

RISQUE SUICIDAIRE DU FAIT DU TRAVAIL L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

L n'y a quasiment pas d'études sur la question du suicide en rapport avec le travail. Le chiffre de 500 cas par an provient de projections sur les suicides qui se sont produits sur les lieux de travail. Et d'argumenter que la démonstration est apportée si la personne y laisse une explication à son geste. Mais ce n'est que le sommet de l'iceberg d'un phénomène social majeur mais impensé et sans visibilité. Le débat sur le suicide en rapport avec le travail fait aujourd'hui se délier les langues et nommer l'impensable social. Ainsi, parce que quatre suicides se sont produits en deux ans concernant des agents de la centrale nucléaire de Chinon, on apprend dans le même temps que trois suicides se sont produits concernant des salariés de l'usine SANOFI du même département.

On a beaucoup de mal à admettre que l'effondrement de la dynamique d'investissement au travail puisse conduire à la mort. Pourtant, les ressorts de la vie sont d'une part l'économie du désir dans des rapports à l'Autre (étranger au lien social et à la cité), et d'autre part l'économie du Travailler, du Faire ensemble, généralement le travail, mais aussi toutes les activités dans la cité ou les activités domestiques où on puisse être reconnu pour sa « contribution ». C'est cette centralité là du travail que nous ne savons pas penser. Si l'un de ces deux soutènements s'effondre, désir ou travailler, la vie peut basculer.

Le travail peut devenir activisme, pour faire face aux demandes sans fin des entreprises, pour fuir la peur, la honte. L'effondrement des défenses psychiques qui permettent de cliver le monde en deux secteurs, le travail et la vie privée, peut faire basculer dans le désir de mort quand le sujet ne trouve pas appui hors de l'économie du Travailler. C'est la désolation provoquée par un « travailler du non sens », un sentiment de solitude extrême où l'alternative ne serait que dans la disparition de ce monde.

Les suicides sur les lieux de travail obligent à penser le rapport de ce geste avec le travail et ses déterminants. Mais les suicides des personnes qui mettent fin à leurs jours hors de lieux de travail viennent difficilement à la connaissance des collectivités de travail. Et l'affaire serait entendue ! Il s'agirait d'un geste incompréhensible dont la rationalité nous échappera à tout jamais et ne pourrait se comprendre qu'au regard de la vie affective et familiale des personnes. La culpabilité face à la mort d'autrui envahit les proches au travail

de n'avoir « pu agir à temps ». Alors, après un suicide, quand la responsabilité du travail affleure, les entreprises mettent en exergue les questions d'ordres privées. Elles se proposent de faire des observatoires pour ne pas remettre en cause ces organisations du travail de la désespérance !

Ce qui est donc nouveau aujourd'hui, ce sont tout à la fois dans de grandes collectivités professionnelles, que certains collègues de travail s'interrogent sur le rôle de l'organisation du travail dans la genèse de certains cas, et que de plus en plus d'entreprise dans ce contexte sont très rapides à mettre en lumière ce qu'elles présentent comme des explications d'ordre privé autour de « problèmes familiaux ». Au-delà de la violence et de l'indécence à mettre en cause les responsabilités familiales individuelles dans ce moment de si grande fragilisation, il paraît incompréhensible de ne pas investiguer la part des situations de travail dans la genèse d'un suicide. On sait en effet que les hommes et les femmes y passent les trois quarts de leur vie active éveillée. On connaît aussi aujourd'hui l'importance du travail dans la construction de la santé et ce qu'il représente de potentiel délétère quand les situations de travail sont fragilisées, en termes d'atteintes à la santé mentale et de risques psychosociaux.

Sur ce terrain aussi les médecins du travail doivent prendre leurs responsabilités professionnelles.

Dans mon expérience professionnelle concrète, pour une population masculine de maintenance industrielle de 500 personnes, sur six suicides que j'ai eu à connaître en dix ans, je pense aujourd'hui que le travail a joué un rôle déterminant dans la survenue de cinq d'entre eux. Je peux argumenter aujourd'hui cas par cas ce que j'avais beaucoup de mal à penser hier. Il n'est pas infondé aujourd'hui de penser que le travail puisse être l'élément direct et essentiel explicatif de 50% des suicides des adultes. Seul le rassemblement de monographies argumentées permettra d'avancer dans cette instruction et de généraliser éventuellement ces données.

La question du suicide en rapport avec le travail est trop peu instruite professionnellement, scientifiquement et socialement. Pourtant il s'agit d'une inégalité sociale de santé qui touche près de trois fois plus les ouvriers et employés que les cadres. Le différentiel entre ces catégories va s'aggravant.

Les hommes sont trois fois plus touchés que les femmes.

Pour comprendre les déterminants sociaux d'un acte individuel « impensable » pour le sujet, les médecins se doivent d'instruire au quotidien ce qui fait difficulté dans les situations de travail à l'origine des souffrances professionnelles, avec la grille de lecture du travail. La prévention du suicide en rapport avec le travail nous invite, dans une démarche de prévention, à tenter de comprendre les origines de la souffrance professionnelle avec la grille de lecture du travail.

Nul ne peut penser à la place d'un agent envahi par la pulsion de mort. L'incompréhension de ce qui le malmène est telle pour lui qu'il ne pense plus qu'à échapper par sa mort à une réalité impensée parce qu'impensable, dans un environnement de solitude et de désolation. Pour échapper à l'angoisse qui l'envahit, à la culpabilité qui le ronge, à la honte d'avoir failli, il ne voit pas d'autre issue que de retourner la violence contre lui. D'autres agents peuvent retourner la violence contre des collègues ou contre les installations.

M. SANSHISTOIRE A TOUT DONNÉ POUR SON ENTREPRISE ; IL EN EST MORT

Nous pouvons ici tenter de comprendre le dernier cas de suicide rencontré, car sa situation collective de travail avait fait auparavant l'objet d'une alerte très concrète de risque psychosocial. Malheureusement la même entreprise de 1 500 personnes a connu ces six derniers mois, trois autres décès par suicides. Tous les cas sont survenus hors lieu de travail.

Nous nommerons cette personne M. SANSHISTOIRE. La « normalité » de son cas peut soutenir l'idée que les suicides en rapport direct et essentiel avec le travail ne sont pas exceptionnels. L'histoire « impensable » de M. SANSHISTOIRE peut ainsi être éclairée par la compréhension des difficultés professionnelles de son collectif de travail, grâce au contenu « **de l'alerte médicale de risque psychosocial** » pour son petit collectif de préparateurs en chaudronnerie de 23 personnes, rédigée par le médecin du travail six mois avant qu'il ne mette fin à ses jours.

C'est le contenu très concret de cette alerte que nous reproduisons ici : « *Nombre d'agents décrivent une surcharge de travail, avec un déficit de moyens, dans un contexte d'inquiétude pour l'avenir. Les mécanismes de contraintes augmentent avec une perception par les agents d'une nette baisse des marges de manœuvre et des possibilités de coopération.*

Des agents qui ont une grande expérience dans la section ont été progressivement déstabilisés par la montée de la charge de travail qu'ils ont à gérer. Les petites équipes de travail qui géraient "collectivement" les arrêts de tranche ont vu réduire la surface de leur équipe. Celle-ci a été regroupée avec une autre équipe, ceci dans un contexte de regroupement des contraintes non résolues pour la nouvelle équipe formée.

Certains agents décrivent un vécu de pratiques managériales, qui de leur point de vue, à travers une individualisation excessive, briserait les collectifs de travail. De fait, nombre

d'agents décrivent des pratiques au quotidien de repli sur soi, où l'enjeu est bien de délimiter les champs de responsabilité et de tenter de renvoyer "la patate chaude" aux autres. Antérieurement les lignes de partage entre les différentes fonctions étaient plus floues, et c'est dans ces zones que se construisent les coopérations ordinaires et nécessaires.

Le repli sur soi généré par la chasse "aux 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 postures de repli défensif qui bloquent progressivement les possibilités de coopération.

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 et leur capacité à pouvoir œuvrer collectivement. Cela pénalise lourdement leur quotidien professionnel et fait s'effondrer les solidarités professionnelles ordinaires, voire les résistances collectives à ce qui peut être vécu comme des injustices.

Quand des agents sont très affectés par des dysfonctionnements professionnels dont on les rend peu ou prou personnellement responsables, le risque en est le retournement de la violence contre eux-mêmes.

C'est l'image de soi qui est d'abord fortement altérée avec un vécu de perspective professionnelle bouché.

Le risque est important alors de décompensation dépressive voire de violence contre soi-même.

Quand la peur irrationnelle commence à masquer l'horizon 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.

Il paraît urgent au médecin du travail que je suis de permettre la mise en visibilité et en débat des difficultés du travail réel, et que la direction du site apporte les marges de manœuvre nécessaires aux agents avant des catastrophes sanitaires ou professionnelles ».

De timides actions ont été entreprises par la Direction, deux postes ont été créés. Pas assez. La mort de M. SANSHISTOIRE permettra la création de quatre autres postes !

SYNTHÈSE DE L'HISTOIRE MÉDICALE DE M. SANSHISTOIRE

Nous présentons ici la synthèse de la longue monographie de quinze pages que nous avons réalisée pour le CRRMP à l'appui de la reconnaissance de la dépression professionnelle de M. SANSHISTOIRE. Ce document a été réalisé à partir des notes figurant à son dossier médical, d'analyses de collègues de travail peu après son décès, et d'éléments recueillis après un entretien avec sa famille. Six mois, plus tard, la dépression professionnelle de M. SANSHISTOIRE était reconnue en maladie professionnelle par le CRRMP du fait des déterminants collectifs antérieurement mis en évidence.

L'histoire professionnelle de M. SANSHISTOIRE est celle d'un très bon technicien reconnu par ses pairs et sa hiérarchie. Il

a présenté antérieurement un seul épisode, il y a 16 ans, de dépression réactionnelle en rapport avec les conséquences d'une affectation professionnelle volontaire à grande distance de son poste de travail initial. Aucune conséquence psychopathologique résiduelle n'est notée. Des fluctuations depuis cette période de petits phénomènes de somatisations sans grandes conséquences semblent rythmer des contraintes professionnelles. Ce mode de régulation n'entrave pas sa capacité professionnelle, bien au contraire.

M. SANS HISTOIRE est décrit par ses collègues de travail comme un homme plein d'humour, enjoué, ne se mettant jamais en colère, toujours disponible pour aider ses collègues, convivial. Il participe à des activités ludiques et sportives extra professionnelles, peut même partir dix jours en vacances comme en juillet 2000 avec des collègues préparateurs, un mois avant son suicide.

Un état de souffrance professionnelle apparaît pour la première fois en juillet 1997 chez cet homme qui manifestement a construit fortement sa vie et sa santé dans une dynamique de très grand investissement professionnel. Cette hyperactivité semble avoir basculé en un activisme défensif depuis cette période. À partir de là, on voit apparaître en 1998-1999, à côté d'une verbalisation de plus en plus douloureuse des difficultés professionnelles, des phénomènes de somatisation de plus en plus importants.

Son médecin traitant, le Dr B... m'a confirmé l'absence de substrat organique à ces épisodes. Il semble s'agir de signes de dépression masquée.

Pour ne pas fragiliser sa posture professionnelle, M. SANS HISTOIRE retourne la violence de la surcharge professionnelle contre son corps. C'est d'ailleurs semble-t-il un mode de régulation ancien, mais qui ne le débordait pas antérieurement.

En effet M. SANS HISTOIRE ne sait pas refuser d'aider les autres pour faire du beau travail. Un de ses collègues d'un autre service, coordinateur des chargés d'affaires pour un même métier appelé « Responsable Métier », et disposant d'une très grande expérience et maturité professionnelle, évoque l'impossibilité de mener de front deux métiers aussi envahissants à la fois que Préparateur Référent (depuis 1997) et Responsable Métier (depuis 1999) en ce qui concerne M. SANS HISTOIRE. Il décrit M. SANS HISTOIRE comme pouvant être mal à l'aise dans des réunions de planification en temps réel des activités de Maintenance. Cela du fait de la très forte pression du planning et des engagements au nom de chaque métier, que les responsables Métiers devaient prendre.

M. SANS HISTOIRE travaillait dans le même bureau qu'un collègue préparateur chargé d'affaires, dont il encadrait le travail techniquement. L'histoire des difficultés professionnelles de ce collègue et son contexte de crise psychopathologique collective, ont semblé tellement grave au médecin du travail que je suis, qu'elle est à l'origine de « l'alerte de risque psychosocial » rédigée en février 2000, par le médecin du travail, pour ce collectif de 23 personnes. (Et c'est pourtant ce même agent qui focalisait les inquiétudes, après le

décès de M. SANS HISTOIRE, qui a été un des rares à pouvoir soutenir moralement des agents gravement déstabilisés par cet événement !).

Suite à l'alerte de risque psychosocial du médecin du travail pour cette section de préparation en chaudronnerie, est organisée à l'initiative du médecin du travail, en mars 2000, une réunion de mise en délibération de ce qui fait difficulté dans les situations de travail. Les constats du médecin du travail du côté de l'organisation du travail y ont été validés. Les difficultés des préparateurs avec la structure de planification y avaient été abordées en présence de la hiérarchie supérieure du site.

Dans un but de sauvegarde de leur intégrité, certains agents de cette section ont été mis provisoirement inaptés à tous postes en 1999 et début 2000.

Dans ce contexte, comme une grande partie des agents de cette section, M. SANS HISTOIRE a postulé sur d'autres postes pour « quitter ces difficultés » faites de surcharge professionnelle et d'une souffrance éthique qui le mine sans qu'il puisse la penser.

La gestion de ce collectif par la hiérarchie se trouvait depuis deux ans en extrême difficulté, car accepter le départ d'un agent, c'est la quasi certitude de son non remplacement. De plus cette section a la particularité d'avoir un surcroît de charge de travail très importante du fait de modifications importantes de la réglementation des contrôles en chaudronnerie, manifestation non anticipées par l'entreprise.

Suite au suicide d'un autre préparateur du même métier dans un autre Centre de production proche en juin 2000, M. SANS HISTOIRE (qui avait eu ce dernier au téléphone quelques heures avant), au dire de collègues, a participé à remonter le moral de certains.

Il n'est pas étonnant que dans ce contexte professionnel très difficile et en dégradation constante depuis près de deux ans, ces difficultés envahissent la vie privée de M. SANS HISTOIRE au point, pour lui comme pour son entourage, de ne pouvoir y repérer le rôle du travail.

Ainsi depuis le début de 2000 comme on l'a vu, M. SANS HISTOIRE est très perturbé par le travail. Il a des rapports difficiles avec son fils de 24 ans qu'il héberge et qui travaille par intermittence comme intérimaire dans le métier où son père est préparateur, sur le même site, mais en sous-traitance. Une partie de ses contrats sont dus indirectement à son père !

La situation est très dégradée avec son fils au premier trimestre 2000. Après l'intervention d'amis collègues de travail, M. SANS HISTOIRE normalise les rapports avec son fils. Un collègue qui a passé des vacances en juillet 2000 avec lui m'explique que selon M. SANS HISTOIRE, la situation allait nettement mieux avec son fils. Ceci est confirmé par un autre collègue. À tel point, comme me l'a rapporté son fils lui-même, que celui-ci s'occupe de son père pendant sa période d'alitement médical forcé d'août 2000 et qu'il trouve alors que cela ne s'est jamais aussi bien passé. Le début de l'année 2000 est aussi une période où il s'éloigne

de sa compagne dans la période d'accrochage avec son fils.

Mais en juillet 2000, M. SANS HISTOIRE a des projets d'avenir puisqu'il envisageait d'acheter une maison près de la résidence d'un collègue avec qui il avait investigué concrètement ce projet, comme ce dernier me l'a rapporté.

Les multiples somatisations qu'il présentait, en retournant une part de la violence contre lui, faisaient détours à l'envahissement de la douleur morale liée à ses difficultés professionnelles qu'il ne pouvait pas penser à la hauteur des contraintes subies. Mais l'évitement de la douleur psychique que permettaient les somatisations induites par les contraintes de la surcharge de travail, elles-mêmes amplifiées par un activisme défensif, ne tient plus.

La mise au repos forcé et immobile lors de l'arrêt maladie en août 2000, à l'occasion de la troisième récurrence d'un décollement de rétine stoppe son activisme professionnel et le renvoie aux processus douloureux qu'il arrivait à occulter. (Trois jours avant son suicide, son médecin traitant lui prescrit un traitement antidépresseur après dix jours d'arrêt maladie. Sa santé ophtalmique se normalise pourtant, mais il interdit à son fils d'en faire état). Il est possible que la position allongée contrainte, immobile, de très longues heures par jour, soit propice à la rumination des difficultés.

Il existe donc bien dans ce contexte professionnel objectif, une dégradation et une fragilisation importante des conditions et de l'organisation du travail de la section de préparation en chaudronnerie où travaille M. SANS HISTOIRE depuis 1997. Constatons comme élément déterminant explicatif du rôle de l'organisation du travail, qu'à côté d'une surcharge professionnelle objective, existait de façon majoritaire dans cette section, une « souffrance éthique » liée à la fois à la diminution de la possibilité de faire du « bel ouvrage », et au rôle de prescripteur et contrôleur de l'intensification du travail des salariés sous-traitants qui réalisent concrètement le travail.

Or, si le diagnostic sur ces dérives du travail pouvait être collectivement partagé, les procédures défensives ou les conduites professionnelles face à la souffrance éthique, étaient très différenciées.

Le retrait professionnel défensif des uns, voir les décompensations individuelles, augmentaient l'activisme professionnel des autres, fragilisant en retour à terme ces derniers. C'est le désaccord non « délibéré » quant aux conduites à tenir professionnellement qui est à l'origine de l'éclatement du collectif de travail des préparateurs, qui était solide avant 1996, fragilisant encore plus leur travail et ouvrant à des effets délétères sur leur santé.

Dans ce contexte, M. SANS HISTOIRE, technicien de haut niveau s'est trouvé débordé par un activisme professionnel nécessaire et objectivement utilisé par l'organisation réelle du travail.

La hiérarchie supérieure a été impuissante à maîtriser cette situation très dégradée, pourtant socialement visible, ayant fait l'objet d'alertes collectives de la part du médecin du travail, et de nombreuses interventions individuelles de sauvegarde pour d'autres agents.

La dépression masquée à type de somatisation s'est accompagnée en 2000 pour M. SANS HISTOIRE de perturbations importantes dans sa sphère privée. Le nouveau décollement de rétine pour la troisième fois, a interrompu la répression pulsionnelle que permettait son activisme. Ce contexte a provoqué un renfermement sur lui-même du fait des modalités spécifiques de prise en charge de cette maladie. Il a alors permis à sa dépression réactionnelle masquée par les somatisations, de se déployer. Le processus dépressif réactionnel s'est alors brutalement aggravé. Après quatorze jours d'arrêt maladie, ayant fait ses courses le matin, M. SANS HISTOIRE, pourtant très entouré par les siens et ses collègues de travail qui le visitaient tous les jours, mais enfermé dans un mécanisme dépressif qui l'a débordé très rapidement, se rapproche de son lieu de travail l'après-midi et se jette sous un train. On ne retrouve qu'un mot d'excuse à l'intention de sa famille et un chèque destiné au cadeau de mariage de la fille d'un ami, auquel il devait participer le lendemain.

C'est pour ne pas avoir à penser le rapport au travail d'un tel acte, que la plupart des acteurs de la scène du travail ont tenté de s'en préserver en emblématisant ses difficultés personnelles qu'ils montent en épingle et en posant des actes symboliques défensifs. Ainsi le bureau de M. SANS HISTOIRE a été rapidement vidé, car caractérisé comme le bureau des morts. Un autre collègue qui lui s'est suicidé sept ans auparavant, faisant suite de deux ans à un autre collègue lui aussi suicidé, y avait aussi travaillé.

Il est ainsi tout à fait probable qu'il existe un lien direct et essentiel entre l'organisation du travail de M. SANS HISTOIRE et l'émergence d'une intention suicidaire.

La Direction de son Entreprise qui ne peut envisager de porter une responsabilité dans un tel drame a fait appel au TASS de la reconnaissance de sa MP au CRRMP. Il peut en résulter seulement qu'elle n'aura pas à payer ce que la CPAM d'ailleurs ne réclame pas ! Par contre, la famille a demandé la faute inexcusable de l'employeur, le danger, non prévenu, ayant antérieurement été énoncé en CHSCT.

C'est cette histoire aux dates ici modifiées qui a été instruite au TASS de Tours en mars 2007. Ce suicide ayant eu lieu en août 2004, trois autres suicides dans la même entreprise sont survenus en six mois fin 2006 et début 2007. Un très grand écho médiatique s'en est suivi. Un très long feuilleton juridique risque de s'en suivre car c'est la reconnaissance des pathologies mentales générées par l'organisation du travail en maladie professionnelle qui est ici en jeu.

PENSER LE FAIT SUICIDAIRE COMME AYANT UN RAPPORT DÉTERMINANT AVEC LA FRAGILISATION DU TRAVAIL

Aujourd'hui, si nous sommes prêts à penser les déterminants du travail dans la genèse d'un cancer professionnel, nous sommes bien loin de nous autoriser à instruire professionnellement les déterminants collectifs du travail en lien avec un suicide, encore plus s'il n'est pas effectué sur les lieux de travail !

L'expérience de nombre de médecins du travail semble montrer que contrairement à ce qu'on dit sur le modèle du suicide des adolescents, le projet suicidaire des hommes adultes n'est pas précédé d'appel à l'aide.

Les agents qui mettent fin à leur jour sont généralement ceux qui n'ont pu se désengager professionnellement, parce qu'il leur semblait impossible d'abandonner une activité dont ils se sentaient responsables, où ils avaient construit une partie de leur santé par la subversion des difficultés professionnelles. Ils sont les victimes de leur engagement professionnel dans un contexte d'effondrement des collectifs de travail. Les désengagements défensifs d'autrui les laissent de plus en plus seuls.

Prévenir le risque suicidaire oblige donc à veiller et alerter à partir de la prise en compte de la fragilisation des collectifs de travail au regard des évolutions organisationnelles du travail. Les médecins du travail ont l'obligation professionnelle d'investiguer le travail pour comprendre l'origine des risques psychosociaux. Leur moyen principal en est la clinique médicale du travail, du côté de l'activité et du sujet.

De nombreux suicides touchent des personnes qui appartiennent à des petites collectivités professionnelles en grande difficulté dans leur travail ordinaire. Parmi ceux-ci, des groupes de personnes peuvent se trouver en telle difficulté que la souffrance psychique professionnelle les envahit progressivement ou que les somatisations les malmènent.

Dans un tel contexte, il est plausible que le travail puisse être l'élément direct et essentiel de l'intention suicidaire d'une personne. La reconstitution compréhensive de sa trajectoire professionnelle, individuelle et collective, confrontée aux éléments de sa vie familiale et affective permet alors de mieux comprendre. Si des difficultés collectives de telles ou telles situations de travail ont pu être mises en lumière antérieurement à ce drame, cet élément est susceptible d'emporter la conviction médico-légale.

La surcharge du travail vécu quand elle casse les stratégies de coopérations antérieures, isole les salariés et les empêche de contribuer à transformer l'organisation de leur travail. Ils perdent la capacité de se préserver s'ils ne peuvent se désengager de leur travail. Ils sont alors envahis par la peur de fauter ou de perdre leur emploi. Acculés à faire leur travail malgré tout, ils peuvent être amenés à devoir travailler d'une façon qu'ils réprouvent. La honte de cela va alors les ronger, car travailler est alors pour eux mal travailler. Comment en être fier ? Des politiques de management construisent à marche forcée l'excellence à coups de politiques d'indicateurs déconnectés du travail réel. L'évaluation individuelle des performances culpabilise à l'extrême et atteint profondément à l'estime de soi. La seule reconnaissance symbolique d'une contribution alors invisible est d'apparaître personnellement comme le maillon faible de l'entreprise. Isolé, on se sent comptable et coupable de cela. Parfois, la maltraitance stratégique fait basculer les salariés que l'entreprise juge « en trop ». Ce fait construit socialement peut rencontrer une trajectoire individuelle fragilisée. Le projet suicidaire imprévisible individuellement peut advenir.

AGIR FACE AU SUICIDE PROFESSIONNEL

*FACE À UN SUICIDE DANS UNE ENTREPRISE
OU COLLECTIVITÉ PROFESSIONNELLE, LE MÉDECIN DU
TRAVAIL DEVRAIT POUVOIR SE POSER DEUX QUESTIONS*

D'une part, dans le dossier médical de cette personne y-a-t-il tracés des éléments de fragilisation, mêmes ténus, de sa santé en rapport avec le travail ? En la matière, un médecin sait qu'il ne trouvera pas d'éléments de pathologie mentale très dégradés en rapport avec le travail, car sinon il aurait agi plus tôt par tout acte de « préservation de la santé individuelle » qu'il aurait jugé approprié. Encore aurait-il fallu que la confiance ait eu le temps de s'instaurer avec le salarié, qu'elle puisse être conservée, et que l'investigation compréhensive de ce qui fait difficulté dans les situations de travail soit au cœur de la relation clinique du médecin du travail.

D'autre part, dans les dossiers médicaux des autres membres de ce collectif ou petite collectivité de travail, y-a-t-il des signaux d'alerte individuels dont le médecin du travail pense qu'ils ressortent des déterminants de l'organisation du travail. Peut-être qu'en certaines circonstances le médecin du travail a construit un système de veille en santé mentale en rapport avec le travail dont il rapporte certaines de ses observations collectives, ou dans les lieux adaptés comme les CHSCT ou CE, ou lors des rapports d'étape annuels comme les rapports annuels ou les fiches d'entreprise.

Tout médecin du travail au décours d'un suicide, a besoin de ré-investiguer son propre regard sur le collectif de travail de cette personne en termes de difficultés organisationnelles spécifiques et potentiellement délétères. Cette condition est essentielle pour ne pas être emporté, comme les autres acteurs de l'entreprise, par les « près à penser défensifs » qui émergent immédiatement et dont l'objet inconscient est d'exonérer le rôle du travail et de son organisation, dont tous les acteurs de l'entreprise se sentent à ce moment comptables, médecin du travail compris. Les ressorts de la culpabilité de n'avoir pas apporté le soutien nécessaire dans des circonstances individuelles « où personne n'a rien vu venir », ne doivent pas évacuer l'obligation professionnelle pour le médecin du travail de procéder à une investigation d'éventuelles causes organisationnelles.

S'il n'y a pas d'éléments d'évidence invalidant tout rôle possible du travail dans le geste suicidaire, le médecin du travail pourra faire une offre de disponibilité à s'entretenir avec la famille de la victime. L'objet en est de permettre à celle-ci d'avoir accès à des éléments de compréhension du côté d'éventuelles atteintes à la santé en rapport avec le travail préexistant au geste fatal. La loi dite « Kouchner » sur le droit du malade permet à ce dernier ou à ces ayant droits d'avoir accès au dossier médical du travail. Le prétexte du secret professionnel ou de fabrique ne saurait donc ici être évoqué.

Après cela, le médecin du travail devrait être le mieux placé pour établir ou permettre que soit rédigé un certificat médical initial en cas d'accident du travail, ou un certificat médical de maladie professionnelle et le rapport d'analyse du lien

santé/travail que lui demandera le CRRMP si les ayants droits font une déclaration de maladie professionnelle. Si le risque collectif a été énoncé antérieurement en CHSCT, la faute inexcusable de l'employeur sera alors de droit.

L'intérêt médical, pour empêcher d'autres passages à l'acte, de procéder à un *debriefing* médical auprès des collègues de travail n'a pas fait ses preuves. Il en est de même sur l'importance de voir médicalement systématiquement, sur convocation, l'ensemble des agents impliqués par cet évènement.

Le médecin du travail ne peut pourtant être absent et il pourra donner acte collectivement de la vraie incompréhension d'un geste dont la rationalité profonde échappe à son auteur même. Il devra naviguer entre le risque de médicaliser par excès des situations individuelles au risque de priver du soutien de sa communauté d'appartenance tel agent, et l'intérêt de faire savoir qu'il se tient à la disposition des collègues qui le souhaitent. L'accompagnement compréhensif de ce qui ne peut avoir de sens pour l'entourage ne peut se faire à ce moment où l'émotion est toujours très forte. Mais il peut être bon de ne pas fermer la nécessité d'investiguer la place du travail dans des formes plus collectives au vu de l'émotion légitime provoquée dans la communauté de la personne suicidée. C'est ce que permettront ultérieurement les actions d'investigation collectives compréhensives qui pourront être mises en œuvre.

LE CHSCT ET LA REPRÉSENTATION DU PERSONNEL ONT DES RESPONSABILITÉS

Une cellule de soutien psychologique peut être déclenchée par les pouvoirs publics. Elle est cadrée par l'intervention d'urgence et permet de « gérer » les personnes impliquées par l'évènement. Il ne s'agit pas de soin proprement dit qui nécessite un cadre clair, une mise à distance et le volontariat. Les grandes entreprises peuvent avoir elles-mêmes dans leur plan d'urgence interne la mise en place de structures psychologiques d'écoute et d'appui qui s'inscrivent dans des actes managériaux de gestion collective de l'émotion au vu de l'ordre public interne ou externe à l'entreprise. Le CHSCT devrait veiller à ce que soit clarifié ce qui relève de la responsabilité de l'entreprise par rapport à celle du médecin du travail au sens où ce dernier pourrait être responsable en urgence d'une structure médicale d'appui qui engagerait sa propre responsabilité de médecin.

Quant à la prise en charge de soins psychologiques par l'entreprise, le CHSCT devrait avoir la plus grande vigilance. Il ne saurait y avoir de soins psychologiques sous injonction de l'employeur. Hors vraie situation d'urgence, des soins ne peuvent se pratiquer sur les lieux de travail et ils demandent de voir respecter le libre choix du thérapeute et un cadre d'exercice professionnel autorisant la médecine de soins ou la psychothérapie clinique. Le CHSCT devrait pouvoir vérifier que toute éventuelle facilité financière de l'employeur pour cela respecte ces principes.

Les agents qui mettent fin à leur jour sont souvent ceux qui n'ont pu se désengager professionnellement. Pour comprendre les déterminants sociaux d'un acte individuel « impensa-

ble », il faut instruire ce qui fait difficulté à la réalisation du travail de chacun dans la petite collectivité de travail ou œuvrait la personne qui s'est suicidée. C'est à une enquête auprès des collègues, une réinvestigation des traces du travail et de ses effets pour la santé que le CHSCT devra initialement procéder.

Puis deux pistes pour agir se présentent par la suite en parallèle :

➤ **D'une part** ce qui permettra éventuellement une déclaration médicalement de ce qui a pu provoquer ce geste suicidaire. En dehors de suicides sur les lieux de travail dont la déclaration en accident du travail est de droit, le plus aisé juridiquement est la **déclaration en AT** d'un événement, même apparemment peu grave vu de l'extérieur, mais qui peut avoir généré un stress post-traumatique responsable du geste suicidaire. Ce peut être un entretien d'évaluation qui se passe mal, une mise en cause irrespectueuses de la contribution dans le travail, une maltraitance morale devant témoin qui est la goutte d'eau qui fait déborder le vase... Dans ces cas, il n'est pas besoin de démontrer un lien direct et essentiel avec la santé, mais de caractériser précisément l'évènement initial du côté du travail et de rendre compte de l'atteinte progressive ultérieure à la santé avec des certificats médicaux, même rétrospectifs, si l'atteinte à la santé a été constatée médicalement antérieurement. C'est généralement un état anxio-dépressif qui pourra médicalement être décrit.

Faute de déclaration en AT, c'est jusqu'à deux ans après le suicide que **pourra être déclaré en maladie professionnelle** par les ayants droits une atteinte à la santé mentale à l'origine du geste fatal, généralement une dépression professionnelle réactionnelle, dont on devra alors prouver le « lien direct et essentiel avec le travail ». Toutes les traces médicales dans les dossiers médicaux attestant de ce lien à partir d'une investigation clinique, aussi bien par le médecin du travail que par le généraliste seront des éléments de preuve. Si la veille médicale antérieurement pratiquée par le médecin du travail peut apporter un éclairage singulier sur le contexte collectif de ce suicide, ce point sera particulièrement important. Une éventuelle « alerte de risque psychosocial » tracée d'une façon ou d'une autre par le CHSCT sous forme de droit d'alerte, ou par le médecin du travail à travers un écrit professionnel antérieur individuel ou collectif sera aussi un élément déterminant.

➤ **D'autre part** l'action de préservation ou de transformation du travail qui est liée à la compréhension collective, avec l'aide des collègues de travail, des déterminants de l'organisation du travail qui peuvent éclairer le geste suicidaire.

Ainsi la surcharge du travail quand elle casse les stratégies de coopérations antérieures, isole les salariés et les empêche de contribuer à transformer l'organisation de leur travail. Ainsi des politiques de management qui construisent l'excellence à coups de politiques d'indicateurs déconnectés du travail réel. Ainsi l'évaluation individuelle des performances qui culpabilise à l'extrême et atteint profondément à l'estime

de soi. Parfois, la maltraitance stratégique qui fait basculer les salariés que l'entreprise juge en trop.

Une expertise mise en œuvre à l'initiative du CHSCT peut en être un élément important pour appréhender ici et maintenant les déterminants de l'organisation du travail. Seul un travail avec des personnes volontaires pourra permettre d'éclairer du côté de leur travail très concret ce qui fait obstacle, ce qui ne peut plus être discuté, ce qui fait peur ou honte, maltraite ou empêche de coopérer.

Après un suicide, savoir résister aux tentatives de gestion du stress pour ouvrir à de nouveaux espaces de transformation de l'organisation du travail en sortant des dynamiques culpabilisantes et victimisantes est essentiel pour faire justice

d'un passé maltraitant ou désespérant et ouvrir à une organisation du travail respectueuse de la santé des hommes et des femmes.

Mais en amont, le médecin du travail doit savoir organiser une veille exclusivement au regard des effets du travail sur la santé. Veille à l'échelle de la responsabilité professionnelle personnelle du médecin du travail, dont le statut lui permet concrètement de procéder si besoin à « une alerte collective en risque psychosocial », avant qu'un drame individuel imprévisible généralement, ne survienne. L'objectif en est de rouvrir au débat social et l'action sur ce qui fait difficulté dans telle ou telle situation de travail. C'est la seule façon de lutter contre l'isolement et la désolation qui créent des victimes et les enferment dans ce statut.

Dominique HUEZ

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

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

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 28^e Congrès annuel se tiendra à Paris, les 8 et 9 décembre 2007, avec pour thèmes :

- ♦ *De la fonction au métier : médecin et infirmier du travail, la prévention médicale des risques pour la santé, quelle spécificité ?*
- ♦ *Atteintes à la santé et nouvelles organisations du travail : quelles stratégies d'action ?*
- ♦ *Actualités professionnelles*
 - *Évaluation des pratiques professionnelles*
 - *La croisée des chemins : entre extinction du métier et détournement vers la gestion de la santé, de la médecine du travail à une médecine d'entreprise*

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

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE 06 79 72 44 30

courriel : a.smt@wanadoo.fr

ou sur le site internet : <http://www.a-smt.org>

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir pages 40 et 69