

LES 25 ANS DU RÉSEAU SMT !

LES CAHIERS

S.M.T. N° 19

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

JUIN 2004 10 Euros

ISSN 1624-6799

**La Clinique au cœur de nos Pratiques
Construire du Sens**

C LINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

A U CŒUR DE NOS PRATIQUES

**U N CADRE RÉGLEMENTAIRE
EN ATTENTE DE SENS**

Éditorial *Annie LOUBET-DEVEAUX*

3

Clinique médicale du travail

Paroles de médecins du travail	<i>Jocelyne MACHEFER, Denise RENO-PARENT</i>	4
Une épidémie de TMS, l'organisation du travail en discussion	<i>Annie LOUBET-DEVEAUX</i>	8
Tarzan est tombé	<i>Annie LOUBET-DEVEAUX</i>	13
La guichetière est-elle devenue folle ?	<i>Véronique ARNAUDO</i>	14
Développer des « alertes de risque psychosocial » par le médecin du travail	<i>Dominique HUEZ</i>	18
Différence de santé des hommes et des femmes au travail	<i>Fabienne BARDOT</i>	21
Les impasses du harcèlement moral	<i>Philippe DAVEZIES</i>	27
L'incorporation de la souffrance au travail. En travailler le sens	<i>Isabelle LAGNY, Denis TEYSSEYRE</i>	30
La consultation de médecine du travail, « le lieu et le temps de l'hésitation »	<i>Odile RIQUET</i>	33
Des règles pour dévoiler l'organisation du travail	<i>Jocelyne MACHEFER</i>	36
La clinique médicale au cœur de la consultation de médecine du travail	<i>Chantal BERTIN, Odile RIQUET, Denise RENO-PARENT</i>	40

Au cœur de nos pratiques

La fiche d'entreprise	<i>Fabienne BARDOT</i>	42
Bilan de dix ans d'alerte	<i>COLLECTIF des médecins du travail de Bourg-en-Bresse</i>	46
Délocalisation et négoce. Rapport annuel commun dans les Mauges	<i>J. MACHEFER, B. PINEAU, C. RAULT</i>	50
Éléments pour une politique de prévention des cancers professionnels	<i>Dominique HUEZ</i>	54
Les maladies professionnelles. Quelle pratique pour le médecin du travail ?	<i>Annie LOUBET-DEVEAUX</i>	58
Éthique, clinique du travail et témoignage	<i>Dominique HUEZ</i>	63
Construire nos règles professionnelles en médecine du travail		
La consultation médicale professionnelle	<i>Alain CARRÉ</i>	66
Éléments pour une définition réglementaire nouvelle		

Un cadre réglementaire en attente de sens

Pluridisciplinarité, mode d'emploi	<i>Alain CARRÉ</i>	69
Pluridisciplinarité, les conditions du succès	<i>Alain CARRÉ</i>	71
La pluridisciplinarité	<i>Gilles SEITZ</i>	72
L'aptitude à la lumière de l'éthique	<i>Christian TORRÈS, Philippe DAVEZIES</i>	74
Travail, santé, emploi : « Perdre ou construire sa vie »		77
Une lecture commune de l'avis n°80 du Comité consultatif national d'éthique	<i>Annie LOUBET-DEVEAUX</i>	78
Plate-forme du Collectif Santé Travail		79

Annonces

Bibliographie	<i>Fabienne BARDOT</i>	82
Association SMT, le bilan 2003-2004	<i>Alain RANDON</i>	83
À qui profite le crime ?	<i>Alain CARRÉ</i>	84

É D I T O R I A L

Le Comité consultatif national d'éthique, dans son avis n°80, reconnaît donc « les difficultés que soulève le concept d'aptitude ». Plus encore, pour les postes à risque réel ou potentiel, donc les postes de sécurité, il propose de « supprimer toute référence à l'aptitude » et d' « indiquer qu'il n'y a aucune contre-indication médicale patente à un poste comportant un risque d'exposition à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction, sous réserve que l'entreprise justifie avoir pris toutes les précautions nécessaires pour connaître et minimiser ce risque, et en tienne régulièrement informé le médecin du travail ».

Mais cet avis laisse totalement de côté la question du travail, du « travailler », de la mouvance permanente des conditions de travail, des évolutions des organisations du travail, bref de la confrontation au monde réel de chacun d'entre nous (médecin du travail ou individu au travail) et donc « des véritables difficultés éthiques » rencontrées dans nos pratiques quotidiennes, qui ne sont pas réductibles, loin s'en faut, au « principe de précaution ».

Cet avis a donc le mérite de valider notre démarche en reconnaissant que le concept mérite débat mais il ne dit rien sur les pratiques, alors qu'habituellement l'éthique est interrogée par les pratiques et c'est tant mieux car c'est bien la profession qui doit élaborer ses règles.

Comme les médecins généralistes, nous sommes des médecins de première ligne et il nous incombe donc de repérer les atteintes à la santé liées au travail, quelque soit leur nature, et leur mécanisme, physio ou psychopathologique. Cette activité clinique, à l'interface de l'individuel et du collectif, qui interroge les trajectoires professionnelles individuelles et les conditions du travail constitue notre spécificité.

Les connaissances que nous élaborons en mettant en débat nos pratiques, doivent être portées à la connaissance de la communauté médicale mais également dans l'espace public, pour que la santé au travail devienne réellement partie intégrante de la santé publique, ce qui malgré de multiples rapports et des données de mortalité prématurée qui nous placent à l'avant dernier rang européen, reste un vœu pieux.

Annie LOUBET-DEVEAUX

Présidente de l'association Santé et Médecine du Travail

PAROLES DE MÉDECINS DU TRAVAIL⁽¹⁾

Pourquoi avoir accepté d'intervenir sur un sujet aussi complexe que la communication, et de surcroît en médecine du travail ? pour valoriser l'écriture collective ? Pour répondre à une provocation des organisateurs ? Pour tenter de faire passer des messages ?

Le fait de publier en effet, pas n'importe quand, mais en 1998, c'est-à-dire en pleine guerre économique, un ouvrage collectif débattant du métier, relève-t-il, comme on peut le lire dans le programme de ces deux journées, d'une attitude « militante, voire politique » ? Et si oui, « cela donne-t-il du sens » à notre métier ?

L'analyse de la demande qui nous est adressée nous fait poser une question en forme de joker : sommes nous tous convaincus que notre métier perd du sens ? Sommes nous décidés à la mise à plat de cette réalité ?

Si oui, on pourrait déjà s'étonner d'avoir su résister au découragement, au fil des ans, tant les difficultés semblent renaître et de façon croissante, au fil de l'élaboration collective effective de nos savoir-faire.

LA MISE EN APPLICATION DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES : UNE AVENTURE !

Au plan réglementaire, des éléments très positifs :

- Une loi de 1946 sans équivoque quand à la spécificité de notre métier !
- Des décrets prometteurs avec, par exemple, l'instauration du tiers temps ou de notre rôle consultatif au sein du CHSCT !
- Des articles en R.241 qui auraient du être libérateurs, comme les R.241-25 et 32, déterminant le temps médical !

Quant à la mise en application des textes notamment par les services médicaux interentreprises, le constat est beaucoup plus équivoque :

- Non embauche de médecins du travail quand il y avait pléthore de candidats !
- Non déclaration des surveillances médicales spéciales par les employeurs !
- Le résultat est mathématique : un moindre coût, certes, mais aussi des sureffectifs ! Avec l'injonction paradoxale, en prime, d'avoir vu tous les salariés et visité toutes les entreprises, sans oublier la rédaction des fiches d'entreprises !
- La subversion des textes réglementaires par les di-

rections des services de médecine du travail consista alors à donner la primauté aux visites médicales systématiques planifiées, tout en faisant l'impasse sur le tiers temps. Accepter cette subversion parce que nous sommes d'abord médecins se révéla un piège redoutable, une impasse. Ce fut un frein à l'appréhension de la spécificité de notre métier par les employeurs et les salariés eux-mêmes. Qui peut prétendre n'avoir jamais été confronté à l'embarrassante question d'un salarié en consultation : « Comment faites vous pour faire ça tous les jours ? » ou à un employeur se lamentant du taux de cotisation, réinterprété en paiement à l'acte de la visite systématique annuelle, bien souvent seul acte réellement pratiqué dans l'entreprise avant la toute récente évaluation des risques professionnels ?

Comment s'en sortir, sinon par notre propre subversion antagoniste des textes réglementaires ? En accordant progressivement plus de temps à chaque consultant, en orientant notamment l'échange sur l'évolution de son activité au poste d'année en année, sur les liens santé/travail, en privilégiant les visites de pré-reprise, de reprise, les consultations spontanées ainsi que le tiers temps ?

Nul ne peut avoir raison tout seul. Un tel retournement ne peut être un acte solitaire.

Un tel choix de transformation ne se met pas en place du jour au lendemain. C'est une décision collective des médecins qui, confrontés au réel, ont mis en débat progressivement leur quête de sens du métier.

Et les médecins ont multiplié les angles d'approche du métier, par leurs formations en épidémiologie, en ergonomie, en psychodynamique du travail et plus récemment en victimologie, pour tenter de répondre aux nouveaux défis qui se posaient à eux, au fil des changements de notre société. Ces formations sont autant d'atouts pour trouver un langage commun, une façon commune de poser les questions de métier. C'est ce que devraient vérifier nos échanges aujourd'hui, à partir de l'ouvrage *Des médecins du travail prennent la parole*.

AU FIL DU TEMPS : UN MÉTIER EN DÉBAT

Si l'ouvrage condense la réflexion à un moment donné, cette cristallisation ne s'est pas faite spontanément. C'est en 1979 qu'un réseau de médecins du travail, lui-même à l'origine de l'association SMT, décide de créer des débats ouverts où chaque pratique nouvelle, chaque avancée technique, sera exposée et mise à l'épreuve du regard et du jugement de ses pairs. Au sein du réseau, la coopération est la règle. Ces rencontres,

•••••

1- Présenté à la Société de Médecine du Travail, d'Hygiène Industrielle et d'Ergonomie de l'Ouest. Communication en santé au travail, Nantes les 20 et 21 novembre 2003

procure cette activité de débats entre pairs permet aujourd'hui la construction progressive des bases communes d'une normalité professionnelle à partir de règles de métier.

L'ÉCOUTE COMPRÉHENSIVE

Dans ce contexte économique défavorable à l'action de prévention, face à la souffrance vécue, une étape nouvelle de prise de responsabilité sera, dans ce livre, l'écoute compréhensive. Écouter, en consultation, c'est d'abord se placer en position de non savoir, en toute équité, dans une authenticité réciproque et faire preuve d'une disponibilité sans faille. L'agapè, définie par le don, n'attend pas de retour, ne connaît pas le calcul. L'écoute est sans demande, sans justification « Je crois ce qui est dit ». C'est permettre la parole risquée, le sujet choisissant ou non le dévoilement de sa souffrance. Il n'est pas rare que nous soyons entraînés à partager le vécu du salarié, ce qui doit nous alerter et nous contraindre à nous repositionner (sagesse pratique) vers une réflexion et proposition d'interprétation. La souffrance exprimée est trop souvent réduite par le sujet à un problème relationnel dans l'entreprise. À nous de savoir puiser dans les connaissances accumulées sur l'entreprise : son histoire, l'évolution des hommes et des femmes, des ateliers, des machines. Mais aussi, quelles formations, promotions, changements d'organigrammes ? L'archivage de ces informations ne doit elle pas se retrouver en partie dans la fiche d'entreprise mise à jour ou le rapport annuel ou dans les notes prises à la fois lors du tiers temps et des consultations ? Ces informations concernant l'entreprise sont donc à la fois transversales et longitudinales.

L'écoute compréhensive, c'est permettre l'échange d'interprétations que chacun des deux pourra nuancer, remanier. Dans ce dialogue, le sujet gardera cette part d'énigme irréductible liée à son histoire singulière, pendant que son récit prendra sens. Il gardera toute liberté d'interprétation, et face aux solutions proposées, choisira lui-même l'issue à donner à cette crise. « Être clinicien, ici, c'est aussi être à l'écoute et ne pas entraver maladroitement les solutions construites par les sujets(5) ».

L'absence de pouvoir du médecin du travail est une chance pour le salarié qui se réapproprie son avenir après écoute compréhensive.

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

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

5- Ch. Dejours, *Souffrances et précarités au travail*, Ed. Syros, 1994, p. 353

été compilées à la suite de nombreux témoignages dans notre troisième ouvrage collectif : *Femmes au travail, souffrances vécues*(6).

LA VISIBILITÉ SOCIALE

Les nouvelles orientations managériales et organisationnelles de ces quinze dernières années se révèlent particulièrement nocives pour la santé de la main d'œuvre. Ceux qui savent sont tenus de faire savoir. Face aux nouveaux modèles organisationnels, le regard transversal du médecin du travail sur la collectivité s'impose. La nécessité de construire un point de vue sur la santé d'un collectif de travail n'est pas spontanée et souvent étrangère à la culture médicale. Ce point de vue doit lui permettre la mise en évidence de la dégradation de la santé d'une collectivité et non d'individualités et d'en rendre compte. La fiche d'entreprise ou le rapport annuel sont les outils à sa disposition qui, si l'effectif le permet, seront présentés aux partenaires sociaux (CHSCT, CE). C'est faire preuve d'éthique du témoignage dans l'espace public interne à l'entreprise. Dans l'espace public externe, on utilisera la déclaration de maladie à caractère professionnel, le rapport annuel collectif. F. Bardot, O. Chapuis et K. Devantay nous ont démontré que l'on peut être inventif, que l'on soit seul ou au sein d'un collectif solidaire comme à Bourg-en-Bresse. Les ouvrages collectifs de médecins du travail permettent eux aussi de s'adresser à la profession, aux médecins généralistes et aux autres spécialistes en santé, aux syndicalistes, voire aux pouvoirs publics.

Une autre pratique coopérative est le travail en coordination avec les épidémiologistes. On a ainsi montré l'importance des liens entre l'organisation du travail et certaines caractéristiques de la souffrance psychique. Ces liens dépendent tout particulièrement de la façon dont ces contraintes sont ressenties par les salariés. Autrement dit, en épidémiologie, les facteurs subjectifs de vécu des contraintes sont autant d'éléments objectifs à prendre en compte. Ces travaux montrent une certaine congruence avec la psychodynamique du travail.

QUELLES PERSPECTIVES POUR L'AVENIR ?

Les modèles organisationnels des quinze dernières années, à l'origine de la précarisation des sujets au travail, ne transforment ils pas la loi de 1946 en une simple utopie ?

Le passage de la visite systématique à deux ans, comme prévu par les textes réglementaires à venir, s'accompagnera-t-elle d'une augmentation des effectifs, nécessitant une nouvelle subversion des textes ? Faudra-t-il tout recommencer à zéro ?

Écrire comme nous l'avons fait aura-t-il un impact sur les pouvoirs publics ?

Les médecins du travail se reconnaissent-ils dans ce qui a été exposé là ?

Si l'on se réfère à Ph. Davezies, la principale critique de notre démarche serait l'insuffisance du travail sur la clinique

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

6- Eve Sémat, Association Santé et Médecine du Travail, *Femmes au travail, violence vécue*, Ed. Syros, Paris 2000

médicale du travail. L'ouvrage fait plus souvent référence aux causes, notamment en terme de décryptage de l'organisation du travail, qu'aux conséquences. Or, selon lui, si le métier de médecin du travail veut continuer à exister aux côtés des autres spécialités que sont par exemple l'ergonomie, la psychodynamique du travail, ce n'est certainement pas en voulant exercer toutes ces spécialités. Cela reviendrait à faire de notre métier une mosaïque de spécialités qui finiraient par être exercées sans le médecin du travail lui-même. Or toutes ces spécialités, et l'épidémiologie elle-même, font l'impasse sur la clinique médicale du travail. Il faudrait, selon Ph. Davezies, utiliser nos acquis dans ces différentes disciplines sans les exercer pour construire notre spécialité, en affinant, notamment, la clinique médicale du travail. Ce que d'autres appellent l'infraclinique n'est ni clinique traditionnelle, ni psychologie, mais des symptômes en lien, pourtant, avec le travail. Ce sont les questions qui sont créatives et les incertitudes plus inventives que les habituelles certitudes médicales. Bref : y a-t-il, comme le suggère Ph. Davezies, une clinique spécifique en médecine du travail ? Peut-on espérer qu'une discipline à part entière, dotée d'un regard sur le travail que n'apporte aucune autre discipline, verra le jour ?

Sinon, la pluridisciplinarité sans statut protecteur garantissant l'indépendance des intervenants ne mettrait-elle pas en

péril la mission de 1946 et ne risquerait-on pas de voir se développer une équipe pluridisciplinaire d'entreprise ?

Arrivés au terme de cette intervention, nous n'avons toujours pas répondu aux questions de nos organisateurs ?

➤ Cet ouvrage est-il un acte militant ? Oui dans la mesure où il a demandé beaucoup de temps libre, de persévérance, et parce qu'il diffère de nos pratiques quotidiennes.

➤ Est-ce un acte politique ? Si l'on considère la politique du côté de la souveraineté, du gouvernement, de la quête du pouvoir, alors non !

Si l'on considère le deuxième pan de la politique qui s'attache plus volontiers à la gestion de l'économique, alors deux fois non puisque nous refusons d'être médecins d'entreprise !

Par contre, ce livre participe effectivement du politique, en mettant en débat dans l'espace public les questions que les médecins du travail se posent collectivement sur leur métier.

➤ À la dernière question de nos organisateurs : cet ouvrage donne-t-il du sens au métier de médecin du travail, la réponse est non. Il retranscrit le sens que des médecins du travail ont voulu lui donner il me semble que c'est à la salle, aussi, de réagir et de nous donner son avis.

Jocelyne MACHEFER, Denise RENOU-PARENT

HOMMAGE À SYLVIE CREN, NOTRE AMIE

médecin inspecteur, à l'occasion de son inhumation à Nantes le 26 février 2004

Sylvie,

Après la sidération vient le temps de la mémoire.

Aussi loin que l'on se souvienne, tu nous es apparue d'emblée comme l'alliage subtil d'autorité et de générosité ; de droiture et de sensibilité ; d'humour et de fermeté.

Tu débordais de vie – ah, tes éclats de rire ! – mais tu avais l'exigence du travail bien fait. De la « belle ouvrage » !

Nous, médecins du travail de terrain, avons su rapidement pouvoir compter sur toi. Ton écoute était habitée de ton expérience de médecin du travail qui rendait tes échanges d'autant plus féconds que nous parlions le même langage. Plus qu'un soutien, qu'un guide, tu étais pour nous une force rassurante, apaisante. Parce que tu nous faisais aussi confiance.

Nous n'hésitions pas à t'interpeller et tu semblais toujours disponible. Tes conseils étaient précis, concis. Tu t'entourais de spécialistes et tu encourageais le travail en réseau, la pluridisciplinarité, bien avant l'heure. Car si l'on peut sans hésiter affirmer que tu as su dynamiser le métier, c'est aussi parce que tu as innové. On peut même affirmer un rôle fondateur dans ta manière de nous conseiller le pragmatisme, notamment en matière de fiche d'entreprise.

Tu as su nous faire éviter le manichéisme et tu nous as aidés à affronter la réalité complexe du monde du travail. Nous avons délibéré ensemble pour une co-construction de nos règles de métier dans la reconnaissance mutuelle.

Esprit fédérateur, de conciliation.

Disponibilité à toute épreuve.

Sérénité.

Chaleur communicative.

Tu vas nous manquer ; professionnellement aussi.

Ta vitalité va continuer à nous irriguer.

Si nous venons te saluer, avec tendresse, c'est pour te dire aussi :

« Merci et bravo »

« Chapeau bas, Docteur Cren ! »

UNE ÉPIDÉMIE DE TMS

L'organisation du travail en discussion

Cette PME familiale fait partie d'un groupe industriel textile dont plusieurs établissements sont situés dans un périmètre de 25 km autour d'une unité centrale. Ces différents établissements sont constitués d'une unité d'ourdissage et de tissage, d'une unité de teinture de fil qui traite aussi pour d'autres clients et d'une unité de bobinage et de stockage de fil teint.

L'histoire se déroule dans l'unité d'ourdissage et de tissage à laquelle sont adjoints les services administratifs et commerciaux contigus à la production.

Jusqu'à ces cinq dernières années, peu de problèmes de santé sont constatés en production, en dehors des surdités professionnelles constituées au fil des années de travail dans le tissage, liées à une absence de protection auditive. Même pas de TMS alors que les gestes et les postures repérés à l'ourdissage sont assez typiques de ce qu'habituellement ils occasionnent. Seul, Monsieur T..., responsable de l'ourdissage est parti en retraite après une période de pré-retraite progressive et un long passé de lombalgie avec épisodes de sciatique et une tendinite de l'épaule. Il est remplacé par Jean qui, jusque-là, s'occupait de l'approvisionnement du tissage et qui connaît donc parfaitement le fil. Il n'y a pas de raison pour que les choses se dégradent. Et pourtant, c'est ce qui va se produire.

Pour bien comprendre comment se noue l'histoire, il nous faut faire un tour par le procédé de travail du fil qui aboutit à une pièce de tissu, de madras, par exemple. Le fil, dont il existe différentes qualités et différents diamètres, est acheté aux filateurs en cônes de fil écriu de 1 à 2,5 kg. La longueur de fil par cône est fonction de la grosseur du fil. Le fil est ensuite teint. Le procédé de teinture est long (de 4 à 8 heures pour un bain) et les recettes sont très précises. On ne teint, en principe, que par machine pleine. Idéalement, pour une même pièce de tissu à réaliser, il est souhaitable que le même lot de fil d'une même filature, soit teint dans le même bain, au moins pour la réalisation de la chaîne, sinon le défaut de nuance va se retrouver sur toute la pièce. Pour la trame, c'est moins problématique car le changement de nuance ne se verra que sur quelques centimètres ou que sur quelques mètres qui pourront être, malgré tout, utilisés.

LE TRAVAIL DE L'OURDISSEUSE À PARTIR D'UN EXEMPLE

Imaginons une pièce de tissu de 500 m en 1/60(1). Le nombre de fils de la chaîne est déterminé par le dessinateur, à l'unité près. Soit une chaîne de 6 000 fils parallèles réalisant

•••••

1 - 1/60 signifie qu'il y a 60 000 m de fil par cône de 1 kg

un dessin, par exemple de 600 fils reproduit à l'identique dix fois. Ces 600 fils peuvent être de trois couleurs alternantes : 200 fils rouges, 100 blancs, 100 bleus, 200 blancs. Pour réaliser cette chaîne de 500 m, on aura besoin de 200 cônes de rouge, 300 cônes de blancs et 100 cônes de bleus.

L'encantrage ou garnissage, première étape de la réalisation de la chaîne, consiste à positionner les cônes de fil sur les broches de la cantre, sorte de double patère avec de 500 à 720 emplacements. L'emplacement des cônes sur la cantre déterminera la dent du peigne où passe le fil et, de là, le dessin. La mise en place des 600 cônes est longue par rapport au temps où l'on dévide les cônes pour réaliser des sections de chaîne, ourdissage proprement dit.

« Faire le dessin ou garnir » c'est, pour l'ourdisseuse : 1) aller au fond de l'atelier d'ourdissage avec un petit chariot 2) chercher les cartons contenant les couleurs recherchées, cartons parfois stockés sur plusieurs niveaux, 3) ouvrir chaque carton avec un cutter 4) s'assurer que l'on va disposer de l'ensemble des coloris nécessaires 5) remplir le chariot avec les différents cônes de couleurs que l'on prend à la main et qu'il faut compter précisément 6) revenir à la cantre, 7) prendre dans le chariot et positionner correctement les 600 cônes, tout en contrôlant les nuances (il faut savoir tricher pour utiliser des fils nuancés) 8) avec un noueur tenu à la main nouer les nouveaux cônes aux fils de la chaîne précédente. Le métier à ourdir sera ensuite mis en route, après que l'on ait programmé la longueur à dévider qui correspond au métrage porté sur la fiche d'ourdissage.

Dans notre exemple, le garnissage peut prendre facilement 5 heures et l'ourdissage 1 heure. Chaque section de chaîne de 600 fils va utiliser seulement 500 m de fil et la totalité de la chaîne, dix fois plus soit 5 000 m alors que les cônes pleins font 60 000 m.

Les cônes pleins ne seront jamais utilisés totalement pour une seule même chaîne. Les cônes entamés serviront pour d'autres chaînes, car le fil de coton teint est une matière première chère. Pour limiter les manipulations de cônes et gagner du temps en fabrication, il faut « optimiser », c'est-à-dire grouper les commandes d'un même dessin et faire suivre les couleurs quand on change de dessin.

« Faire suivre les couleurs » ou « faire suivre les chaînes » signifie faire se succéder sur l'ourdissoir des chaînes dont le dessin comporte plusieurs coloris identiques, ce qui à la fois limite les manutentions et augmente la productivité. Déplacer 100 cônes sur 100 broches sans avoir à les nouer est moins

coûteux physiquement, qu'enlever ces cônes, les remettre dans des cartons, évacuer les cartons, ramener des cartons, reprendre des cônes, les placer sur la cantre et les nouer. Bien entendu, il est recommandé d'éviter les changements de réglage liés à la grosseur du fil, réglage qui demande l'intervention du mécanicien.

L'ORGANISATION THÉORIQUE EST LA SUIVANTE

- **L**e client commande une longueur de tissu dans une référence donnée (la référence est le dessin).
- Un délai de fabrication lui est donné par Louis, le responsable de l'ordonnancement. Ce délai va intégrer les temps de mise en teinture, d'ourdissage, de tissage, d'apprêt et d'expédition. Un délai de quinze jours à trois semaines est un délai court pour la fabrication.
- C'est l'assistante de Louis, qui assure beaucoup d'autres tâches, qui fait mettre en teinture les cônes de fil nécessaires, en tenant compte du stock disponible et mis à jour quotidiennement, du poids à teindre pour l'ourdissage et le tissage, *mais sans nécessairement se préoccuper du nombre de cônes minimal indispensable*, ce nombre pouvant être supérieur à ce que la seule prise en compte du poids peut représenter, *à cause des caractéristiques du dessin*.
- Louis pose la fiche d'ourdissage comportant le dessin (alternance des coloris et nombre de fils de chaque couleur), ainsi que la date de livraison donnée au client, sur le bureau de Jean. Si plusieurs clients ont commandé le même dessin, Louis a regroupé les commandes sur la même fiche, la longueur qui apparaît est la somme des commandes.

LE TRAVAIL DE JEAN, MAGASINIER

- **J**ean, en fonction de son stock résiduel, en fonction de l'état du stock de Manuel, le responsable du magasin de l'unité de stockage, en fonction de ce qui a été mis en teinture par l'assistante de Louis et en fonction de la commande, va vérifier s'il dispose du nombre de cônes nécessaires pour l'ourdissage. Si ce n'est pas le cas, il doit faire une commande supplémentaire à la teinture.
- Jean doit, en arrivant le matin, évacuer de l'ourdissage les cotons non utilisés par l'équipe du soir et par l'équipe de nuit, mais il doit les trier par coloris et les mettre en cartons en mentionnant chaque carton : le coloris, la qualité du fil (coton ou coton polyester par ex. le titrage du fil (1/20, 1/24, 1/40, 1/60 par ex.), le nombre de cônes et leur poids (le poids estimé à l'œil indique la quantité moyenne de fil restant par cône).
- Une certaine quantité doit être obligatoirement gardée pour le tissage. Pour le reste, en fonction des commandes prévues, une partie des cartons seront conservés sur place et l'autre partie sera renvoyée chez Manuel, au « stock fil central » parce qu'il faut bien faire de la place ou parce qu'il s'agit d'un coloris qui ne tourne pas beaucoup.

- Ensuite Jean fait ses commandes à la teinture pour les jours à venir et au magasin fil. Les livraisons du magasin fil arriveront en début d'après-midi et il pourra alors alimenter l'ourdissage pour l'après-midi et la nuit.
- La consigne est : « Pas de stock ».

La première période d'apparition de TMS chez les ourdisseuses est associée à la survenue concomitante d'une nervosité et d'une animosité importante à l'égard de Jean : *« Il s'en fout, il ne connaît pas l'ourdissage, il est incapable de faire suivre, on se crève et les chaînes ne sortent pas, le tissage attend, où alors on nous fait tout dégarnir pour une chaîne qui était soi-disant urgente et on va la voir attendre quatre jours, roulée à l'écart, avant d'être mise en tissage »*.

Pour Jean, qui ne s'exprime pas beaucoup sur le travail : *« Elles sont trop cons, faudrait qu'elles comprennent que c'est le client qui commande, et que je ne fais pas ce que je veux. »*

Au service commercial, l'interlocuteur légitime de Jean est Louis mais il s'avère que deux commerciaux appartenant à la famille dirigeante viennent aussi mettre la pression sur Jean, pour que leurs clients attirés soient traités préférentiellement. De fait, ce sont eux qui établissent l'ordre de fabrication.

« Ne plus faire suivre », c'est-à-dire planifier la mise en ourdissage des chaînes dans l'ordre d'arrivée des commandes, sans tenir compte des couleurs que comportent ces commandes, choix de la nouvelle équipe dirigeante, augmente considérablement les manutentions et les sollicitations de l'appareil locomoteur, aussi bien pour les ourdisseuses que pour Jean... et provoque une baisse considérable de productivité ; il faut revenir travailler le samedi pour assurer l'alimentation du tissage.

À chaque changement de chaîne, on enlève tous les cônes, on remplit des cartons et l'encombrement de l'atelier d'ourdissage augmente. L'encombrement du magasin tampon de Jean augmente aussi et il est le seul à pouvoir s'y retrouver avec son collègue qui approvisionne le tissage en fil. Tous deux sont passés aux 35 H ; ils travaillent de 6 h 30 à 11 h 30 et de 13 h à 15 h, alors que le tissage tourne en 3x8 et l'ourdissage en trois équipes consécutives de sept heures. Quand arrive l'équipe de nuit, à partir de 19 h, l'atelier d'ourdissage est plein à craquer puisque les cartons de fils ne sont plus enlevés au fur et à mesure qu'ils sont constitués. L'équipe de nuit a du mal à trouver ce qui lui manque et parfois, pour un cône manquant, on va tout dégarnir après avoir escaladé et tourné des dizaines de cartons dont certains finissent par être endommagés, voire éventrés.

Avant, au même poste que Jean, Monsieur T... travaillait le matin (car en pré-retraite progressive). En fin d'après-midi et en début de nuit, un autre magasinier assurait la réception du fil teint, l'approvisionnement et l'évacuation en fils de l'ourdissage, le travail étant programmé par M. T... Ce demi-poste a été supprimé lors du départ de M. T..., la consigne donnée à Jean étant *« Vous vous organisez comme vous voulez »*. Dans l'autre atelier de stockage et de bobinage des fils où travaille Manuel (atelier distant de 10 km) l'effet de la désorganisation se prolonge, avec là aussi, augmentation des manutentions alors que le temps de travail a officiellement

diminué et que la consigne est de ne pas faire d'heures supplémentaires. Jusque-là, le travail se faisait mais, pour cela, chacun restait environ dix heures jour, voire plus. C'était le cas de Jean et de Manuel, avant le passage aux 35 H.

Et en ce qui concerne Louis, celui-ci finit volontiers vers 19 h, car il travaille dans le bureau commercial, où l'on ne pointe pas et ne pas dépasser les horaires, surtout quand on est un homme, signe un manque d'intérêt pour le travail.

Les retours de fils non utilisés s'accumulent dans le magasin de Manuel. Manuel a une hernie discale, conséquence probable de manutentions répétées sous contrainte temporelle, il est hospitalisé. Les salariés qui le remplacent, car il en faudra deux à trois selon les jours, connaissent le fil, mais ne connaissent pas l'organisation et le mode de stockage. Les retours de Jean ne sont plus traités ; stock dormant sur lequel il croit pouvoir compter quand il programme son ourdissage et qui, en fait, n'apparaît plus sur l'état des stocks quotidiens. Mais où passe le fil ?

Une première tentative de réorganisation désigne Louis comme étant le seul habilité à donner les délais et à transmettre les cartes à Jean. Les passe-droits liés à l'appartenance à la famille de la direction sont supprimés. Petite amélioration qui permet à Jean de reprendre en main l'ourdissage dont il n'était plus, de fait, que l'approvisionneur.

Une deuxième tentative de réorganisation donne pour consigne de faire à nouveau « suivre les chaînes », avec mise en place d'une prime de productivité à l'ourdissage. Cela est loin de régler les problèmes car Louis, qui a des horaires très différents de Jean, s'autorise, et cela, sans vérifier si la quantité de fils nécessaire est là, à allonger les chaînes si de nouvelles commandes du dessin sont arrivées

Allonger les chaînes, c'est-à-dire grouper pour la fabrication plusieurs commandes du même tissu dans exactement les mêmes coloris, permet d'optimiser la production, sous réserve d'avoir la longueur de fil nécessaire à disposition. Malheureusement Louis ne connaît pas suffisamment les coloris, ne sait pas évaluer la quantité de fil restant sur un cône entamé.

En principe, quand la fiche d'ourdissage est sur la table de l'ourdisseuse, cela signifie pour elle, que le fil nécessaire est là. Pour optimiser le stock et limiter les manutentions de tous, Jean commande le fil en fonction du métrage à ourdir et il utilisera donc, si possible, des fonds de cône, qu'il a renvoyés ou conservés dans son magasin, ce qui permet, en outre, de gagner le temps de teinture. Seulement, parce qu'un client vient de passer une commande Louis vient rallonger la chaîne, en modifiant la fiche d'ourdissage, parfois à l'insu de l'ourdisseuse, après le départ de Jean, sans s'être assuré que les cônes de fil disponible sont de poids suffisant pour ourdir le métrage qu'il ajoute. L'équipe de nuit peut se retrouver à avoir une commande sans la longueur de fil pour la réaliser. Après plusieurs incidents de ce type, avant de commencer à garnir, elles vérifient maintenant qu'elles ont bien le fil nécessaire, en mettant en cause les compétences de Jean, ce qui augmente considérablement les sollicitations de l'appareil locomoteur, sans augmenter nécessairement la productivité. « Au moins, on ne se crève pas pour rien. »

Effectivement, ce dernier n'a pas pour habitude de mentionner sur les fiches comment il a « pensé » l'ourdissage, c'est-à-dire le nombre de séquences de dessins. En effet, selon le fil disponible et selon le dessin, l'ourdisseuse peut envisager plusieurs choix dans le nombre de séquences. Les ourdisseuses ne peuvent pas toujours savoir si, et à quel moment, Louis est venu interférer dans le planning de Jean ou bien si Jean s'est trompé ou si elles-mêmes ne comprennent pas comment il a « pensé » l'ourdissage, ou si elles ne trouvent pas le fil, ou s'il n'a pas été livré. Toutes ces incertitudes augmentent la tension et l'animosité à l'égard de Jean.

À cela s'ajoutent les aléas de l'atelier de teinture. Lorsque les livraisons de la teinture ou du stock arrivent en début d'après-midi, Jean n'ayant pas le temps de contrôler le respect de sa commande, certains incidents ou certains manques ne seront pas signalés aux ourdisseuses. Au moindre problème, les ourdisseuses ne peuvent plus travailler.

L'énervement, la perte de temps et la bouc émissarisation de Jean en sont la résultante. Jean qui, après s'être littéralement « défoncé », est découragé. Personne ne veut l'entendre, même pas le P-DG à qui il a tenté d'expliquer qu'il ne fallait pas que quelqu'un d'autre modifie les ordres d'ourdissage. On le traite de fainéant et d'incapable. Il insulte les ourdisseuses qui ne trient plus les cônes lors du dégarnissage, mélangeant ainsi les cartons de fils, ce qui aggrave en retour les perturbations. A plusieurs reprises il a fait irruption dans le grand bureau commercial en hurlant « Vous êtes tous des cons, vous ne comprenez rien au travail ! ». Jean, qui est seul face à des difficultés dont l'intelligibilité échappe aux autres, est menacé d'aliénation sociale.

L'ORGANISATION AU FIL DU TEMPS, CLÉ DE COMPRÉHENSION

Pour comprendre cette situation où le médecin a vu apparaître des TMS, des lombalgies, des dégradations de relations interpersonnelles avec désignation d'un bouc émissaire, il faut reconstituer les évolutions de l'organisation au fil du temps et il faut reconstituer le mode de gestion des personnels. Initialement, celui qui, avant Louis, donnait les délais au client et affectait la fiche à l'un ou l'autre des ateliers de production était un technicien textile, Guy. On lui commandait des mètres de tissu, il pensait ourdissage et nombre de cônes, teinture et poids par machine de teinture. D'emblée, la désignation en teinture était optimisée en kilogrammes mais aussi en nombre de cônes, supprimant le risque de défaut de nuance à l'ourdissage. Quand Guy est parti en retraite, plusieurs remplaçants lui ont succédé qui n'ont jamais réussi à démontrer une connaissance aussi fine du métier que lui. Monsieur T... et son collègue du deuxième atelier de production, d'abord très inquiets, se sont organisés ensemble pour faire faire les mises en teinture nécessaires. Un circuit parallèle s'est donc mis en place, plus difficile à tenir pour Monsieur T... dont l'atelier est contigu du bureau commercial. Monsieur T... s'est alors taillé une solide réputation de caractériel, en interdisant à qui que ce soit d'intervenir à l'ourdissage et dans son magasin, mais cela en contrepartie de manutentions à cadence rapide, et donc de douleurs du dos et des épaules. C'est à ce

prix, celui de sa propre santé, qu'il avait permis aux ourdisseuses de travailler dans un atelier rangé, organisé, sans TMS, et toujours en avance sur le tissage. Personne, au commercial ou au tissage, n'osait le braver. Il n'hésitait pas à s'affronter avec le P-DG ; ses rares arrêts de travail pour lombalgies étaient très perturbants et mal vécus par l'entreprise. À l'époque, au cours des consultations médicales, M. T... confiait : « *Vous vous rendez compte, je suis passé à mi-temps en pré-retraite progressive et ils n'ont rien prévu pour me remplacer. Je suis parti à 11 h, après quatre heures de travail et... j'ai reçu une lettre recommandée parce que j'étais parti sans avoir fini mon travail. Je me suis fait un plaisir de leur répondre pour leur demander comment se faisait-il que, jusque-là, ils m'aient payé quatre heures à ne rien faire, lorsque j'étais à temps plein, s'ils pensaient que tout pouvait être fait en quatre heures !* »

En fait, Jean arrive à s'entendre avec le responsable du tissage pour organiser la production. Leurs contraintes sont différentes mais ils ne peuvent pas s'abstraire du réel : « *On a la matière première (le fil) ou on ne l'a pas.* »

Les différents successeurs de Guy, Louis étant le dernier en date, ne repéreront sans doute pas ce réseau parallèle de mise en teinture et de dépannage entre ateliers, et tout le monde croira que l'on peut fonctionner comme sur le papier. Le départ de M. T... et de son *alter ego* dans l'autre atelier d'ourdissage-tissage, la mise en place des 35 H, la suppression d'un poste d'approvisionnement et d'évacuation, l'arrivée de Jean seront quasi simultanés et donc tous les problèmes lui seront attribués. Louis, du fait de son parcours professionnel, n'a pas la connaissance lui permettant d'anticiper les désignations de fil pour la teinture et l'ourdissage. Il ne peut pas comprendre que le fil ne soit pas disponible. Il est soumis à la pression du client et veut des mètres de tissu sans s'occuper du poids de coton et du nombre de cônes. Jean se trouve donc confronté à une injonction paradoxale : ne pas avoir de stock, utiliser au maximum les fonds de cônes, faire sortir des chaînes sans défaut de nuance, et le tout, dans les plus brefs délais. Il ne peut, à la fois, respecter la loi sur l'amplitude de la journée de travail, respecter les 35 H, organiser et ranger son atelier sans risques pour sa santé.

Auparavant, dans cet atelier d'ourdissage, le médecin du travail avait été très surpris de ne pas constater de TMS. Il n'a pu identifier le sens de la liaison entre les évolutions des phénomènes de santé et les évolutions de l'organisation du travail qu'après le départ en retraite de M. T... et qu'après avoir démêlé les mécanismes expliquant les difficultés de Jean, mais il lui a fallu pour cela aller au plus près dans la connaissance et la compréhension de l'activité de chacun. S'ajoutant à cela, la diminution des effectifs, aggravée par l'effet « 35 H », le terrain était propice à l'apparition des TMS et à l'apparition de salariés faisant fonction de boucs émissaires.

En évaluant avec Jean, au moment de la consultation médicale annuelle, les manutentions manuelles de cartons, pesant de 50 à 60 kg chacun et parfois à moitié déchirés, qu'il effectue au quotidien, on atteint un tonnage qui dépasse les normes des recommandations officielles. On voit bien comment l'encombrement de l'atelier de l'ourdissage est inévitable avec

un magasinier présent sept heures par jour alors que l'atelier tourne 24 h/24. Les ourdisseuses doivent obligatoirement participer aux manutentions. Pour Jean, la dernière consigne de la direction : « Pas de cartons derrière les cantres, pas de cartons sur deux niveaux », est une nouvelle injonction paradoxale. Présent 7 heures sur 24, obligé d'alimenter l'atelier pour ces 24 heures, l'accumulation et l'encombrement sont inévitables.

Se faire expliquer par chacun le détail de son activité et les liens qu'il fait avec sa propre santé permet de repérer les contradictions de l'organisation. Quand on en arrive à une telle dégradation des relations interpersonnelles, il devient toutefois difficile de faire évoluer les représentations des uns et des autres.

Au bout de cinq déclarations de maladies professionnelles, un CHSCT sera réuni à l'initiative du technicien de la CRAM, CHSCT où deux salariés s'exprimeront... pour chercher, dans la vie privée de leurs collègues, l'origine des TMS, et où les deux salariés de l'équipe de nuit ne s'exprimeront pas, sauf pour parler à mi-voix, au médecin du travail, pendant la visite rapide du magasin, de ce poste de magasinier du soir qu'ils avaient obtenu si difficilement. Ces deux personnes seront absentes au CHSCT suivant. Un salarié soutiendra la proposition du médecin d'organiser une réunion de toutes les ourdisseuses et de Jean afin qu'ils définissent ensemble les références de fil à toujours avoir en stock, et afin qu'ils définissent leurs lieux de rangement dans le magasin. Ce projet de réunion n'apparaîtra pas dans le compte-rendu du CHSCT... rédigé par le chef d'entreprise. Cette réunion n'aura jamais lieu.

Un début de solution viendra de l'atelier de stockage ; l'arrêt de travail prolongé de Manuel et ses conséquences ont abouti là aussi à une modification de l'organisation du travail. Le directeur de la teinture et de l'atelier de stockage a décidé de supprimer le conditionnement en carton pour les livraisons à l'intérieur du groupe textile. Les pelotons de fils sortant de teinture seront livrés en bacs plastiques d'environ 1m³, bacs facilement superposables supprimant pour les magasiniers les manutentions manuelles de cartons en imposant le recours systématique au transpalette. Des effets immédiats sont constatés sur la santé de Jean : disparition des lombalgies et des douleurs du tendon du quadriceps gauche (qui servait de point d'appui pour le relevage des cartons), mais la TA s'élève (17/12) car les relations avec les ourdisseuses ne s'améliorent pas, le problème des modifications des cartes d'ourdissage en son absence n'étant pas réglé.

Pour les ourdisseuses ça ne va guère mieux, ces bacs encombrant leur atelier, surtout la nuit et l'après-midi quand il n'y a plus de magasiniers et qu'elles doivent les déplacer. La solution proposée, qui semble convenable au médecin du travail : mise à disposition permanente d'un transpalette élévateur manuel, qui devrait leur permettre d'accéder aux bacs superposés n'en convaincra que quelques unes. Elles n'ont pas l'habitude de ce type d'appareil, la place pour manœuvrer est limitée, ce qui suppose une expérience importante qu'elles ne peuvent acquérir puisqu'il s'agit pour elle d'un usage très occasionnel. Elles me disent aussi qu'elles n'ont pas de rai-

son de faire en plus le travail du magasinier. Il y aura plusieurs chutes car pour prendre des pelotons dans le bac situé au second niveau, elles préféreront escalader le premier bac et agrippées d'une main au deuxième bac, elles prennent les pelotons qu'elles lancent dans leur petit chariot. Parfois le deuxième bac menace de basculer. D'autre part lancer les pelotons « blesse » certains fils fragiles et altère leur qualité ce qui entraînera des problèmes dans la suite du processus de fabrication. Et on ne peut pas toujours déranger un collègue plus habile : on s'entraide volontiers mais on tient à garder son autonomie. Cette situation durera plus de six mois : les bacs se mettent progressivement en place, la place manque dans l'ourdissage et le magasin. Tout le monde (y compris le médecin du travail) sait que le recours au transpalette n'est pas systématique, que l'on travaille en escaladant les bacs, qu'il y a des chutes, heureusement sans gravité jusque là. Toutes ces chutes ne font pas l'objet d'une déclaration d'accident de travail : en effet les ourdisseuses sont sensées utiliser le transpalette, si elles s'y prennent autrement, c'est leur faute.

Il faudra un accident du travail, avec chute d'une ourdisseuse pour qu'enfin des décisions de rangement, après concertation entre ourdisseuses et magasinier, soient prises. Le médecin du travail sera le déclencheur de cette décision, parce qu'alerté par le médecin généraliste. L'accident de travail était survenu la nuit : chute avec contusion d'une cheville. L'ourdisseuse avait été ramenée chez elle et sur la déclaration d'AT, une contusion de cheville était signalée et c'est la seule information dont disposait le médecin du travail. Le lendemain, l'ourdisseuse souffrant de cervicalgies importantes et en arrêt travail demandera que ces douleurs soient notées sur la déclaration d'AT ce qui ne sera pas fait (par négligence et non par volonté de tricher).

Six mois après cet accident de travail, après une tentative de reprise de trois mois, cette ourdisseuse sollicitera un nouvel arrêt auprès de son médecin généraliste et demandera qu'il soit déclaré en rechute. Son médecin l'avait déclarée consolidée sans séquelles. Cette demande sera l'occasion d'un contact téléphonique émanant du médecin généraliste et d'une visite de pré-reprise où les circonstances de l'AT seront précisées ainsi que ses conséquences.

COURRIER AU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

« **J**e vous confirme notre entretien téléphonique récent concernant Mme X..., victime d'un AT début octobre dernier avec petit arrachement osseux de l'angle latéral externe massif articulaire droit de C1, suite à une chute liée à un problème d'approvisionnement du poste de travail non réglé à ce jour, problème à propos duquel je viens d'écrire à son employeur.

Le poste de travail de Mme X... comporte une forte sollicitation des membres supérieurs dans leur totalité, ainsi que de la colonne cervicale. Il est bien compréhensible qu'il persiste des séquelles douloureuses musculo-ligamentaires qui pourraient s'atténuer, si la peur d'un nouvel accident, par persistance des mêmes conditions de travail était levée.

Je l'informe de l'existence dans le Code du travail "du droit

de retrait face à une situation dangereuse". En fonction de l'évolution du poste de travail, de la réaction de la CPAM, nous aviserons en ce qui concerne la reprise ou non du travail.

Je compte m'appuyer en interne, sur cet accident pour faire évoluer cette situation de travail, c'est pourquoi il me paraît indispensable qu'elle soit en rechute d'accident de travail. »

COURRIER À L'ENTREPRISE

« **J'**ai vu en visite de pré-reprise du travail, à la demande de son médecin Mme X..., ourdisseuse, victime d'un accident de travail le 3 octobre dernier. Elle a repris le travail en janvier mais est à nouveau arrêtée.

Les circonstances de l'accident : chute à plat ventre en voulant accéder à un bac stocké sur un autre bac pour se réapprovisionner en fil, avec des conséquences sérieuses pour la santé, conséquences qui auraient pu être très graves confirment que la prise d'appui et le maintien de l'appui des pieds sur le bac inférieur ne constituent pas un mode opératoire acceptable parce que dangereux. Toutefois, et tous les participants au dernier CHSCT - quatre jours auparavant -, en ont convenu, l'utilisation du transpalette élévateur ne va pas de soi pour des opérateurs occasionnels.

Il s'avère que le stockage sur deux niveaux dans l'ourdissage pose un problème d'accès non résolu pour les ourdisseuses et les garnisseuses, que l'utilisation du transpalette pose un problème à des opérateurs occasionnels.

Il est donc indispensable de revoir les conditions d'approvisionnement pour les ourdisseuses, en veillant à ce que :

- soit tous les bacs soient au sol et accessibles ;
- soit qu'un membre de chaque équipe soit formé pour assurer l'alimentation et l'évacuation en utilisant le transpalette électrique.

Compte tenu des circonstances et des séquelles de son accident, il n'est pas évident que Mme X... puisse reprendre son poste si ces problèmes d'approvisionnement en bobines ne sont pas résolus. »

Médecin du travail

Copie de ce courrier remise à Mme X....

Six mois plus tard, tous les problèmes qui avaient abouti à l'apparition de TMS ont trouvé des solutions et au bout du compte, on a une amélioration des conditions de travail et une diminution des manutentions manuelles, par la suppression du conditionnement en carton. Les rapports sont actuellement sereins.

Dans ce type d'entreprise, où les salariés élus sont motivés mais vulnérables, il paraît plus efficace de travailler, dans le cadre du colloque singulier et lors d'entretiens informels au poste de travail, à faire évoluer les représentations des uns et des autres sur la réalité de leur travail réciproque et sur les contraintes qui sont les leurs, afin que le débat quotidien sur l'organisation du travail puisse reprendre dans les équipes. Préalablement, le tiers temps, indispensable aura permis au

médecin du travail de bien comprendre :

- le réel du travail, de repérer les savoir-faire incorporés (dans ce cas, le développement d'une expertise du toucher évaluant la qualité et le diamètre du fil, d'une expertise de l'œil pour repérer des nuances de couleur et apprécier la longueur de fil restant sur les cônes, car on « pèse » à l'œil et à la main à 50 g près) .
- la réalité des contraintes en terme de postures et de manutentions.

Quand les modes opératoires et les techniques évoluent peu, le tiers temps sur le terrain fait partie de la « mise en scène » du travail du médecin du travail. Même si l'essentiel de l'analyse et de la compréhension de la situation de travail ont été élaborés lors des colloques singuliers, passer sur le terrain, même rapidement donne du poids à la parole du médecin du travail.

Il convient également de tisser et de maintenir des liens étroits avec les médecins généralistes, de faire l'effort de leur décrire les contraintes de certains postes de travail. Dans cette situation de travail, c'est bien l'intervention du médecin généraliste qui a « imposé » au médecin du travail une prise de position écrite. Parce que dans cette entreprise, on écrit peu, le courrier a eu un impact fort.

Dévoiler le rôle de l'organisation du travail dans la construction de la santé est une des missions du médecin du travail

- à l'intérieur de l'entreprise
- mais aussi à l'extérieur de l'entreprise. Diffuser lors des courriers aux médecins-conseil et aux médecins traitants, les éléments de l'état de santé des salariés liés à l'organisation du travail permet de faire évoluer leurs connaissances et leurs représentations.

Annie LOUBET-DEVEAUX

TARZAN EST TOMBÉ

Le jour de ses 50 ans, Jean-Paul a reçu une masse de 200 kg sur le pied. Pas de dégâts osseux, « *Mais j'aurais mieux fait de prendre une cuite avec des copains que d'aller bosser ce jour-là* » car sept mois plus tard Jean-Paul n'a pas encore repris le travail ; la raideur matinale, l'œdème vespéral et de violentes douleurs paroxystiques l'en empêchent. Il ne supporte plus d'être sans arrêt sollicité par son entreprise, comme s'il était soupçonné de paresse, et il demande au médecin du travail, d'expliquer à son entreprise pourquoi il n'est pas en état de travailler comme par le passé.

Titulaire d'un CAP mécanique générale, il a travaillé 20 ans en Afrique. Je le connais depuis 1991, c'est-à-dire depuis son retour en France. Sa spécialité, c'est les chantiers textiles, il part en général pour la semaine, parfois pour 15 jours. Ce sont des semaines de 60 à 70 heures dans des entreprises clientes : « *On part avec un ou deux jeunes et après on fait comme on peut, vous savez les rames (nom des machines textiles), c'est TARZAN. Dans une journée on peut monter et descendre, par le bâti-machine, de 20 à 100 fois, c'est un coup à quatre pattes, un coup sur le toit de la machine. Avec mon pied c'est pas possible. J'ai essayé, à la maison, je ne peux pas tenir sur un escabeau : je monte sans problème, mais je ne peux pas travailler longtemps, une échelle c'est pareil.* »

Jean-Paul a trois enfants, nés en 77, 81 et 89. Depuis au moins huit ans, il est divorcé ; peu de temps, avant son divorce son épouse m'avait contacté pour attirer mon attention sur ses prises d'alcool. Son ex-femme est nourrice agréée. Bizarrement, depuis son accident, Jean-Paul a repris la vie commune avec son ex-femme.

Lorsque je le rencontre, il m'explique que s'il arrive à reprendre le travail, il ne veut plus faire de chantiers éloignés. Il n'imagine pas rester à l'atelier de production, en construc-

tion de machines textiles, mais il veut travailler sur les chantiers locaux et rentrer le soir à la maison. « *Les semaines de 60-70 heures, ce n'est plus pour moi ; vous savez ce que c'est le soir à l'hôtel, avec les collègues, on traîne (et on boit). Je ne peux plus faire en une semaine le travail de 15 jours. Quand je suis allé porter mon arrêt de travail à la boîte, le patron était là, il connaît ma voiture, il n'est pas venu me voir. Son père n'aurait pas fait ça.* »

Dans ces métiers à forte contrainte physique, le corps est l'outil le plus sollicité ; à 51 ans, Jean-Paul doit compter avec un corps prématurément usé et ce pied qui ne peut plus rester agrippé longtemps sans douleur aux barreaux d'échelle et qui peut donc lâcher mais cette longue convalescence, cette reprise d'une vie familiale, avec de jeunes enfants autour de lui, dont la plus jeune de ses filles, ont sans doute très sérieusement malmené une identité construite sur le modèle viril et permis un remaniement lui permettant de penser une vie professionnelle compatible avec une vie privée. Il n'a plus rien à prouver sur le plan professionnel, pour lui, il est temps que le chef d'entreprise pense à former de plus jeunes à ce type de chantiers.

Le médecin du travail doit accompagner ce renoncement à l'armure virile, en négociant dans l'entreprise, sur le thème de l'âge et de l'usure prématurée. Mais, il ne faut pas être dupe et il faut bien se poser la question de la responsabilité de ce travail difficile et dangereux dans l'alcoolisation et le divorce de Jean-Paul, survenant après la naissance de sa dernière fille.

Finalement, cet accident qui survient le jour de ses 50 ans, permettra peut-être à Jean-Paul un aménagement identitaire permettant de concilier une activité moins sollicitante et une vie familiale.

Annie LOUBET-DEVEAUX

LA GUICHETIÈRE EST-ELLE DEVENUE FOLLE ?

L'histoire se déroule dans une grande entreprise de la fonction publique.

Ce jour là, le directeur était en grande discussion avec un cadre lorsqu'il entendit une voiture de pompiers, tout gyrophare dehors, s'arrêter devant son établissement. Jetant un regard distrait par la fenêtre il dit avec humour : « *J'espère que c'est pas chez moi que ça se passe !* » - et bien si, c'était « chez lui » : Mme H..., guichetière, était en train de faire une crise de nerfs à ce point impressionnante et incontrôlable (pleurs, hurlements, insultes, gesticulations menaçantes, jet de cendrier, tentatives de frapper le chef d'équipe...), que le dit chef d'équipe, aussi catastrophé que désespéré, n'avait trouvé d'autre solution que d'appeler les pompiers - qui allaient emmener Mme H... aux urgences.

Les faits étaient, pour l'encadrement, incompréhensibles : Mme H..., guichetière depuis trente ans, était une femme dynamique, appréciée des clients, compétente, et toujours bien notée. Or elle n'avait semble-t-il pas supporté des propos tout à fait banals, prononcés par son chef d'équipe dans le cadre d'un entretien individuel sur ses résultats. Cette façon de procéder était certes un peu nouvelle dans l'entreprise, mais elle était faite pour « aider » les guichetiers dans leur métier, pour les « professionnaliser ». Il n'y avait donc, selon la hiérarchie, vraiment pas de quoi s'émouvoir ... Pourtant, Mme H... avait explosé. Était-elle devenue folle ?

Pour les collègues de Mme H..., en revanche, cette crise était non seulement compréhensible, mais aussi parfaitement légitime, et beaucoup disaient se reconnaître en elle.

D'ailleurs l'« affaire » devait rapidement prendre de l'ampleur : dans la journée, le syndicat de Mme H..., suivi d'un autre, demandait une entrevue avec le directeur de l'établissement, mettant en cause des méthodes de management « inadmissibles ». Et dans les jours qui suivirent, une pétition départementale était lancée demandant à l'entreprise de « revoir ses méthodes de management » et de « prendre ses responsabilités ». Enfin un préavis de grève était déposé, et un CHSCT extraordinaire était réclamé.

Quelle place pour le médecin du travail dans toute cette agitation, alors que, comme on pouvait *a priori* le suspecter, venait de se dérouler une crise mettant en jeu la santé mentale d'un salarié du fait du travail ?

Le jour même j'étais informée de la crise de nerfs par un permanent du syndicat, qui mettait en cause avec virulence le chef d'établissement. Je lui suggérais de proposer à Mme H... de venir me rencontrer.

Le surlendemain, je trouvais Mme H... dans ma salle d'attente : elle était venue sans prévenir, et avait, en m'attendant, de nouveau émis des hurlements très impressionnants, que mon infirmière avait eu le plus grand mal à calmer. Elle avait, disait-elle, « la haine » ; elle était en arrêt de travail et son médecin lui avait prescrit des anxiolytiques. N'ayant guère, ce jour là, le temps de la recevoir dans de bonnes conditions, je lui proposais un rendez-vous quelques jours plus tard.

Entre-temps, un autre membre du syndicat me demandait mon avis sur la façon dont on pouvait aborder le problème en CHSCT. Ma réponse était alors de mettre en perspective un événement certes bruyant et paroxystique, mais pas nécessairement dramatique, dans un contexte de travail et un enchaînement de circonstances professionnelles qui méritaient sûrement autant analyse que la crise en elle-même – autrement dit ma question à moi n'était pas tant celle de la goutte d'eau qui avait fait déborder le vase, que de ce qui avait, auparavant, rempli le vase au point qu'un apparement « presque rien » le fasse déborder.

Je recevais donc Mme H... une dizaine de jours après l'événement.

Je connais Mme H... depuis trois ans, date de mon arrivée dans l'entreprise. Mme H... a 52 ans. C'est une femme énergique sans antécédent très notable (et en particulier sans antécédent psychiatrique), guichetière expérimentée qui aime beaucoup son métier et l'a toujours fait « avec plaisir ». Un an plus tôt, toutefois, elle m'avait déjà confié la dégradation des conditions de travail qu'elle observait, en lien avec les réductions d'effectifs au guichet.

Le jour de la consultation, la présentation de Mme H... est assez théâtrale : elle raconte les événements avec des sanglots dans la voix, pleure abondamment, décrit ses tentatives de frapper son chef d'équipe - et l'envie de revenir le frapper qui ne l'a pas quittée pendant près d'une semaine après les événements (« *Je voulais tout casser* »), insiste sur ses hurlements et sa perte de contrôle d'elle-même (« *J'étais comme une bête* »). Tout se passe comme si elle essayait de me convaincre de la violence de ce qu'elle avait vécu en le jouant devant moi pour me le donner à voir.

L'enchaînement des circonstances du jour de la crise est le suivant : une réunion le matin où le directeur tient des propos, qu'elle interprète comme des menaces, sur la nécessité de remplir certains documents lors des prises de rendez-vous pour les conseillers spécialisés. Puis cet entretien avec le chef d'équipe, où il lui propose de « faire des jeux » (de rôle), puis-

qu'elle ne vend pas suffisamment certains produits – c'est cette proposition qui l'a fait exploser. Elle s'est sentie submergée par l'indignation, infantilisée, humiliée. Elle est encore effrayée de la violence qu'elle a ressentie en elle, et honteuse de s'être ainsi donnée en spectacle – honteuse en particulier des injures qu'elle a prononcées.

J'essaie de sortir du psychodrame en la sollicitant du côté du travail : ce qu'elle fait, comment on lui demande de le faire et comment elle le fait, les difficultés du travail, etc.

Mme H... me dit alors avoir « beaucoup accumulé » au fil des semaines précédentes (elle exprime un vécu de pressions professionnelles, d'injustice, d'abus de pouvoir) – jusqu'à « craquer ». Elle évoque les évolutions de son travail, et en particulier, l'obligation, désormais, de « vendre ». Or, Mme H... a des « scrupules » vis-à-vis d'une clientèle qu'elle connaît bien (30 ans dans le même établissement, ça crée des liens !), clientèle qu'elle ne veut pas « forcer ». Quelques mois plus tôt, elle a suivi une formation intitulée « accueil commercial » qu'elle a très mal vécue pour son aspect ludique, ressenti comme manipulateur (bien qu'elle ait participé avec bonne volonté). À ce propos, elle pointe avec agacement le comportement de son directeur, qui les bassine avec des méthodes stéréotypées d'accueil du client, mais ne leur dit pas bonjour quand il arrive... Elle refuse d'entrer dans des considérations d'objectifs et de résultats : elle dit faire de toute façon de son mieux, mais ne supporte pas ces méthodes de management qu'elle juge infantilisantes : les résultats affichés « comme à l'école », les jeux de rôle où on « joue à la marchande », etc. Elle me dit s'être rayée avec rage d'un tableau de résultats où elle apparaissait dans les meilleurs. Tout son discours oscille entre des questions de dignité et de honte : dignité bafouée par une hiérarchie qui ne saurait jamais reconnaître le professionnalisme de ces agents, mais les mettrait en compétition voire leur demanderait de réaliser des actes indignes (« rouler les clients »), perte de sa dignité à l'occasion de sa crise de nerfs. Elle redit son « amour » pour son métier, mais aussi qu'elle ne se « prostituera » pas, qu'elle ne « changera pas de moralité ».

Depuis la crise, elle rumine anxieusement les événements, et pleure souvent ; elle dort mal et fait des cauchemars à connotation professionnelle qui témoignent d'un profond sentiment d'incapacité ; elle prend un anxiolytique. Depuis des mois, elle a également présenté tout un cortège de manifestations psychosomatiques qui ont conduit son médecin à prescrire un antidépresseur.

Elle se dit très entourée : elle reçoit de nombreuses visites et des courriers de soutien (un collègue lui a écrit : « *Ton cri servira à d'autres* »). Mais elle se sent impuissante, culpabilisée de ne pas « être à la hauteur », d'autant que, syndiquée, elle reçoit les doléances de ses collègues.

Au total, à l'issue de cette première consultation, je fais le diagnostic d'une décompensation mentale professionnelle évoluant à bas bruit depuis quelques semaines voire quelques mois (manifestations psychosomatiques), avec un élément paroxystique à type de violence hétéro-agressive déclenché par un événement symbolique (l'entretien d'évaluation le jour de la crise), et depuis un syndrome anxio-dépressif réaction-

nel, en lien avec une souffrance éthique.

À la fin de la consultation, je lui donne acte de sa souffrance, mais lui donne aussi mon analyse de la situation : elle a réagi violemment à une situation qui lui faisait violence dans son travail, aussi bien pour des raisons de sens du travail (être guichetier, pour elle, ça n'est pas ce qu'on lui demande de faire) que d'éthique de son travail (elle refuse de faire certaines choses non parce qu'elle serait incompétente ou aurait mauvais esprit, mais parce qu'elle trouve cela malhonnête). Elle n'est donc pas folle : sa réaction est parfaitement compréhensible, ce sont les évolutions de son travail qui la rendent malade. Je lui indique par ailleurs qu'elle n'est pas la seule à souffrir de ces évolutions : en dix-huit mois, j'ai ainsi pu constater une demi-douzaine de décompensations psychiques en lien direct avec ces évolutions parmi les guichetiers (sauf qu'il s'agissait, dans les autres cas d'effondrements dépressifs qui n'ont fait aucun bruit, du moins dans l'entreprise).

À ce stade, je lui dit n'être pas inquiète pour elle, convaincue alors de ses ressources personnelles et de la qualité de son entourage ; je pense qu'elle réagit normalement, quoique bruyamment et dans la douleur, à un contexte professionnel délétère. Je lui soumets de plus deux pistes de réflexion :

- il n'est pas nécessaire de tomber malade pour témoigner des dysfonctionnements de son travail : c'est une question qui relève du débat social, et non de la médecine ;
- si rien ne presse dans l'immédiat, un jour se posera la question de son retour au travail - comment composera-t-elle avec tout cela, puisque les contraintes qui aujourd'hui la minent ne vont pas disparaître comme par enchantement ?

Un long entretien avec le directeur et le chef d'équipe me donnera des clefs de compréhension complémentaires.

Le contexte de la crise est celui d'une réorganisation récente de l'établissement qui s'est soldée par la suppression d'une position de travail au guichet. Le directeur déplore à ce propos la « résistance au changement » de son personnel vis-à-vis des évolutions du travail, en particulier la simplification de certaines tâches de guichet (mise en place d'automates, suppression d'opérations qu'il juge inutiles), et la polyvalence attendue (un caissier doit pouvoir faire aussi du guichet si besoin). Il me dit être très soucieux de l'amélioration de l'organisation du travail, et ne comprend pas que le personnel ne lui en soit pas reconnaissant. Il incrimine l'« ancienneté » et la « sédentarité » des agents, qui les rendrait moins adaptables. Il me confie que beaucoup de guichetiers ne sont pas « faits pour la vente ».

Depuis son arrivée il y a deux ans, le directeur instaure progressivement de nouvelles méthodes de management sensées « professionnaliser » ces guichetiers - c'est-à-dire leur donner une « culture » et des méthodes de travail « commerciales ». Au nom de la transparence, il affiche mensuellement les résultats nominatifs des guichetiers par ordre de mérite, agrémentant cet affichage de commentaires manuscrits sur un tableau blanc ; l'affichage des résultats est fait par type de produit vendu, et en chiffre d'affaire à l'heure, l'objectif étant

de 15 euros de l'heure (que personne n'atteint ou de façon exceptionnelle).

Par ailleurs il met en place le nouveau triptyque managérial du guichet : « accompagnement, training, entretien ». Il s'agit d'observations directes hebdomadaires du guichetier en situation de vente pendant environ quinze minutes, suivie d'un « débriefing à chaud » relatif aux « points forts, points faibles, points à améliorer » ; ces accompagnements doivent être suivis d'un « training », qui correspond soit à une révision des caractéristiques de certains produits, soit à des jeux de rôle où le chef d'équipe joue le client, et le guichetier doit montrer son savoir faire de vendeur ; enfin des entretiens réguliers sont organisés à l'occasion desquels sont épluchés les résultats du guichetier par type de produit et par rapport aux objectifs individuels qui lui ont été fixés.

On peut noter ici que ces nouvelles méthodes de management ne sont pas (ou pas encore) utilisées par tous les chefs d'établissement. Mais notre directeur, lui, les met en place résolument, ce qui lui vaut d'être officiellement considéré comme un manager performant (même si sa propre hiérarchie déplore, en privé, son caractère un peu « rentre-dans »...).

Pour résumer, les guichetiers connaissent une évolution qui porte sur le sens de leur métier, avec un passage progressif, en quelques années, d'une culture administrative et de service public, où l'on servait des usagers, à une culture commerciale où l'on doit vendre des produits à des clients, et où le guichetier est apprécié en fonction du chiffre d'affaire individuel qu'il a réalisé. En outre, on l'a vu, les techniques de management ont beaucoup évolué, avec passage d'un certain paternalisme à une pression croissante quant aux objectifs à atteindre, sous forme de rappels quotidiens, d'observations et d'entretiens hebdomadaires avec « training », et d'affichage individuel comparatif des résultats. On demande en outre aux guichetiers, non seulement de vendre le produit qui correspond au besoin initial exprimé par le client (besoin qu'un bon vendeur saura toutefois tirer vers le haut), mais également de réaliser ce qu'on appelle de la « vente additionnelle » et de la « vente complémentaire », c'est-à-dire ne correspondant pas au besoin initial du client. Cette posture professionnelle met mal à l'aise un nombre sans cesse croissant de guichetiers. Certains sont même en grand désarroi face à ces pratiques qu'on leur demande avec insistance d'adopter, alors qu'ils les jugent manipulatoires, voire malhonnêtes. Ces professionnels ont en effet une relation souvent ancienne avec leurs clients, et ont parfois l'impression qu'on leur demande de les escroquer. Il n'y a naturellement aucune injonction de ce type, mais il semble qu'il serait fréquemment nécessaire de « forcer la main » des clients pour obtenir le chiffre d'affaire demandé.

Quant à notre entreprenant directeur, on voit bien, dans les faits, que toute sa recherche d'amélioration de l'organisation est en fait une recherche de rationalisation du travail qui évite toutes les tâches « administratives », c'est-à-dire sans valeur ajoutée commerciale. Mais ces tâches donnaient aux guichetiers le sentiment d'un travail bien fait, et cette révision des pratiques a en outre pour conséquence d'augmenter leur temps

de travail en situation de vente.

On est donc ici au cœur d'un conflit sur le sens du métier, entre des guichetiers expérimentés qui voient contester leur compétence, au nom de ce même métier, par un hiérarchique qui leur décrit, à la place, un métier qui leur est non seulement étranger, mais qu'ils réfutent en terme de sens, comme sur le plan éthique.

Mme H... me téléphone trois semaines après la première consultation. Elle est toujours arrêtée. Son syndicat lui suggère de faire une déclaration des événements en accident de service afin de pouvoir donner une suite syndicale à son histoire via le CHSCT, et elle souhaite avoir mon avis. Je lui fais une réponse en deux points :

- sur le plan médico-légal elle me paraît avoir de bonnes chances d'obtenir gain de cause, et je l'informe de la procédure de reconnaissance de l'imputabilité au travail (notamment de l'expertise psychiatrique qui ne manquera pas d'être demandée par l'entreprise) ;
- en ce qui concerne le CHSCT, je lui dis y être favorable, tout en attirant son attention sur le risque de voir instrumentalisée et emblématisée sa situation individuelle – ce qui serait éventuellement pénible pour elle, et constituerait de surcroît une erreur d'analyse, car, comme je le lui ai déjà dit, son cas n'est pas unique, même s'il a marqué les esprits. Je lui dis que, de mon côté, je ferai mon possible pour éviter ce genre de dérapage, en re-situant son histoire personnelle dans une problématique plus large qui est de l'ordre des évolutions du métier de guichetier.

Je suis ici confrontée à la question de la mise en débat, au plan collectif, de situations professionnelles pathogènes sur le plan psychique, rendues visibles par des histoires individuelles qui, de ce fait, sont toujours singulières – où comment tenir ensemble, en tant que médecin du travail, les enjeux individuels et les enjeux collectifs.

Ici, en l'occurrence, Mme H... est déterminée, et je perçois que la perspective de ce CHSCT, s'il ne va peut-être pas faciliter son retour au travail à court terme, lui permet aussi de se renforcer sur le plan identitaire au travers du combat syndical qui peut être mené en quelque sorte grâce à elle, et sur le plan narcissique par l'intégrité morale qu'elle est supposée avoir incarnée. Par ailleurs je sens qu'elle dépersonnalise les responsabilités, en incriminant non plus son chef d'équipe ou son directeur, mais « le système » comme elle dit, c'est-à-dire l'organisation du travail et ses répercussions tout au long de la chaîne hiérarchique. Enfin la théâtralité semble reculer, et elle ne parle plus que de « croche-pieds ».

Trois semaines plus tard, j'ai de nouveau un entretien avec Mme H... Elle se présente comme très fragile et irritable, ne supportant pas la moindre contrariété ; elle pleure toujours beaucoup, mais son sommeil se normalise. Elle a pris le parti de moins recevoir de visites pour prendre un peu de distance avec les événements. Elle a fini par consulter un psychiatre qui lui a prescrit un nouvel antidépresseur, et un anxiolytique qu'elle prend en cas de besoin. Elle me dit avoir des difficultés à sortir de chez elle. Mais nous sommes à la veille du CHSCT...

Je la revois encore trois semaines plus tard, à la veille de sa reprise. Le CHSCT est passé, qui a décidé de la création d'un groupe de travail sur le management au guichet et « l'accompagnement du changement » ; les événements ont été reconus en accident de service ; on peut envisager de tourner une page.

Mme H... est très décidée à reprendre, d'une humeur positive, souriante ; elle a retrouvé une partie de son énergie. Elle soupire en évoquant ce système où les guichetiers sont constamment « épiés », que ce soit le fait de l'ordinateur où toutes les opérations sont saisies, ou des observations du chef d'équipe... Mais elle sourit aussi en m'apprenant que l'établissement a eu de très bons résultats le mois dernier, alors même que, du fait des troubles, toute action managériale entreprenante avait été suspendue ! Comme quoi, « ça irait mieux si on nous laissait faire ! ». Elle envisage sans enthousiasme, mais sans drame non plus, les confrontations à venir quant à ses résultats ; et dans sa tête, c'est clair : elle ne fera pas ce qu'elle juge malhonnête ; elle construit donc des ruses pour donner le change sans transiger avec ses principes. Elle reste amère vis-à-vis de ce chef d'équipe qu'elle connaissait depuis si longtemps et qui lui a fait ce coup là, ce « croche-pied », simplement « pour faire ce qu'on lui demandait »...

Après deux mois et demi d'arrêt, Mme H... a donc repris son travail. Je l'ai revue un mois plus tard. Le jour de sa reprise dans l'établissement, elle a souhaité « s'expliquer » des événements passés avec sa hiérarchie – à l'occasion de quoi, elle n'a pu retenir ses larmes, ce qui n'a pas manqué d'affoler tout le monde ! Mais depuis, elle retravaille normalement, « comme avant », sans erreur particulière – et son encadrement constate avec un peu de surprise qu'elle est « toujours bonne guichetière » ; elle même n'en doute plus, et « fait pour le mieux », en vendant chaque fois que l'occasion s'en présente, mais « sans forcer ». Du coup, le chef d'équipe a tenté un nouvel

entretien individuel, et là... elle a pleuré. Puis elle s'est reprise et a demandé au directeur de n'être plus jamais évaluée par ce chef d'équipe là - ce qui lui a été accordé.

Elle me dit avoir par moment des reviviscences pénibles de l'événement ; elle parvient toutefois à les contrôler suffisamment pour terminer l'opération en cours avant d'aller pleurer un peu à l'arrière – mais ça ne dure pas. Elle souffre toujours de ce qu'elle ressent comme une atteinte de l'image de soi (« *C'est mon orgueil* ») ; elle dit qu'elle n'a « pas encore retrouvé toute sa jovialité ». Mais elle dort bien, n'a pas d'anxiété particulière, a commencé de diminuer ses médicaments. Ces clients lui demandent souvent où elle était passée ; alors elle élude par une pirouette ou un petit mensonge, avec le sourire. Elle réfléchit à l'organisation du travail au sein de l'établissement, et a quelques idées qu'elle compte soumettre. Bref, elle va beaucoup mieux, et nous avons convenu de ne nous revoir qu'à l'occasion de la prochaine visite systématique, à moins qu'elle n'en exprime le souhait avant.

Je voudrais souligner, pour terminer, que nous avons là une décompensation mentale professionnelle qui a trouvé une issue favorable pour la personne, non grâce à une médicalisation des symptômes ou une victimisation, mais dans une contextualisation professionnelle et sociale des troubles.

L'enjeu était la possibilité pour Mme H... de reprendre son travail avec une capacité d'élaboration psychique des événements retrouvée, afin qu'elle puisse renégocier son rapport au travail et se réinsérer dans son collectif.

Ce qui, à mon sens, a permis à Mme H... de se reconstruire, a été la possibilité qui lui a été offerte de situer sa souffrance non dans une structure psychologique particulière, ni dans une relation intersubjective perverse avec sa hiérarchie, mais dans l'organisation du travail et les pratiques professionnelles.

Véronique ARNAUDO

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 : Annie LOUBET-DEVEAUX

Comité de rédaction : Fabienne BARDOT, Alain CARRÉ, Josiane CRÉMON, Dominique HUEZ, Jocelyne MACHEFER, Alain RANDON, Denise RENOU-PARENT, Nicolas SANDRET

Ont participé à ce numéro : Véronique ARNAUDO, Chantal BERTIN, COLLECTIF des médecins du travail de Bourg-en-Bresse, Philippe DAVEZIES, Isabelle LAGNY, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Denis TEYSSEYRE, Christian TORRES

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie ROTOGRAFIE — 93 100 Montreuil

DÉVELOPPER DES « ALERTES DE RISQUE PSYCHOSOCIAL » PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

METTRE EN DÉLIBÉRATION COLLECTIVEMENT LES OBSTACLES À LA CONTRIBUTION DES SUJETS AU TRAVAIL

Une attitude d'écoute et de facilitation à la compréhension de la souffrance au travail est insuffisante pour ouvrir à la prévention et à la transformation des situations de travail.

Le passage à l'action de transformation des situations de travail passe par la mise en délibération de ce qui fait difficulté dans les situations de travail rencontrées. Ainsi, les acteurs sociaux prendront leurs responsabilités, et les salariés pourront être acteurs de la transformation d'un travail où ils pourront construire leur santé.

Pour favoriser la transformation de l'organisation du travail, les médecins du travail doivent donc aider à remettre le travail réel en discussion, alors que ce débat est bloqué du fait, d'une part de stratégies défensives multiples, et d'autre part, par l'effet de sidération sur la pensée qu'induit l'importance de la souffrance psychique et des phénomènes dépressifs en rapport avec le travail. La hiérarchie intermédiaire est souvent désarmée par rapport aux réactions défensives des agents. Elle peut être déstabilisée par ce qu'elle perçoit comme une part de responsabilité qu'on lui attribuerait quant à la santé mentale de certains salariés, ce qu'elle considère comme injuste. Pour certains, les difficultés des agents seraient plus facilement expliquées par leur histoire personnelle. Il est insupportable à l'encadrement d'imaginer avoir une responsabilité dans la souffrance d'autrui, surtout si l'on est soi-même en difficulté professionnelle, et qu'on estime « faire ce qu'on peut ».

Ainsi, pour mettre en discussion les difficultés rencontrées dans les situations de travail, comme médecin du travail, j'ai rédigé plusieurs fois une alerte collective.

L'argumentaire de l'alerte est développé exclusivement du côté de ce qui fait difficulté dans la réalisation du travail. Cet argumentaire est établi à partir des éléments cliniques individuels recueillis au long d'un accompagnement compréhensif.

Cet argumentaire, soubassement de l'alerte psycho-sociale, a permis d'organiser des réunions visant la mise en visibilité des difficultés de réalisation du travail en présence de l'encadrement supérieur et du secrétaire du CHSCT.

L'objectif de ces réunions est de permettre aux agents de « socialiser » ce qu'ils considèrent comme des difficultés professionnelles et de sortir d'un processus délétère. Il vise une compréhension, du côté du travail et de son organisation concrète, de la façon dont les agents tentent de réaliser leur tâche. Ces réunions permettent de réengager le débat sur le travail qui semble bloqué entre les agents et l'encadrement. Il s'agit de réouvrir une voie à l'action de transformation de l'organisation du travail pour les différents protagonistes.

Le rôle du médecin du travail disparaît quand le moment des décisions managériales et de la reprise du débat social apparaît, afin de ne pas être en situation de cogérer les risques pour la santé, ce qui est de la responsabilité de la Direction des entreprises.

UN EXEMPLE D'ALERTE DE RISQUE PSYCHOSOCIAL

CONTEXTE DE L'ALERTE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Aujourd'hui pour l'année 2000, 50% des agents de cette section de Maintenance, soit 12 sur 24, sont ou ont été en état de souffrance professionnelle. Une partie de ces situations peuvent être caractérisées comme des dépressions réactionnelles professionnelles minimales. Cette situation s'est encore aggravée par rapport à 1999.

En avril 1999, comme médecin du travail, dans mon rapport annuel rédigé je faisais le constat suivant : « *Un certain nombre d'agents ont un vécu de surcharge de travail excessive augmentant sans cesse. Cette impression de certains agents "d'impossibilité de pouvoir maîtriser sa charge de travail est extrêmement délétère". L'augmentation et la diversité de nouvelles tâches pèsent lourdement pour certains agents. Des micro collectifs qui avaient réussi à préserver "malgré tout" les coopérations nécessaires sont aujourd'hui fragilisés. La place du liant peu visible que ces modalités de travail permettent, risque de n'apparaître du côté des résultats du travail que lorsque la situation se sera encore plus dégradée. Certains agents sont à l'évidence aux limites de leur capacité, du fait de leur trajectoire professionnelle et de leur histoire. Cette incapacité de l'organisation du travail à pouvoir "épouser" les histoires professionnelles fragilise grandement cette section. Dans ce contexte, certains agents*

ont un tel vécu d'ingérabilité des contraintes de travail et des multiples priorités premières et contradictoires, que s'ils ne se désengagent pas de façon défensive, c'est leur santé qui en est altérée profondément. Entre somatisation impensée et décompensation, telle est l'alternative pour certains. Ceci aggrave alors un vécu de non reconnaissance, de renvoi des difficultés au comportement des personnes, à "leur soumission". Le nombre d'agents qui aspirent à changer de section augmente notablement ce qui est un phénomène nouveau. ».

Aujourd'hui pour l'année 2000, devant ce que je considère comme une aggravation encore plus importante de la situation, je peux apporter quelques éléments complémentaires qui interrogent l'organisation du travail. Ils n'ont d'autre intérêt que d'argumenter les constats du médecin du travail quant à la dégradation de la santé psychique de nombre d'agents en prenant comme grille de lecture l'organisation du travail.

On peut espérer que c'est en modifiant de façon notable l'organisation du travail, après avoir instruit précisément ce qui fait difficulté dans les situations de travail concrètes en prenant en compte ce que vivent les agents, qu'on pourra améliorer la situation en un sens plus favorable à la santé et la qualité du travail.

CONSTATS DU MÉDECIN DU TRAVAIL POUR L'ANNÉE 2000

Nombre d'agents décrivent une surcharge de travail, avec un déficit de moyens, dans un contexte d'inquiétude pour l'avenir. Les contraintes professionnelles augmentent parallèlement à la perception par les agents d'une nette baisse de leurs marges de manœuvre. Face à cela, de nombreux décrivent des possibilités de coopération très diminuées.

Des agents qui ont une grande expérience dans la section ont été progressivement déstabilisés par une montée insupportable de la charge de travail qu'ils ont à gérer. Les petites équipes de travail qui avaient construit difficilement au long des années des compétences très spécifiques, et qui prenaient en charge « collectivement » les périodes de maintenance industrielle, se sont vues réduire à deux ou trois personnes de telle façon que chacun se trouve en position irremplaçable. Alors, n'importe quel dysfonctionnement organisationnel peut faire basculer le quotidien professionnel en une situation ingérable et invivable pour ces agents. L'ensemble des événements qui arrivent sont lus alors à la lumière de l'injustice qu'il y a à vivre au quotidien des contraintes de travail qu'ils considèrent comme déniées par leur management. Injustice, solitude, repli sur soi, vécu d'hostilité peuvent être alors le vécu quotidien de certains.

D'autres agents, récents dans le poste, regrettent de l'avoir pris du fait des contraintes qu'ils mésestimaient antérieurement.

Alors chacun, de son côté essaie de préserver sa capacité à pouvoir travailler. Certains agents développent des savoir-faire pour tenter de gagner du temps sur les contraintes du planning à travers des « tricheries ordinaires invisibles » pour augmenter leur marges de manœuvre professionnelle. Ces inventions nécessaires pour pouvoir travailler ne sont pas partagées ou discutées collectivement. Ainsi l'organisation

du travail ne peut évoluer. Ces agents tentent avec plus ou moins de succès de sauvegarder les coopérations dans l'équipe et avec les entreprises.

Certains agents pour pouvoir gérer les contraintes de travail font arbitrer les priorités par leur hiérarchie ; mais ils peuvent tracer les écarts entre ce qu'ils jugent nécessaire et ce qu'ils ont dû abandonner, par exemple dans les retours d'expériences officiels, pour prendre date, basculant dans une traçabilité papier « défensive » pour se protéger d'éventuels mise en cause de leur responsabilité personnelle.

Certains agents décrivent un vécu de pratiques managériales, qui de leur point de vue, à travers une individualisation excessive des modalités de gestion des hommes, briseraient les collectifs de travail. Dans ce contexte, certains agents parlent douloureusement de mise en cause par leur hiérarchie de leur impossibilité à coopérer. Pourtant ils pensent que ces difficultés à coopérer sont en lien avec une politique d'individualisation, avec des contraintes sans marges de manœuvre, avec ce qu'ils considèrent comme une ignorance hiérarchique des difficultés du travail réel, et qui pour eux, sont pourtant à l'origine des difficultés quotidiennes à coopérer. Ils vivent alors fort mal ce reproche de déficit de coopération par ceux qu'ils considèrent comme en partie responsables de cela.

Un certain nombre d'agents, ont de plus en plus du mal à contenir leur vécu de souffrance en rapport avec des situations qui s'aggravent et pour lesquels ils voient peu d'issue. Quand ce vécu douloureux est contenu, la capacité à travailler est temporairement préservée, et le risque de décompensation psychique ou somatique évité. Mais cette situation peu durable sur le moyen terme, nourrit le désir de quitter la section pour se préserver. Faute de cela, c'est la porte ouverte au désengagement professionnel, sauf à pouvoir se protéger par une évolution de carrière plus protectrice. De façon inhabituelle, les postes plus qualifiés qui peuvent s'ouvrir aux préparateurs de maintenance de terrain, plus que des évolutions de carrière normales, sont de plus en plus une façon de quitter un quotidien de moins en moins supportable.

Alors, nombre d'agents décrivent des pratiques au quotidien de repli sur soi, où l'enjeu est bien pour se préserver, de délimiter et de limiter son propre champ d'intervention pour se protéger en terme de charge de travail et de responsabilité, et ainsi de renvoyer « la patate chaude » aux autres. Antérieurement les lignes de partage entre les différentes fonctions de la préparation étaient plus floues, et c'est dans ces zones que se construisaient les coopérations ordinaires et nécessaires. **Le repli sur soi généré par ce qui est vécu comme la recherche prioritaire des « responsabilités personnelles » et une vision étriquée de la notion « d'erreur humaine » semble multiplier les postures défensives et enfermer progressivement de plus en plus d'agents dans des attitudes de repli défensif** qui bloquent, en se retournant contre le travail des agents, les possibilités de coopération.

Ainsi certains agents décrivent, sans pouvoir avoir prise sur les événements, une évolution, où à leur corps défendant, les procédures défensives de retrait pour se protéger se retournent progressivement contre les agents.

Leur déficit alors à pouvoir œuvrer collectivement, pénalise lourdement leur quotidien professionnel, et fait tout aussi grave, entraîne un effondrement et des solidarités professionnelles ordinaires, voire des possibles résistances collectives à ce qui peut être vécu comme des injustices.

Le contexte de vécu récent, de mise en exergue de la responsabilité individuelle ultime face à des dysfonctionnements, et de non traitement avec la même rigueur et la même conviction de l'analyse des causes collectives et multifactorielles de l'organisation du travail, renforce la crainte de nombre d'agents de se retrouver un jour en bouc émissaire d'évènements dont de nombreux agents pensent que cela pourrait facilement leur arriver.

Une façon de se défendre pour certains agents est de développer un activisme personnel du côté d'un bricolage de loisirs intensif, pour couper avec un travail de plus en plus contraignant. Cet activisme qui peut être protecteur de sa capacité à pouvoir continuer à travailler dans ce contexte délétère, ne les préserve pas de manifestations pathologiques organiques, souvent articulaires, que le médecin du travail est tenté de lire comme la conséquence défensive d'une maltraitance articulaire professionnelle et surtout extra professionnelle.

Mais même quand les contraintes professionnelles sont difficilement gérées, beaucoup d'agents ont du mal à évacuer la pression, qui de plus en plus pèse sur la vie familiale.

Ce contexte entraîne de nombreux agents à postuler ailleurs. Malheureusement les départs antérieurs, les postes non remplacés entraîne, pensent-ils, la hiérarchie à bloquer leur éventuel départ. À la difficulté d'avoir eu à gérer dans un vécu de solitude des surcharges non reconnues, certains agents voient se surajouter alors, ce qu'ils vivent comme une injustice, des promesses de possible départ non tenues, qui renforce le vécu de non reconnaissance de leur contribution antérieure.

Quand des agents sont très affectés par des dysfonctionnement professionnels dont on les rend peu ou prou personnellement responsables, le risque en est le retournement des agents contre eux-mêmes. C'est l'image de soi qui est d'abord fortement altérée avec un vécu de perspective professionnelle bouchée. Le risque est important alors de décompensation dépressive voire de violence contre soi-même.

Quand la peur irrationnelle commence à masquer tout espoir d'amélioration des conditions de travail, il est normal d'être inquiet pour la santé des agents concernés, et pour les évolutions de la qualité du travail.

Les sections de préparation ont, dans la maintenance, été des lieux où de nombreux agents ont développé et construit des savoir-faire de coopération très importants. Les ressorts de la richesse de leurs dynamiques collectives ont été fort mal analysés et comprises par l'encadrement supérieur. Aussi des politiques qui en fragilisent l'existence peuvent aisément se développer.

Les évolutions récentes de l'organisation du travail à type de surcharge, rétrécissement des collectifs de compétence et de coopération, l'individualisation des pratiques managériales qui méconnaît les ressorts du travail collectif de coopération, la

tentation du bouc émissaire d'une organisation du travail très peu discutée avec les agents au regard du travail réel, le risque de « normalisation des pratiques et des comportements » sans prise en compte des difficultés du travail réel sont en train de saper les ressorts des dynamiques de coopération de la préparation.

Il paraît urgent au médecin du travail que je suis de permettre la mise en visibilité et le débat sur les difficultés concrètes des situations de travail des agents. Il est urgent que la Direction du site apporte les marges de manœuvre nécessaires aux agents et à leur encadrement, avant des catastrophes sanitaires ou professionnelles.

Comme je l'avais fait pour la section Travaux il y a deux ans, je suis prêt à apporter ma contribution à ma place pour identifier et comprendre avec les agents, le management et le CHSCT, ce qui fait difficulté dans la réalisation du travail.

Dans cet exemple, me semble-t-il en réalité banal par rapport à nombre de situations de travail, un travail de mise en visibilité et compréhension a pu débiter au cours d'une réunion organisée par l'encadrement. Le médecin du travail a pu expliciter de sa responsabilité, ce qui lui paraissait alarmant du côté de la santé, tout en tenant une ouverture du débat exclusivement du côté des difficultés éventuelles des situations de travail.

Les suites ultérieures en ont été du côté de modifications de l'organisation du travail par l'encadrement. Celle-ci n'est certainement pas bouleversée pas plus que le médecin du travail n'a en responsabilité le changement du Monde ! Mais les conséquences des enfermements délétères individuels ont fait retour vers les difficultés des situations de travail.

Cette alerte de risque Psychosocial diffusée à chacun par l'encadrement (!) a été mieux reçue en 2000 qu'en 1998 car l'expérience de la première avait montrée que ce processus n'aggravait pas la situation mais avait permis, à sa modeste mesure, à chaque partie (Direction, personnel) de reprendre un peu la main et de sortir des procédures défensives impensées qui se retournent contre les travailleurs et le travail.

Je suis convaincu que direction des entreprises et syndicats peuvent acter de l'intérêt de ces alertes du médecin du travail face au risque de psychologisation ou de victimisation.

Mais la mise en œuvre des « alertes de risque Psychosocial par le médecin du travail » ne peut fonctionner que s'il considère que la veille sanitaire, son constat et l'importance du diagnostic délétère relève entièrement de sa responsabilité, et que la transformation de l'organisation du travail ne pourra naître que s'il ouvre à partir de là, à l'analyse de ce qui fait difficulté dans le « Travailler ».

Dominique HUEZ

DIFFÉRENCE DE SANTÉ DES HOMMES ET DES FEMMES AU TRAVAIL

Margaret Maruani(1), sociologue, directrice de recherche au CNRS, écrit, dans son ouvrage sur le travail et l'emploi des femmes : « *On assiste à une transformation sans précédent de la place des femmes dans le salariat qui ne s'est pas accompagné d'un déclin conséquent des inégalités* ».

Pour placer le problème, il faut savoir qu'en 1962, 6,6 millions de femmes et 13,2 millions d'hommes étaient actifs et qu'en 1998, 11,7 millions de femmes et 14,1 millions d'hommes le sont.

Margaret Maruani nous dit aussi que « *depuis plusieurs décennies, le tertiaire est une des terres d'accueil de l'emploi féminin* » et que « *les hommes ont pâti de la désindustrialisation pendant que les femmes ont tiré parti de la tertiarisation* ».

En s'appuyant sur les données statistiques des enquêtes de la DARES menées en 1984 et en 1998, sur les conditions de travail, et sur celles de l'INSEE, la première sur la technique et l'organisation du travail de 1987 et la seconde sur « travail et mode de vie » de 1997, Serge Volkoff et Michel Gollac, constatent(2) : « *Par rapport à un ouvrier du même âge et de même nationalité, qui serait comme elle à temps plein, ou comme elle à temps partiel, avec un contrat de travail de même type, la même ancienneté, dans une entreprise de taille comparable, une ouvrière se voit reconnaître moins d'autonomie et d'initiative, est davantage soumise à la surveillance constante de la hiérarchie, bénéficie de moins d'aide, au sein d'un réseau moins étendu et, plus nettement encore, risque de se voir confinée dans un travail répétitif à cycle court.* »

Ces différences dans l'emploi et dans le travail ont-elles des conséquences différentes sur la santé des hommes et des femmes ? À ma connaissance, peu d'études ont étudié les formes cliniques fines et les processus à l'œuvre recherchant et expliquant ces différences. Ce qu'on lit couramment dans les études épidémiologiques, c'est que les femmes déclarent plus de souffrances, qu'elles soient physiques ou mentales, que les hommes, en expliquant cela par le fait qu'elles verbalisent plus qu'eux.

Pour tenter d'éclairer un peu ce problème, mais sans vouloir le trancher, bien sûr, je m'appuierai sur deux enquêtes que des équipes de médecins du travail ont menées dans la région Centre ; l'une portant sur les salariés de la grande dis-

•••••

1- Margaret MARUANI, 2000, *Travail et emploi des femmes* – Ed. La Découverte & Syros

2- Michel GOLLAC et Serge VOLKOFF, *La mise au travail des stéréotypes de genre. Les conditions de travail des ouvrières* – Revue travail, genre et sociétés, L'Harmattan, n°8/2002, p.25-53

tribution et l'autre sur les salariés de plus de 55 ans travaillant dans des secteurs professionnels variés. Dans notre enquête sur la grande distribution, la souffrance mentale était évaluée à l'aide d'une échelle quantitative appelée GHQ 12(3). S'il est admis qu'un score égal ou supérieur à 12 est caractéristique de l'existence d'une souffrance mentale, un score supérieur à 20 signifie l'existence d'une pathologie avérée. Quinze salariés qui correspondaient à ce critère de niveau de souffrance ont été revus et on fait l'objet de monographies suffisamment détaillées pour être exploitées.

L'utilité des monographies est de porter attention au déroulement temporel d'événements et de faits touchant aussi bien la sphère personnelle que la sphère professionnelle. Ces événements s'articulent entre eux en déclenchant des réactions toujours incorporées par l'individu, physiquement et mentalement, dans une dynamique, certes variable et imprévisible à priori, mais toujours porteuse d'un sens qui permet, finalement, de mettre un processus en visibilité. Cette technique peut permettre de mieux décrire les choses, et, même si beaucoup de personnes sont soumises aux mêmes contraintes ou difficultés tout en les acceptant ou en les supportant, d'autres en souffrent à en tomber malade. C'est cela qu'il est important de comprendre. Les monographies peuvent donner accès à cette compréhension.

Pourquoi toutes ces personnes souffrent-elles au point de risquer de basculer dans la dépression professionnelle réactionnelle ?

La première constatation qui est assez frappante est que deux hommes seulement étaient concernés, ce qui correspondait à 13% de nos monographies. Or l'échantillon sur lequel avait porté l'étude complète comprenait 38% d'hommes.

L'enquête quantitative avait montré que les hommes ont plus de liberté d'initiative dans leur travail, que le temps partiel imposé concerne essentiellement les femmes et que les tâches les plus répétitives sont confiées aux femmes. La répartition très féminisée des monographies semble bien illustrer l'effet d'inégalité de la « division sexuelle du travail » avec les répercussions délétères majorées pour la santé mentale de ces femmes, alors que la mixité constatée pourrait faire croire à une atténuation de la domination des hommes que ces rapports sociaux de sexe fait perdurer.

•••••

3- P^r LASFARGUES, D^r LEVÉRY, D^r CHARLANES, 2003, *Santé mentale et travail dans la grande distribution en région Centre*. Institut de Médecine du Val de Loire

Parmi les onze hommes, trois ont acquis leur droit à la retraite mais souhaitent continuer jusqu'à 65, voire 70 ans. Ils vont bien. Quatre n'auront pas leur retraite complète à 65 ans, ils sont tous d'origine étrangère : Maroc, Algérie, Madagascar et ils sont tous ouvriers. Donc, globalement, ceux qui jouent ou joueraient les prolongations, vont bien. Mais ils sont plutôt hommes que femmes.

À l'inverse, il y en a qui désirent arrêter volontairement l'activité de travail avant d'avoir acquis leurs droits à percevoir une retraite à taux plein ; quatre femmes et un homme.

Et là, c'est l'inverse, ceux qui souhaitent raccourcir leur carrière sont du sexe féminin et ils sont tous en bonne santé.

Des parcours rectilignes, sans changement d'entreprise durant toute une carrière, ou s'effectuant dans un ordre familial continu en passant de l'entreprise paternelle à celle du conjoint, pourraient être un facteur plutôt protecteur de santé. Ils sont huit, trois femmes et cinq hommes à n'avoir pas connu de transitions ni de ruptures professionnelles.

Les trois femmes sont en bonne santé.

Trois des cinq hommes sont cadres. Deux sont entrés sur concours dans la fonction publique. Deux ont des problèmes de santé plus ou moins sévères, non liés à l'activité de travail. Et, à l'inverse, l'intérêt apporté par le travail semble compenser les désagréments que ces pathologies occasionnent.

Les deux autres sont ouvriers dont M. G... qui est dans le bâtiment. Ce dernier, qui arrivera malgré tout usé à la retraite, présente son parcours professionnel avec beaucoup de fierté et de sentimentalité. Il commence à 15 ans comme maçon. Il a toujours fait de la restauration et il dit que « *C'est ce qu'il y a de plus agréable. Question travail, c'est moins pénible, on fait de la qualité. Monter du pavillon, c'est pas du bon boulot... du rendement, du béton, des parpaings, c'est monotone* ». Des stratégies de préservation associées à une forme de continuité sécurisante assurent une santé perçue qui n'est pas vécue comme trop mauvaise, malgré un degré réel d'usure. Tel est aussi le cas de Roland ouvrier d'imprimerie.

La santé est un état dont on est loin de connaître toutes les lois. On observe en effet des résistances à l'usure qu'il est bien difficile de s'expliquer. Cela a été le cas de quatre hommes.

Mais ce n'est pas le cas de tout le monde et, force est de constater, pour le médecin du travail, que nombre de salariés atteindront l'âge prévu de sortie d'activité, mais qu'ils seront usés.

Pour cinq femmes, on relève les problèmes de santé suivants :

- pour Mme E..., ouvrière, les épaules sont douloureuses, plusieurs interventions chirurgicales la laissent fatiguée,
- pour Mme C..., ELS, on parle des problèmes arthrosiques actuels,
- pour Mme I..., femme de ménage, on parle d'usure d'un corps qui souffre, d'arthrose des épaules et d'arthrose dorsale,
- pour Mme F..., ouvrière, c'est un syndrome bilaté-

ral du canal carpien, une tendinite de l'épaule droite,
➤ pour Mme P..., secrétaire, il est question de polyopathologies graves allant du cancer cutané à l'anomalie génétique de coagulation.

Et pour sept hommes on retrouve aussi toute une liste de petits troubles tel l'exemple du M. H..., 57 ans, ouvrier-bou-cher. Accident de cheville, sciatique. Il a tendance à prendre préférentiellement appui sur son pied droit. Résultat, le soir, après une journée entière de travail, de 7 h à 20 h, ce pied droit est gonflé et douloureux « *et les médicaments "génériques" – dit-il – ça ne fait pas grand-chose !* ». Donc : usure.

Dans des situations de santé très dégradée, il arrive que le médecin décide d'intervenir pour aider des salariés à quitter une situation de travail devenue aggravante pour la santé. L'incapacité médicale est alors le recours ultime. Cela signifie alors qu'il y aura licenciement.

Nous voilà donc dans le vif du métier ; car il faut jouer d'astuces médico-sociales afin de ne pas aggraver les choses en faisant basculer dans la grande pauvreté ces personnes atteintes dans leur corps. Il ne faut surtout pas leur faire perdre leurs couvertures sociales, vitales dans ces situations.

On peut donc parler d'incapacité de protection de la santé pour sortir du travail avant 60 ans, ou avant l'acquisition des droits à pension complète.

Je décris le cas de M. J..., 58 ans. Il commence à travailler à 14 ans en cuisine, « baroudeur » aux horaires interminables. Il passe des activités saisonnières sur les sites français de vacances, aux établissements de luxe de l'Afrique puis à la gestion d'un hôtel-restaurant, « la grosse affaire, les 35H, je les faisais en deux jours ». Mais, fatigue, accidents de santé graves de l'épouse et de lui-même – il a une pancréatite chronique – le renvoient au monde salarié. Il travaille dans un golf aux horaires parfois très longs. Il ne tiendra pas à cause de sa maladie qui l'affaiblit beaucoup bien qu'elle ne soit pas évolutive actuellement et il sortira par l'incapacité à l'issue de la grosse saison qui s'annonce.

Le licenciement permettra à M. J... qui n'a pas atteint son soixantième anniversaire de percevoir les indemnités de chômage jusqu'à cette échéance.

Voici aussi l'exemple de Mme R..., croate de 62 ans, qui a commencé à travailler à 13-14 ans dans l'industrie du carton. En France elle fait des ménages chez des particuliers avec une couverture sociale réduite. Elle présente une éventration impressionnante qui l'oblige à tenir son ventre dans ses mains lorsqu'elle se penche en avant et à être corsetée et emballée serré lorsqu'elle fait ses ménages. Le médecin du travail, en lien avec le médecin traitant, propose la cure chirurgicale suivie de l'incapacité au travail, ce qui préservera les derniers droits sociaux.

Les difficultés sont accrues lorsque les salariés n'ont pas atteint 57 ans. En effet, depuis l'accord du 20 décembre 2002, adopté dans le cadre du retour à l'équilibre de l'assurance chômage, la diminution des durées d'indemnisation entrave les marges de manœuvre des médecins du travail pour traiter le devenir des salariés atteints de pathologies qui ne relèvent

pas de l'invalidité mais qui, pourtant, ne leur permettent plus de travailler dans leur métier ou à leur poste de travail antérieur. Pour ce qui nous concerne, avant, pour les plus de 55 ans qui pouvaient justifier d'une affiliation de 27 mois au cours des 36 derniers mois, une inaptitude médicale par le médecin du travail donnait droit à 60 mois d'indemnisation après le licenciement, ce qui emmenait jusqu'à la retraite. Maintenant, une inaptitude à 55 ans, après licenciement donne droit à 36 mois d'indemnisation et n'emmène pas à la retraite. En revanche, si la personne a 57 ans et plus, elle aura 42 mois d'indemnisation. L'inaptitude de préservation n'est alors plus un souci financier.

Il nous faut donc user de bricolages pour faire tenir au travail ceux qui sont trop cassés ou trop abîmés et qui n'ont pas atteint 57 ans.

En onze semaines, quatre cas se sont présentés. Je décris le cas de Mme X..., 55 ans. Elle commence un apprentissage à 14 ans dans la couture où elle restera jusqu'à 45 ans, puis elle devient ouvrière dans la cartonnerie, au façonnage. Faire travailler sans cesse ces doigts de femme si agiles, si adroits et si précis, aboutit à une usure douloureuse de cet outil de précision. Elle souffre beaucoup de cervicalgies, avec névralgies cervico-brachiales bilatérales l'obligeant à dormir avec une minerve souple en mousse. Un début de coxarthrose commence aussi à la gêner. La station debout avec piétinements devient donc très pénible. Mais surtout, « *ce sont mes épaules et mes mains qui en prennent un coup* », dit-elle. « *C'est plus dur que la confection, toutes ces manipulations et tous ces cartons à soulever ; tout cela pour être rémunérée au SMIC horaire et pas un centime de plus* ». Elle prend donc, à la demande, anti-inflammatoires et analgésiques. L'inaptitude médicale est proposée car, médicalement, cela sera parfaitement justifié alors que sa pathologie, pourtant, ne relève pas de l'invalidité. Deux ans à tenir... sans s'arrêter... car elle ne s'arrête presque jamais.

Je pense que l'on peut dire que toutes ces observations où seul le fil de la santé a été tiré, nous montrent des choses intéressantes.

Tout d'abord on voit bien qu'un nombre non négligeable d'individus sont sortis ou vont sortir du circuit du travail pour des raisons de santé.

Ces raisons de santé sont socialement rendues invisibles puisqu'elles prennent le déguisement du chômage pour ceux qui ont entre 57 et 60 ans. Cinq personnes sont concernées, 3 femmes et 2 hommes.

Ce système de régulation occulte qui est entre les mains du médecin du travail participe à la non prise en compte du facteur « santé » comme critère de cessation d'activité.

Une voie de sortie pour raisons de santé en fin de vie active, avant 60 ans, devrait pouvoir être individualisée pour être identifiable et pour être prise en charge par un autre système que l'assurance chômage. Le financement de ces fins de vie active anticipées pour raisons de santé devrait être assuré par le régime « accidents du travail-maladies professionnelles » pour les pathologies ayant un lien direct avec l'activité de travail.

Il faudra donc évaluer l'effet social des sorties devancées de l'emploi de ceux qui auront commencé à travailler entre 14 et 16 ans et qui vont pouvoir bénéficier de la nouvelle disposition.

Pourquoi serait-il aussi intéressant d'identifier ces modalités de sortie ?

C'est qu'elles donneraient des renseignements complémentaires aux chiffres connus d'entrée dans la retraite après 60 ans pour raisons de santé c'est-à-dire par la voie de l'inaptitude ou de l'invalidité (respectivement : 12,1 et 6,1% en 2000).

Dans l'échantillon sur lequel nous avons travaillé, on compte 22 personnes (11 femmes et 11 hommes) qui vont, soit arriver usés à la retraite, soit sortir plus tôt que prévu de l'activité pour raison de santé. Ce qui fait un tiers de l'effectif total.

La répartition par CSP est la suivante : un seul est cadre, c'est un homme et un seul est dans les métiers du tertiaire, c'est une femme qui est secrétaire.

20 sur 22 ont donc, soit le statut d'ouvrier – dix hommes et quatre femmes –, soit le statut d'emploi de service domestique ou de service marchand – six femmes étant femmes de ménage ou employées libre-service.

La dégradation prématurée de l'état de santé est liée, on le savait déjà à la CSP. Être ouvrier ou employé de service est sanitairesment pénalisant.

Les études épidémiologiques nous confirment en effet que les inégalités sociales de santé par catégorie socio-professionnelle sont, en particulier, en défaveur de la catégorie « ouvriers ». Les contraintes de travail et les nuisances professionnelles en seraient parmi les facteurs explicatifs.

Au travers de ces monographies on peut aller un peu plus loin et on peut identifier certains processus délétères qui se cumulent et qui ont le travail comme principale origine.

Parmi les 10 hommes dont on a parlé ci-dessus, ayant les troubles les plus invalidants, et en-dehors des cas d'invalidité, on relève deux maladies de système (pancréatite et DID) et une pathologie liée à la surconsommation d'alcool.

Pour les sept autres, on peut dire que le travail est un des facteurs causal et sans doute le facteur prépondérant : avoir commencé à travailler dur entre 12 et 15 ans pour six d'entre eux, être exposé aux vibrations, aux manutentions et aux pousées physiques en général pour les quatre hommes du bâtiment, avoir travaillé en 2X8 ou 3X8 pour les deux ouvriers de l'imprimerie et avoir à voyager fréquemment en avion pour le dernier.

Particulièrement, pour six d'entre eux, les pathologies sont liées à la pénibilité du travail et à son effet sur le système squelettique, ce que M. G... résume en toute simplicité en nous disant que, « *s'il fallait qu'il continue, dans ce cas, il arrivera à la retraite avec une canne* ».

La phlébite des voyages concernant un cadre supérieur procède d'un autre mécanisme physiopathologique, elle a néanmoins pour une part une origine professionnelle.

LES IMPASSES DU HARCÈLEMENT MORAL⁽¹⁾

Du domaine des attentats et des catastrophes, les problématiques victimologiques ont gagné le champ du travail. Des cliniciens ont souligné que nombre de situations de souffrance au travail impliquaient la responsabilité d'un tiers et imposaient de passer du modèle d'une souffrance individuelle trouvant son origine dans l'histoire infantile, à un modèle impliquant un agresseur et une victime. Cependant, même si elles introduisent en position tierce, la société, ses règles et son système judiciaire, les approches du type harcèlement moral en restent à une représentation abstraite, strictement focalisée sur la relation interpersonnelle et qui, de ce fait, n'intègre pas les enjeux bien réels autour desquels se nouent ces drames. Or, la prise en compte du contexte particulier ou au contraire l'absence de cette prise en compte oriente la mise en forme du cas et sa prise en charge dans des directions radicalement différentes.

Ce contexte est, en effet, marqué par la diffusion de modalités de conflits nouvelles qui, dans la plupart des cas, ne trouvent pas à s'exprimer dans les formes collectives héritées des époques antérieures.

En arrière fond, il y a les mesures de libéralisation des vingt-cinq dernières années et l'exacerbation de la concurrence qu'elles ont délibérément suscitée, avec pour résultat, dans le domaine qui nous occupe, une très nette intensification du travail. Les conséquences en termes de pathologies physiques et mentales sont connues (Davezies, 1999, 2003). Mais ces évolutions ont aussi profondément transformé la nature des relations nouées autour du travail.

L'organisateur taylorien prétendait connaître le travail et le prescrire dans le détail. Le manager qui le remplace aujourd'hui affirme n'avoir nul besoin de connaître l'activité de ceux qu'il encadre. Un principe d'organisation se répand dans l'ensemble du monde du travail : « *Débrouillez vous !* ». En contrepartie de cet appel à l'autonomie, le contrôle évolue vers des modalités de plus en plus éloignées des réalités de l'activité. Il tend à se réduire à une pression sur la base d'indicateurs statistiques.

Dans ce contexte, l'intensification se traduit dans de nombreux secteurs par une pression à l'abattage. Entre le manager focalisé sur ses indicateurs de gestion et le technicien qui engage son identité sur la qualité de son travail, le fossé se creuse. Au détriment de la qualité telle qu'elle est portée par les règles de métier. Afin de pouvoir présenter des résultats statistiques satisfaisants, et sous couvert d'une amélioration réelle des performances des systèmes techniques, le management pousse à diminuer le nombre de tests sur le produit, à ne

•••••

1- Article publié dans la revue *Travailler*, n°11, 2004, p 83-90

pas traiter le dossier à fond, à ne donner qu'un simulacre de réponse à une demande jugée non rentable, à ne pas s'appesantir sur les dimensions non strictement techniques de la prise en charge du malade, et plus généralement à faire l'impasse sur ce qui fait, bien souvent, la qualité de leur travail aux yeux des agents. Ces pressions sont exprimées dans un discours ambigu, contradictoire, voire paradoxal. Ainsi, dans un service d'assistance téléphonique dont plusieurs agents se sont suicidés, la consigne est expliquée comme suit : « *La conception du métier et les critères d'évaluation de la qualité du travail ont changé : les agents doivent s'efforcer de passer d'une conception individuelle (le client que j'ai en ligne est satisfait) à une conception au niveau de l'entreprise (l'ensemble des clients appelant le service sont satisfaits)* ». En pareil cas, il n'est pas nécessaire de soupçonner le chef d'avoir une structure perverse et de vouloir délibérément créer la confusion chez ses agents : il est évalué sur le taux de réponses et sur les temps d'attente ; il est d'ailleurs bien souvent lui-même en difficulté.

Chacun se débrouille donc avec les manquements et les entorses aux règles du métier. Les repères commun définissant un travail bien fait s'estompent, des dissensions surgissent entre collègues, le sentiment de valeurs partagées tend à se dissoudre et avec lui la solidarité, la capacité collective à affirmer le point de vue du travail face à l'abstraction de la prescription. A la mesure de cet affaiblissement, s'installe une extrême sensibilité aux remarques de la hiérarchie ou du public. Dans de telles situations, nous observons, chez certains agents, un désarroi extrêmement profond. L'activité en mode dégradé imposée par l'organisation est vécue dans le registre de l'indignité personnelle. Des salariés se trouvent, face aux pressions et aux observations, dans l'incapacité de savoir dans quel sens orienter leur activité pour la rendre conforme aux attentes de la hiérarchie. Jusqu'à des états d'inhibition susceptibles de mettre gravement la santé en danger.

C'est dans ce contexte qu'il faut situer l'explosion du thème du harcèlement moral. Si l'accusation de harcèlement moral a connu un tel succès, c'est probablement parce qu'elle permet d'exprimer à la fois le sentiment d'une illégitimité des pressions auxquelles on se trouve soumis et l'individualisation des dilemmes et des conflits du travail avec ce qu'elle implique de difficulté à en penser et à en exprimer les enjeux.

Cependant, le diagnostic de harcèlement moral ne fait pas que nommer la situation : il la transforme. Il a, sur les salariés, un effet de mutation, très généralement exprimé sur le mode de la révélation : « *Pendant des mois, voire des années, j'ai souffert sans comprendre ce qui m'arrivait. Maintenant je sais – j'ai lu Hirigoyen – je suis victime d'un harcèlement*

moral. » Il y a avant et après ; le rapport au monde s'en trouve changé. La personne s'est transformée en victime.

À y regarder de près, cette transformation pose au moins deux questions : celle des critères de ce diagnostic et celle des effets sur la personne.

Le diagnostic est généralement posé par des praticiens qui n'ont aucune formation en clinique du travail. Ignorer le travail les conduit logiquement à des explications en termes de psychologie individuelle. Le clinicien tente bien de distinguer ce qui relève des pressions légitimes concernant le travail à fournir et ce qui relève du harcèlement moral. Mais il ne perçoit pas que, justement, il existe aujourd'hui un très grand trouble sur la définition du travail, que les discours à ce sujet sont bien souvent paradoxaux et que ce caractère paradoxal est l'expression de contradictions entre normes du marché et règles du métier. Ce caractère paradoxal devient donc, pour lui, l'indice d'une personnalité perverse. Le diagnostic est porté sur le constat que « *les procédés de l'agresseur ne suivent précisément pas les règles habituelles de la pensée logique, ni celles de la raison et encore moins celle de l'entendement* » (Christiane Kreitlow, 2002). Sans voir que, dans nombre de situations, c'est l'organisation du travail, non la structure de personnalité du chef, qui est à l'origine de comportements qui semblent échapper à la logique, à la raison et à l'entendement.

À partir de là, la victime voit ses perspectives s'assombrir. Le message qui lui est adressé, soit directement par le clinicien soit par les ouvrages qu'elle va consulter, est terrifiant : c'est beaucoup plus grave que ce que vous pensiez ; vous êtes confronté à une volonté de destruction qui trouve son origine dans une personnalité perverse. Vous êtes engagé dans un combat à mort.

Beaucoup d'éléments laissent penser que cette interprétation peut avoir, par elle-même, un caractère traumatique. Parce qu'elle est en grande partie impensable et parce qu'elle ne semble pas ouvrir sur des modalités de résolution favorables aux victimes.

La question de l'impensable est très importante. Hirigoyen (2001) le souligne : « *On sort de toute logique de bon sens, il est impossible de comprendre les raisons de ces conduites, ce qui amène la victime à douter de sa santé mentale* ». Dans le harcèlement moral, ajoute-t-elle, « *ce qui rend fou, c'est la perte de sens* ». Mais le diagnostic lui-même participe à cette perte. Parce qu'il ne parvient pas à aider la victime à penser la situation, le psychiatre la considère comme vide de sens. La notion de pervers narcissique exprime alors le renoncement à pousser plus loin l'analyse. Et cette interprétation, à son tour, accentue l'incapacité de la victime à penser son histoire : elle est tombée sur un pervers comme d'autres sont pris dans un tremblement de terre. Et, au sens propre, on ne comprend pas plus le pervers que le tremblement de terre. C'est cette incapacité à donner sens à une histoire qui s'est pourtant bien jouée dans le domaine des relations interhumaines qui lui confère son caractère traumatique.

À partir de là, l'évolution est incertaine. Il est parfois présumé que la reconnaissance du statut de victime surtout si

elle est entérinée par la justice aurait un effet thérapeutique. Il s'agit d'une croyance qui ne peut pas être considérée comme validée scientifiquement. Dans certains cas, la quête d'une réparation judiciaire pourrait même entraver le processus de guérison (Regehr Ch., 2002). Par ailleurs, de forts doutes existent aujourd'hui quant à l'efficacité des méthodes courantes de prise en charge des victimes. Le domaine le plus documenté est celui de briefings psychologiques mis en œuvre dans les suites d'un stress aigu. Or les évaluations actuelles soulignent que cette modalité de prise en charge pourrait être sans effet sur l'évolution, ou même avoir un effet négatif en matière de santé, y compris lorsque les victimes affirment que cela les aide (Arendt M, 2001 ; Van Emmerick AA, 2002). Au premier rang des hypothèses envisagées pour expliquer ces observations, il y a l'idée que la prise en charge spécialisée et les explications qu'elle fournit sur les effets du traumatisme participent à une disqualification du soutien que pourraient apporter les proches dans la famille ou au travail. Fassin et Retchmann (2002) soulignent d'ailleurs, à partir de l'étude du cas d'AZF, que la mise en place de la prise en charge victimologique passe par la « mise à distance des profanes » et « la disqualification des techniques ordinaires de consolation ».

Dans le cas du harcèlement moral, la prise de distance des proches est généralement largement engagée au moment où est posé le diagnostic. Mais celui-ci n'arrange rien. L'histoire est posée comme sans rapports avec les dilemmes et conflits qu'affrontent les collègues dans leur activité. Le diagnostic ne leur est pas plus intelligible qu'à la victime. Celle-ci fait peur. Elle-même a le sentiment d'être traitée comme un pestiféré. La seule issue est la fuite. De fait, la communauté d'appartenance proposée par le diagnostic est celle des victimes.

Au final, nous constatons que, très généralement, les salariés perdent leur emploi, n'obtiennent pas réparation devant la justice et présentent des séquelles traumatiques graves qui témoignent de la difficulté à intégrer cet épisode dans leur histoire.

Ces effets néfastes sont bien évidemment les conséquences de ce que l'individu a eu à subir dans l'entreprise. Mais il y a lieu de s'interroger sur ce que recèle de violence un diagnostic qui transforme le patient en victime.

En effet, démontrer que quelqu'un est une victime implique une double affirmation : d'une part, son malheur trouve son origine dans un phénomène hors du commun, ce qui justifie une réparation particulière ; d'autre part la victime n'y est strictement pour rien, la responsabilité de l'agresseur est donc indiscutable. Cette démonstration tend ainsi à aggraver la distance de la victime à sa communauté et à sa propre histoire.

Or, l'approche clinique du travail éclaire le même drame sous un autre jour, ouvrant des perspectives tout à fait inverses.

En effet, l'expérience montre que l'on retrouve quasiment toujours un conflit de travail à l'origine de la dégradation de la relation. Au travail, ce qui relie les humains, ce n'est pas d'abord le sentiment ; c'est la confrontation de points de vue sur la façon de traiter les objets du travail. Or, les objets et la façon dont ils sont investis sont quasi systématiquement ab-

L'INCORPORATION DE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

En travailler le sens(1)

QUELQUES RÉCITS DE PRATIQUES DE MÉDECINS DU TRAVAIL

Quelqu'un propose dans sa pratique une analyse des sentiments du salarié. Problèmes de sommeil, problèmes alimentaires, précisions sur la fatigue. Elle donne l'exemple d'une analyse de ce type dans une société de confection où un licenciement de 150 personnes sur 300 est envisagé. Une salariée avoue son désenchantement à l'occasion d'un changement de poste qui n'a pas de sens pour elle compte tenu de ses compétences et son savoir-faire acquis.

Dans une autre entreprise, on décrit un mal-être vraiment important à aller travailler pour le médecin du travail, une sensation de mort et de vide intérieur des salariés. Les salariés n'ont pas encore somatisé. Ils craignent pour l'avenir. Paradoxalement, la suppression d'un rendement élevé à la production s'accompagne d'une plus grande fréquence des TMS. On s'étonne de la survenue de 3 morts sur 150 salariés dans l'année. C'est un taux très élevé.

Un collègue expose un cas concernant des TMS dans son service autonome d'entreprise. L'employeur est devenu réticent pour changer les cadences de travail. Il doit mettre plus souvent qu'autrefois des salariés inaptes temporaires pour leur permettre de récupérer de la fatigue accumulée. Le médecin n'a plus la même activité qu'autrefois dans cette entreprise. Les études de postes deviennent plus rares car les aménagements de poste sont généralement refusés.

Il constate une augmentation de la fréquence des déclarations de syndrome du canal carpien : 8 cas par an sur 120 personnes effectuant de la frappe sur un clavier. Il s'agit le plus souvent de femmes aux environs de la quarantaine et d'allure gracile. Quels sens donner à cela ? Il remarque en outre une facilité plus grande qu'autrefois pour convaincre les victimes de faire ces déclarations. Peut-être est-ce pour eux la seule manière de donner de la visibilité à leur problème grâce au côté objectif de l'atteinte somatique. Reconnue en plus en maladie professionnelle, la demande d'aménagement de poste sera mieux reçue par l'employeur et le salarié le sait.

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

1- Compte rendu des échanges du Congrès de l'Association SMT, 6 et 7 décembre 2003

Le débat se situe entre :

- le psychosomaticien qui intervient hors champ du travail ;
- la psychodynamique du travail.

La question est : « Est-ce que nous, médecins du travail, nous avons quelque chose à dire sur le travail ? », « Est-ce que toute somatisation est définitivement liée à la question du travail, ou du sens du travail ? »

INTÉRÊT DES BIOGRAPHIES INDIVIDUELLES

Il est ensuite question de biographies individuelles, de l'alternance entre dépression réactionnelle et somatisation chez un même salarié. Cela ne surviendrait pas par hasard. Dans ces biographies, il y a des moments individuels et des moments collectifs.

L'approche biographique permet la mise en évidence du lien santé-travail. Un fait actuel voit son sens éclairé par un fait ancien similaire en le resituant par rapport au travail.

LA VARIABILITÉ DES SYMPTÔMES D'UNE ANNÉE À L'AUTRE

Une autre collègue médecin du travail intervient. Elle rapporte une situation de découverte de lésions ostéo-tendineuses et articulaires avancées dans toute une communauté de salariés qui ne se plaignaient jamais de douleur avant que l'une d'entre elle ne décompense sur le mode douloureux.

Pourquoi les salariés n'avaient-ils pas mal avec ces lésions si prononcées ? En fait, peut-être avaient-ils mal mais taisaient leur souffrance. Dans cette entreprise les conditions de travail étaient très mauvaises. Dès qu'une personne s'est plainte, d'autres se sont plaints. Les images radiologiques étaient très destructives.

Certains collègues soulignent qu'il n'y a pas nécessairement de concordance entre des anomalies anatomiques et la perception d'une douleur. Cela pose la question du rôle du médecin du travail dans le déclenchement des phénomènes.

On a déjà observé des lésions articulaires importantes chez

des danseurs de l'Opéra de Paris en activité qui ne ressentait pas de douleurs. Par contre des douleurs articulaires survenaient dès l'arrêt de la danse.

On rappelle le cas fréquent d'absence de douleurs concomitante de lésions radiologiquement visibles concernant le rachis lombaire.

BALANCEMENT ENTRE INCORPORATION ET SOMATISATION

On revient au sujet précédemment discuté de l'incorporation de la souffrance. Lorsqu'un salarié souffrant de lombalgies me dit « *J'en ai plein le dos* », y a-t-il un lien avec la démotivation ?

Le médecin du travail est en première ligne. On se demande comment interpréter les maladies ou les symptômes réversibles. On propose que cela résulte d'un conflit pour un salarié entre des règles d'existence qu'il s'est forgées et sa situation de travail. Que cette incompatibilité touche à la consigne ou à la question du genre.

Le médecin du travail devrait tenter de désingulariser la situation du salarié (prise de conscience que la situation est vécue collectivement et que la souffrance est probablement collective ?). Il faut ramener dans la discussion avec le salarié des éléments de justice. On ne travaille pas selon elle, dans une analyse de choses secrètes.

Le fait de se dévoiler certaines choses sans gratter (dans l'intimité du salarié ?), cela permet au salarié de se retrouver dans la notion de justice. Cela crée une certaine profondeur, un autre point de vue. C'est passer d'un régime de compassion à un régime de justice où les objets prennent un sens.

On se pose la question de pourquoi les gens somatisent ou non. Pourquoi leur état s'aggrave. Il se demande quelles relations existent entre les différentes pathologies observées sur le lieu de travail.

Un médecin inspecteur du travail, rapporte les cas de salariés venant en entretien dans un état de sidération. Ceux-là portaient justement auparavant les valeurs de l'entreprise. Elles ne peuvent plus les porter, d'où leur bouleversement. Il convient alors de comprendre quel est le conflit et ce qui s'est joué pour eux.

RÔLE DE LA COMMUNAUTÉ D'APPARTENANCE

On amène la question de la communauté d'appartenance. On constate que les gens ne vont pas généralement vers les syndicats. Les militants autrefois étaient portés par une idéologie soutenue par la classe ouvrière. Ce n'est plus le cas.

Au cours de la consultation de médecine du travail, il se passe quelque chose qui réintroduit du lien (entre les salariés ?). « Ils ne sont plus seuls. »

Un autre collègue rapporte, toujours au sujet des conséquences de la culture d'entreprise, une histoire de harcèlement concernant un directeur qui consulte un médecin du travail « spécialiste ». Le patient décompense encore plus.

Un collègue parle de son entreprise où il exerce en service

autonome depuis 28 ans. Il constate que depuis quelques temps, le management est dévoyé. On peut observer des comportements pervers ou résultant de stratégies défensives chez le personnel d'encadrement. Autrefois il y avait une appartenance de classe qui n'existe plus. Quelque chose lie désormais les salariés : la communauté du malheur inéluctable. Tout le monde se retrouve dans le même sac.

En prime, on exerce une répression sur les salariés qui viennent en visite spontanée à la médecine du travail.

D'AUTRES EXEMPLES D'ACCOMPAGNEMENT DE L'INCORPORATION PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

On rapporte le cas d'une salariée victime de maltraitance managériale sur le mode pervers par son supérieur hiérarchique dans un cabinet de comptabilité de 15 salariés où elle est assistante. La souffrance psychique est dans un premier temps exprimée auprès du médecin du travail qui propose son intervention auprès du directeur pour faire cesser cette situation. Refus de la salariée craintive. Abstention du médecin du travail. Trois ans s'écoulent. En 2002, la salariée consulte en visite de reprise après arrêt maladie prolongée. Il s'agit d'une sclérose en plaques, mais pour elle le diagnostic est une névrite optique rétro bulbaire sans cause connue.

Le médecin du travail, dans son for intérieur, fait l'hypothèse d'une somatisation réactionnelle à cette situation de harcèlement. La somatisation est grave. De plus l'employeur se montre insultant et humiliant avec la salariée à sa reprise et ne respecte pas l'aménagement de poste demandée par le médecin du travail. Cela pourrait mener à une accélération de la décompensation. La salariée présente des maux de tête importants dès qu'elle travaille sur écran ce qui gêne énormément son travail. Intrication probable entre la conséquence fonctionnelle de la désadaptation visuelle et une manifestation symbolique et masquée de refus de ses mauvaises conditions de travail. Le médecin du travail n'exprimera pas ses hypothèses et ses interprétations à la salariée mais s'attachera à lui faire prendre conscience de la situation d'injustice qu'elle a subi. Il faut mettre en route une réaction positive de sa part. Inverser la tendance à la résignation. Le médecin du travail s'indigne et met en mots tout ce dont la salariée a été victime. La salariée va accompagner ce mouvement en cherchant activement un autre travail. La salariée a été mise inapte à tous postes de l'entreprise à sa demande, l'employeur étant mis au courant de sa responsabilité première. Elle travaille actuellement dans une autre société dirigée par un ami de son mari. Elle a trouvé le courage d'écrire une lettre de mise au point à son employeur en accompagnement de son avis d'inaptitude. On souligne l'importance de la reconnaissance par le médecin du travail des situations injustes vécues par les salariés et le caractère bénéfique de l'indignation partagée.

Une collègue a effectué une étude sur la souffrance dans le milieu de la grande distribution en utilisant le questionnaire GHQ. Ultérieurement ont été repris les dossiers des salariés présentant un score GHQ 20. Un an s'était écoulé et des éléments biographiques ont été analysés pour chaque cas, ce qui a permis de donner beaucoup plus de sens à cette étude uniquement quantitative et descriptive au départ. Il est apparu alors que la survenue des décompensations psychiques et psy-

LA CONSULTATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL

« Le lieu et le temps de l'hésitation »

Visiblement, avec le temps qui passe, la question devient celle de savoir quel héritage nous voulons laisser c'est-à-dire quelles pratiques cliniques en médecine du travail. Réfléchir sur nos pratiques, les penser, les rendre visibles, intelligibles, compréhensibles. Être nous-mêmes lecteurs, penseurs, chercheurs. Construire des pratiques, c'est résister. Essayer de participer à la question du monde commun comme construction active et non comme revendication d'une existence préétablie, c'est pour moi, travailler à l'émergence de nouveaux modes d'être en commun s'originant dans la singularité ou dans le Soi singulier, et soutenir que cet être-avec ne peut pas être occulté par le mondialisé-marchand.

Nous savons, en tant que médecins du travail, qu'il se joue toujours pour chacun de nous, pour chaque salarié, dans et autour du travail, des enjeux vitaux, et que nous ne savons pas lesquels. Nous savons aujourd'hui que nous ne savons pas. Mais nous avons appris à chercher, au cœur de l'activité de travail, les dimensions de l'activité subjectivante, la perception sensible, une perception participante, à aller dans le « dedans » du travail, là où le travail révèle à chacun des modalités atténuées de l'être sensible.

Dans cet engagement dans le travail, le « je » ne peut se construire ni dans la solitude, ni dans ce qui fait collectif, mais que dans la tension antagoniste entre les deux, dans la tension entre le « je » et le « on », ou autrement dit dans la tension entre la nécessité d'une activité subjectivante et la limitation de celle-ci. Permettre l'émergence de ces tensions dans la consultation de médecine du travail, c'est permettre l'expression de l'extrême singularité du salarié, la révélation en lui d'un secret inaliénable.

Dans la consultation de médecine du travail, les symptômes qui guident notre dialogue avec le salarié sur le lien santé-travail peuvent-ils être considérés comme des signes d'alerte, comme réversibles, comme des manifestations de l'intelligence du corps face à un conflit de règles intériorisé ? La souffrance est-elle défaite ou bataille ? Si cette question est pertinente, elle peut remettre en question l'intérêt du diagnostic, faire de la consultation le temps de l'hésitation, le temps d'élaborer des hypothèses, le temps d'envisager des possibles. Le travail de cette consultation serait de laisser des traces, non des preuves.

Ma position de médecin, qui sait que je ne sais pas, à distance consciente de ma « connaissance » scientifique, m'impose une diplopie, un double point de vue, deux modes de pensée en

même temps, une raison dédoublée. Diplopie schizophrénisante ou réconciliation possible ? Quels effets sur notre santé ? Quels lieux pour mettre en visibilité le retentissement du travail sur la santé des médecins du travail ?

Ce texte peut paraître décalé. Il n'est évidemment possible que parce qu'il s'adresse à un collectif de pairs suffisamment engagé dans l'espace public sur des valeurs éthiques que je partage pour me permettre de donner un point de vue singulier. Mais ce point de vue s'inscrit dans le souci du moment de l'histoire et de la mémoire des générations antérieures vaincues, de fait « le "je" est pluriel, c'est implicitement un nous ».

Comme le savoir anticipe sur la perception, j'essaierai de mettre en visibilité mon activité de travail en définissant d'abord le lieu de la consultation comme cadre avant d'essayer de mettre des mots sur ce temps de l'hésitation et de l'attachement.

LE LIEU DE LA CONSULTATION

Dans ce lieu, la personne qui est là est avant tout un salarié, c'est-à-dire un homme ou une femme lié par un contrat de travail, même si il ou elle est aussi un opérateur, un travailleur, un ouvrier, précaire, et peut être malade, patient, etc. Ce qui la place dans ce lieu de la consultation, c'est le lien qu'elle a établi avec son employeur par un contrat de travail.

C'est le Code du travail qui me fixe ma mission de médecin du travail, c'est le Code de déontologie qui impose le secret médical, mais c'est avec mon assistante que nous devons construire ou tenir le cadre du travail médical, assurer l'indépendance de notre travail par rapport à la direction du service interentreprises et par rapport aux employeurs, pour installer un lien de confiance entre salariés et médecins. Ceci impose un certain nombre de règles. Par exemple, entres autres, tout courrier adressé à un employeur et concernant un salarié, ou même un courrier pour un médecin spécialisé fait l'objet de deux doubles, un dans le dossier du salarié, un dans le dossier entreprise, ce qui permet de garder des traces à la fois au niveau individuel et au niveau collectif.

Dans la consultation l'entretien devrait permettre de situer le travail de ce salarié comme une activité qui agit sur le réel, réalisée avec d'autres, en relation avec l'environnement et des risques possibles, activité ayant une valeur marchande et qui se situe dans le cadre légal du Code du travail. Mais aussi activité du salarié mettant en jeu son corps et sa perception

sensible du monde, qui lui donne une place dans la division du travail, et dans la division sexuelle du travail et qui peut lui permettre de trouver son chemin dans son itinéraire professionnel mais aussi dans l'histoire du travail, à travers le métier.

Mon questionnement est guidé par le comportement du salarié. Pour être attentif à l'usage différent qui est fait des mouvements du corps, des mots et des silences, à ces changements d'attitude qui accompagnent souvent le passage d'un régime d'action à un autre, il faut parler et écouter en regardant le salarié, pas en écrivant. Respecter les réticences, savoir suspendre le questionnement. Parfois, certains signes sont décelables chez les salariés : souhait d'en finir au plus vite, réponses monosyllabiques qui interdisent tout dialogue sur l'activité de travail. Mais même dans de telles situations, il n'est pas impossible que le maintien du cadre et le respect de l'opposition du salarié lui permettent d'exprimer, en fin de consultation, certaines problématiques liées au travail.

Le soin apporté au dossier fait partie du cadre nécessaire : la vérification des différents examens complémentaires, le service proposé pour un vaccin si nécessaire, le point avec le salarié sur les produits qu'il manipule sur son poste de travail. L'examen clinique ne m'apporte pas vraiment des éléments de dépistage des atteintes à la santé, mais il me donne le temps de mettre en relation les effets possibles du travail sur le corps. C'est dans cette mise en relation que pourront apparaître les traces du travail sur le corps. Le temps de déshabillage et de rhabillage est un temps nécessaire à la réflexion et à la poursuite du dialogue.

Ce cadre, par son exigence, peut permettre dans certaines consultations un dialogue sur le lien santé-travail et parfois faire voir de la singularité humaine, à un certain niveau du temps et du lieu, et du hasard, et de l'existence, inaccessible au prescrit, et où le droit est second.

LE TEMPS DE L'HÉSITATION

Je ne parlerai pas ici des quelques situations dramatiques que nous rencontrons tous chaque année : crise d'agitation extrême, éthyliste aigu, risque suicidaire majeur qui nous obligent à prendre les décisions à la place du sujet et à le protéger, mais de la grande majorité des consultations qui ne relèvent pas de l'urgence.

Je voudrai défendre ici l'idée que la découverte de sa singularité fait révélation pour le salarié et que le diagnostic peut être alors traumatisant en sidérant la pensée et en ne lui donnant pas le choix d'autres évolutions possibles dans la construction de sa santé. Le diagnostic n'offre pas d'autre issue que la reconnaissance de la pathologie, le diagnostic ne propose pas d'autre communauté d'appartenance que celle des victimes ou des vaincus. Il n'est pas certain que la reconnaissance du statut de victime possède un effet thérapeutique.

Les symptômes peuvent-ils être considérés comme les manifestations de l'intelligence du corps face à un conflit de règles intériorisé, sont-ils le signe d'une tension entre ce qui fait collectif et l'activité subjectivante ? À l'inverse l'évitement des tensions antagonistes, le renoncement aux conflits

de volonté n'entraînent-ils pas l'acceptation d'un être collectif, d'une communauté de sort dans un régime de justesse, sorte de routine où la critique n'est pas activée ?

Les salariés souvent ne tiennent pas compte des signes d'alerte de leur propre corps. Les signes cliniques ne sont mis en visibilité dans la consultation que lorsqu'ils ne sont plus compréhensibles pour le salarié, qu'ils ne prennent plus sens dans son histoire. Paradoxalement dans certaines situations de harcèlement ou de conflit, toute une symptomatologie apparaît lorsque le sujet s'est retiré de la situation de travail traumatisante. Par ailleurs nous sommes tous étonnés de constater la disparition ou la régression d'un certain nombre de symptômes d'une consultation à l'autre. Cette réversibilité témoigne-t-elle que la souffrance peut être défaite ou bataille ?

S'il y a bataille, la lutte se joue dans une subtile et douloureuse hésitation qui peut prendre toutes les formes : rupture, conflit, mésentente, dispute, discorde, querelle, discussion, renoncement, évitement... Car la santé avant d'en faire une histoire, c'est tout un poème. Il faut tourner autour du pot. Utiliser des comparaisons, des mises en parallèle, des métaphores, des rapprochements, des périphrases, des images... Hésiter, c'est hésiter-entre. Le fond de l'affaire c'est l'attachement. Être attaché et hésiter, c'est la même chose. L'hésitation est ce qui compose entre deux extrêmes adverses, deux pôles où se dispose la vérité contrariée contrariante. Attache-t-elle à la règle ? Qu'est ce qui résiste, à quoi nous serions attachés ? Désir que ce qui nous attache demeure.

Dans ce dialogue sur le travail, quelque chose de singulier, souvent l'évocation d'une règle, règle d'existence du salarié ou règles de métier, fait resurgir l'émotion soustraite à la délibération et à la volonté du sujet. C'est l'attention portée au détail, à l'infime qui permet de reconnaître l'émotion du salarié comme un acte de connaissance : l'expérience soudain possible d'une unité entre ce qui est pensé et ce qui est ressenti corporellement, une synthèse de pensée et de corps à travers la voix, une présence.

La reconnaissance de cette singularité est pour le médecin une expérience professionnelle qui a les dimensions caractéristiques de l'activité subjectivante : perception participante, écoute intérieure, création d'un espace de vie, engagement, empathie. Découverte du dedans du travail. Pour moi, en tant que médecin du travail, cette expérience entraîne deux décisions :

La première décision est de reconnaître cette présence comme un mode d'être-en-commun possible sans en rechercher une explication métaphysique ou technique. Une présence sur fond d'absence. Quand les mots prennent du relief, cela donne assez de profondeur pour s'en tenir à la surface des choses, pour rester dans le travail. Le dévoilement ne brise aucun secret. Découvert le secret subsiste. Mais mis en visibilité, à la disposition de ceux qui sont là, il n'est plus tragique, ni mystérieux. Le dévoilement rend justice à ce secret, il redonne à cet événement passé, à ce conflit de règles, la justice qui ne lui avait pas été faite lorsqu'il était advenu. Il éclaire autrement ce que le salarié gardait en mémoire, il change l'histoire.

La deuxième décision est de mettre des limites à cette activité subjectivante, de sortir du régime d'action dans lequel nous

met l'engagement subjectif dans le travail. Détachement du monde sensible, de l'être sensible, retour au mot d'ordre, à la règle, au faire. Une décision qui s'affirme dans le travail d'accompagnement du salarié et d'assistance non substitutive à la pensée.

Désingulariser ne veut pas dire repasser du « je » au « on ». Là où le « je » s'est exprimé, il ne s'agit pas de fermer toute issue, toute possibilité d'action en remettant du « on ». Il ne s'agit pas de pointer quelque chose d'une communauté de sort, ni d'une condition ouvrière, ni d'une communauté de victimes, mais de donner des éléments qui peuvent faire l'objet d'une controverse dans le travail.

Proposer des possibles, c'est proposer alors un autre régime d'action que celui de l'agapè, un régime de dispute en justice où le salarié peut soulever des critiques et apporter des justifications. Proposer des possibles c'est envisager avec le salarié plusieurs possibles dans l'étiologie et dans l'évolution des symptômes, c'est lui donner le temps de l'hésitation....

Ce ne sont pas les lois, ni les convictions morales des différents sujets, mais seulement les attitudes intersubjectives qui

peuvent offrir une base solide à l'exercice de la liberté. La liberté donnée à chacun doit être concrétisée. Soit nous pouvons faire l'expérience de cette communauté d'appartenance qui fait de nous des êtres fondamentalement libres et égaux (égalité existentielle attestée par le caractère unique – la singularité – de chacun de nous et qui ne se confond en rien avec l'égalité sociale et politique) et qui permet les conditions de notre intégrité personnelle : c'est-à-dire pouvoir d'agir et pouvoir être affecté par le monde, soit nous referons l'expérience d'autres formes de socialité, celle des rassemblements où on perd son identité par la force des mots d'ordre. Pour donner à voir ce mode de présence, cette façon de se rendre présents les uns aux autres, peut-on rêver d'une communauté de travailleurs sentinelles et chercheurs qui feraient du partage du sensible le terrain et l'enjeu de leurs luttes ?

Pour faire voir la singularité humaine, car là est notre tâche, mon travail, je revendique mon appartenance au petit peuple des guetteurs, guetteurs de rêves, guetteurs dans l'infiniment imperceptible, qui voient dans les yeux qui s'embuent, les larmes briller comme des armes.

Odile RIQUET

BIBLIOGRAPHIE :

BOHLE Fritz et MILKAU Brigit, *De la manivelle à l'écran, L'évolution de l'expérience sensible des ouvriers lors des changements technologiques*, 1998, *Activité subjectivante au travail* - p. 13-35

BOLTANSKI Luc, *L'amour et la justice comme compétences*, 1990

DAVEZIES Philippe, *Les impasses du harcèlement*, 2003

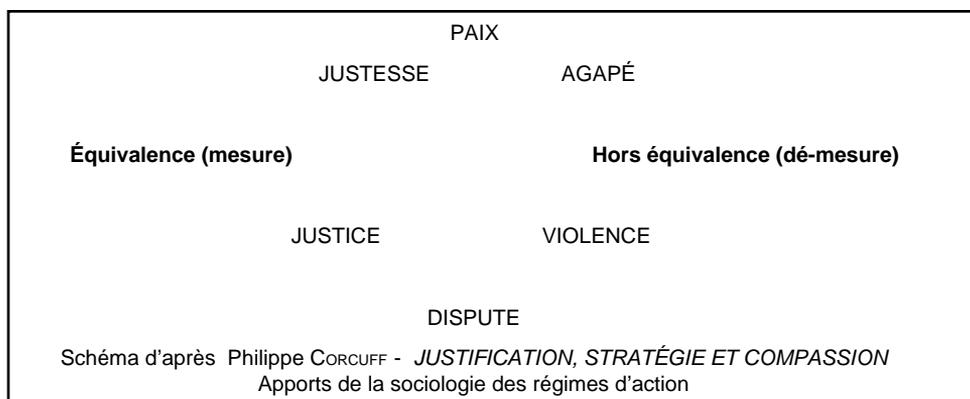
Les auteurs-sources : les poètes-philosophes, Yves BONNEFOY, Michel DEGUY

Dans la sociologie des régimes d'action, l'action est appréhendée à travers l'équipement mental et gestuel des personnes, dans la dynamique d'ajustement des personnes entre elles et avec des choses. Les acteurs sont dotés d'identités plurielles, et il n'est pas absurde qu'un même individu fasse appel à un sentiment de justice dans une situation, qu'il soit violent dans une autre et stratégique dans une troisième. Le cadre d'analyse présenté dans *De la justification - les économies de la grandeur* et dans *L'amour et la justice comme compétences* prend en compte plusieurs régimes d'action.

BOLTANSKI et THEVENOT font l'hypothèse que dans des situations de débat public, les acteurs ne peuvent pas se contenter d'arguments particuliers, mais qu'ils doivent mobiliser des argumentations générales qui dépassent leur personne et la situation singulière où ils se trouvent. Pour les auteurs il existe différents modèles d'argumentation générale appuyés sur des conceptions différentes de la justice dans une cité. Six modes de justification publiques ou conceptions de la cité juste ont été repérés : chaque cité établissant une façon différente de mesurer la grandeur des personnes (principe d'équivalence) : il s'agit des justifications civique, industrielle, domestique, par l'opinion, marchande et inspirée.

- Deux régimes sous équivalence : un régime de paix en justesse (équivalence tacite entre les personnes et les choses, dans des routines où la critique n'est pas activée), un régime de dispute en justice.
- Deux régimes qui ignorent l'équivalence : un régime de paix en agape et un régime de dispute en violence

Les régimes sous équivalence associent des personnes et des choses tandis que les régimes hors équivalence, soit écartent les choses pour ne reconnaître que des personnes (agapè), soit écartent les personnes pour se donner un univers de choses emportées par des forces (violence).



DES RÈGLES POUR DÉVOILER L'ORGANISATION DU TRAVAIL(1)

DE QUELLE ORGANISATION DU TRAVAIL PARLE-T-ON ?

POUVOIR ET ORGANISATION DU TRAVAIL

L'organisation, selon A. Carré, est traduction et instrument du pouvoir de l'employeur. Elle a pour but la diminution des coûts et donc l'augmentation de la rentabilité. Elle aboutit à la division des tâches. Elle est dite « scientifique », offrant ainsi une certaine rationalité dans l'instrumentalisation des salariés auxquels elle s'impose, notamment en les individualisant. L'instrument politique est absolutisme, lui-même de moins en moins tempéré par le droit du travail.

Les rapports sociaux ne peuvent être prescrits. L'organisation se déploie dans des réalités pathiques et sociales et se manifeste différemment selon les entreprises : empirique dans les petites entreprises, elle représente un calcul permanent dans les grandes. Le salarié est pris à l'intérieur et le médecin du travail des grandes entreprises ne déroge pas à cette situation. Celle-ci rend les règles professionnelles différentes entre médecins de services interentreprises et médecins de services autonomes.

ORGANISATION PRESCRITE ET ORGANISATION RÉELLE

Il faut distinguer travailler et s'organiser pour travailler, en prenant soin de distinguer l'organisation prescrite et l'organisation réelle. « **Par organisation du travail, nous désignons le contenu de la tâche (en tant qu'il en dérive), le système hiérarchique, les modalités de commandement, les relations de pouvoir, les questions de responsabilité, etc.(2)** ». L'organisation du travail prescrite a 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, con-

frontations, 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 réproouvent s'ils l'interprètent comme insoumission(3).

MÉDECINE DU TRAVAIL ET ORGANISATION

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

En service interentreprises, 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. Nous intervenons alors, le plus souvent, au stade des conséquences de l'organisation du travail prescrite pathogène, au stade de la souffrance infraclinique ou de la clinique avérée ; indépendamment 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,
- tous nécessaires au maintien de l'identité.

INDIGNATION / ÉNONCIATION

PARTIR DU SUBJECTIF ?

Qu'il s'agisse de vécu individuel, mis en mot et partagé au sein du cabinet médical et/ou collectivement dans entreprise, l'indignation, le sentiment d'injustice, face au non-respect, par exemple, peuvent ils déboucher sur une réaction, une action du côté du travail ? Peut-on imaginer l'émergence d'un projet qui aboutirait à la transformation de l'organisation du travail ?

Mettre en place un cadre incompetent, peut avoir pour objectif, soit de le couler, soit de déprofessionnaliser le groupe dont il a la charge, en testant la réaction du collectif : s'il

-
- 3- DEJOURS Chr., *Travail et usure mentale*, op. cité

•••••

1- Compte rendu du Congrès de l'Association SMT, 6 et 7 décembre 2003

2- DEJOURS Chr., *Travail et usure mentale*, Ed. Bayard, nov. 2000, p.43

réagit, le management recule ; sinon, le management peut se permettre d'avancer encore et de prendre progressivement le contrôle du groupe.

Il y a clivage entre le ressenti, de l'ordre de l'invisible et ce qui le génère. Que peut-on, en tant que médecin du travail, mettre en débat au sein de l'entreprise, pour aider à la construction collective de la représentation qui ouvrira à l'action ? Faut-il décortiquer ce qui réfère à la rationalité objective ? Mettre sur la table d'autres rationalités ? Comment faire entendre notre énonciation pour qu'elle puisse être rattachée aux questions soulevées par le travailleur collectif ?

Il semble que ce qu'on veut démontrer, à froid, du côté des rationalités, ne marche pas !

LE SOCLE VITAL, LE SOCLE DE LA DIGNITÉ

On entend par socle vital, la possibilité de manger, de dormir. Qu'il s'agisse d'une atteinte du socle de la dignité ou de l'ordre du vital, elle doit être dénoncée par ceux qui en font le constat. Ce n'est que lorsque le socle est assuré que l'on passe à la suite.

Or, les consultations révèlent les problèmes d'organisation que l'on ne sait comment aborder avec les directions. Au sein de quelle instance ? À partir de quel document écrit ? Quel contenu ? Quel mode d'énonciation ? Il faut différencier ce que l'on ressent de ce que l'on en fera : la dénonciation trouve son origine dans l'indignation.

La distanciation est nécessaire à l'énonciation qui va inscrire l'événement dans un système organisé : le salarié a pu se faire instrumentaliser.

Par exemple, dans le service public, un jeune ingénieur sans expérience du commandement est placé face à de vrais professionnels ! Ceci ne permet pas un comportement normal de l'encadrement. Des suicides à répétition dans ce même service font que le responsable va être mis sur la sellette ! Le médecin du travail s'est interposé entre le responsable et le groupe accusateur.

Bien qu'il faille remarquer le refus, par la direction, de la demande d'intervention en psychodynamique du travail, le débat a pu porter sur l'organisation du travail ; il s'agit de construire un débat rationnel qui puisse s'inscrire dans des questions plus générales.

PRIORITÉ DE L'INDIVIDU PHYSIOLOGIQUE SUR LE CITOYEN ?

Faut-il s'indigner de voir instaurée l'interdiction de pisser ? L'intervention de type secours immédiat inscrit et entraîne le médecin dans un rapport de force et une relation de pouvoir.

Cette réaction du médecin, qui trouve son origine dans le sentiment d'indignation, par identification à, peut remplacer le savoir faire en place dans l'entreprise. L'indignation sociale a-t-elle besoin du médecin du travail ? Il convient de laisser de côté le physiologique.

Il faut craindre une difficulté à penser si l'on met ensemble les questions de santé et celles du travail. On s'autorisera à intervenir, si les conditions socio-professionnelles le permet-

tent, afin d'ouvrir à la pensée. L'intervention n'est pas alternative transformatrice. Elle ouvre à la pensée pour que ça se transforme. L'accompagnement à penser vise à changer les représentations. Notre stratégie vise à mettre en débat les ordres de rationalité de l'organisation du travail. Si les managers sont aussi aliénés qu'on peut le craindre, il ne suffit pas d'aider à leur départ qui leur donnera le statut de bouc émissaire. Le responsable perd souvent son emploi. N'est-ce pas une façon de garder la même organisation du travail.

On serait alors du côté du baromètre social et non plus médecins du travail.

COMMENT AGIR ?

RÉGIMES D'ACTION ET VALEURS COMMUNES

Le choix de l'indignation qui, si l'on se réfère à Boltansky, serait un régime de « dispute en violence », ne peut conduire à la réflexion. Par conséquent, la phase de dénonciation est à proscrire ! Reste au médecin à rédiger un document qui sera plutôt de l'ordre de l'énonciation.

Aux salariés de décider ensuite de se le réapproprié ou non et de le traiter en problème collectif.

Le débat doit éviter l'indignation et donc se situer dans un « régime de dispute, en justice » ou « en agapé », « de paix, en justesse », en référence à Boltansky.

Dans un régime de « dispute, en justice », les salariés évaluent les compétences en s'appuyant sur le sentiment de reconnaissance les uns par les autres ; avec une notion supplémentaire de hiérarchisation du classement. Le classement qui a sens est justesse.

Or, le management peut conduire à intercaler volontairement, dans la hiérarchie, des encadrants ne connaissant pas « le travail ». Quand le cadre commence à instaurer le débat sur la faisabilité ou non des prescriptions, débat « en justesse », cette situation, est conflictuelle avec la direction.

L'encadrant construisant des liens avec les salariés, est muté. Comment, alors, partager des valeurs communes ? Le système cité en exemple ne permet pas la mise en place d'un régime de « paix, en justesse ».

CONFLITS DE VALEURS ET QUESTIONS D'ÉTHIQUE

L'entreprise peut, à un moment donné, changer de stratégie et laisser sur la touche ceux qui sont porteurs de valeurs. Ils ne sont plus reconnus dans l'entreprise car ils s'opposent aux nouvelles stratégies.

Ainsi, à l'Opéra de Paris, la multiplication des représentations (spectacles) a entraîné la multiplication des costumes et l'appel aux costumières intermittentes. La qualité des costumes s'est dégradée. Le conflit qui surgit alors n'est pas conflit de personnes. Les normes ont simplement changé et la grande réputation des costumières permanentes par rapport à la qualité des costumes devient inutile, superflue. L'expertise du CHSCT, le rôle du médecin du travail, face à la souffrance intolérable des permanentes, n'ont pas permis que des lieux

s'ouvrent aux choix « éthiques » face aux exigences de l'économique.

La même question se pose pour les perruquiers de l'Opéra dont la résistance passe par : « *Je suis harcelée.* » À l'hôpital aussi, il n'y a pas de lieu pour un débat éthique. À EDF, France Télécom, quel accompagnement espérer par rapport aux questions de qualité, du beau travail ? En imprimerie, les correcteurs étaient la partie noble de la profession. On leur demande de laisser passer les fautes car le temps attribué pour le contrôle du livre est trop court. Le résultat est la perte des valeurs et diminution de la reconnaissance par les collègues de travail.

Dans certaines situations, la qualité est maintenue grâce à la tricherie.

Il semble possible au médecin du travail de recueillir ce genre d'information sur le terrain et de le relier à certaines formes de souffrance, en lien avec la référence persistante à d'anciennes valeurs. Il lui semble aussi possible de montrer les conséquences en terme de mensonges aux clients. Il ne semble pas que le médecin du travail puisse intervenir en arbitre sur ces questions et du même coup, on peut se demander si les prud'hommes ne devraient pas se positionner et traiter les questions d'éthique.

LANCEURS D'ALERTE : LA DÉSILLUSION ?

Défendre l'idée que des éthers de glycol seraient dangereux et vouloir informer et faire de la recherche internationale sur ce thème peut devenir une utopie et conduire à la réification de l'acteur jugé dans une posture christique.

De la même manière, accompagner les costumiers dans un travail dont la qualité se dégrade est épuisant dans la mesure où le choix se situe entre trouver les moyens de s'en sortir le moins mal possible ou faire remonter les problèmes dans une indifférence totale.

On a alors l'impression que les mots n'ont pas de sens pour nos interlocuteurs qui ne sont pas « atteints » par de tels propos. Quand on est au sein de cette collectivité, on a l'impression de se battre contre des moulins à vent. Autant dire, vraisemblablement, que l'évocation subjective de la souffrance engendrée par le fait de devoir abandonner le travail de qualité entre en conflit avec la rationalité cognitivo-instrumentale du raisonnement économique.

Être médecin du travail dans ces conditions conduit à la perte des illusions. En service autonome, les salariés renvoient au médecin du travail ce qu'il vit personnellement tous les jours

PRATIQUES « HONTEUSES » ET DÉMOTIVATION

Certains médecins du travail se situant « historiquement » dans l'action en arrivent à rétrograder leur vitesse et leur puissance d'action et à reconnaître que leur pratique actuelle en service autonome ressemble à s'y méprendre à ce qu'ils qualifiaient antérieurement de pratiques « honteuses » :

➤ Les archives : consistent à laisser des traces écrites, qualifiées de « notariées », sur les contraintes organisa-

tionnelles du travail.

➤ La stratégie du sauve qui peut oriente et évacue les salariés hors des murs de l'entreprise. L'évacuation sanitaire s'effectue vers la Cotorep (ex. des psychotiques avec certificat de MCP à l'appui), les sujets à moins de cinq ans de la retraite étant mis en congé longue maladie, les autres en simple arrêt maladie.

Ce vécu de déliquescence des pratiques est parfois source de démotivation des médecins du travail, notamment dans le service public.

« RÉAGIR » ?

L'intervention est rationnelle et non passionnelle : il s'agit de remettre dans l'espace social les questions de fond en espérant que la lutte contre l'exploitation redémarrera un jour.

Écrire aux employeurs ? Les salariés le demandent quand on a travaillé avec eux les questions d'organisation. Ils savent que les directions ne veulent rien entendre. Ce genre d'écrit ne se fait pas à la légère et prend du temps : il s'agit de sortir des conflits de personnes et de montrer les problèmes collectifs. Ce document peut être la fiche d'entre prise mettant en visibilité les questions d'organisation. Elle peut partir de l'analyse des accidents du travail ou des maladies professionnelles ou à caractère professionnel. L'analyse par service, comparée au fil des années, peut permettre l'étude de l'évolution en termes de fréquence de maladies à caractère professionnel déclarées, et tout particulièrement de la souffrance psychique en lien avec les questions d'organisation du travail.

Les rapports en entreprise sont violents et empêchent d'entendre l'autre. Le médecin du travail y est « enfermé ». Son indignation initiale est réaction normale ! Mais son rapport d'activité est là pour apporter des éléments d'analyse, de réflexion. Ramener des éléments concernant le travail calme la violence sans l'exclure pour autant dans un rapport de force ultérieur (association de victimes, syndicalisme).

CLAUSE DE CONSCIENCE

En cas de conflit de valeurs, à différencier des conflits de règles de métier, ne peut-on pas faire jouer la clause de conscience et quitter un travail loin des valeurs ?

On se doit d'instruire cette question avec le travailler délétère impensé. Ce peut se faire en CHSCT, à partir d'études en psychodynamique du travail (problèmes de santé mentale). Les gens se délitent de l'intérieur.

La notion de valeurs, reprise par les syndicalistes, sans le vécu des salariés, empêche de croiser les données.

Le médecin du travail n'a aucune utilité dans l'expression des rapports de classe. Si on fait appel à lui, c'est qu'il y a quelque chose qui ne va pas, quelque chose qui sidère la pensée.

LE BEL OUVRAGE MAGNIFIÉ

L'exemple de l'Opéra est-il du côté du bel ouvrage magnifié ? N'y a-t-il pas un écart à approfondir entre ce qui serait du côté des valeurs et la notion de règles de métier dans ce conflit ?

Reste à mettre en évidence l'absence de marges de manœuvre et l'idéologie défensive qui s'y rattache, à dévoiler les règles intériorisées.

Quelle articulation trouver, à EDF, avec la belle ouvrage des sous-traitants ? N'y a-t-il pas un lien avec le rétrécissement des marges de manœuvre ?

Magnifier le service public, toutefois, empêche de poser la question du travailler, de trouver de la belle ouvrage chez les

sous-traitants et de montrer, dans certains secteurs, que les permanents ne travaillent plus. La pensée sidérée est synonyme de mort.

Cette situation fait évoquer « la mort au travail » et qu'il nous faut avancer, malgré tout, à cause du travail, avec les morts.

Avec les morts du travail !

Existe-t-il une possibilité de subversion d'une telle « mort » ?

Jocelyne MACHEFER
rapporteur



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 !

LA CLINIQUE MÉDICALE AU CŒUR DE LA CONSULTATION DE MÉDECINE DU TRAVAIL⁽¹⁾

Nous avons d'abord évoqué (trop) brièvement le compte rendu de Jocelyne Machefer, sur l'un des débats du congrès de décembre 2003, *Des règles pour dévoiler l'organisation du travail* : synthèse dynamique qui ouvre des champs de questionnement et pose l'énigme de ce qui différencie l'exercice des médecins du travail en service interentreprises et en service autonome, face à l'idéologie du management.

Comment garder regard critique et distance face aux managers travaillés par des idéologies défensives pernicieuses et combien il est difficile pour nous même de nous détacher de ces idéologies défensives. Pour y échapper, les témoignages ne nous permettent-ils pas de mettre en scène des conflits ?

Il a semblé à l'ensemble des participants que les textes de cette journée apportaient une contribution constructive à nos débats sur la clinique. Tout en exprimant un point de vue singulier mais qui pourrait concerner d'autres professionnels des métiers de la relation (éducation, soins, etc.), le texte d'Odile Riquet *La consultation de médecine du travail "le lieu et le temps de l'hésitation"*, s'adresse spécifiquement aux médecins du travail. Leur connaissance des questions collectives dans les entreprises est revue au travers du prisme de la consultation individuelle.

Ce texte ne se contente pas de décrire, il vise à montrer en quoi l'énonciation d'un diagnostic peut être enfermante et il ouvre à l'autonomie morale subjective en permettant l'énonciation pour l'action.

L'énonciation est précédée de l'indignation qui est subvertie, à la lumière des règles de métier, par la clinique transformée par l'éthique de témoignage. Cette expérience professionnelle s'effectue dans cette mutation, dans ce passage du « scientifique » à « l'humain », humanisme dans lequel s'enracine notre métier et savoir scientifique à partir duquel a été construite notre méthode clinique, basée sur la mise à l'écart de l'émotionnel, du subjectif en privilégiant la description à but diagnostique et thérapeutique. Notre pratique professionnelle nous a ramené au subjectif : distance et sang-froid sont des notions théoriques d'enseignement mais l'émotionnel fait partie de notre métier.

Les études épidémiologiques mettent en évidence les conséquences somatiques des contraintes au travail mais c'est dans

•••••

1- Compte rendu de la Journée de Printemps de l'Ass. SMT du 20 avril 2004

l'entretien individuel que s'élaborent les clés de compréhension et les analyses de la nature sensible de ces phénomènes. Les ponts entre ces deux approches sont souvent difficiles, avec beaucoup d'incompréhension de part et d'autre.

Il serait intéressant de situer ces questions en termes anthropologiques et de faire référence à l'anthropologie politique et médicale (Didier Fassin) qui situe l'espace politique de la santé à partir de trois dimensions : l'incorporation de l'inégalité en particulier l'incorporation de la division sexuelle, le pouvoir de guérir et le gouvernement de la vie ou autrement dit la volonté d'être en bonne santé. Ce qui pose la question de la valeur du pouvoir de tout guérir dans la société.

La médecine du travail se situe à niveau qui n'est pas celui du soin. Elle pourrait permettre une délibération autour de l'apparition et de la disparition des symptômes, de l'incorporation de l'espoir dans l'amélioration de la santé. La survenue d'affections psychosomatiques (TMS en l'absence de gestes répétitifs, céphalées, coliques spasmodiques...) met en cause les valeurs et touche à l'intime de ces valeurs chez chaque personne. Quand on peut donner des perspectives, des petites lueurs d'espoir, faire des aménagements de poste même minimes, l'appréhension de la situation change, les symptômes peuvent disparaître, avec le retour de l'estime de soi. L'espoir est défensif. Quand il y a perte d'espoir, la santé s'altère (abandon, affaissement de l'envie de se battre), on peut craindre des tentatives de suicide.

Le désespoir étant à différencier de la perte d'espoir (état intermédiaire).

L'amélioration de la santé passe par la capacité à incarner en soi quelque chose de possible, à incorporer de l'espoir, ce qui équivaut à la restauration de marges de manœuvre internes. Les marges de manœuvre sont perçues de l'intérieur, il ne s'agit pas d'un regard externe sur l'existence de marges de manœuvre. Une petite variation en terme d'organisation du travail peut faire bouger les choses (en matière de TMS par exemple). Par contre, on est parfois frappé par l'apparition de pathologies « lourdes » survenant après le règlement des conflits (ex : après être sorti d'une situation de harcèlement), la blessure laisse des cicatrices et il est nécessaire de « travailler » ces questions, de s'interroger sur le prix du renoncement, sur la « toxicité du stress » (par quelles médiations chimiques, sur quels désordres immunitaires ?), sur le passif de l'impensé, l'incorporation de la douleur, dans l'immédiateté de l'évène-

ment. Comment co-construire, co-élaborer dans l'intercompréhension de l'événement pris dans la durée avec quelqu'un qui ne demande rien et qui est dans un processus défensif. Il paraît plus facile d'instruire ces questions à posteriori, avec du recul, quand il y a eu un « blanc », qu'on peut revisiter un passif et travailler sur une histoire passée.

Certains s'interrogent sur une conception de la psychopathologie qui ne ferait référence qu'à « l'Homme Bon », « Homme » qui ne pourrait se construire que du côté d'un positivisme psychique. Ceux là pensent la psychodynamique ne prendrait pas en compte la pulsion de mort. La résonance symbolique ne serait pensée que du côté d'une dynamique positiviste de la construction identitaire.

La pratique de la médecine du travail peut s'en tenir à la « surface des choses » : dans l'échange avec le salarié, l'émotion perçue est ramenée du côté du travail. Travailler dans cet axe permet parfois de mettre en visibilité des conflits de règle non verbalisés, d'éclairer sur la construction du sens du métier. Il ne s'agit pas d'essayer de comprendre à tout prix ce qui se passe, d'apporter une explication. Il s'agit plus de partager avec le salarié une présence commune, le partage passe par le langage et les éléments de compréhension peuvent être réutilisés par le salarié lui-même dans un autre espace (l'espace public en particulier).

Le texte vise à réintroduire ce caractère émotionnel dans notre pratique. Il participe à un travail collectif destiné à faire voir les choses autrement, à construire une vision cohérente à partir de consultations individuelles et, après une rationalisation de cette méthode, à faire part de cette réflexion dans l'espace public. L'intelligence du travail est en avance sur le savoir. Ce qui peut faire avancer les choses, c'est le partage entre collègues de ce que chacun fait. C'est le point de vue singulier de chacun qui peut faire avancer la réflexion collective. L'énonciation des référentiels théoriques est complé-

taire du partage de l'expérience concrète lorsqu'on permet aux collègues de voir et de comprendre « comment on se débrouille ».

Une des méthodes que l'on peut utiliser est basée sur l'analyse des ruptures biographiques : les ruptures antérieures permettent de revisiter les difficultés antérieures et de faire des ponts avec les ruptures actuelles.

Dans le cas des demandes pressantes des salariés, quand on est interpellé de manière angoissée par quelqu'un qui veut une réponse immédiate, il est important de prendre le temps de l'hésitation, de la délibération, de prendre en compte que la réponse peut être plus mortifère que l'absence de réponse, de saisir où se situe l'urgence. Faut-il s'autoriser à aborder la sphère intime, le soutien familial, l'existence de ressources et surtout le « diagnostic du désespoir », on peut facilement se tromper sur la grille de lecture du travail. Les problèmes psychopathologiques actuels sont si lourds qu'ils en arrivent à instrumentaliser la sphère du travail : une demande sociale forte en matière de santé mentale, traitée sur le thème de l'urgence (suicides, harcèlement) est très dangereuse pour le médecin du travail et risque d'aboutir à une instrumentalisation de ce dernier et à une impossibilité de penser. Il faut comprendre ce qui fait violence dans l'urgence, et du côté du travail ce qui est vraiment urgent est non visible et non socialisé : la décompensation mentale « banale » ne doit pas être laissée de côté. La question du risque de mort au travail peut être abordée sous la forme « *Pourriez-vous mourir de la situation de travail ?* ». La discussion sur le conflit peut aboutir à cette réponse « *Oui, je pourrai en mourir.* » y compris dans un contexte de vie équilibrée mais l'investissement se fait dans les deux champs (travail et famille). Il existe des souffrances éthiques qui ne sont pas abandonnées dans le champ familial.

Chantal BERTIN, Odile RIQUET, Denise RENOU-PARENT
rapporteurs

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).



En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

LA FICHE D'ENTREPRISE

Pas de chiffres, pas de courbes à vous présenter. Pas besoin de lire, juste écouter. Je me passerai donc de support visuel même s'il s'agit d'un outil de communication qui est devenu incontournable dans les colloques et les congrès, quelles que soient le contenu et la forme de la présentation. Il est de bon ton, si le support visuel est inutile de projeter au mur un titre, une photo, un dessin. Je ne le fais pas.

Je considère que deux signaux concomitants, mobilisant la vue et l'audition sur un même objet, brouille la capacité à capter et à traiter les informations dans leur totalité et leur globalité. La mise en concurrence de deux perceptions diminue la performance du fonctionnement cognitif. Cet empêchement de raisonner aboutit à une forme de perception de surface.

Le plus souvent, c'est ce qui caractérise la communication-propagande.

Voilà, le sujet est placé. Je passe à la fiche d'entreprise.

Le décret du 14 mars 1986 impose au médecin du travail d'établir et de mettre à jour, pour les entreprises de plus de dix salariés, une fiche d'entreprise, je cite, « *sur laquelle sont consignés les risques professionnels et les effectifs de salariés exposés à ces risques* ».

Je me souviens encore, à l'époque, du tollé de protestations de bon nombre de consœurs et de confrères qui considéraient qu'il leur était demandé de « faire le boulot de l'inspecteur du travail ». Donc, peu de précipitation pour réaliser ce travail et surtout, pas de réflexion sur son intérêt.

Il a d'ailleurs fallu trois ans pour qu'apparaisse, le 29 mai 1989, l'arrêté qui donne la liste des données à faire figurer dans cette fiche d'entreprise. La dernière partie relevait d'ailleurs plus de la gestion des risques que de l'aide à l'évaluation. Mais, à l'époque, aucune critique n'a émergé sur la qualité du contenu qui était demandé.

Sont donc apparus des modèles. Le plus diffusé a certainement été celui du CISME, se présentant comme une grille où il suffisait de porter des chiffres, des croix et quelques commentaires.

Ainsi, tout d'abord, la fiche d'entreprise n'a été investie qu'en tant qu'objet réglementaire. C'est sans doute pourquoi elle a été si longtemps critiquée et si longtemps rejetée par nombre de collègues, car analysée, à cause de son formalisme, comme un travail « en plus » – et je rajoute : au travail à la chaîne des « visites » médicales que nous exécutions, front baissé, pour respecter la commande, par vacation, du nombre imposé de « visites » dans le seul objectif d'un contrôle d'aptitude, en oubliant la visée de notre métier qui était d'explorer la rela-

tion travail-santé et l'action de prévention et d'alerte.

Outil d'alerte, outil pour attirer l'attention et l'action, ce document est alors doucement devenu le support d'informations que le médecin du travail tenait à faire connaître dans le domaine qui était le sien. Pourrait-on, alors, parler d'outil de communication ?

Reprenons la définition de ce mot dans le dictionnaire historique de la langue française : « *Le mot, comme le verbe communiquer, a connu un essor particulier dans le domaine de la publicité et des médias, alors influencé par l'anglais communication. Avec un autre anglicisme, relations publiques, il donne à la stimulation des marchés, domaine assumé successivement par réclame et publicité, une expression plus noble.* »

Comme on le voit, le mot est gênant dans la mesure où il introduit une notion de passage en force, de relation inégale entre celui qui actionne la communication et celui qui la reçoit. Il s'agissait plutôt, pour nous, de « faire porter l'attention sur... », d'apporter une information qui entraîne et attise l'attention, l'adhésion en toute connaissance de cause et, au bout du compte, la transformation.

Il a donc fallu donner un sens à ce document.

Je pense même qu'il a fallu trouver une forme de liaison avec l'entreprise, ou avec l'employeur directement dans le cas des TPE, pour éviter de tomber justement dans le message communicationnel qui a tendance à gommer le véridique d'une relation égalitaire. On pourrait alors parler de souci de collaboration autour du « travailler ensemble ».

Ainsi, le document s'est vu délesté de ses atours inutiles pour qu'il soit transformé 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, document nettoyé aussi de toutes les petites cases à remplir qu'une floraison de supports, assez peu inventifs mais très respectueux des prescriptions de l'arrêté 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'a jamais posé de problèmes à cause d'une très bonne collaboration avec l'inspection du travail. C'était parfois même l'inverse, c'était moi qui prévenais que la fiche d'entreprise était faite. Il s'agissait là, bien sûr, d'un code, qui signifiait que des problèmes sérieux méritaient qu'on aille y regarder de près. On l'aura compris, de ce fait, la fiche d'entreprise était proposée à toutes les entreprises, y compris les moins de dix salariés si cela était nécessaire.

La loi, le règlement, n'ont d'utilité que si on les fait vivre, que s'ils entrent dans une stratégie d'action. Appliquer à la lettre, c'est soit faire du zèle, soit stériliser la finalité de la fonction, comme les cases à remplir.

Alors, la fiche d'entreprise est l'occasion de parler du travail.

Destinée à d'autres partenaires extérieurs 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. Le CHSCT ou les DP en étant aussi destinataires, là aussi, le débat sur le travail peut s'amorcer à partir de ce document, les salariés s'y impliquant alors. Malheureusement ce débat interne, avec les salariés comme acteurs, est bien difficile dans les entreprises de moins de dix salariés à cause de l'absence de toute structure sociale.

Il m'est donc arrivé, lorsque les circonstances me paraissaient inquiétantes ou que des retombées médico-légales n'étaient pas exclues, de prévenir que la fiche d'entreprise serait intégrée au dossier médical de chaque salarié. C'est l'assurance qu'individuellement, ils peuvent y avoir accès. Il suffit de les prévenir. Et, si je me souviens bien, c'est Sylvie Cren, qui, la première a inauguré cette pratique, que nous avons reprise.

Pour illustrer une partie de cela, 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 sur-*

tout l'installation d'un chauffage continu seraient-ils envisageables ? ».

Ensuite, le lien est fait avec la santé 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 : médecin inspecteur du travail, inspecteur du travail, contrôleur de la CRAM.

Dans ce cas précis, c'est justement la forme qui a fait réagir l'employeur qui m'a appelée. Nous avons donc pu reparler des difficultés du travail dans ce golf. On ne peut pas dire que d'énormes transformations aient été réalisées – il y avait pourtant de gros soucis dans la cuisine – mais au moins, l'hiver suivant, l'accueil était chauffé.

Il est très facile, par cette forme d'intervention, de faire les mises à jour à chaque fois que la situation le nécessite.

Dans le service interentreprises où j'exerce, de nombreux collègues procèdent de cette façon, y compris pour les cas dits de « harcèlement moral » qui, évidemment n'en sont pratiquement jamais. C'est là encore une possibilité de recentrer sur les conflits du travail et sur les difficultés de l'activité.

Voici un exemple emprunté au travail d'une collègue. Je tiens à préciser que, si j'en ai eu connaissance, c'est que nous travaillons beaucoup ensemble sur nos pratiques et nous modifions ainsi sans cesse nos règles de métier en débattant du contenu de nos modes d'action pour éviter erreurs et dérapages. Il s'agit d'une alerte *via* une mise à jour de la fiche d'entreprise dans le cas d'une épidémie de souffrance pathogène.

Son document est intitulé « MISE A JOUR DE LA FICHE D'ENTREPRISE ». **Il est adressé au président du CHSCT de la région.** « *Après des entretiens avec plusieurs membres du personnel et au travers des propos de ceux-ci, je souhaite vous exposer ce que j'ai compris de la situation qui règne au magasin de P. En préambule, je pense indispensable de vous faire part de mon inquiétude quant à l'état de santé des salariés de ce site. J'attire votre attention sur le fait que les deux tiers sont actuellement en arrêt de travail (4 sur 6). J'ai constaté que la situation est extrêmement conflictuelle ; je la qualifierais "d'explosive". Cette situation m'est présentée comme un conflit interpersonnel. Dans ce cas, mon expérience professionnelle me pousse toujours à rechercher des troubles ou des dysfonctionnements organisationnels générateurs de conflits.*

Voici ce que j'ai compris :

1° : de l'organisation locorégionale

Huit centrales d'achats en France. Le magasin de P dépend de la centrale d'A. qui compte environ 70 salariés à l'entrepôt et 15 dans les bureaux. S'y ajoutent les cinq cadres supérieurs.

Le R. M. est recruté par le responsable du personnel. Il serait jugé selon la productivité du magasin qui est appréciée par les inventaires et l'intéressement. Ces deux critères me semblent très importants.

Dans la discussion que j'ai eue, j'ai cru comprendre que les inventaires sont au cœur du débat et semblent être un des

nœuds du conflit. L'inventaire, pour que cela soit conciliable avec le travail de vente, serait fait le soir, après la fermeture. Une clause du contrat de travail du R. M. ferait état de résultats à obtenir au niveau des inventaires ; il y aurait rupture du contrat de travail si les chiffres ne sont pas conformes aux objectifs. Si tel est bien le cas, on se trouve là en présence de la mise en place d'une véritable précarisation de l'emploi, génératrice de stress, d'incertitude permanente sur l'avenir, c'est ce que j'appellerais du management par la peur.

L'intéressement tient compte du chiffre d'affaire ramené à l'heure travaillée, donc, je cite : "Il faut faire beaucoup d'heures et en noter le moins possible" pour augmenter la productivité apparente.

On ne peut tirer que la conclusion suivante : il faut tricher pour entrer dans les critères du bon travail. Ce mode de calcul pousse à des conduites extrêmement coûteuses du point de vue moral, je cite la perception qu'en ont les intéressés : "c'est une carotte malsaine".

J'ai compris aussi que :

2° : il existe des procédures de caisse.

Par exemple, depuis peu les clients doivent tout sortir du cadavre, ce qui en énerve un certain nombre. Ces procédures sont-elles applicables et sont-elles réellement appliquées ? Le travail réel est souvent très éloigné du travail prescrit. L'urgence (je cite : "C'est la fuite en avant"), la pression des clients faisant la queue, la file d'attente étant toujours très longue, la nécessité d'aller vite pour réaliser un bon chiffre, sont des réalités qui ne permettent peut-être pas d'appliquer des procédures, certes nécessaires, mais contraignantes et "mangeuse" de temps.

Et enfin, il me semble que :

3° : les nœuds du conflit :

ce sont d'abord les impératifs de bons résultats, avec en arrière-plan, la crainte du licenciement, d'où précarisation de l'emploi.

Donc :

↳ L'inventaire doit être "bon". En cas de mauvais résultat, il faut trouver des responsables ; cela peut même mener à des accusations de vol.

↳ La productivité doit être forte : il ne faudrait pas noter toutes les heures effectuées, il serait difficile de prendre des pauses.

↳ D'après les propos entendus : les salariés et en particuliers le R. M., ne devraient pas compter leurs heures. Si le travail n'est pas fait, je cite : "C'est parce qu'on n'est pas bien organisé".

Ensuite, le non respect de la personne par certains clients ne semblerait pas être sanctionné, il semblerait même être admis.

Les témoignages font état de situations où le non respect des savoir-faire sociaux et les propos non respectueux n'auraient pas été stigmatisés par la hiérarchie présente. Certaines altercations avec les clients me semblent résulter du débordement des moyens de contrôle psychiques. Pour parler plus

clairement, "on pète les plombs".

Dans un climat de tension extrême, où la course au résultat est quotidienne, les enfants agités de certains clients peuvent être "la goutte qui fait déborder le vase".

Il doit falloir énormément de patience et de "savoir-faire discret" de la part du personnel pour désamorcer l'agressivité des clients ayant patienté à la caisse. Le maintien de la convivialité avec la clientèle, malgré les impératifs de productivité, est un vrai travail, et demande un travail psychique supplémentaire, invisible, mais fatigant.

Au total : Je pense que les atteintes à la santé des quatre salariés actuellement en arrêt de travail ont un rapport direct et essentiel avec les conditions de travail ci-dessus décrites. Il est de la responsabilité de l'employeur de prévenir ces atteintes à la santé, qu'elles soient physiques ou psychologiques, c'est pourquoi ce document doit être considéré comme une alerte médico-psycho-sociale ».

La fiche d'entreprise apparaît aussi comme un bon outil pour rendre visible les difficultés que l'ergotoxicologie nous renvoie dans le domaine des nuisances chimiques.

Je ne sais pas, vous, mais, moi, je suis très gênée, presque honteuse de mon inefficacité dans ce domaine, au point de me sentir parfois coupable de mon impuissance certaine et évidente. Malgré une formation en toxicologie industrielle, malgré les connaissances des composés chimiques d'imprégnation, je suis désemparée lorsqu'il faut donner des conseils de prévention alors qu'on sait que les protections individuelles sont une telle entrave à l'activité qu'elles ne seront pas portées la plupart du temps, alors qu'on sait que, dans la petite entreprise, c'est une utopie que de penser que le vase clos ou presque soit possible.

J'ai donc décidé d'être claire, de ne pas porter cette impuissance comme un fardeau. Je demande les fiches de données de sécurité. Après exploitation, je fais une synthèse générale, à peu près compréhensible, en dégageant les grandes lignes des effets sur la santé, et je pondère cela avec la réalité de l'activité.

C'est court, c'est simple, c'est écrit et dit.

En gros, voilà ce que cela donne. Cet exemple concerne des salariés qui traitent les charpentes.

« Après étude des effets toxiques des composés chimiques dont ce mélange est constitué, je me permets de vous apporter les précisions et les conseils suivants.

Ce produit de traitement est toxique pour le système nerveux central. C'est aussi un irritant cutané et respiratoire d'autant plus puissant qu'il est utilisé en pulvérisation. La pénétration dans le corps humain peut se faire par voie cutanée et par voie pulmonaire (s'il est vaporisé). Des cas de paresthésies ont été décrits. Voici pour les effets toxiques génériques.

En terme de précaution d'emploi, il faut donc travailler avec gants et vêtements de protection étanches. Des lunettes de protection fermées sont recommandées s'il existe des risques d'éclaboussures. Une bonne ventilation (mais est-ce possible sous les charpentes ?) ainsi qu'une protection respiratoire

sont indispensables. Tous ces conseils sont à adapter en fonction des caractéristiques de l'activité réelle de travail. »

Ou encore, autre exemple : « Le composé chimique principal est un irritant cutané. C'est aussi un déprimeur du système nerveux central qui peut, à long terme, avoir des effets neurologiques centraux se manifestant par des troubles cognitifs et des troubles de la personnalité.

Il est classé en catégorie 2 dans la classification européenne, c'est à dire qu'il est considéré comme cancérigène possible pour l'homme (R45).

En terme de prévention, il faut donc éviter le contact avec la peau et avec les voies respiratoires. Pour cela, aspiration locale et protection respiratoire sont recommandées si le système ne fonctionne pas en enceinte fermée ou si le solvant est brumisé. Il faut éviter le contact avec la peau par le port de gants adéquats. Si des éclaboussures se produisent, des lunettes de protection pourraient être utiles.

Au total, il s'agit avant tout d'adapter ces conseils de protection à la réalité du contexte de l'activité.

Ces renseignements ont donc pour objectif de vous aider à gérer au mieux la nuisance des fluides de coupe. En plus, ils peuvent aussi vous aider à rédiger le "document unique" relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. »

Ce n'est pas glorieux mais peut-être que cela entraînera une certaine protection minimale : régler rapidement une machine lorsque les projections augmentent, en vidanger plus souvent une autre, se protéger les mains quand on le peut vraiment, comme soi-même à la maison quand on lessive ou quand on bricole avec des produits un peu trop agressifs.

En conclusion, on peut dire tout simplement que la fiche d'entreprise est un des meilleurs outil de prévention primaire et d'information qui laisse une grande liberté d'expression et qui ouvre à des idées créatives d'intervention sur le thème de la santé au travail.

Fabienne BARDOT

EXEMPLE :

Éthers de glycol. Le Monde du 1^{er} novembre 2003

Affaire Thierry Garofalo : (IBM Corbeille Essonnes) plainte contre X déposée en juillet 2002, tribunal d'Évry ouvre une information judiciaire. Le demandeur a obtenu une première victoire en septembre 2003 : une expertise médicale commandée par la juge d'instruction Isabelle Subra affirme que « M. Garofalo présente une atteinte de la fonction de reproduction qui est imputable de façon directe et certaine à une origine toxique (éthers de glycol) ». Pour la première fois, il est ainsi admis devant la justice la responsabilité de ces produits.

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

BILAN DE DIX ANS D'ALERTE

grâce à la mise en visibilité des problèmes de santé au travail au moyen du rapport collectif largement diffusé⁽¹⁾

Le rapport collectif d'activité, est sous-tendu par une question d'extrême importance, à savoir la mise en visibilité des graves problèmes de santé au travail en France. L'insuffisance de mise en visibilité de ces questions de santé au travail a un long historique qui se répète de manière catastrophique, prenant son origine dans le déni des risques. Celui-ci est pratiqué malheureusement bien au-delà des gestionnaires d'entreprise mais y compris chez les institutionnels. Refaire un peu d'histoire est très instructif pour comprendre la chape de plomb qui pèse sur tous les institutionnels mais particulièrement sur nous, médecins du travail, depuis un demi-siècle, pour nous interdire d'alerter. La lecture de la littérature sur la médecine du travail de l'époque est tristement instructive où on lit déjà qu'il n'est pas pensable de faire porter aux entreprises le coût de la silicose, avec pour conséquence une reconnaissance de cette maladie professionnelle en 1945 alors que cela se fera dans les années 1920 dans les autres pays d'Europe. Il y aura récurrence avec l'affaire de l'amiante : la France fera preuve d'une incroyable inertie par rapport aux autres pays d'Europe pour interdire ce cancérigène ; en 1977 on interdira le flochage mais autorisera « les salariés à respirer deux fibres par centimètre cube ». Le scandale n'éclatera pas grâce aux institutionnels mais grâce aux associations de victimes ! Actuellement, le problème est toujours crucial.

Alors pourquoi ?...

De nos analyses les plus récentes sur les mécanismes qui ont un impact mental suite aux changements dans le travail, à partir de ce que nous recueillons tous dans nos cabinets médicaux, nous avons été amenés à parler de travail « contaminé » tellement il est porteur de non sens, tellement la façon de l'exécuter et même l'objectif n'ont rien à voir avec la vision qu'en ont les salariés. Ce non sens aboutit à la fois à l'affaiblissement des individus et des collectifs. Nous pensons que ce diagnostic que nous portons sur beaucoup de nos entreprises concerne aussi l'ensemble du corps des médecins du travail et cela depuis cinquante ans. En effet, la profession a vécu et vit encore dans le morcellement, la souffrance de ne pas pouvoir construire une professionnalité en adéquation avec l'ob-

•••••

1- Extrait du *Rapport annuel 2003, Bilan de dix ans d'écoute clinique d'analyses et d'actions collectives, de mise en visibilité sociale et d'alerte*, Collectif des médecins du travail de Bourg en Bresse

jectif d'éviter l'altération de la santé du fait du travail. Porteurs de l'indignité de délivrer des millions de fiches d'aptitude dans une activité qui les détourne de l'objectif législatif et déontologique, les médecins du travail ont eu bien du mal à élaborer des règles collectives et sont encore bien souvent dans la division et parfois même la défiance les uns envers les autres. C'est pour nous un scandale de nous avoir mis dans une telle situation de fonctionnement à contresens. Il faut faire l'hypothèse sérieuse qu'il y a là une explication forte au paradoxe que la France, qui est la seule en Europe à disposer d'un système de santé au travail avec plus de 7 000 médecins, est cependant montrée du doigt dans les statistiques comme l'un des pays d'Europe où l'occultation des indices de santé au travail est la plus marquée. Rappelons aussi malheureusement, que les statistiques européennes nous désignent comme « lanterne rouge » des inégalités sociales de mortalité, en lien avec des facteurs professionnels et aussi de bien des atteintes à la santé dues au travail.

Tout cela pour expliquer que cette question de l'insuffisance de mise en visibilité est au cœur de la question préventive en santé au travail. Il y a pour nous une nécessité majeure d'y remédier car celle-ci empêche les changements nécessaires.

Compte tenu donc des réalités consternantes avec d'une part la montée en puissance des atteintes à la santé au travail, aboutissant à des ravages qui nous font remarquer en Europe, et d'autre part, la persistance d'une occultation de ces questions dans les médias et dans le débat démocratique de la société, alors oui, **ce rapport collectif est à notre sens un instrument majeur pour alerter sur la persistance de ce déni qui devient franchement insupportable. Il y a là, nous semble-t-il, un défi pour la collectivité des médecins du travail.**

Cette thématique du rapport collectif fait partie d'un ensemble de questions qui nous ont préoccupés et s'inscrivent dans une histoire plus globale sur le métier : avant de parler rapport, il faut parler collectif, et donc règles de métier.

Le collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse s'est donné depuis bientôt dix ans l'objectif de construire l'intelligibilité du monde du travail et de la santé au travail, d'analyser ses réalités et de les renvoyer dans l'espace public de la

société à partir de l'unique point de vue de l'intérêt de l'homme au travail, de sa santé et de son bien être. Cela a permis de faire émerger les vraies questions à partir de l'immensité de la partie cachée du monde du travail. L'union de ces neuf médecins s'est faite sur deux axes forts : d'une part ils étaient scandalisés par la montée en puissance des nouvelles atteintes à la santé liées au travail, perceptibles à partir du début des années quatre-vingt-dix, et d'autre part par le constat de l'impossibilité d'exercer un vrai métier de médecin du travail du fait d'un verrouillage institutionnel aussi pervers que redoutable. Les neuf médecins se sont spontanément unis en 1994 suite à une énième atteinte à l'indépendance professionnelle de l'un d'entre nous, ce qui a été l'élément déclenchant de l'union. Il est à préciser qu'une de ces affaires concernait l'exposition à l'amiante de certains salariés d'une entreprise pour laquelle le médecin du travail avait demandé des mesures d'assainissement de la pollution atmosphérique. L'employeur ayant vécu cette intervention comme un crime de « lèse entreprise », le médecin s'est vu enlever l'entreprise. En 1994, si nous avons décidé de nous réunir en collectif, c'était pour pouvoir défendre l'indépendance indispensable à l'exercice d'une activité de préventeur ; **mais il y avait aussi un besoin irréprensible de recherche de sens, qui fait tellement défaut dans une profession construite sur un socle de non sens.** A neuf, il nous était plus facile de rompre avec la doctrine diabolique en médecine du travail qui nous fait œuvrer à contresens par rapport à l'objectif légal affiché. En effet, celui-ci vise par la Loi d'octobre 1946, à prévenir les atteintes à la santé du fait du travail. Cela veut dire que normalement les médecins du travail devraient œuvrer en vue de l'adaptation du travail à l'homme. Or, les missions officielles assignent, *via* l'aptitude, au médecin du travail un rôle contraire d'adapter l'homme au travail. La gestion par l'aptitude, dévolue aux médecins du travail, s'inscrit dans une logique de sélection des salariés qui dédouane les postes et les conditions de travail. Outre cette inversion des rôles, il y a aussi d'autres obstacles cyniques qui pèsent sur la médecine du travail comme la gestion patronale des services qui est un élément fort pour contribuer à la loi du silence.

La rupture avec la doctrine et le constat paralysant de non-sens des services de médecine du travail a permis aux médecins du collectif de se remettre la tête à l'endroit, ce qui a rendu possible l'indispensable travail collectif sur notre propre travail. Nous nous sommes trouvés enfin en mesure de construire les vraies règles de métier à partir des seules valeurs déontologiques et de l'objectif de la loi de 1946. La mise en commun de nos expériences, de nos difficultés, de nos échecs et de nos constats se sont traduits naturellement par une analyse plus fine, plus pertinente des problèmes de santé au travail. À neuf, nous suivons environ 25 000 salariés, répartis dans 2 500 entreprises de 1 à 500 salariés en majorité des TPE et PME. L'ancienneté dans la profession est supérieure à vingt ans en moyenne, avec une ancienneté sur le même secteur géographique supérieure à dix ans, ce qui met en quelque sorte, le collectif dans la situation d'un observatoire de santé.

La mise en perspective d'une telle potentialité et la recherche incessante d'efficacité nous a amené très rapidement à l'im-

périeuse nécessité de notre contribution à remédier à ce qui fait cruellement défaut en santé au travail, c'est-à-dire la mise en visibilité de ce qui est à l'œuvre dans le monde du travail et les multiples atteintes à la santé. La concrétisation de cette démarche a abouti en particulier à l'élaboration **d'un rapport collectif d'activité en santé au travail que nous faisons annuellement et ce depuis bientôt dix ans.**

À partir de cette union sur des bases déontologiques claires, nous avons recherché au cœur de notre débat déontique régulier, les pistes d'efficacité en adéquation avec l'unique objectif de santé. L'histoire du collectif depuis dix ans, c'est l'histoire de cette quête d'efficacité. Nos différents rapports annuels en reflètent les étapes. Une fois d'accord sur la gravité des constats et la nécessité d'en témoigner, nos discussions ont fait émerger la nécessité de formations complémentaires pour nous permettre de faire des analyses plus fines des mécanismes délétères à l'œuvre dans les entreprises. Après être allés chercher des outils du côté de l'ergonomie et de la psychodynamique du travail, nous avons pu améliorer notre capacité à appréhender les situations individuelles et aider les salariés à comprendre ce qui, dans le travail, était délétère pour eux. Cette clinique du travail a été construite à partir de cas précis débattus collectivement. Nous y avons été aidés de manière intermittente par un enseignant chercheur Ph. Davezies. Parallèlement, les débats collectifs nous permettaient d'améliorer notre capacité à renvoyer dans l'espace de l'entreprise, les constats délétères et les conclusions préventives qu'il fallait en tirer. Plusieurs de nos rapports communs témoigneront **qu'il existe un vrai métier de clinicien et préventeur du travail possible mais témoigneront aussi des obstacles et des remises en question nécessaires en particulier au sein des services de santé au travail pour qu'il puisse s'y épanouir et donc être efficace.**

La mise en commun des constats délétères et des mauvaises conditions de travail a permis d'élaborer des priorités préventives en fonction des degrés de fréquence et de gravité des problèmes sur notre secteur. Nous avons élaboré des actions communes sur l'aéro-pollution, les horaires excessifs et atypiques des apprentis dans les métiers de bouche, les troubles musculo-squelettiques liés aux cadences dans l'agroalimentaire en particulier les abattoirs de volailles. D'autres rapports ont mis l'accent sur la montée en puissance des atteintes à la santé mentale, décrivant longuement les mécanismes étiologiques à l'œuvre *via* l'organisation de travail ou les relations au travail. Nous les avons utilisés pour sensibiliser les psychiatres de notre secteur sur les origines professionnelles de certaines pathologies psychiques, ce qui a déclenché une invitation de leur part pour venir en parler plus longuement et échanger sur ces questions.

Très rapidement il est devenu évident que les outils de prévention à mettre en face dépassaient le cadre médical et nous avons conclu à la nécessité d'une coopération plus structurée avec d'autres acteurs de prévention en santé au travail que l'on ne rencontrait jusqu'alors que de manière ponctuelle. Nos écrits ont servi de liens avec l'inspection du travail, les techniciens de la CRAM et de base de discussions pour établir des actions communes. Il nous paraît très nécessaire et presque évident que les actions préventives quelles qu'elles soient

(techniques, coercitives, informatives...) doivent découler des constats pour être efficaces. Le médecin du travail est particulièrement bien placé grâce à son écoute clinique de chaque salarié, grâce à sa possibilité de regrouper les informations reçues et les corrélérer avec les situations de travail pour donner le fil de l'orientation préventive. La pertinence est accrue quand les constats de neuf médecins se recourent; leurs propositions sont plus convaincantes quand elles sont travaillées et validées collectivement; l'efficacité du travail collectif est particulièrement utile dans les petites entreprises où il est grandement difficile d'avoir du poids isolément et où pourtant les besoins préventifs sont grands. Le bilan de la coopération avec les autres acteurs est qu'elle n'a jamais été autant nécessaire devant l'ampleur des problèmes mais qu'elle est encore bien en deçà et décevante du fait du rouleau compresseur de la grande dérégulation dans le monde du travail et du fait que les autres acteurs ont eux aussi « la tête à l'envers » au sein d'institutions où les objectifs ne sont pas clairs et dont les moyens sont très insuffisants.

Dans la quête d'efficacité, tout en continuant de travailler les questions du terrain et l'amélioration de notre professionnalité, il nous est apparu rapidement que l'évolution de ces questions, que l'amélioration de la santé au travail devaient aussi se travailler en externe. Les déterminants forts du changement rejoignant les questions de société, nous avons voulu apporter au débat démocratique, l'expérience et les conclusions de notre travail collectif. La diffusion de nos écrits a toujours été extrêmement large : partenaires sociaux, responsables politiques, instances institutionnelles, autres professionnels de santé ou de prévention au travail, enseignants, médecins généralistes..., et ce, du local jusqu'au national. Nous avons fait plusieurs écrits très descriptifs sur la gravité des constats qui ne vont que s'aggravant, mais **nous avons aussi affirmé que cela n'est pas inéluctable, que les possibilités préventives sont à « portée de mains », qu'il y a une possibilité d'un vrai métier de médecin du travail comme d'une coopération pluridisciplinaire efficiente.** Nous avons listé les obstacles qui doivent, de façon incontournable, être éliminés: la frénésie de la productivité sans limite devant être régulée, l'irrespect des limites de l'humain dans sa physiologie, sa psychologie et sa dignité devant être stoppé. Pour cela, **il faut des règles et les faire appliquer, ce qui est de moins en moins le cas dans le monde du travail. De ce que nous expérimentons, sans ce minimum là, il n'est même pas la peine d'aller plus loin dans les propositions.**

Nous avons fait des propositions pour que les services de santé au travail soient désaliénés de la gestion patronale en mettant en évidence concrètement toute l'énergie que nous gaspillons pour ramer à contre courant d'une institution qui tourne sur elle-même au lieu de s'axer sur la prévention. Nous avons malheureusement pu constater que la quasi-totalité des instances préventives pèchent par manque d'indépendance à l'égard de ceux qui génèrent les risques et nos textes ont conclu au nécessaire rééquilibrage de la démocratie sociale. Nous avons beaucoup débattu sur la question de l'aptitude et nous considérons que c'est une honte pour notre profession, bafouant les droits de l'homme et n'ayant rien de préventif. Nous l'avons dénoncé de manière répétitive dans nos textes.

Avec l'affaire Karyne D. (conclusion 2001), le collectif a fait dans son rapport commun sur cette affaire le parallèle avec le drame de l'amiante, toutes deux tristement didactiques de la loi du silence qui pèse sur les questions de santé au travail en France. En 2000, même après ce drame, les verrouillages persistent pour ne rien laisser émerger.

À l'occasion de cette sinistre histoire nous avons souhaité lancer un débat dans la profession sur la question du secret : une mobilisation s'est organisée autour de la benjamine du collectif, qui se retrouvait mise en accusation de trahison de secret parce que, dans une entreprise où les droits les plus essentiels de l'homme ne sont pas respectés, elle avait envoyé un courrier à l'employeur avec copie à l'inspection du travail car une fracture en accident du travail n'avait même pas donné lieu à une prise en charge thérapeutique. Des confrères nous ont soutenus dans une solidarité en réseau, nous apportant leurs arguments, en particulier législatifs, pour démasquer l'utilisation abusive en matière de santé au travail du secret médical réduisant ainsi le médecin au silence alors qu'il y a un véritable devoir d'alerte à exercer.

Nous voyons en cela que nos écrits nous servent aussi de liens en réseau avec les confrères de toute la France qui partagent les mêmes valeurs que nous. Suite à la diffusion de ce rapport nous avons reçu un témoignage de soutien et une proposition de rencontre avec les avocats spécialisés dans les questions de santé au travail et qui ont défendu de nombreux dossiers dans l'affaire de l'amiante. La discussion a été enrichissante ; même si nous ne sommes pas encore passés à l'action, nous gardons en tête certaines pistes juridiques.

Tous ces écrits ont été diffusés auprès de tous ceux qui sont en mesure de peser dans les décisions. Avant les grandes élections nationales et surtout, quand il a été question de la réforme des services de santé au travail, nous avons écrit à tous les députés. Également sensibilisés par nos écrits, les confrères du bureau de notre syndicat professionnel nous ont demandé de s'associer à eux à l'occasion de cette période de forte mobilisation. Ce que nous avons fait pendant trois ans. De ce côté-là, nous ne vous apprendrons rien en vous disant que l'échec a été cuisant et que le paradoxe bat son plein puisque, plus les besoins en santé au travail augmentent, plus on revoit à la baisse nos moyens d'action. Dire que nous n'avons pas accusé le coup serait un mensonge ; nous avons eu la tentation à plusieurs reprises de jeter l'éponge mais c'est aussi ça la vertu du collectif, car il y en a toujours un pour se relever, rappeler le fil du sens et puis, nous sommes trop scandalisés et écœurés par nos constats quotidiens pour ne pas repartir à la recherche d'une lueur d'espoir.

Dans le paysage européen, nous en avons aperçu une dans le mouvement social qui dénonce des mécanismes que nous retrouvons à l'œuvre massivement dans les atteintes à la santé au travail. Notre dernière conclusion était une lettre ouverte au mouvement social. Les acteurs sociaux institutionnels habituels étant tellement coincés eux-mêmes dans des enjeux contradictoires, les médias pratiquant un tel silence sur ces questions, compte tenu de tous ces niveaux de verrouillage, nous avons souhaité sensibiliser le débat citoyen. Une frange de ce mouvement social nous a entendu et nous arrivons du

forum social européen où nous avons pu animer un atelier intéressant sur la santé au travail en Europe. Le débat a été riche avec une triste convergence sur les ravages du système. Mais nous avons eu, là aussi, confirmation de la spécificité du tabou français sur ces questions et de la difficulté générale pour sortir de l'attitude essentiellement compassionnelle même chez les gens les plus sensibilisés. Nous en revenons avec la conviction que les professionnels de terrain ont encore beaucoup de travail pour aider le débat citoyen à s'approprier la spécificité et la globalité de ces questions; ils ont une importante place à jouer pour aider au basculement dans les propositions de transformations.

Avant d'en arriver au bilan, un mot sur le secret du collectif : certains nous demandent parfois la recette, nous n'en n'avons pas ; tout cela s'est fait dans la spontanéité de l'action. Néanmoins nous sommes convaincus que les humains ne peuvent pas s'unir sur du faux s'il veulent construire ensemble. Entre nous et dans nos témoignages, nous ne trichons pas. Nous avons commencé par notre propre critique puis celle de notre institution pour terminer par celle d'un système qui broie l'être humain au nom de l'unique profit. De tous temps, celui qui dit la vérité n'est pas toujours apprécié ; nous savons bien que nous n'avons pas que des amis. Nous nous accrochons, au nom de la valeur inégalable de l'être humain, au nom de l'unique objectif de santé, à ne pas déroger à la règle du refus du déni de la réalité qui nous paraît être l'un des mécanismes puissants pour entraver la prévention en santé au travail. Dans le collectif, pas de banalisation des constats; cela n'a rien à voir avec du pessimisme ; il n'y a pas moins résignés que nous !!!

Il faut pour conclure, faire le bilan de ces dix années de collectif et de rapports annuels conçus et signés collectivement.

La première affirmation qui nous vient, c'est que si c'était à refaire, nous le referions avec le même enthousiasme. Le travail vidé de son sens, en mode dégradé, qui ne correspond pas aux valeurs que l'on porte, est extrêmement nocif pour la construction de son identité et donc de sa santé. Nous avons connu le vécu très délétère de se sentir témoin impuissant de choses que l'on réprouve. Alors, déjà, dans le collectif et grâce au témoignage, nous avons reconstruit notre santé dans cette quête de sens sous-tendue et soutenue par le débat déontique qui permet de garder le cap. Renforcés par la reconnaissance donnée par les pairs, il a été bien plus facile de se mettre en

ordre de fonctionnement. Les idées et les pistes d'action émergent depuis dix ans; l'écriture collective en est l'axe fort. C'est l'antidote à notre portée et nécessaire pour contrebalancer le poison chronique de la délivrance quotidienne des sinistres fiches d'aptitude. Entraînés à l'écriture et aux réflexions collectives qu'elles nécessitent, nous avons aussi plus de facilité à écrire individuellement dans nos entreprises. Le regard des salariés a changé, surtout ceux des TPE qui n'ont pas toujours l'intelligibilité de notre action préventive car pour eux la médecine du travail se résume à une visite annuelle ; ils lisent nos rapports dans nos salles d'attente et partent parfois avec !! Les membres de notre commission de contrôle, comprennent mieux les enjeux. Tous sont moins méfiants et plus disposés au dialogue.

Versant extrêmement positif de notre bilan, le tissage régulier, grâce à la diffusion de nos écrits d'un réseau de professionnels et de citoyens convaincus qu'il n'est pas inéluctable de laisser sa santé au travail. Des représentants de salariés de diverses instances : mutuelles, syndicats, associations, d'autres professionnels, nous sollicitent pour intervenir dans des débats, nous apportent leur aide dans certaines actions. Partis de Bourg-en-Bresse, les écrits nous permettent de nouer des liens sur le territoire français et voilà que peut-être, on peut espérer qu'il y aura des ramifications de ce réseau en Europe.

Les débats éclairés par les professionnels sont, comme nous l'avons dit en introduction, hautement indispensables pour contrecarrer le silence médiatique et institutionnel. Il y a des avancées : les multiples sollicitations que nous recevons le prouvent. Mais l'ampleur du travail est encore grande pour que les citoyens aient conscience de l'urgence à réclamer une véritable politique de prévention. En ce qui nous concerne, nous voyons deux opportunités dans la conjoncture actuelle: le plan quinquennal de santé publique et le débat sur l'assurance maladie. Le projet de plan quinquennal, actuellement en débat à l'Assemblée Nationale, est extrêmement minimaliste en ce qui concerne la santé au travail. Le débat sur l'assurance maladie occulte, comme toujours, même dans les milieux avertis, l'incroyable coût caché de la santé au travail porté indûment par l'assurance maladie, révélé par exemple par le Rapport Déniel. Il y a un besoin impérieux d'intégrer la santé au travail au niveau nécessaire au sein de ces deux thèmes de débat démocratique.

COLLECTIF des médecins du travail de Bourg-en-Bresse

DÉLOCALISATION ET NÉGOCE

Rapport annuel commun dans les Mauges⁽¹⁾

« Industrie de la chaussure et de la confection, de la délocalisation au négoce, impact sur la santé »

Bien entendu, la conséquence de la délocalisation est la perte de très nombreux emplois, concernant principalement des femmes, mais aussi des hommes, ces salariés ayant bien souvent, dans le meilleur des cas, le seul certificat d'étude pour bagage.

Certains avaient suivi « en alternance » déjà, une formation piquère ou coupe à la Chambre de commerce.

Nous souhaitons relater ici l'état des lieux en 2003, alors que certaines entreprises tiennent par des rachats d'entreprises concurrentes et quand la plupart se métamorphose désormais en entreprises de négoce.

LES ATELIERS DE FABRICATION

Dans la plupart des ateliers, le travail au rendement a été supprimé. Parfois avec des ajustements de salaire proportionnels au rendement antérieur, après négociations.

Les grandes séries étant délocalisées, il ne reste de toutes façons, que les prototypes et les réapprovisionnements de clients en magasins de vente, c'est-à-dire de petites séries qui ne permettent plus, même si le travail au rendement est maintenu, de monter en cadence.

Chaque atelier peut comporter plusieurs chaînes de production autrefois mises en concurrence. Aujourd'hui le tableau d'affichage des résultats par chaîne ne jouerait plus son rôle de mise en concurrence, ne serait plus aussi souvent consulté.

Toutefois, les rachats d'entreprises peuvent entraîner la juxtaposition, dans un même atelier, de chaînes issues d'entreprises autrefois concurrentes. Chaque opératrice nomme encore aujourd'hui « sa » chaîne par le nom de l'entreprise d'origine, ce qui peut être source de rivalités. L'encadrement tente de gommer ces identités liées à l'histoire en renommant chaque chaîne par une lettre de l'alphabet, beaucoup plus anonyme.

Les groupes autonomes en confection eux aussi confrontés à leurs origines différentes, ont appris à découvrir la cause es-

•••••

1- Ce texte est la synthèse d'une réflexion conjointe des D^{rs} B. PINEAU, C. RAULT et J. MACHEFER

sentielle de la mise en concurrence des groupes : l'affichage du résultat COLLECTIF par GROUPE. Ce fut le piège constant contribuant à rechercher, dans le groupe, la personne défaillante jugée responsable des mauvais résultats du groupe et transformée en bouc émissaire.

Cette violence est d'autant plus injuste que les calculs de résultats et les objectifs tenaient compte du rendement individuel, permettant les réajustements.

Aujourd'hui, non seulement les groupes ne regardent plus les tableaux d'affichage, mais les piqueuses ont revendiqué et obtenu la fin de l'affichage des résultats collectifs. Elles se sentent beaucoup plus détendues.

L'ÉVOLUTION VERS LE NÉGOCE

Certains ateliers de fabrication se vident et laissent temporairement place à des magasins spacieux en attente de la réimplantation progressive : celle-ci a commencé par le stockage intermédiaire des produits de la délocalisation ; si ceux-ci ont constitué d'abord des éléments à reprendre secondairement en fabrication, comme les tiges à monter ici sur les semelles des futures chaussures, l'évolution se fait aujourd'hui vers le montage à l'étranger.

L'évolution est encore plus nette en confection où les vêtements peuvent passer directement de la délocalisation au client.

Ce serait donc la fin des magasins ?

En réalité, le négoce prend le pas sur la délocalisation ; les volumes acheminés de l'étranger doivent être stockés avant d'être répartis chez les clients.

Cette évolution demande à la fois une réorganisation permanente au plan de l'approche commerciale et de la logistique. Elle a des conséquences en terme de main d'œuvre : le travail de réception, mise en rayon s'effectue par « vagues », au gré des arrivages de containers remplis de cartons non palettisés qu'il faut aller chercher en grim pant sur l'empilement.

De même, les commandes peuvent se faire par flots irréguliers, mobilisant temporairement les salariés de fabrication

(piqûre, montage, finition), oscillant entre fabrication, réception, mise en rayons, préparation des commandes, sans compter les changements de boîtes à chaussures, ou le « bourrage » de chaussures avec du papier, dans le but de conserver leur forme et de les rendre présentables, commercialisables.

LES RETENTISSEMENTS SUR LA SANTÉ

➤ **O**n pourrait penser que la polyvalence est appréciée, valorisante. Malheureusement, certains perçoivent la mutation comme perte progressive du métier. Si la préparation des commandes intéresse, par contre, le « bourrage » des chaussures issues du négoce est parfois mal perçu. On découvre à cette occasion, de petits collectifs de défense chez les femmes, utilisant la dérision : « *C'est pas un métier de mettre du papier dans les chaussures – on en rigole !* »

Les métiers disparaissent au profit des petites mains. La mutation est soudaine, temporaire et peut être vécue comme « bouche trou ». Le manque de doigté ; le responsable de fabrication ne prenant pas le temps d'expliquer au salarié qu'il faut partir au magasin parce qu'on a besoin de lui, et le responsable magasin n'étant pas là pour accueillir l'arrivant, sont autant de facteurs péjoratifs.

Le fait de l'inscrire dans le rapport annuel d'entreprise et de le lire en Comité d'Entreprise est l'occasion d'un débat qui permet secondairement aux responsables de valoriser la polyvalence, cette fois bien perçue. Elle permet aussi de découvrir d'autres lieux quand on n'avait accès depuis des dizaines d'années qu'à un seul atelier.

➤ Malgré la suppression du rendement, les troubles musculo squelettiques persistent. Mais l'origine des T.M.S. est polyfactorielle. La peur du licenciement peut-elle être à l'origine, en partie, de ces maladies professionnelles ? Les métiers changent mais les gestes répétitifs persistent. Le facteur âge doit entrer bien évidemment en ligne de compte.

La flexibilité fait passer de périodes d'inactivité à des semaines de 42 heures, sollicitant l'organisme de façon irrégulière.

Quoi qu'il en soit, les salariées s'inquiètent en pensant aux licenciements à venir, des emplois qui s'offrent en perspectives. L'âge en plus, les femmes pensent ne plus jamais pouvoir monter en cadence, notamment dans l'agro-alimentaire.

➤ Il y a dix ans, les salariés vivaient la délocalisation avec un sentiment d'injustice et de rébellion, le plus souvent individuelle.

Mais actuellement les salariés attendent la prochaine vague de licenciement avec fatalisme car le chômage fait partie « du paysage », de la vie, avec intériorisation du risque comme normalité :

« *C'est comme ça* » étant l'expression d'une défense individuelle contre la souffrance.

Néanmoins, les dernières semaines avant le licenciement restent une période particulièrement épouvante.

Si les hommes retrouvent un panel assez large de métiers

possibles à la sortie, les femmes ont moins de choix et elles le savent. Si certaines sont actuellement conductrices de cars, ambulancières ou aides-soignantes, nombre d'entre-elles « collectionnent » les TMS dans l'agro-alimentaire quand elles ne se sont pas retrouvées d'emblée au chômage.

➤ Actuellement les entreprises de la chaussure et de la confection « défailtantes » conduisent les femmes à réagir de façon différente selon l'âge. Lors des consultations, elles l'expriment ainsi : avant 40 – 45 ans, elles attendent avec sérénité que « ça casse », car ce sera l'opportunité d'une formation. Certaines ont déjà quitté l'entreprise avec un FONGECIF. D'autres sont revenues car malgré la formation diplômante elles n'ont pas trouvé d'emploi !

La plupart se « protège » en évitant d'y penser :

- À partir de 40 – 45 ans, les enfants sont souvent des adolescents qui, à la différence de leurs parents sont en pleine scolarisation, *via* l'université, et là, pas question de casser l'avenir professionnel des enfants. Du même coup, l'emploi actuel, qui permet de payer les études est primordial. Les femmes s'accrochent à leur emploi et sont marquées par la peur du licenciement

- À partir de 52 – 53 ans, elles rêvent de partir, d'en finir, avec des garanties de ressources. Au détriment de leur niveau de retraite ultérieure, vraisemblablement. Mais cette discussion est impossible en consultation tant est espéré le départ.

- Quant aux sujets, hommes ou femmes, sans formation, n'ayant qu'un faible niveau de scolarisation, ils inquiètent beaucoup leurs médecins du travail quant à la possibilité de leur reclassement.

➤ Une attention particulière doit être portée aux changements d'orientation des entreprises : on ne passe pas si facilement de l'industrie de production au négoce.

- Les conditions de travail sont parfois difficiles quand l'entreprise investit des bâtiments vétustes sans chauffage, sans téléphone, sans extincteurs. On peut même s'interroger sur les mises aux normes électriques qui se font attendre. L'absence de femmes de ménage a renforcé l'aspect vétuste des sanitaires. Les travaux de restauration se font avec plusieurs années de retard.

- Les magasiniers ont parfois vu leur tâche s'effectuer dans des hangars immenses, seuls dans plusieurs cas, au risque de faire un malaise sans pouvoir le dire et se faire secourir.

- Les responsables expéditions ont un accroissement de charge cognitive, due aux sources multiples de produits finis, stockés dans des lieux parfois éloignés de plusieurs kilomètres (fabrication sur place, négoce à distance). Cette complexification est en partie due, dans certains cas, à l'absence de débat sur une nécessaire réorganisation.

- Un responsable expéditions s'est vu prescrire des ordres sans pouvoir les discuter et aménager au mieux son travail ; l'impasse où il s'est trouvé fut péjorative pour sa santé.

- Les cadres supérieurs, déjà fortement sollicités, ont pu avoir des difficultés à s'adapter aux restructurations, transformant brutalement l'entreprise de production plus ou moins délocalisée en entreprise de négoce. Certains sont en fait en surcharge cognitive ayant abouti à l'épuisement professionnel et à la démission dans un cas.

Certains peuvent souffrir du changement de culture d'entreprise, passant du paternalisme antérieur aux licenciements massifs dus aux « choix » des actionnaires. Mais pouvaient-ils faire autrement ?

- Dans d'autres cas, la direction toujours en voyage de prospection, s'éloigne de son encadrement qui se sent abandonné. Certains cadres se retrouvent, du coup, en sous charge de travail tout aussi péjorative pour la santé.

➤ Dans ce « climat », le médecin du travail s'interroge et ne s'investit plus sur le long terme. Dans les entreprises en voie de fermeture, l'accompagnement des sujets est sa seule motivation. Dans celles qui changent de métier, on a pu montrer qu'on ne s'improvise pas dans le négoce sans conséquences cliniques. Certaines conséquences sur la santé ont pu être constatées :

- souffrance psychique voire état dépressif,
- épuisement professionnel,
- HTA, voire pathologie coronarienne.

On peut aussi s'interroger, mais seule une enquête épidémiologique pourrait répondre à notre question, sur une fréquence accrue de morts subites.

La clinique que l'on vient d'évoquer nous rappelle la situation des salariés chômeurs. L'épidémiologie nous apprend que la situation de chômeur est un facteur défavorable à la santé. On peut formuler l'hypothèse que la « désindustrialisation » de la France et de l'Europe, annoncée, dénoncée par notre président de la république, le 20 février dernier, soit un facteur défavorable à la santé publique. L'étude épidémiologique à mettre en place tenterait de vérifier l'hypothèse selon laquelle les entreprises qui délocalisent ou se transforment en entreprises de négoce, auraient un taux de morbidité et de mortalité supérieur au taux des autres entreprises – ou, pour le dire autrement –, les salariés, dans ces antichambres de chômage, n'auraient-ils pas des risques de morbidité et de mortalité supérieurs à la normale, tendant ainsi à se rapprocher de la situation de chômeur en terme de santé publique.

...à suivre

IMAGE SANTÉ ET TRAVAIL n°47

SANTÉ ET 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 : Analyser et comprendre les accidents du travail (40), Les laissés-pour-compte du travail (41), Risques industriels (42), Bâtiment, la santé démolie (43), Quand le travail perd la tête (44), Le cœur à l'ouvrage (45), Pénibilités et retraite, repères pour négocier (46)

À paraître : n°47 Arrêts de maladie, les absents n'ont pas toujours tort...

Pour vous abonner, renvoyer ce coupon à :

MAPAYA / Réf. SANTÉ ET TRAVAIL

24 rue des Vergers – 92320 Châtillon Tél. : 01 41 33 98 96

(45 euros pour quatre numéros)

chèque à l'ordre de Mutualité française.

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) - (*épuisé*) -
- N°4 Éthique en médecine du travail (mars 91) - (*épuisé*) -
- N°5 Précarité et sous-traitance en médecine du travail (mai 92) - (*épuisé*) -
- N°6 Médecine du travail et santé publique (mai 93) - (*épuisé*) -
- N°7 **Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail (mai 94)**
Éditions Syros - (*épuisé*) -
- N°8 Parler des règles de métier : nos pratiques en médecine du travail (mai 95) - (*épuisé*) -
- 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)
- N°19 La Clinique au coeur de nos pratiques. Construire du sens (juin 2004)

Ce Cahier n°19 m'a intéressé(e) :

Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 10 euros pour ce Cahier
et pour la réservation du Cahier n°20 (à paraître courant 2005)

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

ÉLÉMENTS POUR UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION DES CANCERS PROFESSIONNELS

La France est le pays européen où les inégalités sociales de santé sont les plus importantes avant 65 ans. Au-delà, pour les âges plus élevés, les statistiques montrent l'efficacité du système de soins. C'est bien mettre en évidence, de façon dramatique, l'absence de véritable politique prévention primaire, particulièrement pour les risques professionnels. Ainsi, on sait que les cancers reflètent particulièrement cette inégalité sociale de santé, particulièrement marquée pour la population ouvrière. Ceci est particulièrement bien illustré pour le cancer du poumon, où la moitié du différentiel de risques entre la population ouvrière et les cadres, s'explique par les expositions professionnelles. Dans un récent rapport, l'Institut de Veille Sanitaire dans son département Santé au Travail dirigé par Ellen Imbernon, estime que la part annuelle en France, des cancers d'origine professionnelle, est de 20 000 cas.

Trois phases peuvent être repérées pour la transformation des conditions de travail en matière de prise en compte des cancers d'origine professionnelle. Elles doivent pouvoir s'appuyer sur la réglementation existante, en repérer les insuffisances pour dégager de nouveaux acquis et ainsi amplifier l'action.

LA PRÉVENTION PRIMAIRE

L'obligation pour les employeurs d'évaluer les risques, traduite par le Document Unique D'Évaluation est une avancée. En traçant les expositions, et par la négative en témoignant de ce qui n'a pas été tracé par incompétence, insuffisance ou de façon délictueuse, le document unique permet prise pour l'engagement de l'obligation de sécurité de l'employeur.

Mais la réglementation actuelle présente de lourdes insuffisances qu'il faut signaler :

- La réglementation des cancérogènes concerne les substances chimiquement définies. En sont pratiquement exclus les procédés cancérogènes (seuls quelques-uns sont reconnus par la réglementation européenne).

Aucune activité professionnelle à risque d'excès de cancers d'origine professionnelle n'est reconnue par la réglementation européenne. Ainsi le travail dans la sidérurgie, le métier de coiffeur ou l'exposition aux gaz d'échappement. Pourtant ces activités ont été dénombrées depuis de nombreuses années par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC, dépendant de l'OMS). Dans ces activités, indiscutablement, les conditions de travail ont

entraîné le décès de très nombreux travailleurs, par cancers professionnels.

Des expositions usuelles ne sont pas encore réglementées. Ainsi, aujourd'hui, l'exposition aux poussières de silice (à risque du cancer du poumon), fréquemment rencontrée dans le génie civil ou les travaux publics, n'est pas réglementée pour le risque cancérigène. De même, l'exposition aux fumées de soudure à l'origine de cancers pulmonaires, aux poussières de ciment (présence de cobalt) et à de nombreux dérivés pétroliers en vrac.

- Les obligations des employeurs de substitution ne s'appliquent qu'aux substances à risque cancérigène dont le risque est explicitement identifié par l'étiquetage. La traduction usuelle finale est que cette obligation de substitution vaut pour les CMR de catégories 1 et 2.

Pour les Cancérogènes de catégorie 3 et les reprotoxiques, la substitution est à la diligence de l'employeur au même titre que les autres produits dangereux s'il acte d'un risque pour la santé dans le DUE (décret risque chimique du 28 décembre 2003).

Précisons que nous sommes toujours dans les obligation de prévention des employeurs **par rapport à des risques existant bien. Parler ici de principe de précaution, qui concerne un risque qu'on peut soupçonner, revient à amenuiser l'importance objective de risques déjà reconnus qui relèvent donc du principe de prévention : les cancérogènes de catégorie 3 et le reprotoxiques sont des substances dont le potentiel cancérigène ou reprotoxique a déjà été démontré dans des modèles biologiques.** Attendre de prouver leur effet chez l'homme s'inscrit trivialement dans une expérimentation humaine à grande échelle en milieu industriel !

Deux contradictions de la réglementation méritent d'être soulignées :

- Les reprotoxiques de catégorie 3 sont aujourd'hui clairement identifiés dans le libellé de leur étiquetage du point de vue de leur risque pour le fœtus ou pour la reproduction. Même si ce n'était pas l'intention du législateur qui ne s'en est pas rendu compte, ils relèvent donc des obligations communément appliquées aux cancérogènes de catégories 1 et 2. Les reprotoxiques de catégorie 3 relevent des phrases R62 (risque possible d'altération de

la fertilité) et R63 (risque possible pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant).

➤ Les cancérogènes de catégorie 3 relèvent depuis la 28^e adaptation au progrès technique de la directive 67/548/CEE, du nouveau libellé de la phrase R40 « *Effet cancérogène suspecté. Preuves insuffisantes* ». En droit donc, les cancérogènes de catégorie 3 devraient bénéficier des obligations de substitution des cancérogènes de catégories 1 et 2 puisque le risque cancérogène est explicitement énoncé dans l'étiquetage (est explicitement considérée comme CMR toute substance ... pour laquelle l'étiquetage ... comporte une mention indiquant explicitement son caractère cancérogène [R231-56]) :

Sur ces deux éléments d'avancée réglementaire *de facto*, la volonté politique du gouvernement en matière de prévention du risque cancérogène pourra être testée s'il tente de modifier les textes en catimini en un sens régressif.

- Des Valeurs Limites d'exposition « opposables »
 - La plupart des Valeurs limites d'Exposition Professionnelle (VLEP) applicables en France sont indicatives, non contraignantes juridiquement pour les employeurs.
 - De plus, et par définition même du risque cancérogène, elles ne garantissent pas d'une absence de risque cancérogène qui, selon les connaissances scientifiques, est un risque sans seuil d'absence de risque.
 - Seuls dans des rares cas existent des valeurs limites « opposables » et donc « infractionnelles » au sens pénal. Il en est ainsi du benzène, de l'amiante, des rayonnements ionisants ou du monochlorure de vinyl. Il ne peut y avoir de réelle promotion de la prévention des cancers professionnels sans valeurs limites opposables.
 - Les VLEP usuelles appliquées à des substances cancérogènes n'ont généralement pas pris en compte le risque cancérogène dans leur projet de prévention. C'est habituellement le risque de toxicité organique à moyen terme qui est prévenu.

Pour la grande majorité des cancérogènes, nous ne disposons pas des connaissances sur l'importance du « facteur de risque cancérogène », c'est-à-dire sur le nombre de cancers professionnels possiblement générés pour une exposition donnée pour un groupe de personnes exposées. Sans cette information, le poids préventif d'une valeur limite ne peut pas être appréhendé. Ainsi, la nouvelle norme de l'amiante génère un excès possible de cancers au cours de la vie de l'ordre de 3/1 000, celle des rayonnements ionisants de 3/100 (mortalité par cancers d'origine professionnelle).

Ces données sont urgentes à acquérir pour disposer de valeur limite réduisant réellement les niveaux de risque. La classification des CMR en catégories 1,2,3 n'est pas une classification d'importance du risque, mais de degré de preuve du risque pour l'homme.

- Cette démarche de connaissance des facteurs de risque est la même qui permet d'apprécier le « risque attribuable » aux cancérogènes professionnels. Ainsi,

près de 3 000 cancers annuels sont liés à l'exposition à l'amiante. Ainsi, les excès annuels de cancers de la vessie d'origine professionnelle sont de l'ordre de 300 cas. En aucune façon, ce risque qu'on peut collectivement chiffrer ne peut être utilisé comme un « pourcentage applicable pour la réparation de maladie professionnelle ». **Un travailleur n'est pas victime en probabilité. Il est ou non atteint physiquement ; et alors il doit bénéficier d'une réparation intégrale de son préjudice.**

Pour l'ensemble de ces éléments, les expositions actuelles et passées ne pourront pas être identifiées sans prise en compte des connaissances sur leur travail réel par les travailleurs concernés, sans construction d'un point de vue autonome « d'évaluation des risques » par les CHSCT.

LA VEILLE MÉDICALE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Pour intervenir dans l'intérêt exclusif de la santé des travailleurs, la médecine du travail doit sortir d'une majorité de gestion patronale et s'appuyer principalement sur une pratique de prévention clinique individuelle et collective exempte de « sélection de la main-d'œuvre » par l'aptitude. Seules les interventions de sauvegarde ou de protection des salariés dans leur intérêt et avec leur accord sont légitimes.

Aujourd'hui, ces conditions ne sont pas remplies, et l'intervention du médecin du travail à travers la délivrance de « non contre-indication à l'exposition à des cancérogènes », scientifiquement stupide, déontologiquement et socialement inacceptable, pervertit son exercice.

Et pourtant, le développement d'une politique de santé au travail en santé publique, doit pouvoir s'appuyer sur une médecine de première ligne entièrement dédiée à la prévention en santé au travail pour informer, prévenir et veiller.

La participation de tout médecin du travail à au moins un dispositif de veille professionnelle devrait être une obligation réglementaire. À côté des risques psycho-sociaux, des atteintes articulaires ou cardio-vasculaires, les dispositifs de veille pour les cancérogènes et les reprotoxiques devraient être une priorité.

Il faut aussi insister sur le fait que pour de nombreux cancérogènes, l'appréhension des risques par le suivi des valeurs limites d'exposition professionnelle réglementairement obligatoire n'est pas d'un grand secours car de nombreux produits ont une faible volatilité. C'est alors surtout à travers la peau que le cancérogène pénètre. L'exposition des salariés doit alors pour être évaluée, être appréhendées par des mesures biologiques dans le sang ou les urines. Des Valeurs Limites Biologiques individuelles (VLB : limite de concentration dans un milieu biologique approprié) de référence réglementaire sont alors indispensables. Elles ont maintenant un statut réglementaire. Mais, à part le plomb, il n'en existe pratiquement pas en France. Il faut savoir que de nombreuses VLB ont été définies au niveau international. Un certain nombre

de cancérogènes sont concernés comme par exemple certaines amines aromatiques cancérogènes (MDA). Sans cadre réglementaire, ces examens onéreux sont mal financés et les expositions aux cancérogènes de très nombreux travailleurs très gravement sous-estimées (résines, dérivés pétroliers, fumées métalliques, etc.).

Les cancers professionnels doivent être déclarés en maladie professionnelle s'ils figurent dans des Tableaux, sinon ils doivent être déclarés en maladie à caractère professionnel. Mais cette dernière obligation médicale n'ouvre à aucun droit pour un travailleur.

Aussi aujourd'hui, tout cancer qu'on soupçonne d'être d'origine professionnelle peut être reconnu par la CRRMP (Commission Régionale de Reconnaissance des Maladies Professionnelles). Le lien avec l'exposition professionnelle devra être « direct et essentiel ». Les connaissances scientifiques actuelles permettent aux experts d'acquiescer cette connaissance aujourd'hui. L'IPP (Invalidité partielle permanente) devra être supérieure à 25 %. En matière de cancer, c'est très souvent le cas. Cette déclaration doit se faire pour la CRRMP sur les mêmes documents que les déclarations de maladies professionnelles comprises dans les Tableaux. Il est dommageable pour les travailleurs que cette possibilité de déclaration de maladie professionnelle auprès du CRRMP comme « déclaration hors Tableau », ne soit pas explicitement indiquée sur le document usuel de déclaration de maladie professionnelle. Mais il faut aussi dénoncer le fait que la possibilité de reconnaissance des cancers professionnels par les tableaux actuels de maladie professionnelle est notoirement insuffisante au vu des connaissances acquises.

SUIVI POST-PROFESSIONNEL ET INDEMNISATION INTÉGRALE DU PRÉJUDICE

Le suivi médical dans le décours des expositions aux cancérogènes permet éventuellement de dépister précocement certains cancers (mais de nombreux progrès médicaux devraient être faits pour une véritable avancée), ouvre des droits potentiels, et aussi, et ceci est essentiel, met en visibilité sociale un risque cancérogène ignoré ou méconnu. Ainsi, il y a un retour indiscutable vers la prévention primaire, tout en répondant à un devoir de justice sociale sans enfermer dans une problématique de victimisation individuelle mais au contraire en permettant aux solidarités collectives de se manifester.

Mais il faut signaler plusieurs insuffisances réglementaires graves :

- le financement du suivi post-expositionnel, pour les travailleurs antérieurement exposés dans une entreprise et travaillant aujourd'hui ailleurs, n'est actuellement pas assuré ;
- les expositions cancérogènes ouvrant explicitement droit à ce suivi sont considérablement trop restreintes ;
- les examens médicaux financés pour le suivi post-professionnel sont trop limités. Ainsi, le scanner pulmonaire pour le suivi amiante ne dispose d'aucun finance-

ment.

Le dispositif « d'attestations d'exposition » aux cancérogènes souffre de nombreuses défaillances :

- ces attestations sont dues par les employeurs, quand des salariés quittent leur entreprise, pour les cancérogènes de catégorie 1 et 2. Pour les cancérogènes de catégorie 3 et les reprotoxiques (comme les autres produits dangereux), si l'employeur a acté de l'importance du risque dans le DUE ce qui ouvre obligatoirement à un suivi médical annuel par le médecin du travail, l'attestation d'exposition doit être élaborée.
- La problématique de signature « conjointe » de cette attestation avec le médecin du travail limite leur délivrance. Rien n'oblige le médecin du travail à attendre ou se conformer à l'attestation de l'employeur. Employeurs et médecins devraient réglementairement attester « de leur côté », selon leur responsabilité légale.
- Rien n'est prévu par la réglementation pour témoigner des expositions passées. Ainsi, les travailleurs les plus lourdement exposés, face à des entreprises n'existant plus juridiquement, se trouvent gravement démunis. Mais **tout médecin du travail (article 50 du Code de déontologie) peut attester de façon « experte » des éléments scientifiques ou concrets venus à sa connaissance qui peuvent constituer une présomption particulièrement forte d'exposition de travailleurs pour des postes ou des personnes qu'il n'a pas directement connus. Ces éléments devront être pris en compte par l'instruction de la CPAM.**

Enfin les médecins praticiens, généralistes ou spécialistes, ne connaissent pas et appréhendent fort mal la problématique médico-sociale ouverte par la dynamique du suivi post-professionnel.

Un des enjeux du suivi post-professionnel est la visibilité sociale du risque et la prise en charge financière pour la caisse AT-MP des cancers professionnels, problématique très puissante de réduction des cancers.

S'IL Y A DES CANCERS QUE L'ON PEUT FAIRE RÉELLEMENT RÉGRESSER, CE SONT DES CANCERS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE !

Les travailleurs sont malheureusement en position « sentinelle » du point de vue des expositions environnementales. **Prévenir la dispersion du risque cancérogène dans l'environnement, c'est d'abord repérer les risques à leur source et appliquer le principe pollueur-payeur dans l'entreprise au niveau de l'ensemble des risques.**

En entreprise, même si le risque attribuable au tabac est très important, ce risque ne peut être traité de la même façon qu'un risque collectif qui « s'impose au salarié » par le lien salarial, comme le risque de cancer professionnel.

Le risque du tabac ne peut y être abordé sans poser en première intention le seul risque qui y est intrinsèquement socialisé, le risque de cancer professionnel. Alors la question de la dépendance, de la variation de la consomma-

tion tabagique selon les contraintes professionnelles pourra transformer une « addiction individuelle » en question collective et moins culpabilisante. Oui il y a une différenciation sociale de l'usage du tabac selon les contraintes et les marges de manœuvre professionnelles. Réduire les contraintes ouvre à la réduction du tabagisme des « athlètes dopés du travail ».

Si les travailleurs prestataires et intérimaires fument plus que les travailleurs du noyau stable d'une entreprise, la différence n'est pas d'origine génétique ! Face aux cancers, les probabilités de sur-risques individuels d'origine génétique n'offrent aucune prise à la prévention primaire. Cette dernière démarche ne peut s'inscrire que dans la discrimination sans fin entre individus, discrimination asservie à l'intérêt économique.

La visibilité collective des probabilités de risques individuels générés par des expositions professionnelles à des cancérogènes ouvre à la prévention :

- par l'éradication du risque quand celui-ci est repéré. C'est le principe de prévention qui doit être appliqué en milieu de travail pour l'ensemble des risques. L'obliga-

tion de l'employeur d'évaluation des risques en est un moteur puissant ; l'intervention du CHSCT dans ce cadre une nécessité pour le mettre en œuvre.

➤ par la mise en visibilité des expositions passées au travers des risques de cancer émergents pour les travailleurs qui les ont subis. Est alors possible une démarche qui articule justice sociale, collectivisation d'un passif de risques, et désir de prévenir aujourd'hui ce qui hier était subi. Dans ce cadre, la problématique de la réparation intégrale est un véritable moteur pour l'action de prévention. En matière de préjudice individuel, la problématique de la réparation à hauteur d'un risque collectivement attribuable est une injustice. Au-delà, seule l'éradication du risque à la source est une alternative.

Dominique HUEZ

BIBLIOGRAPHIE :

HUEZ Dominique, *Maladies au travail et maladies professionnelles* p. 243-249, in *Dictionnaire des Risques* sous la Direction de Yves DUPONT, Ed. Armand Collin, Paris, octobre 2003, 421 pages

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 4 et 5 décembre 2004, avec pour thèmes :

- ⚡ **Donner acte et rendre visible**
- ⚡ **Stratégies professionnelles et Retour du réel**

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 53 et 83

LES MALADIES PROFESSIONNELLES

La déclaration de l'accident de travail à l'initiative du salarié

Quelle pratique pour le médecin du travail ?

Les faits sont là, il y a une sous déclaration massive des maladies professionnelles. Il faut bien dire que le parcours du combattant que doit effectuer un salarié a de quoi le décourager, voire le déstabiliser tant les obstacles que représentent les délais, les imprimés, les questionnaires sont nombreux. Depuis quelques années, je suis arrivée à stabiliser une pratique que je souhaite partager.

Quand je constate une pathologie pouvant répondre aux critères d'un tableau, je remets systématiquement au salarié concerné :

- L'imprimé de déclaration à remettre au salarié (que la CPAM met depuis peu à notre disposition).
- Un certificat médical sur papier libre en trois exemplaires.
- Le plus souvent mais pas systématiquement, en fait en fonction du médecin et du souhait du salarié, un courrier pour le médecin traitant.
- Une lettre type avec mon en-tête et mes coordonnées, dont voici le modèle :

« En application du Code de la Sécurité Sociale, du Code de déontologie médicale et comme convenu lors de votre récente visite médicale, je vous adresse un certificat de constatation de maladie reconnue par les tableaux de maladie professionnelle.

Ce certificat est à adresser, si besoin, en particulier si vous devez cesser le travail pour cette raison, à votre Caisse primaire d'Assurance Maladie, à service AT/MP (Accident du travail/Maladie professionnelle) avec votre propre déclaration à effectuer en utilisant l'imprimé ci-joint.

Ecrire de préférence en LR /AR (lettre recommandée, accusé de réception). Dans votre cas, écrire à .XXXX.

La CPAM vous retournera un questionnaire à remplir, consistant à décrire les tâches effectuées et les outils utilisés. En suite, un enquêteur de la CPAM vient dans l'entreprise vérifier si le travail effectué correspond bien au tableau (ou adresse un questionnaire à l'entreprise) et le médecin-conseil convoque éventuellement l'assuré(e) pour vérifier si la maladie est bien celle reconnue par les tableaux.

Je reste bien sûr à votre disposition pour tout renseignement, y compris pour remplir le questionnaire qui décourage souvent les salariés.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, Madame, l'expression de mes sincères salutations.

Signature

Garder un exemplaire de ce certificat et en remettre un à votre médecin traitant éventuellement.

Ce certificat vous est remis pour faire valoir vos droits, comme le prévoit la réglementation. Votre employeur n'est pas informé de la remise de ce document. C'est vous et vous seul qui décidez de faire cette déclaration auprès de la CPAM. Il convient alors d'en informer simultanément votre employeur. La prise en charge en maladie professionnelle vous fait bénéficier du régime AT (accident de travail). »

J'explique au salarié, que la réparation est alors imputée à la branche AT/MP excédentaire et non à la branche maladie de la Sécurité Sociale. Je l'informe également des autres cas constatés dans l'entreprise, sans nommer les salariés concernés, et des difficultés éventuelles qu'ont rencontrées les salariés lors de la déclaration.

Pour expliquer les délais, les enquêtes j'illustre avec l'exemple de l'accident de travail dont la déclaration, pour l'organisme assureur qu'est la CPAM ressemble au constat amiable des accidents de circulation : la déclaration commune des protagonistes évite l'enquête, il n'y a que l'expertise à faire éventuellement.

Le plus souvent le salarié, s'il décide de faire une déclaration, reprend contact avec moi pour remplir le questionnaire. Nous convenons alors d'un rendez-vous en prévoyant de disposer au moins d'une heure. Je lui demande d'avoir préparé la liste des entreprises avec les dates d'exposition. Je demande au salarié de me « raconter » comment on fait ou comment on faisait. Je tape en même temps que le salarié raconte, en l'interrompant chaque fois qu'il m'apparaît qu'il saute des étapes ou quand je n'arrive pas à « le voir travailler » dans ce qu'il dit.

QUELQUES EXEMPLES

TABLEAU N°30BIS

Monsieur Marc M..., 50 ans

Conditions d'exposition à l'amiante pendant ma vie professionnelle :

➤ **Ets A : Nom de l'établissement, adresse ; mars 1971 à avril 1973 : ajusteur, tourneur**

Poste de travail : Je travaillais sur trois machines similaires. Il s'agissait de machines hydrauliques qui fraisaient des barres d'acier pour faire des forêts à métaux (mèches). Pour régler les machines, on démontait l'outil et on changeait les pinces pour les adapter au diamètre de la mèche qui passait sous la meule commandée par une vis sans fin. On avait alors les mains dans l'huile et on travaillait dans un brouillard d'huile.

Je remplaçais, en cas d'absence la personne qui travaillait « à la trempe ». Le travail consistait à mettre les forêts dans des paniers métalliques. Ensuite on prenait ces paniers avec un grappin pour les mettre dans un pré-four à 300°. On les laissait 6 à 7 minutes et on les ressortait pour recommencer l'opération.

Les vendredis après-midi, je travaillais avec le service entretien-maintenance, de 16 h à 18 h pour vider les fours de trempe. « Le liquide de trempe » était à une température de 600 à 700°. On s'équipait d'une cagoule, d'un tablier et de gants en amiante et avec une louche on vidait dans un récipient le liquide de trempe.

➤ **Ets C, adresse, Ets D, adresse, Ets E, adresse, Ets F, adresse : de novembre 73 à juin 1990 : activité d'ouvrier plombier dans des entreprises artisanales**

Pendant cette période, j'ai utilisé :

- Des tresses d'amiante pour refaire les joints des portes de chaudières. On les coupait au couteau (deux à trois fois par an)
- Des plaques d'amiante pour protéger les murs lors du soudage de tuyaux. Pour faire une installation de chauffage en cuivre, on fait environ 15 soudures quotidiennes. Les plaques d'amiante étaient achetées en plaque de 2x1 m. On découpait ensuite au couteau des carrés d'environ 30x40 cm, utilisés jusqu'à effritement. Ces carrés étaient toujours dans nos véhicules et dans notre caisse à outils.
- Quand on démontait des chauffe-eau à gaz, le cœur de chauffe était isolé par des plaques d'amiante qui s'effritaient au contact.
- Quand on démontait des vieilles installations de chauffage, les calorifugeages étaient en amiante grossièrement tressée qui s'effiloçait et tombait en poussières.
- Pour nettoyer les chantiers, on balayait les déchets et donc la poussière d'amiante.

En plomberie, il ne passait pas une journée sans que je ne sois en contact avec les plaques d'amiante utilisées pour la soudure.

➤ **Ets S, adresse, de septembre 1990 à octobre 1999 comme magasinier :**

- On recevait les plaques amiantées de 2x1 m de différentes épaisseurs (de 2 mm à 8 mm), que l'on stockait dans le magasin de vente. On en recevait 30 à 40 plaques par mois. On les portait à la main du quai aux rayons de stockage. Ces plaques étaient vendues aux artisans plombiers.
- On recevait des joints d'amiante et des tresses d'amiante en gros pelotons que l'on coupait au couteau à la vente. Il y avait différents diamètres. J'ai travaillé deux ans à la vente.
- Après l'interdiction de l'amiante, on a conservé les restes qui ont été écoulés progressivement auprès des artisans toujours demandeurs.

TABLEAU N°57, ÉPAULE DOULOUREUSE

Mme Christiane B...,

Description de mon activité professionnelle :

Je travaille sur une machine à bobiner du film d'emballage. On part d'une bobine-mère qui fait 5 à 6 000 m et on la déroule en bobineaux de 120 m, 50 m, 40 m ou 10 m. Il s'agit de bobineaux de 80 cm de large, plus rarement 1 m de large destinés aux fleuristes.

Pour mettre en place la bobine-mère, je dois me hisser sur un *Fenwick* dont le siège est haut. Je me soulève à la force des bras en m'agrippant au bâti du *Fenwick*. Avec les fourches du *Fenwick*, je soulève la bobine vide qui est autour de son mandrin. Je descends du *Fenwick* et je retire ce gros mandrin qui pèse 22 kg environ. J'enfile alors ce mandrin dans la bobine pleine qui est sur les fourches du *Fenwick*. Je remonte dans le *Fenwick* et je dépose l'ensemble mandrin et bobine-mère dans la gorge de rotation de la bobineuse. Je bloque avec un frein. On change de bobine-mère de sept à douze fois par jour.

Sur une journée de travail de 8 heures :

- je fais 300 bobineaux en 120 m (0,60 m ou 0,80 m de large) ; chaque bobineau pèse environ 3 kg ;
- ou 500 bobineaux en 40 m (0,80 m de large) ;
- ou 800 bobineaux en 10 mètres, soit 100 bobineaux à l'heure (1 m de large).

Pour faire un bobineau, quelque soit sa taille les gestes sont les mêmes. Je travaille debout devant une machine qui s'appelle une bobineuse. Je prends un paquet de tubes vides en carton avec les deux bras, sur une palette à gauche de ma machine et je les mets dans un fût en carton toujours à ma gauche. Je prends un tube de carton et je l'enfile sur un mandrin horizontal fixé par un seul côté sur la machine. Je tire le papier de la bobine mère et j'amorce l'enroulage en tenant le papier avec la main gauche. Le bras gauche est levé à hauteur de ma poitrine, coude fléchi en rotation interne à 60°. Avec le bras droit, tendu vers l'arrière, à hauteur de la poitrine, je tourne un bouton à droite pour démarrer le mandrin que je viens de garnir avec le tube de carton puis j'arrête le bouton du second mandrin dont le bobineau est terminé. Je vais retirer ce bobineau pendant que l'autre tourne. Pour libérer le

bobineau qui vient de se terminer, je prends un cutter avec la main droite et je coupe le papier de gauche à droite. Puis je retire le bobineau terminé, je fais un demi-tour. Je pose ce bobineau sur une table. Je l'emballe avec un film transparent en le roulant, je le ferme à chaque extrémité en enfilant le film transparent de chaque côté dans les trous du tube de carton. Je mets un code barre sur le bobineau. Je reprends le bobineau emballé et je le mets dans un carton d'emballage à droite.

- En 120 m, 4 bobineaux par carton.
- En 40 m, 7 bobineaux par carton.
- En 10m, 16 bobineaux par carton.

Pour faire un carton d'emballage : Je prépare moi-même mes cartons d'emballage : je vais chercher sur une palette un paquet de douze cartons plats pré formés, souvent en hauteur. Je les tire et je les fais tomber sur le sol. Je les traîne vers ma machine car ils sont difficiles à porter. Je les relève et je les mets contre la machine. J'enlève la ficelle qui les maintient en la coupant avec un cutter. J'attire un carton vers moi. Je l'ouvre en mettant la main droite à l'intérieur de ce carton, coude droit fléchi au-dessus de l'épaule. Je rabats le fonds du carton. Je prends mon agrafeuse fixée par un fil et j'agrafe le fond du carton. L'agrafeuse est lourde et il faut tirer sur le fil pour l'amener vers soi. Je retourne le carton pour pouvoir y mettre les bobineaux emballés.

Quand le carton est plein, je l'agrafe à nouveau pour le fermer dans les mêmes conditions que pour le fond. Ensuite, je me baisse pour saisir ce carton à la base (environ 12 kg). Je le porte sur la palette en le soutenant de la main gauche couché sur mon coude droit. Je fais quelques pas vers la palette. En bas de la palette, il faut s'accroupir. En haut de la palette, je bascule le carton en levant les bras.

Selon le type de bobineau, l'emballage se fait en temps masqué pour les bobineaux de 120 m et la bobineuse tourne toujours. Certains bobineaux de 120 m en 1m pèsent 4 kg. Pour les bobineaux de 10 m, je prépare environ 200 bobineaux, j'arrête la bobineuse pour les emballer puis les conditionner en carton.

Je travaille sans arrêt avec les deux bras avec des mouvements de rotation des bras sur l'épaule, les bras surélevés au niveau de la poitrine, les bras écartés du corps pour tenir les rouleaux, qu'il faut soulever et mettre en position verticale dans les cartons d'emballage.

Je pense que c'est la répétition au fil des années et la cadence soutenue qui aboutit à l'usure de mes épaules.

TABLEAU N°57, SYNDROME DU CANAL CARPIEN

Mme D...

Poste de travail : Femme de chambre et plonge dans un hôtel-restaurant.

- À 8 h 30 le matin : faire le hall d'entrée ; faire la poussière sur les meubles et les bibelots, 16 m² environ, six meubles. Passer l'aspirateur, il est dans un local à côté, il roule bien. Faire les sanitaires : six lavabos, six WC, carrelage des murs, éponge et chiffon à passer sur WC,

lavabos et carreaux, aspirateur sur le sol et laver le carrelage (balai espagnol). On a 30 mn pour faire ce travail.

➤ À 9 h on commence les chambres qui sont au sous-sol : on a un chariot sur lequel on met les draps et les serviettes. Il y a du matériel à chaque étage.

- Dans chaque chambre, enlever toutes les serviettes mais pas les draps de ceux qui restent. On emmène les serviettes au rez-de-chaussée pour les faire tourner dans le lave-linge.

- On redescend. Si la personne reste : refaire le lit selon l'appréciation personnelle, on tire les draps ou on les change. Salle de bain et WC : laver et essuyer lavabo, WC et baignoire. On passe l'aspirateur dans la chambre et les WC. On met des serviettes propres. On lave les WC et on fait la poussière : télé, table de nuit, table.

- 20 mn pour chaque chambre.

- Si on change les draps : on défait le lit, on a un sac, on compte les draps, on met dans le sac, on note sur un carnet ce qu'on met dans le sac. Pour refaire le lit, on ne tourne pas le matelas, on change parfois l'alèze, on met les draps. Pas de drap-housse. une ou deux couvertures. Traversin. Sous taie et taie. Couvre-lit.

- Six chambres à deux petits lits et quatre chambres avec un grand lit.

- Trois chambres avec un grand lit et un clic-clac. Le clic-clac c'est pénible : le matelas est léger, le drap ne tient pas. C'est plus bas.

➤ À 11 h on va manger et je recommence les chambres vers 12 h jusqu'à 13 h voire 13 h 30. Je suis seule pour faire les chambres. Après les chambres, je passe l'aspirateur dans les couloirs d'accès aux chambres. Je range le matériel (aspirateur, seau éponge, chariot) après l'avoir nettoyé

➤ À 13 h 30, je monte à la plonge. Je mets le lave vaisselle en route. Il se charge par le haut. On prépare un panier de verre. On charge ce panier. Pendant qu'il tourne on en prépare un second. On peut avoir quinze paniers consécutifs. On sort le panier de verre, on en met un autre. On essuie les verres un par un. On met vingt verres par panier. On les range sur des rayons en les triant par catégorie. La vaisselle sale est un peu débarrassée par le service, on rince les assiettes, on prend le panier sur les rayons on charge le panier d'assiettes ; douze par panier. On fait tourner, on en prépare un autre. On essuie les assiettes mais pas toutes. On les range par catégorie sur des rayons. Les couverts sont déjà mis à tremper par le service. On les ressort et on les met dans les paniers à couverts. On met les paniers à couverts dans le panier du lave-vaisselle. On essuie tous les couverts et on les range. En semaine, je suis toute seule pour la plonge, Le week-end, on est deux. Après la plonge, il faut laver le lave vaisselle, le plan de dépose et le sol. La plonge de midi est finie entre 16 h et 17 h. Je pars vers 17 h.

➤ Le soir, je reviens vers 20 h 30-21 h pour la plonge et on recommence comme à midi. On finit le plus souvent à minuit, parfois à 1 h du matin.

➤ Je ne revenais pas tous les soirs, c'était fonction de

la clientèle. Je le savais à midi. Je revenais toujours le vendredi et le samedi, quelquefois le dimanche en juillet-août, et parfois un soir par semaine. Si je ne revenais pas, je retrouvais cette vaisselle sale à faire le lendemain midi.

➤ En mai-juin, mon jour de repos est le lundi. En juillet-août mon jour de repos est le mercredi.

Mes douleurs ont commencé début juin 2001 sur les deux mains et on m'a conseillé de me faire opérer.

Je relis à voie haute avec le salarié ce qui a été décrit et écrit. Le salarié, n'a plus alors qu'à signer et à adresser cette description de poste à la CPAM. Je lui en remets toujours un exemplaire supplémentaire et il sait que je le garde en mémoire informatique.

CE QUE M'A APPORTÉ CETTE PRATIQUE

Je dispose dans mon dossier d'entreprise et dans le dossier du salarié d'une étude de poste, précise, que je n'aurais pas faite et rédigée faute de temps. Pour des postes similaires, si je dois faire plusieurs déclarations, je relis avec chaque salarié et j'enrichis le descriptif en fonction de chacun des salariés. En particulier, surtout pour les TMS, s'il s'agit d'un SCC ou d'une épaule, le récit du salarié sera un peu différent.

Je conserve toujours en mémoire informatique, même si ceci n'apparaît pas dans ce que le salarié enverra à la CPAM, les éléments subjectifs qui surgissent dans le récit. Pour le salarié, le problème de la description de l'activité de travail, toujours difficile, souvent dissuasif, est résolu. Je les mets très à l'aise en leur expliquant que j'aurais autant de mal qu'eux à décrire mon activité.

Le courrier adressé systématiquement au médecin traitant, permet en faisant explicitement référence au Code de la Sécurité Sociale et au Code de déontologie, d'éviter au salarié, d'avoir à subir la suspicion, assez fréquente du médecin traitant face à un salarié qualifié de « profiteur du système ». Plusieurs salariés m'ont dit avoir remis à leur médecin une copie du descriptif du poste pour qu'il comprenne la peine physique et la nécessité de prescrire du repos.

AIDE À LA DÉCLARATION D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL À L'INITIATIVE DU SALARIÉ

J'ai également utilisé cette technique dans des cas d'infarctus du myocarde ou de syndrome subjectif post-traumatique. Dans ces cas, la déclaration est souvent faite tardivement quand le salarié m'interroge pendant son arrêt de travail

Un exemple de syndrome subjectif post-traumatique, reconnu en AT au contentieux puisqu'il n'y avait pas eu de certificat médical initial établi.

CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

« Je, soussignée, docteur MT, certifie que Mme V..., présente un syndrome subjectif post-traumatique en lien avec sa situation de travail.

Depuis sa prise de poste comme maîtresse de maison au foyer résidence X, en novembre 2002, elle me dit avoir été agressée à trois reprises par une résidente. Progressivement son état de santé s'est détérioré avec peur au travail, sentiment de culpabilité, évitement des situations vécues comme à risque d'agression.

Compte tenu du contexte, une déclaration d'accident de travail est nécessaire.»

LETTRÉ REMISE AU SALARIÉ POUR SON MÉDECIN TRAITANT

« J'ai vu à sa demande, sur les conseils de ses collègues de travail, Mme Odile V..., que tu connais. Depuis début novembre, elle a changé de poste de travail et suit en parallèle une formation de maîtresse de maison.

Elle a été agressée à trois reprises par une résidente et depuis on assiste à un effondrement dépressif avec peur au travail, sentiment de culpabilité, évitement, insomnie. Il est parfaitement légitime dans ce contexte de demander une prise en charge en accident de travail avec le diagnostic de syndrome subjectif post-traumatique.

À noter d'ailleurs que Mme V... avait déjà été agressée lors d'un remplacement au foyer J en 1998.

Il me paraît important que la prise en charge et la réparation intervienne au titre de l'accident de travail : ceci permettra de poser le problème de la violence, du travail en équipe sur le terrain mais permettra aussi à Mme V... de poursuivre, même en arrêt de travail des activités dans lesquelles elle se sent bien.

Pendant l'arrêt de travail et à l'issue de celui-ci, nous ferons le point pour envisager si besoin une demande de reclassement est nécessaire.

Je lui remets aussi un certificat d'accident de travail dont tu trouveras un exemplaire ci-joint. En matière d'accident de travail, c'est le salarié qui doit informer l'employeur, qui doit faire la déclaration. Je lui propose de remettre un exemplaire de ce certificat médical à son chef de service pour qu'il fasse une déclaration d'accident. »

LE RÉCIT DE MME V...

qui sera la réponse envoyée à la CPAM, dans le cadre de l'enquête, l'employeur, n'ayant pas jugé bon de faire la déclaration bien que la salariée lui ait remis un exemplaire du certificat médical en demandant qu'une déclaration soit faite.

« Je travaille comme maîtresse de maison au foyer de vie X à Y depuis le 4 novembre 2002, date de l'ouverture de ce foyer de vie pour adultes handicapés mentaux vieillissants. Pendant la première semaine, comme maîtresse de maison, j'ai fait le ménage de l'étage en réception des travaux. Pendant ce temps les éducateurs étaient occupés à la préparation de l'accueil des résidents, à l'étude de leur dossier et au projet éducatif.

Les premiers résidents sont arrivés à partir du 10 novembre jusqu'à la fin du mois de novembre. Je connaissais quelques résidents qui étaient dans des foyers où j'avais travaillé. D'autres étaient nouveaux et personne dans l'équipe ne les

connaissait.

Je commence à travailler à 7 h 15. Je vais voir le veilleur de nuit pour voir s'il y a eu des soucis la nuit. Je commence à préparer le déjeuner qui est servi en salle à manger sur notre niveau. L'éducatrice arrive à 7 h 30. Je l'informe des problèmes de la nuit. Je dois servir le petit déjeuner jusqu'à 9 h. C'est l'éducateur qui réveille les résidents et les envoie en salle à manger et leur remet leur traitement.

Le 3 décembre 2002, j'étais en train de faire le ménage, il devait être environ 10 h 30, je suis rentré dans la chambre de Brigitte, une résidente, après avoir frappé à la porte comme d'habitude ; j'ai nettoyé le lavabo et balayé la chambre, en laissant la porte ouverte. Brigitte s'était allongée, habillée, après le petit déjeuner. Au moment de passer la serpillière sur le sol, j'ai demandé à Brigitte de sortir de sa chambre pour que je puisse laver par terre. Elle s'est levée et s'est jeté sur moi, elle m'a pris par les épaules et m'a jeté contre le placard mural. J'ai eu peur de casser le placard, j'ai peut-être crié. Brigitte a crié lorsqu'elle m'a plaqué contre le mur. L'éducatrice est arrivée à ce moment-là, une autre éducatrice est arrivée ensuite et ils ont du intervenir pour contenir Brigitte et obtenir qu'elle me lâche. J'ai quitté la chambre et continué à faire mon ménage. J'étais surprise de ce comportement inattendu mais pas inquiète. Dans la journée, je crois, ou peut-être le lendemain, j'ai rencontré notre directeur avec Brigitte et l'éducateur. Le directeur a rappelé les règles de fonctionnement de l'établissement, à savoir que les résidents devaient quitter les chambres pendant le temps de lavage.

Pendant ce mois de décembre, j'ai travaillé normalement sans inquiétude et sans appréhension à l'égard des résidents.

Le 7 janvier 2003, Brigitte avait été appelée à plusieurs reprises pour prendre son déjeuner. Il était environ 9 h, je suis rentrée dans sa chambre, après avoir frappé pour lui rappeler qu'elle devait venir déjeuner. Elle était encore au lit en pyjama. Elle s'est levée, m'a pris par les deux bras et m'a secoué en criant. J'ai commencé à paniquer, l'éducatrice est arrivée.

Par la suite le directeur a interdit aux maîtresses de maison d'appeler les résidents pour les petits déjeuners.

À partir de cette date, je suis devenue méfiante et j'ai commencé à éviter les situations de face à face avec cette résidente, je ne lui parlais plus en dehors de "bonjour-bonsoir".

Le 16 janvier 2003, le petit déjeuner était terminé depuis 30 mn environ, j'avais desservi et j'étais dans la salle à manger en

train de finir de nettoyer l'évier. Il devait être environ 10 h. J'allais commencer à balayer puis laver la salle à manger. Brigitte est arrivée pour venir déjeuner. L'éducatrice avait été appelée par le directeur, j'étais seule sur le niveau. J'ai dit à Brigitte "Tu attends l'éducatrice qui s'occupera de toi". C'est ce qui est prévu par le règlement. Elle m'a dit : "J'ai faim", elle a attrapé la cafetière, je lui ai reprise des mains. Elle m'a plaqué contre le mur, j'avais le dos contre les gonds de la porte. Elle me tenait la tête entre ses deux mains et me tapait la tête contre le mur. J'ai crié, elle a aussi crié. L'éducateur sportif était dans les escaliers, il a fait demi-tour et est intervenu. Il a obtenu qu'elle me lâche et qu'elle regagne sa chambre jusqu'au retour de l'éducatrice.

Je pleurais, je tremblais. En revenant, l'éducatrice m'a fait asseoir dans leur bureau. J'étais paniquée et je voulais rentrer chez moi. L'infirmière est venue voir ce qui se passait, elle voulait me donner un sédatif. Le directeur a refusé car il avait peur que je m'endorme au volant. Une heure plus tard, j'ai repris mon travail en me sentant angoissée. Je me sentais paniquée. Quand l'autre éducatrice est arrivée vers midi, elle m'a dit "Fais attention car Brigitte a déjà arraché des oreilles et donné un coup de couteau à son petit ami".

Je suis rentré chez moi affolée, ayant peur de retourner au travail.

À partir de cette date, j'ai commencé à mal dormir, avec des cauchemars de travail. Je venais travailler en appréhendant ; j'avais peur de tout et tout le monde. J'ai arrêté de travailler deux semaines en février-mars, en arrêt-maladie ; ça n'allait pas mieux, parce que je ne pensais qu'au travail. Je devenais insupportable pour mes proches, je ne parlais que de travail.

Je ne dormais plus, j'ai refusé les arrêts de travail proposé par mon médecin.

Le 14 avril, j'ai du aider à porter un résident obèse de 130 kg environ qui m'est retombé dessus ; j'étais coincée entre ce résident et le mur et il n'arrivait pas à se redresser. Je n'arrivais pas à l'aider.

À partir de cette date, j'avais peur de ce qui pouvait arriver au travail, je ne dormais toujours pas, j'ai commencé à me sentir incapable de continuer à travailler dans cet établissement.

J'ai craqué le 17 mai. J'avais rencontré le médecin du travail le 6 mai sur les conseils des délégués du personnel qui m'avait conseillé de faire une déclaration d'accident du travail. »

Annie LOUBET-DEVEAUX

ÉTHIQUE, CLINIQUE DU TRAVAIL ET TÉMOIGNAGE

Construire nos règles professionnelles en médecine du travail⁽¹⁾

IMPACT DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL SUR L'ÉTHIQUE MÉDICALE

Les modifications des structures juridiques de l'organisation du travail bouleversent les dynamiques de prévention et en aggravent les effets délétères. Ainsi la sous-traitance en cascade ou l'intérim qui interposent le droit commercial entre le salarié et le véritable donneur d'ordre, vident souvent le droit du travail de toute efficacité protectrice. En résulte aujourd'hui la mise en cause, et des mécanismes de précarisation du travail qui sont trop souvent source de gains de productivité aux dépens de la santé, et d'une organisation du travail trop souvent aussi vide de sens, sans reconnaissance de la contribution de chacun et incompatible avec la construction de sa santé.

L'espoir de nombreux salariés de mieux contrôler les organisations du travail en un sens plus favorable à leur santé face à l'intensification et la densification du travail est aujourd'hui une problématique sociale centrale. En témoigne les expressions sociales multiples pour la dignité dans le travail, contre toutes les formes de maltraitance ou de management par le stress, afin de socialiser la souffrance au travail qui individualise, culpabilise, et peut être cause de somatisation invalidante, de dépression et parfois de suicide.

Notre éthique professionnelle nous impose aujourd'hui de clarifier le point de vue dont nous intervenons. Elle interdit de participer à toute forme d'eugénisme professionnel. Nous devons entendre la demande sociale qui monte contre toutes les formes de discrimination par la santé au travail, comme la sélection biologique, comportementale ou en fonction du passif des expositions professionnelles antérieures des salariés. Le bilan « contrasté » souvent porté sur la médecine du travail s'explique en partie par la perversion de son exercice du fait d'une injonction réglementaire « d'aptitude » héritière d'une médecine de sélection de la main d'œuvre. Cette pratique d'un autre âge est toute différente des attitudes, du fait d'une altération subie de la santé individuelle, de sauvegarde individuelle ou de préservation d'un cadre professionnel compatible avec la santé d'un salarié par « l'inaptitude thérapeutique » dans le seul intérêt de sa santé. Bien évidemment, malgré l'ambiguïté des documents d'aptitude qu'ils signent,

•••••

1- Ce texte a fait l'objet d'une communication à la Société de Médecine du Travail et d'ergonomie de Franche-Comté, Besançon le 2 septembre 2003

de nombreux médecins du travail ne s'inscrivent que dans la deuxième problématique. Mais la mise en œuvre d'un attestation de suivi médical professionnel permettant de modifier telle situation de travail ou de soustraire un salarié du fait d'une atteinte à sa santé, en lieu et place de « l'aptitude », paraît la seule attitude compatible avec l'éthique médicale de la médecine du travail d'aujourd'hui.

La confusion aujourd'hui grandissante entre la « santé de l'entreprise » pratique de gestion économique des ressources humaines, et la « santé des sujets » au cœur de la pratique médicale, confusion accentuée par les dérives en matière de prise en compte de la santé mentale par les entreprises, nous incite à construire des règles professionnelles qui sauvegardent notre éthique médicale humaniste d'intervenant exclusif pour la préservation et la facilitation de la construction de la santé des hommes et des femmes au travail.

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL EN MÉDECINE DU TRAVAIL

Dans ce contexte, les médecins du travail refondent progressivement leurs règles professionnelles en appréhendant aujourd'hui la souffrance au travail, psychique ou corporelle, et ses effets délétères en rapport avec l'organisation du travail.

Lors des consultations médicales, les salariés expriment leur souffrance et en élaborent le sens dans l'intercompréhension. 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 des phénomènes psychopathologiques professionnels. Les médecins du travail relèvent aujourd'hui, tantôt des souffrances que l'on pourrait qualifier de « discrètes » témoin des difficultés à 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.

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 pour tenter de comprendre et rendre visible les psychopathologies du travail et les somatisations professionnelles. L'accompagnement par le médecin du travail de la cons-

truction 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 n'est pas alors 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. La nouvelle représentation des répercussions du travail sur la santé contribue ainsi 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. 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. C'est ce changement de représentation qui est du côté de l'action, et qui ouvre la compréhension des affaires du monde de l'entreprise à la rationalité pathique et sociale, à côté de la rationalité économique.

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 aujourd'hui les objectifs de la médecine du travail. Ce travail de veille, d'alerte et d'ouverture à la compréhension des répercussions des effets délétères du travail 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.

RENDRE COMPTE AUX DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA DYNAMIQUE SANTÉ-TRAVAIL

Pour les médecins du travail, rendre compte dans l'espace public de l'entreprise devient alors la pierre angulaire des pratiques en médecine du travail. Cela permet à travers l'information des acteurs sociaux de construire et d'initier des pratiques préventives. Cela permet également de faire connaître les obstacles que rencontrent les médecins du travail dans l'accomplissement de leur mission.

Par exemple, dans le domaine de l'écoute clinique de la souffrance des salariés, l'objectivation des problèmes de santé psychique et leur mise en lien avec l'organisation du travail, à travers le compte rendu qu'en fait le médecin du travail est parfois désagréablement vécu par les organisateurs du travail. Dans cette situation, ne rendre compte qu'à l'employeur

est non seulement peu conforme à l'éthique et la réglementation mais aussi dangereux pour le médecin car c'est prêter le flanc aux pressions en empêchant le débat social de jouer son rôle protecteur.

Si l'on considère l'élargissement de la notion de collectivité de travail aujourd'hui, la nécessité pour agir et rendre compte de développer le travail coopératif entre médecins du travail ne peut se limiter à l'espace interne de l'entreprise. La médecine du travail est un vaste gisement d'informations sur la santé au travail totalement inexploité en santé publique de la santé au travail. Le triste exemple des cancers professionnels, l'invisibilité des pathologies mentales professionnelles en témoignerait s'il en était besoin. Il s'agit en rendant visible les conséquences en matière de santé au travail des choix politiques, d'alimenter l'indispensable débat qui devrait les guider.

La construction d'une éthique professionnelle du témoignage au delà de nos entreprises, permet de retrouver « sens » à notre métier, de nous reconnaître comme pairs, et d'écarter ainsi les portes de l'entreprise qui enclavent la souffrance qu'elle génère trop souvent. Cette démarche de reconnaissance professionnelle, de communauté d'appartenance, nourrit des collaborations pour élaborer des règles de métier utilisables dans la quotidienneté de chacun, une fois subverti le sentiment de honte que nous pouvons avoir de l'écart entre les ambitions de notre métier, et la réalité de notre exercice.

DÉFINIR DES RÈGLES PROFESSIONNELLES POUR LES INTERVENTIONS EN SANTÉ AU TRAVAIL

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 et favoriser une juste réparation médico-légale des préjudices en terme de santé mentale. Celle-ci devrait être tournée plus vers la reconnaissance en accident du travail des événements traumatisants initiaux ou en maladie professionnelle des dépressions professionnelles réactionnelles, sans enfermer le sujet dans un statut de victime, enfin favoriser toute interrogation du rôle de l'organisation du travail dans la survenue de tels événements. Nous devons faire en sorte que les évènements d'agir générés par la rationalité pathique n'empêchent pas l'action dans la cité.

L'émergence des questions de santé au travail perturbe « l'ordre social » des entreprises. Effet 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.

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 aussi la prévention compréhensive, et ouvre le débat sur ce qui fait collectivement difficulté dans les situations de travail bénéficiant en retour aux autres agents.
- Il est d'autre part 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.

La prévention en santé au travail des risques professionnels ne peut être subordonnée aux intérêts économiques. Elle est 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. Les travailleurs sont souvent écartelés entre la sauvegarde de leur emploi et les risques auxquels pourtant il sont les premiers exposés. Mais ils les euphémisent de façon inconsciente pour « pouvoir tenir », ce qui souvent gêne leur remise en cause. Les riverains des entreprises 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.

DES PROPOSITIONS POUR L'ACTION

Le médecin du travail n'est pas un expert neutre, spectateur des affaires du monde, mais un professionnel, aussi citoyen, qui doit se préoccuper des graves dérives de l'organisation du travail sur la santé mentale. Bien évidemment, son

intervention professionnelle devrait être fondée sur le développement de pratiques professionnelles, discutées entre pairs, adéquates à ces nouveaux enjeux sanitaires.

Mais le devoir d'alerte et de témoignage, de mon point de vue, devrait inciter les médecins du travail à mettre le doigt, comme citoyens, à ce qui peut faire obstacle aux finalités mêmes de leur profession « d'accompagnant » de la construction de la santé au travail de chacun.

Ainsi, et pour contribuer au débat professionnel et social, il me paraît essentiel de prendre en compte pour l'action de transformation du travail, les éléments suivants :

- Interdire la discrimination médicalisée au travail par la prise en compte de « sur-risques individuels » génétiques, comportementaux ou sociaux.
- Offrir un véritable 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.
- 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 travaillants 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.
- Mettre en place 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

BIBLIOGRAPHIE :

- Association Santé et Médecine du Travail, *Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat*, Paris, 1998, 2000, Ed. Syros, 400 pages
- Association Santé et Médecine du Travail, *Organisation du travail et santé mentale*, Les Cahiers SMT n°17, 72 pages
- Association Santé et Médecine du Travail, *Clinique médicale du travail, éthique et pluridisciplinarité*, Les Cahiers SMT n°18, 80 pages

LA CONSULTATION MÉDICALE PROFESSIONNELLE

Éléments pour une définition réglementaire nouvelle

La médecine du travail est interrogée par trois événements contradictoires :

➤ **La crise du système de santé publique** engorgé dans des coûts en croissance constante qui sont liés à l'absence totale de politique de prévention à tous les niveaux du système. Des tentatives dans le sens de la prévention sont en projet. Le système de prévention de la santé au travail est bien imparfait mais c'est le seul qui pour un coût modique et des réformes structurelles rapides est à même de faire face à ces questions en milieu de travail.

➤ **Une redéfinition fondamentale des rapports du système de santé avec ses usagers** (Loi de mars 2002) qui bouleverse en profondeur l'organisation de la médecine du travail au plan de sa gestion (prise en compte prépondérante des associations d'usagers dans ce domaine) et l'exercice de la médecine du travail (recentrage de l'activité médicale sur l'intérêt exclusif de la santé du patient, prise de décision par ce dernier guidée par le médecin, absence de toute discrimination, aide dans le domaine de l'obtention des droits sociaux...)

➤ **Paradoxalement, le poids prépondérant réaffirmé des employeurs sur le fonctionnement des services de santé au travail et plus largement sur le système de prévention des risques professionnels.** Cette orientation, facilitée par l'extrême bienveillance du pouvoir politique, rend vaine toute prétention de prévention dans ce domaine. Le bénéficiaire *in fine* des atteintes à la santé au travail a le rôle de les prévenir et la maîtrise du système de prévention. Or aucun système de prévention ne peut fonctionner si ne sont pas découplés impératifs économiques et système de surveillance sanitaire.

Les examens médicaux, le sort qui leur est fait, leur finalité, leur contenu cristallise ces contradictions.

Notre interrogons ici, en premier lieu la définition réglementaire de l'examen médical et son obsolescence révélée par ses liens étroits à la notion d'aptitude.

Nous montrerons, ensuite, l'impérieuse nécessité d'une nouvelle définition réglementaire des finalités et du contenu de l'examen médical capable de refonder l'exercice de la médecine du travail autour de ce qui constitue le cœur de toute

activité médicale clinique: **la consultation médicale individuelle.**

Les examens médicaux constituent avec les actions en milieu de travail un des volets de l'activité des médecins du travail (art R.241-41 du Code du travail). La définition actuelle de leur finalité est entièrement centrée sur la recherche d'éléments personnels de santé des salariés. Il s'agit en effet, conformément à l'article R.241-48 du Code du travail :

« 1° De rechercher si le salarié n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs ;

2° De s'assurer qu'il est médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'établissement envisage de l'affecter ;

3° De proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes »

Or nous l'avons déjà amplement démontré, « l'aptitude » est un concept vide. Cette notion abstraite ne prend une signification concrète que dès lors qu'elle se rattache à une tradition eugéniste d'une médecine de sélection. Ainsi, le Conseil d'État précise que des éléments « génétiques comportementaux ou historiques » permettraient aux médecins du travail de mettre à l'écart les sujets à risque au péril de leur emploi. Cette position est moralement, déontologiquement, légalement, scientifiquement et techniquement erronée. L'absence de contre-indication (par exemple à l'exposition aux cancérogènes), réincarnation de l'aptitude sous sa forme pseudo médicale, est toute aussi vide de sens pour un médecin.

Tout au contraire, le métier de médecin du travail consiste à dégager les conditions environnementales et d'organisation du travail appropriées pour que tout sujet quel que soit son état de santé ou son handicap puisse occuper, dans la dignité, un poste de travail qui lui permette de prendre conscience et de préserver son rôle social et sa santé. Cela n'a rien à voir avec la médecine esclavagiste qui semble être la curieuse conception de certains en matière de médecine en milieu de travail.

Tout au contraire, l'inaptitude n'est pas l'envers de l'aptitude c'est une notion pleine de sens. C'est le constat d'un déséquilibre réel entre le poste de travail et la santé du salarié. Pour rechercher l'adéquation entre le poste de travail et la santé du

travailleur, dès lors qu'une inaptitude à l'un quelconque des éléments du poste survient, le médecin du travail va, en premier lieu, déterminer et recommander des aménagements du poste de travail afin de rétablir l'équilibre un temps rompu. Ce n'est qu'en désespoir de cause, lorsque aucune solution n'est disponible provisoirement ou définitivement que le médecin du travail va, avec l'accord du salarié (pour répondre aux nouveaux droits des usagers du système de santé représentés ici par l'article L.111-4 du Code de la santé publique), prononcer un avis d'inaptitude. C'est une décision lourde puisque souvent elle consiste à choisir entre droit à la santé et droit au travail.

L'avis d'aptitude n'a actuellement aucune valeur préventive ou prédictive. C'est le vernis médical d'un brutal rapport de force qui privilégie l'exclusion des sujets malades, handicapés et vieillissants dans une perspective de pur profit. Il faut lui préférer l'absence d'inaptitude (ici et maintenant) au poste ou la simple attestation de suivi médical professionnel.

La définition légale de la finalité de l'examen médical devrait donc plutôt porter sur la recherche des modifications à apporter au poste de travail dès lors qu'une inaptitude médicale serait dépistée par le médecin du travail chez un salarié.

La question du danger créé par le sujet pour des tiers pose celle de l'inaptitude éventuelle à des postes de sécurité. On doit envisager en tout premier lieu leur réalité. Nombre de postes, dits de sécurité, sont en fait désignés comme tels, pour des raisons relevant de l'imaginaire social. Il convient de définir précisément les postes de sécurité comme des postes où un état de santé dégradé peut entraîner une mise en danger grave et immédiat d'un ou de plusieurs tiers. L'absence d'inaptitude au poste de sécurité se détermine donc en regard de conditions immédiates et non sur des critères prédictifs. Il s'agit bien d'une décision concernant un sujet et dans ce cadre les profils d'aptitude peuvent entraîner des dérives. Parmi celles-ci, par exemple, le dépistage systématique des toxiques n'est pas souhaitable même si cette possibilité peut demeurer utile dans la recherche d'une éventuelle inaptitude personnelle. Reste encore à examiner à ce sujet le positionnement du médecin du travail qui doit maintenant recueillir le consentement du patient à sa décision médicale mais aussi éventuellement considérer dans ce cadre son action en référence à l'article 64 du Code pénal (non-assistance à personne en danger) pour ce qui concerne les tiers. La nécessaire confiance qui préside à l'acte médical pourrait être mise à mal par la contradiction entre l'ouverture du médecin du travail en matière d'inaptitude au poste et sa fermeture dès lors que celui-ci répond aux critères d'un poste de sécurité. D'où l'idée soutenue par certains médecins du travail que l'aspect sécurité des postes, étroitement encadrée par voie réglementaire, pourrait être confiée à des médecins experts distincts des médecins du travail. Étant donnée la variabilité de la santé des personnes, l'une des conditions à l'exercice de cette activité d'expertise pourrait être l'existence d'un système de compensation de l'éventuelle perte de capacité de ressource engendrée par l'inaptitude au poste de sécurité et de réelles possibilités de reclassement du salarié. Cela inciterait le titulaire du poste à accepter voire à provoquer une expertise dans ce domaine. Peut-être alors le médecin du travail pourrait-il lé-

gitimement réinvestir ce champ d'activité.

L'examen médical en médecine du travail a évolué avec les années et s'est enrichi afin de devenir une **consultation médicale professionnelle** qui a acquis ses caractères originaux et constitue l'acte fondateur d'un exercice médical préventif de première ligne.

Considérée comme une activité de commerce, débitée au kilomètre, contingentée et facturée par les responsables patronaux des services de médecine du travail, méprisée au point que l'accord minoritaire interprofessionnel de septembre 2000, envisage de la sous-traiter à des médecins sans formation particulière et que son espacement sert de variable d'ajustement à une pénurie savamment entretenue dans les projets réglementaires. Alors que d'autres projets prévoient de faire des médecins du travail des médecins superviseurs de l'activité clinique d'autres professionnels de santé, nous affirmons le caractère central pour la professionnalité des médecins du travail de la consultation médicale professionnelle et son insécabilité.

Sa qualité et sa légitimité s'articulent autour de plusieurs axes :

- Tout d'abord il s'agit d'une activité clinique individuelle **centrée sur la question de la santé au travail du sujet**. Cela ne signifie pas qu'elle ne puisse pas s'ouvrir dans le cadre du dialogue singulier à d'autres éléments de la santé du salarié qui n'ont pas forcément lien au travail. Toutefois, le médecin doit s'efforcer, même dans ces questions, de peser ce qui relève plus précisément de l'influence du travail.
- Elle constitue une **exception au libre choix du médecin par le patient**. Toutefois c'est parce que le contrôle des représentants des salariés qu'il examine existe et donne consentement à ses actes et les surveille, que le médecin du travail n'enfreint pas le principe du libre choix du médecin par le patient. Cela plaide pour un poids supplémentaires des représentants des salariés dans la gestion des services de santé au travail afin de répondre au rôle prépondérant que réserve, dorénavant, le Code de la santé publique aux associations d'usagers du système de santé..
- Elle recherche avant tout à **l'intérêt premier de la santé du sujet au travail et sans exercer de discrimination**. Elle doit assurer son information sur l'influence du travail sur sa santé et les risques que le salarié encoure. Cela est imposé dorénavant à tout médecin par l'article L.1111-2 du Code de la santé publique. Cette information qui doit être, en droit, délivrée lors d'un entretien individuel, suppose un temps de dialogue centré sur cette question afin de croiser le vécu du sujet sur son activité et ses risques, avec ce que le médecin a pu percevoir de son côté. La fiche médicale de poste peut servir de support à ce dialogue.
- Elle doit être conforme à la déontologie et à la morale de tout acte médical, c'est-à-dire être **un acte dévoué, attentif et compétent, sans enjeu de pouvoir sur l'autre, empreint de simplicité et de compassion, dans le respect de la dignité du salarié** (article L.1110-2 du Code de la santé publique) **et respectant strictement le secret médical**. Elle répond aux obligations déontologiques et

légales en matière d'aide à l'accès aux droits sociaux, en particulier en ce qui concerne la rédaction de certificats médicaux constatant les atteintes à la santé dues au travail.

➤ Il s'agit d'un acte **qui guide et est en retour guidé par l'activité en milieu de travail**. Cette caractéristique qui fait de chaque consultation une source d'information mutuelle du sujet et de son médecin est favorisée par un clinique « compréhensive » au sens de la psychodynamique du travail.

➤ C'est enfin une **consultation de prévention**, au sens technique du terme, chacun des éléments recueillis doit être interprété en référence aux trois finalités de l'action d'un médecin du travail et donner lieu à une action tournée vers le salarié ou la communauté de travail :

- la prévention primaire : Repérage des risques *a priori* pour leur prévention en amont,
- la prévention secondaire : Veille sanitaire qui vise à repérer les risques existants et leurs effets sur la santé des sujets au travail et à aider à leur mise en visibilité individuelle et collective.

- la prévention tertiaire : Prescription d'aménagements du poste de travail individuel, conseils sur les conditions du travail, alerte sanitaire de risque environnemental ou psychosocial.

La consultation médicale professionnelle est au cœur des problématiques d'économie de la santé actuelle. Elle constitue un élément essentiel de cette « activité médicale de première ligne », la médecine du travail, qui pourrait devenir, avec une consultation médicale libérale omnipraticienne de prévention, l'un des deux fers de lance d'un système de santé de prévention seule conception légitime et logique d'un nouveau système de santé efficace et économe des deniers de tous que notre communauté nationale appelle de ses vœux.

Il reste au législateur à définir les finalités des consultations médicales de prévention. La consultation médicale professionnelle se prête parfaitement à un tel projet.

Cette décision fonderait réellement une intention politique de réforme du système de santé, limitée actuellement à des souhaits sans aucun passage à l'acte.

Alain CARRÉ

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 : Annie LOUBET-DEVEAUX

Vice-président(e)s : Alain CARRE – Josiane CREMON – 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, Jean-Marie EBER, Claire LALLEMAND, Nicole LANCIEN, Gérard LASFARGUES, Gérard LUCAS, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Denis TEYSSEYRE, Mireille THÉVENIN

PLURIDISCIPLINARITÉ

Mode d'emploi

La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale modifiant l'article L.241-2 du Code du travail institue que « 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 » les services de santé au travail font appel soit à des organismes publics tels que les CRAM, l'OPPBTP, les ARACT soit à des personnes appartenant au service de santé au travail ou à des organismes. Cet appel aux compétences est désigné habituellement sous le terme de « pluridisciplinarité ».

Le décret n°2003-546 du 24 juin 2003, détermine les conditions de l'appel aux compétences de ceux qu'il nomme « Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) » afin « de garantir les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés » qu'exige dorénavant l'article L.241-2. Ce décret introduit sept articles nouveaux dans le Code du travail (R.241-1-1 à R.241-1-7).

QUALITÉ ET MISSIONS DES IPRP

Le décret précise en premier lieu (R.241-1-1 I) la qualité des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). Ils participent, dans un objectif exclusif de prévention, « à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail » ce qui les rattache directement aux missions du Service de santé au travail à l'exclusion notamment de ce qu'il est convenu d'appeler l'expertise en gestion ou en maîtrise des risques (R.241-1-1 III). Dès lors qu'ils sont habilités, ils ne peuvent donc pas exercer une double fonction celle d'IPRP et celle d'expert en maîtrise des risques.

Un IPRP ne peut occuper que deux situations : soit appartenir à l'entreprise ou au service interentreprises soit travailler à son propre compte ou pour un organisme extérieur. Lorsqu'il appartient à l'entreprise, il ne peut être habilité qu'individuellement. Il ne peut y avoir d'agrément global d'un service interne à l'entreprise ou au service interentreprises dans la mesure ou celle-ci est réservée à des organismes, par définition, indépendants et dotés d'une personnalité morale.

GARANTIES DE COMPÉTENCE (R.241-1-4)

La compétence des IPRP est reconnue par habilitation des personnes physiques ou des organismes par la CRAM,

l'OPPBTP ou l'ARACT. « L'habilitation est accordée en fonction des garanties d'indépendance et de compétence présentées par la personne ou l'organisme, de l'expérience acquise dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail et des moyens dont il dispose pour exécuter les missions pour lesquelles il est habilité ». Elle prend en compte également le niveau des diplômes requis ou les compétences exigées par arrêté. L'habilitation des personnes morales (organismes) est soumise à un renouvellement quinquennal.

Le retrait de l'habilitation peut intervenir à la demande de l'employeur, du président du service de santé au travail interentreprises, du CHSCT ou de l'organisme de contrôle social compétent, auprès du collègue ayant présidé à l'habilitation. Ce retrait, qui ne peut être prononcé avant que l'IPRP ait été entendu, se justifie lorsque ce dernier « ne se conforme pas aux prescriptions légales ou n'est plus en mesure d'assurer sa mission ».

L'APPEL AUX IPRP

C'est seulement dans le cas où l'entreprise a le choix entre un service autonome ou un service interentreprises, que le recours aux IPRP extérieurs à l'entreprise est limité à la situation où « (...) [les] propres compétences [de l'entreprise] sont insuffisantes. » (R.241-1-1 I).

Dans tous les cas, l'appel à un IPRP implique la conclusion d'une convention entre l'IPRP et l'employeur responsable du service autonome de santé au travail ou le président du service de santé au travail interentreprises (R.241-1-1 II). « La convention précise les activités confiées à l'intervenant, les modalités selon lesquelles elles sont exercées, les moyens mis à sa disposition ainsi que les règles garantissant son accès aux lieux de travail et l'accomplissement de ses missions, notamment la présentation de ses propositions, dans des conditions assurant son indépendance » (R.241-1-1 II). Ces conventions sont conclues après avis du CHSCT et de l'organisme de contrôle social compétent (R.241-1-2).

L'INDÉPENDANCE DES IPRP

Il s'agit d'une garantie de droit dont les conditions doivent être précisées par la convention évoquée ci-dessus qui comporte également une description des moyens et des modalités d'exercice des activités (R.241-1-1 II).

Dès lors que l'IPRP appartient à l'entreprise, ou au SST interentreprises, son recrutement ou son licenciement requiert la consultation de l'organisme de contrôle social (R.241-1-3). Son droit d'accès aux informations utiles est également garanti par le texte dans la mesure où : « *L'intervenant en prévention des risques professionnels a accès aux informations relatives aux risques pour la santé et la sécurité des travailleurs ainsi qu'aux mesures et aux activités de protection et de prévention nécessaires à l'accomplissement de ses missions.* » (R.241-1-6).

LE RESPECT DE L'INDÉPENDANCE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le décret comporte des clauses qui protègent l'indépendance du médecin du travail. Ainsi, la convention prévue à l'article R.241-1-1 II « *ne peut comporter de clauses autorisant l'intervenant à effectuer des actes relevant de la compétence médicale du médecin du travail et, le cas échéant, des infirmiers placés sous son autorité* ». La compétence médicale d'un médecin(1) ou d'un infirmier portant sur l'ensemble des actes individuels ou non effectués dans le cadre de leur mission, il s'agit d'une clause qui équivaut à requérir l'accord du médecin du travail pour toute intervention pluridisciplinaire qui pourrait avoir lieu et qui concernerait le secteur dont la surveillance médicale lui est confiée. Il est dans ce cadre bien spécifié que c'est le service de santé au travail et non l'entreprise concernée par l'intervention qui fait appel à l'IPRP (R.241-1-1 I). Or, les services de santé au travail sont assurés par un ou plusieurs médecins du travail (L.241-2 du Code du travail), ce qui confirme les médecins du travail dans leur fonction d'initiateurs de la pluridisciplinarité.

Outre le fait que l'IPRP est, comme le médecin du travail, soumis aux dispositions de l'article R.241-46 du Code du travail (secret des dispositifs et des produits) son droit d'accès aux données est limité aux données individuelles qui ne relèveraient pas du secret médical, qui ne connaît pas d'exception, dans la mesure où le « *droit d'accès s'exerce dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données individuelles (...)* » (R.241-1-6).

Le médecin du travail a accès aux données recueillies par l'IPRP puisqu'il « *reçoit communication des informations relatives à la santé au travail recueillies par l'intervenant* » (R.241-1-7).

Enfin les modalités de la collaboration entre l'IPRP et le médecin du travail est définie explicitement dans le cadre du service de santé au travail (R.241-1-7) ce qui implique le respect de son indépendance qui comporte, dès lors que le médecin n'est subordonné à aucune autorité médicale légitime, la fixation personnelle de son programme de travail, l'administration de ses moyens de production, la liberté d'expression de ses avis et la mise en œuvre de ses décisions(2).

LA PLACE DES IPRP DANS LES SST D'ENTREPRISE

Dans la mesure où l'objectif des IPRP est exclusif du côté de la santé et où les SST interentreprises recrutent directement les IPRP et si l'on considère la formalisation de leur statut de protection (conventionnement et regard du contrôle social) qui reste toutefois à améliorer et celle de leurs relations avec les médecins du travail, l'esprit du texte engage à considérer qu'il doivent également être intégrés dans les services de santé au travail d'entreprise.

Si tel n'était pas le cas, leur statut ne devrait il pas être étendu aux ingénieurs de sécurité et aux personnes compétentes en radioprotection dans l'esprit de la circulaire européenne ? Seules les autorités de tutelle sont à même de trancher en la matière.

UNE ABSENCE D'ARBITRAGE

Aucun arbitrage n'est envisagé en ce qui concerne les éventuelles divergences entre l'employeur de l'IPRP et le contrôle social lors du recrutement ou du licenciement de l'IPRP.

Dans le cadre du conventionnement de l'IPRP, si l'avis du contrôle social ou du CHSCT est négatif, comment est arbitré le litige ? si il est passé outre à cet avis négatif, quelle attitude doit adopter le médecin du travail, dans la mesure où il rend compte de ses diverses activités devant ces organismes ?

Il faut souhaiter que la circulaire DRT, qui ne manquera pas d'être produite pour ce décret, donne, en particulier, des éclaircissements sur ces points. Sinon seule la jurisprudence pourrait clarifier ces obscurités ce qui implique par conséquent conflit.

Alain CARRÉ

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

1- Lire à ce sujet : *L'indépendance technique des médecins salariés*, Rapport adopté par le Conseil national de l'ordre des médecins à la session d'octobre 1999.

2- Lire à ce sujet le rapport sur l'indépendance technique des médecins salariés déjà cité

PLURIDISCIPLINARITÉ

Les conditions du succès

La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale modifiant l'article L.241-2 du Code du travail institue que les services de santé au travail (SST) font appel soit à des organismes publics tels que les CRAM, l'OPPBT, les ARACT soit à des personnes physiques ou des organismes compétents. Cet appel aux compétences est désigné habituellement sous le terme de « pluridisciplinarité ». Cela permet d'instituer la convergence des compétences de spécialistes divers sur les questions de santé au travail. Il s'agit d'une indiscutable avancée dans le domaine de la prévention des risques pour la santé. Des coopérations entre spécialistes du champ de la santé au travail que ceux-ci désirent mettre en œuvre depuis très longtemps pourraient enfin se développer. Le décret n° 2003-546 du 24 juin 2003, détermine les conditions de l'appel aux compétences de ceux qu'il nomme « *les intervenants en prévention des risques professionnels* » (IPRP).

Malheureusement, ni ce décret, ni l'arrêté et la circulaire DRT qui l'accompagnent ne permettent de lever les ambiguïtés d'une nouvelle réglementation qui devrait, comme on peut l'espérer, donner un nouvel élan aux SST.

En effet, il s'agissait ici de transposer l'article 7 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). Cet article traite « des services de protection et de prévention » et ne précise pas leur domaine d'intervention (santé ou sécurité). Reste donc maintenant à transposer ce qui relève de l'article 14 de la Directive (sur « la surveillance de la santé ») afin de donner un cadre aux IPRP du point de vue de la santé au travail. Cela permettrait de compléter et de rendre cohérentes les dispositions actuelles.

En particulier, en l'état, deux effets pervers pourraient se faire jour. Le premier et le plus inquiétant concerne les prérogatives de la représentation du personnel dont le contrôle social sur les actions ayant trait à la santé au travail deviendrait moins efficace. Le second est le danger d'entraver l'exercice des médecins du travail et de restreindre leur indépendance.

Le moteur de ces dérives pourrait être l'insuffisance des garanties d'indépendance des IPRP. Le décret paraît assurer cette indépendance par des dispositions protectrices (agrément par un organisme officiel, formalisation du statut de l'IPRP, conventionnement, avis du CHSCT ou du CE, possibilité de retrait d'agrément, protocole avec le médecin du travail, garantie d'échange mutuel dans le respect du secret médical, obligation de formalisation des constats). Mais il laisse de nombreuses brèches qui pourraient permettre un poids pré-

pondérant des donneurs d'ordre (employeurs) sur l'activité des IPRP.

Ainsi, c'est l'intervention de l'IPRP qui est exclusive du champ de la santé au travail et non son positionnement professionnel. La vérification de l'indépendance par l'organisme d'agrément s'appuie sur des caractéristiques personnelles de l'IPRP et ne vérifie pas les caractéristiques institutionnelles de sa situation qui en sont l'élément essentiel.

Rien n'est mis en place pour s'assurer de l'indépendance des organismes IPRP extérieurs vis-à-vis des intérêts patronaux. Rien n'empêche explicitement que les IPRP employés par les entreprises puissent être les subordonnés de services experts de l'employeur. Dans ce cas l'indépendance que confère une intervention pluridisciplinaire, accordée aujourd'hui pourrait être mise à mal, demain, dans un autre positionnement professionnel, permettant ainsi une pression différée mais incontournable.

Seuls le responsable du service interentreprises et/ou le chef d'entreprise ont l'initiative et définissent la nature de l'intervention. Dans la mesure où l'initiative de la pluridisciplinarité est laissée aux employeurs ceux-ci sont potentiellement en mesure de bloquer toute intervention pluridisciplinaire dès lors qu'elle leur paraît inopportune.

Ils peuvent choisir telle approche plutôt que telle autre ce qui peut orienter l'intervention vers des objectifs ou l'intérêt de l'entreprise pourrait prendre le pas sur celui de la santé des salariés.

Dans ces domaines le décret ne comporte pas de disposition permettant d'arbitrer une éventuelle divergence sur la nécessité de l'intervention, sa nature, sa finalité ou ses moyens entre le donneur d'ordre et le médecin du travail ou qui permettent le contrôle social efficace de la représentation du personnel. Dans l'état actuel du texte rien n'empêche un employeur d'organiser une intervention contre l'avis du médecin du travail et/ou celui de la représentation du personnel. Le risque majeur est donc la confiscation de la pluridisciplinarité par les employeurs ce qui aurait pour conséquence d'assécher le regard indépendant des médecins du travail et de déventer le droit de regard et à l'expertise de la représentation du personnel.

Seule la jurisprudence est sensée départager les désaccords sur l'indépendance des IPRP et d'éventuelles dérives de compétence.

Éviter que la pluridisciplinarité ne soit détournée de sa finalité et faire qu'elle puisse devenir un élément essentiel de la

mise en œuvre d'une véritable santé publique au travail repose en fait sur une application du décret qui soit en cohérence avec les principes de la prévention du point de vue de la santé. Les principes généraux qui président à l'activité des personnels de santé et l'esprit de la Loi sur les droits des usagers du système de santé (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) donne le cadre de la transposition.

Ainsi un professionnel de santé est astreint à un exercice exclusif. L'abandon du secteur de santé par un personnel médical s'accompagne d'un renoncement formel à toute fonction médicale. Il ne saurait donc y avoir de positionnement du point de vue de la santé sans qu'il soit exclusif. Un IPRP « en santé au travail » devrait donc être exclusivement affecté à cette fonction incompatible avec celle d'expert subordonné à l'employeur par exemple dans son service de maîtrise des risques.

Depuis le tournant législatif que représente la loi sur les droits des usagers du système de santé, ceux-ci ou leurs représentants ont un droit de regard et d'initiative envers les organismes de soins et de prévention. La santé au travail est un des secteurs où cette obligation s'imposait déjà de façon formelle. Il serait donc incompréhensible que, même si l'employeur demeure à l'initiative de l'intervention pluridisciplinaire, celle-ci ne puisse pas être proposée par les autres parties concernées et que sa préparation ne puisse pas être une action à laquelle la représentation du personnel et le médecin du travail apportent leur contribution.

Sans que cela règle immédiatement toutes les questions qui se posent, l'intégration des IPRP dans les services de santé au travail rétablirait en partie un équilibre que les dispositions réglementaires échouent à assurer. Elle permettrait de régler en partie les questions à la fois d'indépendance des IPRP en santé au travail, qui rendraient compte de leur activité devant le contrôle social, parallèlement aux médecins et les exigences du contrôle social en matière de santé au travail.

Une des conditions préalable à cette intégration qui découle de la Loi de modernisation sociale est que l'indépendance des professionnels en particulier les uns vis-à-vis des autres.

La finalité est de mettre en place une prévention coordonnée et efficace des altérations de la santé au travail. Il serait illégitime et inefficace que les IPRP soient subordonnées aux médecins du travail. De même il serait totalement illégal que les IPRP se substituent au médecin ou aux infirmiers dans leur activité en milieu de travail, sans son accord. Il s'agit de coopérer et non de se concurrencer.

Même si des organismes IPRP extérieurs pourraient conserver leur utilité en cas de nécessité ciblée, le service de santé au travail, interentreprises ou autonome, pourrait dorénavant être constitué de deux structures coopérant entre elles : une structure médicale composée de médecins du travail, d'infirmiers et de secrétaires et une structure intervenant en prévention des risques professionnels en santé au travail composée d'IPRP. Il appartient aux pouvoirs publics de favoriser la constitution de tels services nés du dialogue entre partenaires par une réglementation adaptée.

Alain CARRÉ

LA PLURIDISCIPLINARITÉ

Ce texte a été fait suite au Congrès de décembre 2003 de l'Ass. S.M.T., enrichi par la Journée de Printemps 2004.

Rappelons-nous d'abord qu'il s'agit en premier lieu de l'application de la directive-cadre européenne de 1989 sur la prévention sur les lieux de travail dans ses articles 7 et article 9 pour laquelle la France s'est fait poursuivre par la Commission européenne. Notons au passage que cette commission vient de rendre un rapport sur l'application de cette directive et d'autres directives du même champ. La France a été encore une fois épinglée car elle n'a pas rendu son rapport national.

De quoi s'agit-il ? En effet, la définition de la pluridisciplinarité est posée. Est-ce travailler ensemble, comme le déclare un cadre supérieur d'une grande entreprise encore nationalisée ? À la question que veut dire « travailler ensemble », cette personne répond par la tautologie suivante : « Travailler ensemble, c'est travailler ensemble ». Est-ce « l'interdisciplinarité formalisée par la loi reprenant en cela l'accord interprofessionnel signé en 2000 (et qui n'existe pas selon la jus-

stice) dans le cadre exclusif de la santé au travail ».

La pluridisciplinarité est constituée par l'intervention de plusieurs spécialistes de disciplines différentes sur une question. Nous savons grâce à notre pratique de médecin du travail que celle-ci est nécessaire et déjà pratiquée dans les faits. Le médecin du travail tout comme les autres spécialistes du champ de la santé au travail n'est omniscient.

Mais alors se posent les questions suivantes : Pourquoi ? Pour qui ? Sur quel champ ? Avec qui ? Et comment ?

Le champ est bien celui de la santé au travail, encore faudrait-il préciser ce champ. Les employeurs et le gouvernement penchent du côté de la gestion des risques : comment la pluridisciplinarité pourrait servir pour augmenter la productivité, les profits, pour faciliter la concurrence ? Les organisations syndicales vont plutôt sur la prévention des risques professionnels. Nous voyons bien que se placer d'un côté

comme de l'autre nous renvoie à deux types de pluridisciplinarité différente :

- Celle du côté patronal implique des spécialistes qui prennent en compte dans leur activité de l'aspect économique et financier de l'entreprise et qui donc auront tendance à s'autocensurer dans leurs conclusions en aliénant leur indépendance professionnelle.
- Celle du côté syndical nécessite l'indépendance professionnelle et un contrôle social.

La question fondamentale posée est celle du positionnement de la pluridisciplinarité : est-elle du côté de l'économique, l'humain n'étant qu'un moyen de profit et une variable d'ajustement ? Est-elle du côté de la santé, de sa préservation, de son amélioration avec l'intervention des travailleurs ?

La plaçons-nous uniquement sur le terrain de la santé, c'est-à-dire doit-elle être médicalisée, ou la plaçons-nous sur le terrain du travail ? Quelle peut-être la porte d'entrée : la santé, le travail ou les deux sont valables ?

Les textes parus (décret et arrêté) répondent à ces questions et donnent la position du gouvernement soutenu par le MEDEF. Nous pouvons voir comme positif que la pluridisciplinarité est placée sur le champ exclusif de la santé au travail. Mais cette remarque se relativise quand la façon de la construire se précise :

- La demande d'intervention doit être faite par le directeur du service de santé au travail ou l'employeur.
- L'indépendance des professionnels est certes nommée, mais il ne s'agit que d'une déclaration sur l'honneur de l'Intervenant de prévention en risques professionnels.
- Le statut d'indépendance des professionnels n'existe pas dans le texte. Un avis est simplement demandé.
- La commission d'habilitation de ces IPRP est composée d'institutions travaillant sur le même champ et qui vont se trouver en concurrence (voir la convention signée entre l'ANACT et le gouvernement, le contrat d'objectifs et de gestions discutée actuellement et qui doit être signé entre le gouvernement et la caisse des AT-MP de la Sécurité Sociale et ne parlons pas du positionnement actuel de l'OPPBTP).

La réforme de la santé au travail que veut mener le MEDEF *via* le gouvernement avec la visite à deux ans, le temps médical qui font partie du trépied de celle-ci avec la pluridisciplinarité, réforme qui doit se faire à coût constant renforce l'inquiétude. Sans oublier la proposition de commission médicoteknique qui doit rassembler sous la houlette de l'employeur ou du directeur du service de santé au travail les représentants des médecins du travail et les IPRP et la cons-

truction par les employeurs de GIE, parasites des services de santé au travail, suçant leurs budgets, employant des spécialistes sans statut défini ni contrôle social, sous prétexte de faire le document d'évaluation des risques.

QUELLES PROPOSITIONS POUVONS-NOUS FAIRE ?

- **N**ous voulons d'une pluridisciplinarité du côté de la santé des salariés, avec des IPRP qui ont un statut d'indépendance professionnelle, égale à celui des médecins du travail. Nous demandons que leur intervention soit faite sous le contrôle social et à sa demande. Nous pensons que la pluridisciplinarité est une construction en coopération entre différents spécialistes, à inscrire dans les services de santé au travail. Ces derniers seraient formés de deux pôles (le pôle médecine du travail et le pôle IPRP), étant entendu que le service de santé au travail, coquille vide sans objet visible, soit inscrit dans le cadre de la Loi de 1946 sur la médecine du travail qui prévoit l'indépendance des professionnels et l'intervention du contrôle social.
- « Éviter que la pluridisciplinarité ne soit détournée de sa finalité et faire qu'elle puisse devenir un élément de la mise en œuvre d'une véritable santé publique au travail repose en fait sur une application du décret qui soit en cohérence avec les principes de prévention du point de vue de la santé. Les principes généraux qui président à l'activité des personnels de santé et l'esprit de la Loi sur les droits des usagers du système de santé (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) donne le cadre de la transposition ».
- L'inscription dans le service de santé a été soulevée, mais doit être discutée. Il est nécessaire de redéfinir aussi le rôle de médecine de première ligne où les médecins généralistes ont toute leur place.

Ainsi, les médecins du travail, les IPRP sont appelés à se positionner dans la pluridisciplinarité ce qui implique, pour eux, un travail de clarification de leur mission. Ce travail est nécessaire et devrait s'effectuer entre les médecins du travail eux-mêmes et les IPRP eux-mêmes, et entre les médecins du travail et les IPRP, sinon nous risquons d'assister à la destruction de toutes les institutions de prévention des risques professionnels par elles-mêmes. Les salariés et leurs organisations syndicales et associations de victimes, et les institutions représentatives du personnel ont à définir de leur côté ce qu'ils veulent comme santé au travail, comme prévention, étant donné que ceux-ci sont les premiers concernés dans l'affaire.

Gilles SEITZ
rapporteur

L'APTITUDE À LA LUMIÈRE DE L'ÉTHIQUE⁽¹⁾

Dans son récent rapport l'IGAS souligne que « l'aptitude que le médecin évalue s'apparente au fond à une estimation de la prédisposition au risque d'indemnisation. Elle est d'avantage un vestige de la médecine légale qu'un véritable outil de prévention... Les travailleurs contaminés par l'amiante n'ont-ils pas tous été déclarés aptes ? ». Cette phrase résume, à elle seule, le conflit éthique redoutable auquel doit faire face le médecin du travail : « prévenir les altérations de la santé du fait du travail » tout en cautionnant médicalement une exposition à un risque dont on sait avec pertinence qu'il est à court, moyen ou long terme délétère pour la santé des salariés.

C'est au moment où la profession prenait conscience du caractère pathogène de cette injonction que le gouvernement français réaffirmait cette doctrine de l'aptitude en publiant le décret réglementant la prévention des risques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction. Dans son article 12, ce décret dispose qu'« un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à un agent cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction que s'il a fait l'objet d'un examen préalable par le médecin du travail et si la fiche d'aptitude, ...atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux ».

Ce texte réglementaire a constitué le point de départ d'une mobilisation importante des médecins du travail. C'est à travers l'histoire de cette mobilisation et de l'importante réflexion menée par la profession que nous nous proposons de présenter les questions éthiques soulevées par le concept d'aptitude en médecine du travail.

L'APTITUDE UNE DOCTRINE DE SÉLECTION

Alors qu'il n'était qu'au stade de projet, la formulation de cet article 12 avait déjà suscité une vive protestation des professionnels de santé au travail. À cette époque, le Conseil national de l'ordre des médecins interrogé sur les aspects déontologiques de cet article, répondait qu'« il serait inacceptable d'un point de vue déontologique en particulier au regard des articles 3 et 28 du Code de déontologie médicale qu'un médecin soit tenu d'indiquer qu'une personne ne présente

•••••

1- Communication présentée à la réunion de la Société de Médecine du travail et d'Ergonomie de Franche-Comté, Besançon le 26 septembre 2003

Titre anglais : *The aptitude in the light of ethics*

pas de contre-indication médicale alors même que les connaissances scientifiques actuelles ne permettent d'apporter une telle garantie ».

Malgré cette protestation et les observations du Conseil national de l'ordre des médecins le décret a été publié dans sa rédaction originale. Un collectif, regroupant des syndicats et associations de médecins du travail, a alors introduit un recours en annulation de l'article 12 du dit décret, devant le Conseil d'État, aux motifs que ce texte était contraire aux valeurs fondatrices et à la déontologie de la médecine du travail.

À cette requête, le Ministère de l'emploi et de la solidarité a notamment répondu que ces nouvelles dispositions : « ...visent seulement à prendre en compte le "sur-risque" que présente un salarié, en raison de tel ou tel élément propre à sa personne, ceci conformément à la mission de prévention dévolue au médecin du travail... ».

Le Conseil d'État, dans sa séance du 16 septembre 2002, a rejeté le recours en annulation, validant la position du ministère et ajoutant « que 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 cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction... ».

En octobre 2001, Sylvie Bourgeot soulignait, dans le cadre des journées d'information médicale organisées par l'ACMS, que les conséquences de l'avis d'aptitude au poste de travail sont précisées par le législateur mais qu'aucune définition de l'aptitude n'est par contre donnée. Il aura donc fallu attendre septembre 2002 pour de soit enfin défini par le Conseil d'État, l'aptitude en médecine du travail : écarter les personnes les plus vulnérables sur des critères génétiques, comportementaux ou historiques.

L'APTITUDE-SÉLECTION UNE DOCTRINE CONFORME AU DROIT FRANÇAIS

Cette formulation, qui peut paraître choquante aux professionnels de santé au travail, est cependant conforme au droit français. Ainsi, la section du Code pénal relative aux discriminations tolère de telles pratiques puisque selon l'article 225-1 : « Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, ..., de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques

UNE LECTURE COMMUNE DE L'AVIS N°80 DU COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE

Comment poursuivre l'action ?

L'avis du CCNE est d'un abord déconcertant dans la mesure où il n'est pas dans la logique de l'argumentaire de saine. Mais il pose quelques principes qui confortent nos arguments :

- On ne peut déterminer un sur-risque quand le risque de base n'est ni maîtrisé, ni connu.
- La gestion du risque relève de l'employeur et ne peut incomber au médecin.
- L'avis individuel ne peut être basé sur des données prédictives.

Après avoir rappelé l'histoire de l'amiante, la défaillance des textes protecteurs, l'importance du risque général et collectif, l'impossibilité de s'assurer que tout a été mis en œuvre pour supprimer le risque, le CCNE admet la contre-indication et l'inaptitude au nom du principe de précaution. Si l'aptitude pose autant de problème c'est qu'elle peut se retourner contre ceux qui ont été choisis. Se pose également la question du « consentement éclairé » puisque le médecin du travail n'a pas les moyens d'évaluer le risque encouru.

Le CCNE se réfère ensuite à des avis antérieurs, dont l'avis européen concernant les tests génétiques à valeur prédictive dans le cadre de la médecine du travail. Il rappelle que la gestion des risques relève de l'employeur et ne peut être transférée ; que pour un poste à risque la notion même d'aptitude est équivoque ; qu'il ne peut y avoir aptitude qu'avec le consentement du salarié dans des conditions bien précises de danger identifié et de précautions prises à un poste donné.

Le CCNE propose de supprimer l'aptitude pour un poste à risque pour garder la non contre-indication patente. Il ne peut y avoir de sélection basée sur l'aptitude car le risque ne peut être identifié. Donc, on ne parle même pas du sur-risque.

Ce que l'on peut retenir : l'avis d'une institution respectable et indépendante, le CCNE qui reconnaît « *les véritables diffi-*

cultés éthiques », la nécessité de dissiper « *le malaise légitime et les malentendus* », « *les tensions éthiques légitimement suscitées par le décret* ». Cette prise de position devrait avoir un impact positif sur la profession, même si des difficultés sont prévisibles immédiatement en terme d'identité professionnelle pour des médecins du travail qu'une réforme toujours en chantier inquiète légitimement.

Est-ce que non contre-indication patente n'équivaut pas à aptitude ?

Il serait souhaitable de reprendre le débat avec le CCNE sur des phrases équivoques comme par exemple « *inciter les médecins du travail à s'impliquer... dans les problèmes actuels de la gestion du risque* », « *adapter le travail à l'homme et l'homme au travail* ».

Il est donc envisagé de reprendre contact avec le nouveau gouvernement, de suivre les conseils d'un signataire avisé de la pétition et d'aller devant la Communauté européenne pour violation de la Charte sociale. Cette démarche doit être portée par un syndicat.

Par ailleurs, la période actuelle, n'est guère favorable à la suppression de l'aptitude pour les postes de sécurité (décret récent sur le réseau ferroviaire français, discussion sur le permis de conduire des plus de 75 ans).

Il faudrait également revoir la Loi de santé publique qui interdit toute discrimination en terme de santé, bien que les textes réglementaires actuels soient clairs : le médecin du travail est le seul à avoir le droit de discriminer sur des raisons de santé. Pourtant, sur le plan juridique, la mission du médecin du travail est toujours définie par le décret de 1942, confirmé par la directive de 1989 : adapter le travail à l'homme.

Il est également prévu de reprendre contact avec les organisations absentes à cette réunion.

Annie LOUBET-DEVEAUX



1- Compte rendu de la réunion du 5 avril 2004 à l'initiative du SNPMT. Représentés à cette réunion : CGT, SNPMT, ARAPT, SMT, FMF, Syndicat National professionnel des médecins de la Poste

Pour rendre visibles ces souffrances, le collectif s'appuiera sur les salariés et sur l'ensemble des acteurs concernés, dont les médecins du travail, qui ont une responsabilité toute particulière dans la reconnaissance et la déclaration de l'ensemble des maladies professionnelles, y compris les dépressions et toutes les maladies qui ont un lien avec les conditions de travail.

ABOLIR TOUTES FORMES DE DISCRIMINATION PAR LA SANTÉ AU TRAVAIL

Alors que les accidents du travail et les maladies professionnelles ne font toujours pas l'objet d'une indemnisation intégrale, c'est à la prise en compte des « sur-risques » liés aux facteurs de sensibilité personnelle qu'aspire une partie du patronat pour masquer les coûts des mauvaises conditions de travail sur la santé et se dédouaner de ses responsabilités. Le secteur assurantiel tente de prendre la main sur la santé au travail pour en minimiser les conséquences notamment financières et en faire une source de profit.

L'aptitude médicale en médecine du travail, qui n'est pas inscrite dans la loi de 1946, est trop souvent employée comme facteur de sélection par la santé.

On peut aujourd'hui plaider l'illégalité de la demande faite aux médecins du travail d'établir des attestations de « non contre-indication aux cancérogènes », tant cette proposition est socialement discriminante, scientifiquement contestable et fondamentalement incompatible avec l'éthique médicale.

L'intervention du médecin du travail doit avoir pour objectif la prévention des expositions et non leur caution. La surveillance médicale des salariés ne doit pas passer par leur sélection. Toute décision du médecin du travail ne peut-être prise qu'avec le consentement du salarié et dans le seul objectif de protéger sa santé.

PROMOUVOIR UNE AUTRE APPROCHE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Le bilan des crises sanitaires récentes (amiante, ESB, sang contaminé, éthers de glycol...) impose d'inscrire clairement dans un système de santé publique **les fonctions d'identification de l'ensemble des risques, de veille sanitaire, d'alerte en milieu de travail et de prévention**. À cet égard, il convient d'instaurer l'exercice de la responsabilité du Ministère de la santé conjointement à l'intervention actuelle du Ministère du travail ou des affaires sociales.

Le système de prévention en Santé au Travail doit donc être rénové et permettre de bien distinguer les responsabilités.

- **L'évaluation a priori des risques professionnels.**
- La préservation de l'ordre public social impose à l'État de protéger les travailleurs de façon opposable à toute forme d'intérêts économiques. Il s'agit d'une mission de santé publique dans l'intérêt exclusif de la santé des travailleurs avec le concours des professionnels de la santé au travail et des représentants des salariés et des victimes. Il appartient également à l'État de veiller à l'application du décret du 5 novembre 2001 imposant aux employeurs la création d'un document sur l'évaluation des risques.
- La gestion des risques.
- La responsabilité de l'employeur est pleine et entière sur tous les risques professionnels : il est tenu en la matière à une obligation de sécurité de résultat dès lors qu'il a ou aurait du avoir conscience du risque. Les représentants des salariés et en particulier le CHSCT doivent intervenir sur les priorités en matière de santé au travail, du point de vue des salariés, et sur les insuffisances en matière de prévention des risques.
- Il est essentiel de transformer le passif des expositions professionnelles en actif pour la prévention.
- La prévention en Santé au Travail.

Conçue pour éviter les causes et les risques et non pour en gérer les effets, la prévention doit être large, globale et permanente. Elle doit s'appuyer sur :

- le développement d'un contrôle social du système de santé au travail avec une participation de l'ensemble des acteurs, et en priorité des salariés et des CHSCT ;
- la définition claire des missions des professionnels de la santé au travail : l'identification, l'analyse des risques, la veille sanitaire, la protection de la santé au travail. Pour cela tous les professionnels de la santé au travail doivent bénéficier d'un statut garantissant leur indépendance ;
- une gestion non majoritairement patronale des structures et la mise en place d'une agence spécifique ;
- le développement de contrôles par l'État dans les entreprises. Pour cela, les missions d'ordre public de l'inspection du travail doivent être clarifiées ;
- un système de pénalisation des expositions professionnelles, un système de tarification dissuasif et la réparation intégrale des dommages subis par les victimes (du travail ou environnementales).

MEMBRES DU COLLECTIF

Association L611.10, / Association SMT, / CGT (Confédération Générale du Travail) / Fédération des Mutuelles de France (FMF) / Association des accidentés de la vie (FNATH) / Syndicat National des Médecins EDF-GDF (SNMEG) / Syndicat National Professionnel des Médecins du Travail (SNPMT) / SOLIDAIRES ! / UGICT-CGT / ALERT

Pratiques

L'Ass. Santé et Médecine du Travail soutient la Revue Pratiques, publication du Syndicat de la Médecine Générale. Vous trouverez ci-dessous l'argumentaire du dernier numéro ainsi qu'un bulletin d'abonnement.

RÉFORME OU CHANGEMENT RADICAL ?

Il y a un an, le gouvernement mettait en place des groupes de travail pour préparer une « réforme » de l'Assurance maladie qui devait être votée par le Parlement cet automne dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004.

L'étude des rapports remis par ces groupes montre que ce qui est envisagé n'est pas une simple « réforme », mais un « changement radical » dans les caractéristiques du système d'Assurance maladie ; tous les éléments d'une privatisation progressive du système de soins sont mis en place : diminution de la part prise en charge par le régime obligatoire, remise en cause du mode actuel de gestion par les partenaires sociaux avec ouverture de la gestion-régulation aux assurances complémentaires, qui auront accès aux données concernant les patients ; il faut ajouter à ce tableau l'étranglement budgétaire de l'hôpital public.

Cette privatisation, intervient dans un contexte plus global de marchandisation des services publics avec ouverture à la concurrence dans le cadre de l'Organisation Mondiale du Commerce et tout particulièrement de l'Accord Général sur le Commerce des Services.

Probablement échaudé par les mobilisations récentes (décentralisation, retraites, statut des intermittents, rassemblement altermondialiste du Larzac) et conscient de l'attachement des Français à leur système d'Assurance maladie, le gouvernement recule d'un an sa « réforme » et remet en place une instance chargée d'établir un diagnostic et de faire des propositions pour l'automne 2004 ; il diffuse en même temps des informations alarmistes sur le déficit de la Sécurité sociale pour préparer l'opinion publique et les syndicats à de profonds changements.

À l'opposé de la privatisation, un autre choix est possible : cette année doit être mise à profit par les citoyens pour mener un véritable débat démocratique sur la protection sociale et lutter pour une Assurance maladie obligatoire avec un financement solidaire, une amélioration du niveau de prise en charge, et un respect des tarifs de la Sécurité sociale par les professionnels du soin. Cette Assurance maladie doit être intégrée à une véritable politique de santé publique qui ne soit pas uniquement centré sur le soin, mais intègre aussi l'étude des causes réelles des maladies, la prévention, la coordination.

IMAGE PRATIQUES N°23

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

DUPONT Yves, (sous la direction de), *Dictionnaire des Risques* – Ed. Armand Collin, Paris, 2003
DURAND Marcel, *Grain de sable sous le capot, chronique de la chaîne à Peugeot-Sochaux* – La Brèche
DEJOURS Christophe, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation* – Ed. INRA, Paris, 2003

GUIGOU Elisabeth, 1997, *Être femme en politique* – Ed. Plon

HATZFELD Jean, *Dans le nu de la vie, récits des marais rwandais* – Ed. du Seuil, 2000

HATZFELD Jean, *Une saison de machettes* – Ed. du Seuil, 2003

HOUEL Annick, *Le roman d'amour et sa lectrice. Une si longue passion. L'exemple Harlequin* – Ed. L'Harmattan, 1997

LAUFER J., MARRY C., MARUANI M. (sous la direction de), *Le travail du genre. Les sciences sociale du travail à l'épreuve des différences de sexe* – Ed. la Découverte, 2003

SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, B LONDEL Béatrice, *La santé des femmes* – Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1996

SCHWARTZ Olivier, *Le monde privé des ouvriers* – Ed. « Quadrige », PUF, 1990

LITTÉRATURE GRISÉ

- Responsables : Didier FASSIN et Richard RECHTMAN, *Traumatisme, victimologie et psychiatrie humanitaire*. Nouvelles figures et nouvelles pratiques en santé mentale. Disponible à la MIRE, 2002
- d'HALLUIN Estelle, *Guerre et Psychiatrie. L'intervention humanitaire en Palestine*. Mémoire de DEA en anthropologie politique de la santé – Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, département d'anthropologie sociale, 2001
- MOLINIE Anne-Françoise, *Les salariés face à la fin de vie active et à la retraite : enjeux de travail et de santé*. CEE, 29 promenade Michel Simon, 93 166 Noisy-le-Grand, 2003
- VOLKOFF Serge, *Des comptes à rendre. Usage des analyses quantitatives en santé au travail pour l'ergonomie*. Mémoire pour l'habilitation à diriger des recherches en ergonomie. CEE, 29 promenade Michel Simon, 93 166 Noisy-le-Grand, 2002
- **Travail et emploi**, n°96, octobre 2003, *La Santé au Risque du Travail*
- **Santé et Travail**, n°44, juillet 2003, *Quand le travail perd la tête*

ASSOCIATION SMT

— LE BILAN 2003-2004 —

RÉUNIONS TENUES

- Journée de printemps le 22 mars 2003 : *Dévoiler l'organisation du travail. Des procédures défensives aux règles de métier en Médecine du Travail*
- Congrès annuel les 6 et 7 décembre 2003 : *L'incorporation de la souffrance au travail. Des règles pour dévoiler l'organisation du travail. Pluridisciplinarité et pratique exclusive en médecine du travail.*

PARTICIPATIONS ET ACTIONS

- *L'appel aux autorités morales et politiques et aux médecins du travail* concernant le décret relatif à la prévention des substances cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction a été adressé au Premier ministre (SMT, cosignataire), novembre 2003.
- Participation régulière au Collectif Santé-Travail, à l'élaboration de sa plate-forme.
- Signature de l'Appel du Collectif Europe et Médicament : *Pour une politique européenne du médicament au service de la Santé* auprès du Parlement européen (21 décembre 2003)
- Signature de la *Pétition pour la défense de l'Aide Médicale d'État* (décembre 2003)

PUBLICATIONS

- Le *Cahier SMT N°18* a été diffusé à 1 600 exemplaires.
- Le site Web a-smt.org s'est développé. Actualisé très régulièrement il permet d'enrichir le débat en temps réel. Il constitue un véritable outil de communication qui déborde largement les limites de l'association.

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Il a été procédé le 7 décembre 2003 à l'élection du bureau et au renouvellement du Conseil d'Administration :

Présidente : Annie LOUBET-DEVEAUX (42)
Vice-président(e)s : Alain CARRÉ (75) - Josiane CRÉMON (38) - Dominique HUEZ (37) - Jocelyne MACHEFER (49) - Denise RENOU-PARENT (49) - Nicolas SANDRET (75)
Secrétaire : Alain RANDON (75)
Trésorier : Jean-Noël DUBOIS (2B)
Administrateur du site Web : Denis TEYSSEYRE (86)
Conseil d'Administration : Pierre ABECASSIS (21) ; Fabienne BARDOT (45) ; Chantal BERTIN (49) ; Patrick BOUET (86) ; Jean-Marie EBER (67) ; Claire LALLEMAND (37) ; Nicole LANCIEN (72) ; Gérard LASFARGUES (37) ; Gérard LUCAS (44) ; Odile RIQUET (69) ; Gilles SEITZ (75) ; Denis TEYSSEYRE (86) ; Mireille THEVENIN (2B)

ORIENTATIONS 2004

- Publication du *Cahier SMT n°19*
- Journée de printemps le 22 mars 2004 : *Clinique médicale du Travail / La mise en place des IPRP*
- Participation au Forum national du 13 mai 2004 du collectif Santé-Travail : *Travail Santé Emploi « Perdre ou construire sa vie »*
- Tenue du 25^{ème} Congrès annuel les 4 et 5 décembre 2004 au FIAP (Paris)
 - *Donner acte et rendre visible*
 - *Stratégies professionnelles et Retour du Réel*

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 **2004**

☛ Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation **2004**

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 90 euros,
à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

.....

e-mel :

À QUI PROFITE LE CRIME ?

Des plaintes d'employeurs auprès des Conseils de l'Ordre départementaux à l'encontre de médecins du travail pour de supposées transgressions de règles déontologiques sont de plus en plus fréquentes. Bien que ces dépôts de plaintes soient habituellement classés sans suite par les instances ordinaires, nous remarquons que généralement ils s'exercent à l'encontre de médecins dont le seul tort est précisément de porter toute l'attention nécessaire à la préservation de la santé des salariés dont ils ont la charge en rendant visibles les risques qu'ils encourent. Ainsi ces pratiques patronales ont été observées à l'encontre d'un médecin du travail de Bourg-en-Bresse et de plusieurs médecins de la région nantaise. Actuellement, après d'autres, c'est un médecin de la région parisienne qui est l'objet de cette manœuvre. L'échec habituel de ces poursuites n'est pas entièrement satisfaisant. Elles ont, en effet, pour bénéfice secondaire, d'adresser un avertissement aux autres médecins du travail pour les rendre circonspects quant à la mise en visibilité des atteintes à la santé et de leur cause. Il s'agit de l'une des nombreuses pratiques du patronat pour construire l'invisibilité et s'exempter de sa responsabilité en faisant pression sur les médecins du travail, soit pour entraver leur exercice, soit pour atteindre à leur indépendance. Des plaintes sont ainsi instruites alors que l'Inspection du travail constate ce que décrivent les médecins du travail concernés, ainsi que l'illégalité des tentatives d'intimidation qu'ils subissent et que la licéité de leur action est attestée par les médecins inspecteurs du travail. Il est indispensable que soient définies de façon rigoureuse les conditions de recevabilité des plaintes des employeurs vis-à-vis des médecins du travail afin que les instances ordinaires ne deviennent pas, involontairement, les instruments d'une pression supplémentaire sur les médecins du travail.

Certaines de ces actions ont pour prétexte le secret de fabrication trop rapidement qualifié de secret médical. Or à ce dernier se réfère à ce qui concerne les personnes physiques en relation clinique avec un médecin conformément à l'article L 1110-4 du Code de la santé publique. Toute autre transgression relèverait éventuellement du secret professionnel de fabrication au sens du Code pénal ce qui est du domaine des juri-

dictions communes. Ainsi, si l'intérêt de la santé des salariés impose de signaler des conditions de travail qui mettent cette santé en péril auprès des autorités de tutelles, le devoir du médecin du travail envers ses patients est de procéder à ce signalement conformément à l'article 95 du Code de déontologie médicale.

D'autres actions instrumentalisent les articles 3 et 31 du Code de déontologie médicale en utilisant leur caractère général pour diffamer les praticiens concernés. Enfin, dès lors que la pratique des médecins du travail s'inscrit dans le cadre de l'article 50 du Code de déontologie médicale, les employeurs utilisent volontiers les articles 24 et 28 pour les contraindre.

Or, parallèlement, des médias sous influence développent une campagne de défiance, envers les médecins du secteur de soins, consistant à les accuser de prescriptions de complaisance à l'origine de coûts indus pour la communauté nationale. Un nouveau décret permet aux médecins conseils des Caisses d'assurance maladie de prendre en compte les conclusions des médecins contrôleurs patronaux. Alors que la dureté des conditions de travail et de leur retentissement toujours plus négatifs sur la santé des salariés est un constat journalier, une campagne néo-behavioriste qui accuse pêle-mêle les comportements à risque des français et irresponsables des médecins tente de cacher l'évidence : les inégalités sociales de santé sont en France les plus importantes de la Communauté européenne, les maladies professionnelles sont en constante inflation, les salariés âgés ou handicapés sont fréquemment pénalisés, les atteintes psychosociales dues au travail sont de plus en plus fréquentes. Des rapports officiels mettent en lumière de très importants transferts de coûts des caisses AT-MP vers celles d'assurances maladie au détriment de ces dernières. C'est bien entendu dans ce contexte qu'il faut interpréter l'augmentation des dépenses de santé.

À qui profite le crime ? Les deux méthodes réductrices et calomnieuses ont la même finalité, celle d'exempter les responsables des atteintes à la santé au travail de leur responsabilité empêchant leur visibilité à la source et en cachant l'ampleur à la périphérie.

Alain CARRÉ