

L'association tient des exemplaires à disposition pour les membres du réseau au prix spécial de 18,29 euros



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

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

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

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

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

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

PLURIDISCIPLINARITÉ ET SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL POINT DE VUE D'UN MÉDECIN DU TRAVAIL⁽¹⁾

Les interventions des différents professionnels intervenants en santé au travail se font du point de vue exclusif de la santé des sujets au travail, et doivent être clairement différenciées de la gestion des risques en délégation de l'employeur.

LES ENSEIGNEMENTS DE L'HISTOIRE RÉCENTE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Le bilan « contrasté » de la médecine du travail s'explique du côté de son organisation par la subordination patronale d'une part de l'exercice des médecins du travail liée aux modalités de gestion de la médecine du travail exclusivement aux mains des représentants des employeurs, et par l'insuffisance du contrôle social par des représentants des salariés démunis de moyens. Du côté de ses ambiguïtés initiales, il s'explique par la perversion de l'exercice du fait des contraintes de « l'aptitude » héritière d'une médecine du main d'œuvre, qui est pour le moins ambivalente quant à la sélection biologique et comportementale des salariés. Il est enfin sérieusement fragilisé par l'absence de politique sérieuse de santé au travail de la part de la puissance publique qui subordonne aux bons vouloir des employeurs des missions de santé publique où les interventions engageant l'ordre public sont trop souvent absentes.

L'énorme retard pris à la clarification du débat social sur la question centrale du travail subordonnée à l'emploi, et sur la santé trop souvent réduite à l'absence de maladies a profondément neutralisé l'importance du contrôle social et stérilisé beaucoup de CHSCT.

Mais on doit aussi ajouter comme éléments compréhensifs à ce bilan, et ce sera l'arrière fond de notre réflexion sur la pluridisciplinarité, l'importance des modifications délétères du travail depuis une quinzaine d'années, et son corollaire d'absence de visibilité sociale des effets du travail, organisationnels ou environnementaux, sur la santé.

En effet, le contexte de la prévention de la santé au travail est aujourd'hui marqué par une histoire sociale récente riche de bouleversements. Ceux-ci sont essentiels à prendre en compte pour développer une pluridisciplinarité positionnée exclusivement du point de vue de la santé. Tant mieux si les interventions des professionnels de la santé au travail permettent l'efficacité économique ! Mais ce ne sera pas forcément le

cas, comme dans un certain nombre de formes de sous-traitance. Or c'est à la préservation de la santé au travail que ces professionnels sont dédiés.

La prévention en santé au travail doit donc prendre en compte la problématique qui a conduit à l'interdiction de l'amianté, plus généralement les risques cancérogènes ou les risques pour la reproduction au travail, avec la demande d'interdiction des éthers de glycol de la série E, et la mise en cause des risques cancérogènes de très nombreux dérivés pétroliers par exemple. Découle de ceci la remise en cause du vieux compromis sur l'indemnisation partielle des accidents du travail et des maladies professionnelles en échange de leur présomption d'origine. C'est à une indemnisation intégrale des préjudices subis pour les accidents de travail et l'ensemble des maladies dues au travail, au-delà des seules maladies professionnelles reconnues, qu'aspirent nombre de salariés.

L'espoir de nombreux salariés de mieux contrôler les organisations du travail, en luttant contre l'intensification et la densification du travail, contre la diminution des espaces de respiration dans le travail, et pour l'augmentation des marges de manœuvre dans le travail, est aujourd'hui une problématique importante. En témoigne les manifestations sociales multiples pour la dignité dans le travail, contre toutes les formes de harcèlement ou de management par le stress, pour socialiser la souffrance au travail qui individualise, marginalise, culpabilise, rend malade et peut être cause de dépression et parfois de suicide. En témoignent aussi les actions contre toutes les formes de discrimination par la santé au travail, comme la sélection biologique et comportementale de la main d'œuvre par l'aptitude, comme la sélection génétique, ou en fonction du passif des expositions professionnelles antérieures, responsable de la « gestion de l'emploi par la dose », comme les organisations du travail qui excluent du fait de l'âge ou de la santé. Ces problématiques portent la remise en cause d'un travail trop souvent vide de sens, sans reconnaissance de la contribution de chacun.

La structure juridique de l'organisation du travail bouleverse les dynamiques de prévention et aggrave les effets délétères des nouvelles organisations du travail. Ainsi la sous-traitance en cascade, moyen pour certains employeurs d'externaliser

•••••

1- Article paru dans la revue *Préventique, sécurité*

les risques et les responsabilités des conditions organisationnelles du travail. Ainsi la situation des entreprises à risque industriel, qui multiplie sur un même site les entreprises intervenantes et les rapports de subordination commerciale, plaide pour l'urgence d'une réflexion sur la place des hommes comme facteur de sécurité et de sûreté. Plus fondamentalement c'est la remise en cause sociale des mécanismes de précarisation du travail qui émerge, ce qui interroge le développement des contrats précaires et la dégradation des conditions de travail qui y est trop souvent liée, en faisant du travail humain la source principale des gains de productivité aux dépens de la santé.

PRENDRE EN COMPTE LA SPÉCIFICITÉ DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Une pratique médicale d'accompagnement clinique sur la toile de fond du travail réel, la médecine du travail refonde progressivement ses règles professionnelles en appréhendant aujourd'hui la souffrance morale au travail et ses effets délétères en rapport avec l'organisation du travail. Lors des consultations médicales, les salariés expriment leur souffrance et commencent à en élaborer le sens dans l'intercompréhension. L'accompagnement clinique individuel permet en effet de faire « résonner » les risques professionnels rencontrés dans l'histoire professionnelle du sujet, où il peut construire une compréhension singulière de ce qu'il subit. L'accompagnement par le médecin du travail de la construction de la santé du sujet au travail est un processus préalable et nécessaire à son action en prévention primaire pour la collectivité de travail. La socialisation de la souffrance au travail et des manifestations délétères (dépressions réactionnelles professionnelles particulièrement) vécue individuellement et souvent de façon coupable, est essentielle.

La mise en place d'un pont entre la santé de chacun et la santé de la collectivité de travail est au cœur du métier de médecin du travail. Les médecins du travail essaient de repérer la dynamique de construction ou de déconstruction de la santé au travail. « Parler le travailler » et rendre compte de ses difficultés, c'est agir. Issues de l'accompagnement clinique individuel, la compréhension collective de la façon dont les sujets sont exposés aux facteurs de risque, la façon dont ceux-ci « subissent » et « vivent » ces expositions, et éventuellement les « traces » de celles-ci sur la santé de la collectivité de travail concernée, permettent au médecin du travail d'apporter un point de vue médical à l'évaluation des risques, et une contribution dans un objectif de prévention primaire pour la collectivité de travail.

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

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

tuations de travail délétères, pour refuser leur inéluctabilité, et permettre leur transformation.

Les connaissances concrètes des médecins du travail proviennent aussi des éléments recueillis lors de l'activité de prévention collective auprès des situations de travail: connaissance des postes, études éventuelles de ceux-ci, formation spécifique prodiguée, groupes de travail, participation aux CHSCT, saisine spécifique par les salariés ou la hiérarchie... L'ensemble des éléments recueillis sont interprétés à la lumière des connaissances scientifiques (toxicologie, ergonomie, pathologie professionnelle, épidémiologie en santé au travail, statistiques et sociologie des risques professionnels différentiels, psychodynamique du travail), et des compétences du médecin du travail.

La pratique de prévention s'enrichit ainsi par la prise en compte du « travailler » en situation. C'est une des assises essentielles aujourd'hui du tiers temps en médecine du travail. L'autre assise du tiers temps en est l'ensemble des activités d'analyse ou d'études, généralement coopératives entre professionnels intervenant en santé au travail.

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

POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, IDENTIFIER ET COMPRENDRE LES RISQUES, MAIS DISSOCIER CETTE DÉMARCHE DE LEUR GESTION

La dynamique de prévention ne peut plus s'adosser seulement à la constatation des effets pour la santé des expositions professionnelles. En effet, les risques sont trop différés, leur origine polyfactorielle gêne leur identification, les effets sont trop vécus dans la souffrance solitaire et coupable, trop manipulés dans leur comptabilité médico-réglementaire. Il est essentiel de transformer le « passif du passé » des risques professionnels antérieurs, en « actif pour l'action » de prévention en l'adossant à l'évaluation *a priori* des risques.

La prévention des risques professionnels s'appuie aujourd'hui :

- D'une part sur l'évaluation des risques au sens d'identification exhaustive des facteurs de risque et de leur analyse. La grille de lecture en est l'activité de travail réellement effectuée, le « travailler ». Terrain où se rejoignent les intervenants de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail. La clinique du travail, la compréhension de l'activité de travail des salariés, en sont les moyens privilégiés. Cette approche permet de repérer et comprendre le rôle de l'organisation du travail.
- Sur la gestion des risques par l'employeur, c'est-à-dire la part de la réduction des risques que ce dernier met effectivement en œuvre. Sur ce terrain, les professionnels

de la santé au travail peuvent enrichir le débat en apportant par type de risques l'état des connaissances et tenter d'en faire comprendre l'importance pour la santé des salariés concrètement exposés. Ils peuvent aussi apporter la « cohérence de compréhension » que permet la prise en compte du travail réel.

Ici, le débat social conserve toute son importance concernant les priorités de prévention qui restent in fine, de la responsabilité de l'employeur dans le cadre de son obligation de moyens et de résultats en terme de réduction des risques professionnels. Le retour d'expérience des actions de l'employeur permet d'en évaluer les résultats sur les conditions réelles de travail des agents et sur une éventuelle réduction des effets délétères.

➤ Enfin sur la surveillance sanitaire des risques dans l'entreprise et hors de l'entreprise.

PLURIDISCIPLINARITÉ ET MULTI-INSTITUTIONALITÉ DU POINT DE VUE EXCLUSIF DE LA SANTÉ

Le métier de médecin du travail est « adossé » principalement à la clinique médicale du travail, à l'accompagnement clinique individuel et à sa mise en perspective dans la collectivité de travail. Fondamentalement la médecine du travail est une pratique médicale avec son cadre historique d'obligations déontologiques et de références éthiques ; elle s'inscrit dans un système de santé au travail partie prenante de la santé publique.

Mais le médecin du travail ne peut évidemment pas tout faire et posséder toutes les compétences issues de l'ensemble des « sciences de la santé au travail ». Le médecin du travail doit donc collaborer avec d'autres professionnels de la santé au travail, hygiénistes ou ergonomes qui « abordent le travail », pour les premiers par la prise en compte des environnements ambiants, pour les seconds par l'analyse de l'activité de travail des opérateurs, avec dans les deux cas l'organisation réelle du travail comme grille de lecture. Il importe donc de faciliter la coopération entre médecins du travail, ergonomes et hygiénistes industriels.

Encore faut-il pour que la collaboration soit possible, que les professionnels qu'on se propose de faire intervenir à travers une démarche pluridisciplinaire, soient inscrits clairement du côté exclusif de la santé au travail, et non du côté de la gestion des risques de la responsabilité de l'employeur. Sinon, c'est la problématique de la santé au travail qui s'en trouvera affaiblie. Quand la pluridisciplinarité est vide de sens du point de vue de la santé au travail, avec ce que ces derniers mots ont de fort, elle ne peut se déployer que de façon pervertie par la « gestion des risques », c'est-à-dire la logique exclusive de la rationalité économique. Ceci est incompatible avec une démarche de santé publique en santé au travail.

Tous les métiers qui peuvent œuvrer dans des structures de santé au travail ne posent pas de façon claire la nécessité de séparer l'identification et la compréhension des risques d'une part, de leur gestion d'autre part.

Ainsi il me semble socialement admis qu'être psychologue du travail dans un service de ressources humaines participe aux activités managériales de l'entreprise tournées exclusivement vers l'efficacité économique. *A contrario*, les psychologues du travail cliniciens qui procèdent à un travail intercompréhensif individuel ou collectif ne peuvent travailler que dans des services ou structures de santé au travail.

Beaucoup de grandes entreprises emploient des médecins experts pour conseiller leur développement. Mais les médecins du travail ne peuvent travailler que dans des services de santé au travail éloignés résolument de la gestion des risques pour les employeurs. Le cadre juridique de la médecine du travail qui nous paraît clair, n'empêche pas certaines subordinations à l'économique de pratiques de médecins du travail du fait des ambiguïtés de la prescription (l'aptitude médicale), ou du fait de l'ambivalence de la demande (préserver les altérations de la santé du fait du travail). Si l'employeur est le responsable juridique des conséquences éventuellement délétères des conditions de travail, le médecin du travail ne saurait donc être comptable que de l'absence de veille ou d'alerte.

En l'état actuel du débat social, les ingénieurs de sécurité sont une profession qui s'est développée en appui des nécessités des employeurs pour la gestion des risques professionnels « visibles ». Pourtant, à l'étranger, des hygiénistes industriels défendent leur appartenance à un système de santé au travail exclusif.

J'ai pour ma part beaucoup de mal à percevoir l'émergence de ce débat chez les ergonomes. Et pourtant, à l'évidence certains ergonomes n'interviennent que du point de vue de la production des connaissances, du conseil, de la veille, de l'accompagnement compréhensif à partir d'une démarche spécifique exclusive en santé au travail. D'autres, en entreprise, ont des responsabilités dans des services de développement opérationnels, au même niveau que d'autres services fonctionnels de l'entreprise, et ont pour objet premier de contribuer, avec leurs compétences professionnelles, à l'efficacité économique de l'entreprise. Des intervenants extérieurs quant à eux règlent ces questions au cas par cas par des protocoles élaborés selon les commandes.

Il me semble que les leçons de l'amiante devraient être tirées. L'inscription dans un service de santé au travail, ou la coopération avec une structure de santé au travail, entraînent des obligations en terme de cadre et de champ professionnel. Ces éléments seront facilités ou non, par les décrets d'application découlant de la récente loi de modernisation sociale introduisant la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail. Mais quel que soit le cadre réglementaire, les pratiques professionnelles ne pourront pas se développer sans « travail entre pairs » pour en élaborer les règles de métier.

Dans le cadre des pratiques coopératives, la coopération entre professionnels aux compétences complémentaires, est ainsi déterminée et par la capacité de chaque profession à comprendre et maîtriser la spécificité de son « métier », mais aussi par la posture et le statut professionnel qui permettent d'œuvrer ou non dans l'espace de la santé au travail indépendamment de la gestion des risques qui n'a pas de mise dans un système

de santé. C'est à la clarification de ces éléments qu'est conditionnée la coopération entre professionnels médicaux, organisationnels ou techniques. Ainsi ils pourront développer des règles partagées autour du devoir de rendre compte de leur veille sanitaire à la collectivité de travail.

IDENTIFICATION DES RISQUES, GESTION DES RISQUES, SYSTÈME DE SANTÉ AU TRAVAIL

L'évaluation *a priori* des risques permet aujourd'hui d'anticiper sur les risques à venir. En santé au travail, l'action d'identification des risques et de compréhension des mécanismes les générant rend possible leur visibilité dans l'entreprise. Ainsi le débat social sur leur prévention pourra se déployer, pour que chacun des acteurs, employeurs, CHSCT, médecins du travail, préventeurs en santé au travail, puissent « jouer leur propre partition ».

La gestion des risques professionnels de la responsabilité de l'employeur, effectuée en fonction de la primauté de la rationalité économique, nécessite de séparer clairement :

- une fonction de gestion des risques professionnels que l'employeur exerce avec l'appui d'institutions, ou de services présents dans l'entreprise. Il s'agit ici d'un dispositif technique dont l'objectif est de permettre à l'employeur d'assurer son obligation de moyens et de résultats en matière de prévention des risques professionnels sous son autorité directe.
- d'un système de prévention de la santé au travail dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés (comme tout système de santé). C'est une fonction d'analyse, d'études, de veille, d'alerte, d'information et de formation en santé au travail, exercée aujourd'hui par des professionnels dans plusieurs institutions dont les Services de santé au travail (anciennement Services de médecine du travail). Il s'agit d'une mission de santé publique en santé au travail dans l'intérêt exclusif de la santé des travailleurs.

Mais il y a trois contradictions à résoudre pour inscrire clairement la Santé au travail dans un projet de Santé publique :

- Autonomiser la santé au travail, médicale, organisationnelle et environnementale, de la gestion des risques de la responsabilité des seuls employeurs, par l'octroi d'un statut d'indépendance aux professionnels de la santé au travail non médecins de même niveau que celui des médecins du travail. Il faudrait aussi développer le contrôle

social de leur intervention, et de leur exercice individuel en cas de pratique clinique individuelle en ce qui concerne médecins du travail ou psychologues.

- Supprimer la subordination des pratiques professionnelles des médecins du travail à la sélection biologique et comportementale de la main d'œuvre par l'aptitude.
- Instituer la gestion des services de santé au travail par une majorité de salariés, de représentants des victimes et peut-être des pouvoirs publics, pour sortir de la gestion majoritaire par les employeurs. Dans ce cadre, un type d'agence spécifique serait à imaginer.

LA VISIBILITÉ SOCIALE DE L'ENSEMBLE DES RISQUES PROFESSIONNELS, MOTEUR DE LA PRÉVENTION

Les professionnels de la santé au travail, médecins, hygiénistes, ergonomes ont un rôle spécifique à jouer pour faciliter le débat social sur la prévention des risques professionnels. Pour permettre une réduction efficace des risques professionnels, leur apport pluridisciplinaire « indépendant » en santé au travail à l'identification et la compréhension des risques devra « laisser des traces » dans le champ social. L'évaluation pluridisciplinaire des risques permettra ainsi leur prévention à travers leurs changements de représentation, et le contrôle social de leur identification par l'intervention des salariés, acteurs de terrain concernés directement pour leur propre santé par ces expositions. Rendre visible et compréhensible les risques professionnels permet de construire une démarche de prévention faite d'identification exhaustive des facteurs de risque, réglementés ou non, d'analyse des conditions professionnelles d'exposition, et de prise en compte des « alertes » professionnelles ou sociales en ce qui concerne les risques psychosociaux.

Les dynamiques d'acteurs ont une importance centrale, et il importe de clarifier les rôles de chacun. Ainsi celui de la responsabilité centrale de l'employeur juridiquement responsable de la réduction effective des risques. Ainsi celui du débat social et du contrôle social, particulièrement dans les CHSCT, sur les choix des priorités en terme de réduction des facteurs de risque. Ainsi celui de l'action d'analyse et de surveillance des risques de la responsabilité des professionnels intervenant en santé au travail. Ainsi celui de la puissance publique, renforcé par ses interventions « d'ordre public ».

Dominique Huez

LES ÉVOLUTIONS MAJEURES DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL⁽¹⁾

LA NON CONTRE-INDICATION À L'EXPOSITION À UNE NUISANCE PROFESSIONNELLE

LA JUSTIFICATION

La contestation du décret CMR auprès du Conseil d'État à propos de cette aporie qui consiste à demander à un médecin du travail, évidemment positionné en médecin expert, de donner l'autorisation à une mise en danger caractérisée d'un individu au travail – il s'agissait de « la non contre-indication » et, par déduction, de son sens élargi qu'est « l'aptitude », – n'a fait que déplacer le débat vers un argument dérivé, servant de trompe l'œil à la question morale et centrale soulevée ; cet argument avancé étant la notion de « sur-risque ».

Le Commissaire du Gouvernement ayant choisi l'exemple du non-voyant qu'il faut aider pour traverser la rue comme modèle illustrant le raisonnement qui consiste à prétendre qu'être aveugle est le sur-risque qui expose plus à l'accident de circulation. Il suffit alors de déduire que l'acte de protection en médecine du travail, telle l'aide à passer la rue, est de sélectionner les plus fragiles, les autres ayant sans doute les moyens de se protéger ou de résister aux cancérogènes et mutagènes alors que l'on sait qu'il n'existe pas de seuil protecteur. Sauf que « passer la rue » et « sélectionner les plus fragiles » sont deux actions qui ne sont pas porteuses du même sens moral et que la notion de « sur-risque » est une notion probabiliste calculée sur une population et non un fait qui concernerait un individu.

L'INTERROGATION

La question préalable à ce débat est : pourquoi s'interroger si tard sur le sens de « l'aptitude » qui est présente depuis si longtemps dans un système de sélection et qui n'a pas ou qui n'a que peu soulevé de mouvement de désapprobation dans le monde de la médecine du travail ? Comment se fait-il que, dans ce monde médical, ce monde de la médecine, les questions cliniques, la surveillance sanitaire prépondérante, directement liée à l'activité de l'individu au travail, n'aient pas dominé les préoccupations des médecins du travail totalement orientés vers « la détermination de l'aptitude » et vers l'objectif quantitatif de réussir « à avoir vu » son effectif dans les délais prescrits.

Avant de répondre à cette question, il est opportun de consta-

ter que l'effet de loupe, on pourrait dire « heureusement réussi », qu'a révélé l'affaire « CMR », par la révélation de l'immoralité de l'aptitude au risque – qui a pris alors une dimension emblématique – a été l'occasion d'un procès tactique qu'aucune autre polémique n'aurait permise, « l'aptitude » n'étant pas pensée dans sa dimension éthique dans le milieu de la médecine du travail.

LA FILIATION ET SES CONSÉQUENCES

Le Conseil d'État a donc cherché en droit la filiation de la non contre-indication. L'aptitude se resserre en définition par la notion de « non contre-indication », apparue dès 1977 pour l'exposition à l'amiante, puis la « non contre-indication » trouve sa justification dans le thème du « sur-risque ». Et l'affaire est close.

De ce fait, le médecin n'a pas à se substituer à l'employeur pour l'exposition au risque puisqu'il ne s'occupe que du « sur-risque ». C'est l'argument du rejet du recours. Le médecin n'est pas comptable des risques collectifs professionnels mais il l'est des « sur-risques » individuels, ce qui renvoie à l'aptitude.

La non contre-indication qui était isolée de l'aptitude (se reporter aux divers décrets « spéciaux » qui y font référence) en est ainsi rapprochée jusqu'à l'équivalence puisque seul le « sur-risque » légitimerait la soustraction à l'exposition.

Dans cette conception de l'exercice médical consacré exclusivement à l'aptitude, le point aveugle est la santé qui ne semble pas être l'objet de l'action et de l'attention du médecin puisque ces dernières sont orientées vers l'estimation du rapport probabiliste entre risque et atteinte à la santé.

Il y a confusion entre risque d'atteinte à la santé et la santé elle-même.

Et si les médecins du travail enfourchent effectivement la direction du « sur-risque » qui leur est suggérée, ils vont découvrir des « sur-risques » individuels si nombreux qu'ils empêcheront toute la population de travailler : fumeurs, travailleurs âgés, travailleurs trop jeunes, anciens exposés à des cancérogènes connus, antécédents familiaux de pathologies



1- Ce texte est un compte rendu élargi d'un des thèmes du Congrès de l'association SMT qui s'est déroulé les 30 novembre et 1^{er} décembre 2002.

cancéreuses, onychophages, etc.

Le médecin du travail ne doit prendre en compte que les risques collectifs liés à l'activité qu'il intègre dans la veille sanitaire, dans son suivi clinique individuel et dans ses interventions à visée préventive.

S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT HISTORIQUE ?

S'il était permis de faire l'hypothèse d'un accident d'écriture, dans la perspective d'un système de santé au travail qui semble vouloir s'orienter vers l'approche « à l'européenne », n'abordant que la prévention et la gestion des risques et délaissant la recherche des atteintes à la santé liées à l'activité, cela était sans doute une erreur. Laisser des médecins du travail en place qui repéreront les sujets les plus fragiles, permettra, en terme de diminution des maladies, de satisfaire à une logique assurancielle.

En réalité, pour appliquer cette prévention par une sélection initiale des « déjà malades » ou des plus fragiles, il suffit d'appliquer des barèmes qui existent déjà (liste des inaptitudes à la Fonction Publique, PS 24B de la SNCF), il faut seulement des médecins pour le faire, pour des raisons de droit. La sélection médicale est rendue possible par le Code de déontologie qui traite à part la « médecine de contrôle », et par « l'inaptitude-sélection » pouvant malheureusement toujours être déclarée par un médecin du travail.

Une telle orientation aurait l'énorme avantage de refouler les questions de psychopathologie et d'organisation du travail dont on ne veut plus entendre parler.

COMMENT PASSER À L'ACTION ET MANIFESTER UN DÉSACCORD ÉTHIQUE IRRÉDUCTIBLE AUX DÉCISIONS ADMINISTRATIVES ?

LA POSSIBILITÉ DE CRÉER UNE POLITIQUE DE FAIT ACCOMPLI EN SE COALISANT POUR ÉCRIRE DES ATTESTATIONS DE SUIVI MÉDICAL SYSTÉMATIQUES FAIT CONSENSUS.

Il s'agira alors d'une infraction à la loi. Mais qu'importe, cette infraction sera en concordance avec des règles partagées. Et il est à parier qu'un fort pourcentage d'inspecteurs du travail ne sanctionnera pas les médecins du travail qui l'écriront et qu'aucun politique ne leur dira de le faire.

Dans les services interentreprises il sera utile de s'associer à un ou plusieurs pairs afin d'asseoir symboliquement cette action sur un cadre éthique précis.

On pourrait alors argumenter en faisant valoir qu'un avis de suivi médical couvre beaucoup plus un employeur car cela voudrait dire qu'on a les moyens de le faire.

LE CONSEIL D'ÉTAT PRÉCISE LE SENS ACCORDÉ À LA « NON CONTRE-INDICATION ».

Il s'agit de repérer des « sur-risques » individuels. Cela oriente vers la mutation ou vers l'inaptitude. Or l'article L.122-45 du Code du travail l'interdit puisqu'il s'agit alors d'une discrimination liée à un état de santé prévisionnel et non avéré, pouvant s'appuyer, pour partie sur des caractéristiques génétiques, elles-mêmes non utilisables comme critère de sélection (Loi n°2002-303, du 4 mars 2002, art. 4-III) y compris

en deuxième intention, par la voie détournée de l'inaptitude.

COMMENT PEUT-ON DÉFINIR UNE CONTRE-INDICATION À UNE EXPOSITION AUX CANCÉROGÈNES ?

Quels sont les éléments génétiques qui permettent de le faire ? Il faut poser ces deux questions absurdes au Ministère du travail. Peut-être le Ministre nous répondra-t-il qu'il suffit que deux grands-parents, l'un maternel, l'autre paternel, soient morts d'un cancer du poumon. Où peut-être les quatre grands-parents seront-ils nécessaires ?

Quelles sont donc les bases scientifiques de la non contre-indication ?

EN CREUX, CE QUI COMPTE C'EST L'INAPTITUDE THÉRAPEUTIQUE OU DE PRÉSERVATION.

Il s'agit d'un acte médical pur au sens où il influe immédiatement et directement sur l'évolution de la santé du sujet.

LES ORGANISATIONS SYNDICALES, LES COMMISSIONS DE CONTRÔLE ET AUTRES PARTENAIRES SOCIAUX

devront être informés de la mise en place des attestations de suivi médical et de la rationalité sous-jacente qui leur a donné naissance.

IL FAUT PRENDRE UNE FERME POSITION PAR RAPPORT À LA CLINIQUE MÉDICALE.

La clinique médicale du travail ne peut exister sans des rencontres périodiques qui n'ont de sens que dans le champ médical. Et le champ médical doit rester spécialisé dans le domaine du travail, sinon, les atteintes à la santé constatées ailleurs seront amputées des traces du travail. C'est le sens médical de l'accompagnement.

IL DEVIENT URGENT DE SUPPRIMER L'APTITUDE.

Jusqu'à ces dernières années « l'aptitude » ne posait pas de problème tellement elle était banalisée. Banalisée au point d'en être rendue invisible. Banalisée et « routinisée » au point que l'éloignement du mobile de sa mise en place (la sélection à l'embauche) évitait de le percevoir pour ceux qui l'utilisaient « les yeux fermés » ; c'est-à-dire tout le monde. Ce sont les « affaires » qui ont redonné la clairvoyance ; tout d'abord, l'amiante, puis les éthers de glycol et, récemment, les inégalités sociales de santé par CSP. Le décret CMR et l'avis du Conseil d'État ont fini de raviver les consciences en débanalisant l'aptitude en y accolant une étiquette médicale. L'effet d'absurdité devient alors saisissant.

Bien que l'aptitude n'ait été rendue obligatoire de façon systématique que depuis la parution du décret de 1979, comme Pierre Abecassis(1) l'a rappelé, elle apparaissait dans tous ces vieux dossiers médicaux que nous avons tous feuilletés et qui étaient confiés à des médecins dits « du travail », non diplômés de la spécialité qui n'existait pas encore et qui étaient,

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

1- L'aptitude ? Inapte ! *Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat*, pages 297 à 301.

2- La prise en charge de la santé au travail : aperçu historique sur les fondements idéologiques de l'institution. Conférence prononcée au congrès de la Société d'Ergonomie de la Langue Française, le 15 septembre 1999.

pour partie, des médecins militaires reconvertis. Historiquement (relire les analyses de Philippe Davezies[2] et Stéphane Buzzi et col.[3]) et culturellement (« *l'aptitude en milieu de travail a fonctionné, pendant toute une période, par analogie avec l'aptitude militaire* »[4]), pour eux, l'aptitude à l'embauche exigée réglementairement a vite été élargie à la systématisation. La globalisation était plus simple. Et tout le monde a suivi.

Ce « tout le monde a suivi » est problématique. Car il s'agit là d'un effet de la rationalisation instrumentale que les directives administratives entraînent.

C'est le cas de la culture du certificat médical à rédiger pour tout. Par exemple, depuis la sortie des textes sur l'application des 35 heures, la réglementation sur les horaires des apprentis s'est modifiée. Il est écrit que ces jeunes ne doivent pas faire plus de sept heures par jour sauf dérogation accordée par le médecin du travail. S'agit-il d'une question médicale ? Non. Et pourtant les inspecteurs du travail font une telle pression auprès des chefs d'entreprise que des médecins du travail cèdent à ces injonctions. Par exemple aussi, la sectorisation imposée aux services interentreprises, justifiée par des questions de cohérence d'un exercice professionnel et par des facilitations d'organisation en réseaux, autorise-t-elle pour autant des retraits autoritaires de grosses entreprises de médecins qui y assurent un accompagnement et en suivi que personne ne conteste au nom du principe « qu'il n'est pas normal qu'ils s'accrochent ainsi ». Quelle est la justification médicale à cela ?

Il est question de demander aux médecins du travail de faire les autorisations médicales à la conduite VL. Sur quelle justification médicale s'appuie-t-on ? Allons-nous y céder aussi sans raisonner ?

La Loi 2002-303 du 4 mars 2002 sur les droits des malades pourrait constituer un autre argument en faveur de la suppression de l'aptitude. Cette loi s'applique bien aux médecins du travail puisqu'elle y inscrit la prévention comme objectif : « *les professionnels, les établissements et réseaux de santé contribuent avec les usagers à développer la prévention...* ». L'information fait partie des obligations des médecins qui y engagent leur responsabilité. Une aptitude routinière respecte-t-elle cette information ou, plutôt, n'est-elle pas en contradiction avec l'information apportée : « *Vous êtes apte à être exposé à un cancérigène dont je vous informe qu'il peut avoir un effet néfaste pour vous !* » ?

Nous sommes à un moment historique pour la médecine du travail qui serait coupable de ne pas s'aventurer sur le terrain politique pour une transformation du métier.

Et même si le ministère fait de la résistance à l'abandon de l'aptitude en affirmant qu'elle ne gêne pas les médecins.

Et même si le Conseil supérieur de prévention des risques

● ● ● ● ● ● ● ●

3- L'examen médical en milieu de travail, 1914-1979. Conférence inaugurale du Congrès national de médecine et santé au travail. Juin 2002. Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental.

4- Extrait du texte de Pierre Abecassis cité plus haut.

professionnel en fait autant, ainsi que les employeurs.

C'est pourquoi l'association SMT décide de soutenir, en tant que personne morale, l'appel aux autorités morales et politiques et aux médecins du travail, lancé par l'équipe de l'ARACT.

LA PLURIDISCIPLINARITÉ

Le projet de décret sur la pluridisciplinarité a été précédé de la modification de l'article L.241-2 du Code du travail par la loi du 17 janvier 2002 qui remplace l'appellation « services médicaux du travail » par l'appellation « services de santé au travail ».

L'article 193-I de cette loi maintient que « les services de santé au travail sont assurés par » les médecins du travail, dont le rôle préventif est toujours d'éviter l'altération de la santé du fait du travail. La mission des médecins est donc bien définie.

En revanche, l'article 193-II de la Loi ne précise aucune mission aux services de santé au travail. Il ne spécifie que leur fonction de recruteurs de « compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail ».

Les services de santé au travail n'ont donc aucun objet de leur activité déterminé, aucune raison sociale définie. Le projet de décret sur la pluridisciplinarité ne s'attache qu'à ces fameuses « compétences » ; on y parle :

- de « personnalités » et « d'organismes »,
- de « conventions » que les directeurs des Services de Santé au Travail passeraient avec ces « organismes »,
- d'un contrôle social qui ne serait qu'informé en cas de création ou de suppression de poste d'Intervenant en Santé au Travail (IST),
- de compétences médicales qui seraient proposées à d'autres médecins que des médecins du travail.

Dans ce décret, le médecin du travail disparaît du champ de la santé au travail. Aucune fonctionnalité, aucune articulation n'est abordée entre médecins du travail et IST (des modalités de collaboration ne sont prévues que pour les « compétences »).

C'est l'ouverture à la mise en place d'associations à but lucratif, se donnant l'évaluation des risques comme service commercial, employant des IST sans statut défini et des médecins non médecins du travail pouvant faire de la clinique médicale individuelle.

Le système de santé au travail s'oriente donc clairement et essentiellement vers la gestion des risques. Or, dans notre milieu, on le sait, nous sommes minoritaires à affirmer que les médecins du travail ne doivent pas y participer car ils seront sans marge de manœuvre lorsque la clinique médicale individuelle leur démontrera des effets sanitaires imprévus ou inconnus. Les compromis qu'autorise la gestion des risques professionnels du côté de la santé en arbitrants au mieux entre efficacité et santé, sont incompatibles avec le seul inté-

rêt pour la santé que le médecin du travail défend et s'engage à respecter, du seul fait de son contrat social(5). Ce dilemme, que beaucoup de médecins considèrent comme mineur et que beaucoup pensent pouvoir surmonter sans difficultés, peut, à un moment historique donné, se révéler redoutable. La meilleure illustration de tels pièges reste toujours « l'usage contrôlé de l'amiante » que beaucoup de médecins ont longtemps défendu.

La clinique médicale du travail n'étant pas ou peu reconnue en Europe, il est évident qu'aucun politique ne suivra notre ligne de proposition. La gestion des risques est une préoccupation dominante qui fera disparaître la médecine du travail. Les approches sont tellement différentes qu'il est peu probable qu'il y ait attraction des deux champs comme le montrent déjà les dissociations que les textes opèrent.

Peut-être faut-il alors s'accrocher au système de santé en s'adressant à la Direction Générale de la Santé ?

La santé est actuellement en négociation. La question des traitements en particulier va aller y chercher des informations.

•••••

5- Relire, à ce propos, le texte que Philippe Davezies a présenté à la journée *Pluridisciplinarité en santé au travail : des échanges de pratiques*, organisée par la SELF le 14 janvier 2001 à Paris et intitulé : *Convergences, tensions et contradictions entre les différentes approches de la santé au travail*

RÈGLES DE MÉTIER DANS LA PLURIDISCIPLINARITÉ(1)

Le débat a démarré avec cette question : « *Comment je m'y prends avec ce qui existe ?* ». La plupart des expériences tentées, sont des expériences entre médecins du travail. Celles qui ont fonctionné, ont été centrées, soit :

- autour d'une enquête épidémiologique : enquête *Épigrandis* dans la grande distribution ;
- par un groupe de médecins qui partageaient déjà les mêmes valeurs professionnelles (staffs animés en Pays-de-Loire).

Par ailleurs il est plus difficile de créer un réseau de médecins du travail d'une même région, qui suivent les salariés d'une même entreprise, employés dans différentes agences locales (ex : agences de banques, sociétés de transport...). Cela demande beaucoup d'énergie de la part du médecin le plus motivé, et se pose la question de savoir s'il est possible de travailler avec des confrères qui ne partagent pas les mêmes règles de métier ? Avec les médecins généralistes, les relations se dégèlent un peu. Eux aussi entendent de plus en plus la souffrance vécue au travail. Ils accueillent plus facilement nos interventions, en particulier par rapport aux demandes d'arrêt de travail.

Quant aux psychiatres, pour beaucoup ils n'intègrent pas la dimension du travail dans les décompensations psychiatriques, et ils restent très axés sur l'histoire infantile. Cela rend le travail en commun difficile. Cependant il existe une exception -

La mission de la santé publique étant de protéger les populations, la santé au travail ne semble pas émerger par la connaissance qu'elle tente d'apporter, et qu'elle devrait apporter, afin de faciliter cette action de protection contre les effets parfois délétères des conditions d'exécution du contrat de travail (exposition à des produits nocifs, organisation du travail maltraitante, etc.). Il n'est qu'à voir combien il est difficile, voire impossible de porter en débat public, sur le terrain politique, les questions de santé mentale, de pathologie cardiovasculaire, de TMS, de lombalgies que toutes les études utilisant les travaux de Karacek et de Siegrist confirment. On pourrait penser que si la santé des populations au travail relevait de la DGS, une certaine visibilité serait peut-être rendue enfin possible.

Il semble d'ailleurs que les Ministères de la santé et de la recherche commencent à s'interroger sur le grand retard de notre pays en santé au travail. La question des inégalités sociales de santé par CSP dont les cartographies recouvrent celles des bassins industriels, la surconsommation de médicaments psycho-actifs qui ne sont pas que « des pratiques commerciales de médecins généralistes un peu laxistes », sont des indices pour lesquels il faut trouver la juste réponse.

Se rapprocher de ces ministères, travailler avec des mouvements d'usagers de la santé, peuvent être des pistes d'action.

*Fabienne Bardot, Annie Deveaux,
rapporteurs*

la région de Cholet. Mais les médecins du travail ont bénéficié de la présence de M-P. Guilho-Bailly.

Dans un gros service, la présence d'une psychodynamicienne en formation a permis à deux groupes de médecins déstabilisés par la souffrance entendue, d'analyser leur propre souffrance et de se repositionner.

Création d'un réseau autour du harcèlement, pour permettre à la personne de passer de la position de victime à celle d'acteur ; réseau composé de psychologue, de médecin et d'avocat, ils constatent une très faible répercussion dans les entreprises.

Les expériences vécues et relatées tournent autour de réseaux et de relation entre médecins. Nous constatons que ces réseaux ne se créent et ne se développent que si les médecins partagent un même langage. Peu, pour ne pas dire pas d'expérience avec d'autres professionnels ont été rapportés.

Est-ce à dire que nous ne concevons la pluridisciplinarité que dans les échanges avec nos pairs ? Ou bien c'est ce qui existe à ce jour, pour répondre à la question d'ouverture de la session, et que c'est le début d'un commencement !

•••••

1- Ce texte est un compte rendu élargi d'un des thèmes du Congrès de l'association SMT qui s'est déroulé les 30 novembre et 1^{er} décembre 2002.

Josiane Crémon

PRATIQUES
21

PRATIQUES

Les cahiers de la médecine atopique

AVRIL 2003 • 12,20 €

NUMÉRO 21

C'est dans un mouvement de résistance à la manipulation et aux manœuvres des firmes pharmaceutiques que s'inscrit ce numéro. Marchandise, objet de recherche, d'évaluation, de commercialisation et de gigantesques profits pour les actionnaires, le médicament est aussi un formidable outil de soin dont l'efficacité actuelle fascine médecins et patients. Dans ce dossier se côtoient et s'articulent des témoignages, des regards philosophiques, anthropologiques et pharmacologiques, des points de vue sur les enjeux économiques, ouvrant ainsi la réflexion sur ce que doit être une véritable politique du médicament.

L'actualité politico-médicale est abondante : la loi réglissant l'accès aux soins des plus démunis, étrangers ou non, est attaquée. Noëlle Lasne analyse les raisons et le sens de ces attaques. Le détournement des missions du médecin du travail, la prochaine suspension du moratoire sur les organismes génétiquement modifiés, la part grandissante de la recherche en génétique confiée à la charité publique, via le téléthon, la réaction à l'annonce du plan cancer du gouvernement et ses tours de passe-passe, sont parmi les questions abordées dans le hors dossier. Nazir Hamad, psychanalyste libanais, en lien avec des psychanalystes palestiniens et israéliens, plaide pour le dépassement par d'acur, de ses propres certitudes.

Dossier coordonné par Martine Devries.

Prochain dossier : La santé publique, un enjeu collectif

Le médicament, une marchandise pas comme les autres

*Le médicament,
une marchandise
pas comme les autres*



ISSN 1147-3228

12,20 €

Pratiques, revue sans publicité, ne vit que par ses abonnés.

BULLETIN D'ABONNEMENT

- | | | | |
|--------------------------|---|---------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Abonnement un an | 42,70 euros | nom |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans | 76,20 euros | prénom |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin
(étudiant, remplaçant, installé de moins
de trois ans et demandeur d'emploi) | 30,50 euros | adresse |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement à durée libre par
prélèvements automatiques (joindre
RIB + autorisation de prélèvement) | 10,50 euros/
trimestre | téléphone |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité
(12,20 € + 1,50 € de frais d'envoi) : | 13,70 euros/n° | fax |
| | - nombre d'exemplaires : | | e-mail |
| | - intitulé du numéro : | | profession |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité numéro
double 14/15 (16,80 € + 1,50 €) | 18,30 euros | |

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France
Tél. : 01 46 57 85 85 • fax : 01 46 57 08 60
e-mail : pratiques@aol.com
site : <http://www.smg-pratiques.info>

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

BIBLIOGRAPHIE

Quelques lectures choisies par Fabienne Bardot

BAUDELOT Christian, GOLLAC Michel, Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France – Ed. Fayard, 2003

BAUMAN Zygmunt, Modernité et holocauste – Ed. La Fabrique, 2002

BORZEIX Annie, FRJAENKEL Béatrice, Langage et Travail. Communication, cognition, action. – CNRS Ed., 2001

BOURRIER Mathilde (sous la direction de), Organiser la fiabilité – Ed. L'Harmattan, 2001

DELPHY Christine, L'ennemi principal, l'économie politique du patriarcat – Ed. Syllepse, 2002

DEVINCK Jean-Claude, La création de la médecine du travail en France, 1914-1946 – *Les Cahiers de Centre Fédéral. Centre d'Histoire sociale, de recherches, de formation de l'UNSA Education. Imprimerie SCIE, 75bis, rue Casimir Beugnet, 62 160 Bully-Les-Mines, 2002*

FORTINO Sabine, La mixité au travail – Ed. La Dispute, 2002

FRAISSE Geneviève, La controverse des sexes – Ed. PUF, 2001

FRAISSE Geneviève, Les deux gouvernements : la famille et la cité – Ed. Gallimard-Folio essais, 2000

FROMENT Alain, Maladie donner un sens – Ed. des Archives Contemporaines, 2001

GARDEY Delphine, LÖWY Ilana (sous la direction de) : L'invention du naturel. Les sciences de la fabrication du féminin et du masculin – Ed. des Archives Contemporaines, 2000

LAURER J., MARRY C., MARAUANI M. (sous la direction de), Masculin-Féminin : questions pour les sciences de l'homme – PUF, 2001

LELIEVRE Françoise et Claude, L'histoire des femmes publiques contée aux enfants – PUF, 2001

LHUILIER Dominique, Placardisés, des exclus dans l'entreprise – Ed. du Seuil, 2002

LLORY Michel, L'accident de la centrale nucléaire de Three Miles Island – Ed. L'Harmattan, 1999

MOLINIER Pascale, L'énigme de la femme active. Egoïsme, sexe et compassion – Ed. Payot et Rivages, 2003

PORCHER Jocelyne, La mort n'est pas notre métier. – Ed. de l'Aube.

Et : Eleveurs et animaux. Restaurer le lien – PUF

VOLKOFF Serge, MOLINIER Anne-Françoise, JOLIVET Annie, Efficaces à tout âge ? Vieillesse démographique et activités de travail – La Documentation Française, 2000

REVUES

- *Travailler*, n°3, 1999, Dossier : « Violence et travail ». Numéros de 1 à 5.
- *Travail, Genre et Sociétés*, n°5, 2001, Dossier : « Harcèlement et violence, les maux du travail », trois numéros annuels, Numéros de 1 à 5 – Ed. L'Harmattan
- *Cahiers du Genre*, deux numéros annuels, – Ed. L'Harmattan.
- *Pratiques, Les Cahiers de la médecine utopique*. Numéro 14/15.
- *Prévenir*, n°40, 2001, Dossier : Santé-Travail.
- *Santé et Travail*, revue de la Mutualité Française, quatre numéros annuels

ASSOCIATION SMT

— LE BILAN 2002-2003 —

RÉUNIONS TENUES

- Journée de printemps 2002 : *Mise en œuvre d'enquêtes collectives de Psychodynamique du travail par des médecins du travail enquêteurs, élaboration de règles professionnelles spécifiques.*
- Congrès annuel de l'association SMT, les 30 novembre et 1^{er} décembre 2002 à Châtenay-Malabry, sur les thèmes du *Secret, de l'évaluation de pratiques et de la pluridisciplinarité.*
- Journée de Printemps 2003 : *Dévoiler l'organisation du travail. Des procédures défensives aux règles de métier en médecine du travail.*

PARTICIPATIONS ET ACTIONS

- Au sein du collectif *Pour une autre médecine du travail* qui s'est transformé en *Collectif Santé-Travail* ; aux côtés de UGICT-CGT, FMF, FNATH, SNPMT, Association Villermé, L611.10, SNMEG, SUD RAIL
- Congrès de Grenoble : tenue d'un stand, diffusion de revues, interventions en séances.
- Soutien à l'*Appel aux autorités morales et politiques et aux médecins du travail*, relatif au décret « *Agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction* ».
- Soutien de l'appel *Pour l'indépendance de l'expertise de santé environnementale.*

PUBLICATIONS

- Le *Cahier SMT n°17* a été édité à 2 500 exemplaires.
- Développement du site internet *a-smt.org*, avec mise en ligne régulière des textes et prises de position de l'association.

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Il a été procédé en décembre 2002 à l'élection du bureau et au renouvellement du Conseil d'Administration :

Présidente : Josiane Crémon (38)

Vice-président(e)s : Alain Carré (75) - Dominique Huez (37) - Jocelyne Machefer (49) - Denise Parent (49) - Nicolas Sandret (75)

Secrétaire : Alain Randon (75)

Trésorier : Jean-Noël Dubois (2B)

Conseil d'Administration : Pierre Abecassis (21) ; Fabienne Bardot (45) ; Chantal Bertin (49) ; Patrick Bouet (86) ; Annie Deveaux (42) ; Jean-Marie Eber (67) ; Claire Lallemant (37) ; Nicole Lancien (72) ; Gérard Lasfargues (37) ; Gérard Lucas (44) ; Marie Pascual (94) ; Odile Riquet (69) ; Gilles Seitz (75) ; Denis Teyseyre (86).

ORIENTATIONS 2003

- Publication du *Cahier SMT n°18*
- Tenue du Congrès annuel le 6 et 7 décembre 2003 au FIAP à Paris :
 - *Des règles pour dévoiler l'organisation du travail.*
 - *L'incorporation de la souffrance au travail. En travailler le sens avec le sujet.*
 - *Pluridisciplinarité et pratique exclusive en santé au travail.*

Alain Randon

BULLETIN DE (RÉ)ADHÉSION à l'ass. SMT

Coupon à renvoyer à :

Alain RANDON  25, rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE



01 48 93 45 45 / e-mel : a.smt@wanadoo.fr / internet : <http://www.a-smt.org>

☛ Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et j'adhère pour l'année **2003**

☛ Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation **2003**

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 85 euros,
à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

e-mel :

APPEL AUX AUTORITÉS MORALES ET POLITIQUES ET AUX MÉDECINS DU TRAVAIL

L'association SMT a soutenu cet appel depuis le début et invite à le signer

Souvenez-vous : le 17 août 1977, un décret fixe la limite d'exposition à l'amiante à 2 fibres/cm³ alors qu'il est établi, depuis 1973, qu'une telle norme est insuffisante pour protéger les salariés contre le cancer. En complément de cette mesure, le décret impose aux médecins du travail de certifier que les salariés concernés ne présentent aucune « *contre-indication médicale à l'inhalation de poussières d'amiante* » et à les déclarer aptes à une exposition que l'on sait potentiellement mortelle. Vous connaissez la suite...

Ce dramatique échec de la prévention aurait normalement dû conduire à reconsidérer la doctrine de l'aptitude en médecine du travail.

Il n'en a rien été.

Par un décret du 1^{er} février 2001, le Ministère du travail prévoit à nouveau qu'un travailleur ne pourra être affecté à des travaux l'exposant à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction que si le médecin du travail « *atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux.* » Saisi d'un recours contentieux, le Conseil d'Etat a confirmé que la position du ministère était conforme à la doctrine juridique de l'aptitude.

L'arrêt rendu le 9 octobre 2002 précise même la mission du médecin du travail à travers la détermination de l'aptitude : rechercher et écarter les travailleurs qui présenteraient un « *sur-risque* », à partir des « *éléments d'ordre génétique, comportemental, ou historique* » dont il dispose.

La tâche assignée au médecin du travail est donc une tâche de sélection. Et, si l'on suit le Conseil d'Etat, il doit écarter de nombreux postes les fumeurs, les salariés dont les parents ont présenté tel ou tel cancer, ceux qui ont été déjà exposés à des cancérigènes, mais aussi les jeunes, pour leurs comportements moins précautionneux, les âgés, qui font plus de cancers, les femmes, dont les risques pour la reproduction sont mieux connus, etc.

Derrière cette conception, se dessine à nouveau le fantasme eugéniste d'un homme standard dépourvu de fragilités.

Cette orientation est évidemment contraire aux principes éthiques qui fondent notre société. Elle contredit les textes de référence que sont la *Convention d'Oviedo du Conseil de l'Europe sur les Droits de l'Homme et la Biomédecine* et à la *Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne* qui interdisent toute discrimination fondée sur les caractéristiques génétiques.

Surtout, elle tend à promouvoir une conception dévoyée du système de santé au travail. La mission de celui-ci, telle qu'elle est définie par le Bureau International du Travail, vise à l'éta-

blissement et au maintien d'« *un milieu de travail sûr et salubre, propre à favoriser une santé physique et mentale optimale en relation avec le travail* » et à « *l'adaptation du travail aux capacités des travailleurs compte tenu de leur état de santé physique et mentale* ».

Il s'agit donc d'adapter le travail à l'homme et non d'adapter l'homme au travail.

La doctrine de prévention telle qu'elle apparaît dans les positions du Ministère du travail et dans l'arrêt de Conseil d'Etat est donc absurde au plan scientifique, éthiquement condamnable et socialement inapplicable.

En conséquence, les signataires appellent :

- Les autorités morales et politiques à œuvrer pour que disparaissent du droit français ce sinistre héritage de l'eugénisme et pour que le système de santé au travail français soit digne d'une nation moderne.
- Les médecins du travail à rester fidèles à leur déontologie
 - en manifestant leur rejet de cette conception mutilante de leur mission,
 - en orientant leurs efforts dans le sens de l'adaptation du travail aux êtres humains dans le respect de leur diversité,
 - en remplaçant le certificat d'aptitude par une attestation de suivi médical,
 - en n'usant des certificats d'inaptitude qu'avec le consentement des salariés et dans le seul objectif de protéger leur santé,
 - en rejoignant cet appel.

Je signe cet appel :

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

À adresser par courrier au **D^r Christian Torres** (32 rue des Glycines 69500 BRON). ou au **D^r Philippe Davezies** (Faculté RTH Laennec 69372 Lyon Cedex 08).

Vous pouvez aussi signer cet appel en adressant un mail à arapt@voila.fr.

La liste des signataires sera disponible sur le site [http://site.voila.fr/Aptitude CMR](http://site.voila.fr/Aptitude_CMR).

**Au 3 juin 2003, l'Appel a recueilli
1641 signatures, dont 872 médecins du travail.**