

LES CAHIERS

S.M.T. N°25

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

JUIN 2011 20 €

ISSN 1624-6799

PRISE EN CHARGE DU SALARIÉ EN SOUFFRANCE PROFESSIONNELLE

C LINIQUE DU SALARIÉ
EN SOUFFRANCE PROFESSIONNELLE

P RÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX
DES ORGANISATIONS DU TRAVAIL

U N CADRE À RÉFORMER POUR EXERCER
LA MÉDECINE DU TRAVAIL

V ERS LA FIN DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ?

	Éditorial	<i>Dominique HUEZ</i>	3
Clinique du salarié en souffrance professionnelle			
Syndrome de Tako-tsubo chez une responsable d'un service d'aide à domicile		<i>Annie LOUBET</i>	5
Des facteurs de risques psychosociaux à l'ischémie cérébrale transitoire		<i>Jocelyne MACHEFER</i>	7
Histoire de boulanger		<i>Annie LOUBET</i>	13
Une simple rixe en entreprise ?		<i>Benoît DE LABRUSSE</i>	15
Hélène, travailler pour soigner l'irréparable...		<i>Camille SIBILLE</i>	19
Le médecin du travail pouvait-il prévenir le passage à l'acte suicidaire ?		<i>Jocelyne MACHEFER</i>	23
Prévention des RPS des organisations du travail			
Approche collective des risques psychosociaux en médecine du travail Intérêt et limites – Des pièges à éviter		<i>Jocelyne MACHEFER</i>	28
Exemple d'une pratique élaborée pour répondre à la nécessité de venir en aide à un salarié en souffrance de par le fait du travail. La « réunion tripartite » sur le travail		<i>Claude GARCIA</i>	43
Veille médicale en risques psychosociaux du point de vue des organisations du travail Un exemple concret dans la métallurgie		<i>Dominique MARY</i>	46
Quelle place de l'équipe médicale en médecine du travail dans les dispositifs mis en place par les accords de prévention des risques psychosociaux des organisations du travail délétères ?		<i>Dominique HUEZ</i>	55
Un cadre à réformer pour exercer la médecine du travail			
Préconisations pour la prise en charge de la souffrance professionnelle individuelle		<i>Jocelyne MACHEFER</i>	57
Prise en charge d'un salarié en souffrance et isolé		<i>Benoît DE LABRUSSE</i> <i>Josiane CRÉMON</i>	59
États psychopathologiques réactionnels à un événement traumatique au travail		<i>Alain CARRÉ</i> <i>Jocelyne MACHEFER</i>	61
Quelle médecine du travail pour quelle réforme ?		<i>Ass. SMT</i>	64
De l'agrément à la démarche de progrès Vers l'accréditation des services de santé au travail ?		<i>Jocelyne MACHEFER</i>	70
L'indépendance du médecin du travail, comment la faire respecter ?		<i>Florence JÉGOU</i> <i>JEAN-MARIE ÉBER</i>	73
Vers la fin de la médecine du travail ?			
« Je vous fais grief de véhiculer une conception libérale de votre métier »		<i>Albert DAVID</i>	77
Démédicaliser la médecine du travail pour assurer la sécurité juridique des employeurs (Notes de lecture)		<i>Alain CARRÉ</i>	79
Le patronat veut supprimer la médecine du travail quand la prévention des psychopathologies met en cause les organisations du travail		<i>Dominique HUEZ</i>	81
Appel de l'Ass. SMT à la Représentation nationale		<i>ASS. SANTÉ</i> <i>ET MÉDECINE DU TRAVAIL</i>	84
	Bilan SMT 2010	<i>Alain RANDON</i>	88

É D I T O R I A L

NOUS RISQUONS D'ASSISTER AU PASSAGE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL À LA MÉDECINE D'ENTREPRISE

- *Au détour d'un amendement déposé à la sauvette dans un cadre déjà sujet à un immense chambardement social, celui de la réforme des retraites.*
- *Après l'annulation par le Conseil Constitutionnel de la loi déjà votée, considérée comme un « cavalier législatif ».*
- *Après remise en selle téléguidée d'un texte voisin par un projet sénatorial qui permet d'échapper à un véritable débat social préalable.*
- *Après la provocation d'un faux paritarisme qui sera modifié, mais dans une structure de gestion « tenue par les employeurs ».*

Nous risquons d'assister au passage de la médecine du travail à la médecine d'entreprise. Faute d'acteurs sociaux et politiques pour ouvrir le débat sur la préservation d'une pratique médicale clinique en médecine du travail ouvrant à la prévention primaire, la médecine du travail pourrait disparaître comme institution chargée exclusivement de prévenir les altérations de la santé du fait du travail.

Prévenir, veiller et alerter sur les effets du travail sur la santé, c'est l'objectif de la médecine du travail, défini par la fonction du médecin du travail qui en est chargé personnellement depuis 1946. Le service de santé au travail nouvellement défini par la loi sénatoriale, va mettre à la disposition des obligations de prévention spécifique des employeurs une partie de ses ressources, qui n'auront plus pour objet exclusif la santé au travail des salariés (nouveau L.4622-1-1). Il structure une inégalité de traitement entre les SST d'entreprises qui ne sont pas concernés, ces dernières disposant de leur propre service de sécurité prévention, et les SST Interentreprises dont une partie des ressources serait mise à disposition des PME-TPE pour l'évaluation des risques de la responsabilité des employeurs de ces entreprises.

Comment les médecins du travail pourront-ils exercer dans cette injonction paradoxale ?

Il y a un détournement d'objet et de but de la médecine du travail. On passe de la « prévention des atteintes à la santé dans le champ santé/travail », à la gestion des risques pour l'employeur.

C'est maintenant le SST qui va limiter l'action du médecin du travail via sa direction patronale et sa nouvelle mission qui prend en compte les contraintes économiques de l'entreprise. Celle-ci génère un véritable conflit d'intérêt avec la mission personnelle du médecin du travail qui n'est pas abrogée. La mission du SST et celle du médecin du travail seraient alors contradictoires entre elles. Façon pernicieuse de brider l'exercice du médecin du travail !

L'objet de la « Médecine du travail » comme institution, indépendante de la contrainte économique des entreprises, serait juridiquement effondré :

- ***La spécificité*** de devoir exclusivement prévenir et dépister les altérations de la santé du fait de leur travail, comme moteur de l'action des différents professionnels du SST n'existerait plus ; seul le médecin du travail conserve une définition personnelle de sa mission.
- ***L'exercice*** du médecin du travail serait isolé dans un service avec lequel il pourrait être en conflit d'intérêt ; sa responsabilité serait diluée et subordonnée, sa mission risquerait de perdre sens.
- ***L'équipe médicale***, médecin du travail – infirmier du travail, n'aura aucun cadre juridique pour se déployer : pas de département ou de « service de médecine du travail » dans le SST, alors qu'y est créé un « service social » (nouveau L.4622-7-1). Comment justifier l'absence de département médical dans un SST si on prétend assurer l'indépendance d'infirmiers du travail ?

➤ **L'action spécifique du médecin du travail sera subordonnée aux employeurs.** Ainsi le directeur d'un SST la subordonnera à la contrainte économique des entreprises (nouveaux L.4622-1-2 et L.4624-2). La commission de projet est le cheval de Troie de l'opération (nouveau L.4622-7-4). La « démarche de progrès » du CISME avait expérimenté cette voie. Le directeur d'un SST organisera et encadrera les actions de prévention du médecin du travail. Sinon un IPRP qu'il commanditera directement répondra à une demande de prévention subordonnée (nouveau L.4644-1). Le médecin du travail devra se limiter à diminuer ou réduire les risques (nouveau L.4622-1-1, l'ancien L.4622-2 est abrogé). Le gouvernement ne veut pas que le médecin du travail nomme les risques que les employeurs ne veulent pas voir ! Les rédacteurs du texte font preuve d'une cynique et sinistre ironie puisqu'ils imposent (nouveau L.4624-2) que le directeur du SST soit le garant de l'indépendance du médecin ! Ne conviendrait-il pas, dans le même esprit, de confier les campagnes de lutte contre le tabagisme aux buralistes !

➤ **Il n'y aura donc plus de pluridisciplinarité pour la prévention de la santé au travail, mais la structuration d'une offre de service préventif aux employeurs** (nouveaux L.4624-2 et L.4622-7-4).

Où sont donc les moyens de l'indépendance des médecins dans cette relation exclusive ? Que deviennent, après ce texte, les moyens de la protection constitutionnelle de la santé au travail que les médecins du travail avaient pour mission d'assurer ?

Cette loi institutionnalise une mise en injonction paradoxale des médecins et plus largement de l'équipe médicale du travail entre :

➤ d'une part des obligations de résultat sur des objectifs contractualisés de gestion du risque au service des employeurs, imposés aux SST, qui s'empresseront de les transférer aux médecins ;

➤ d'autre part l'obligation de moyen des médecins du travail en matière de prévention médicale de toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

Indépendance contrainte, moyens inexistants, injonctions paradoxales, rétrécissement des marges de manœuvre, contrôle social anéanti, **combien de temps s'écoulera t-il avant la mutation de la médecine du travail, en médecine d'entreprise de sélection médicale de la main d'œuvre et d'appui en management pour une gestion des risques du seul point de vue économique ?**

Pourquoi ce projet de destruction de la spécificité exclusivement préventive de la médecine du travail ? Parce que **le patronat pense qu'il faut faire disparaître un témoin médical gênant.** Alors on ne forme plus de médecins du travail. Des infirmières du travail sans statut n'exerceront même pas dans un secteur médical préservé du SST avec le médecin du travail. C'était le préalable à leur déploiement !

Les conditions d'une médecine exerçant exclusivement pour l'entrepreneur sont créées. La médecine du travail qui devait voir son cadre clarifié (aptitude, gouvernance, indépendance de chaque professionnel, responsabilité), se dissout sans bruit dans la raison économique. La prise en charge médicale de la santé des travailleurs n'est plus sa priorité.

L'exécutif qui a rédigé ce texte et les sénateurs qui l'ont ratifié en attente de son passage à l'Assemblée Nationale, prennent, par conséquent, une lourde responsabilité personnelle dans ce qui sera un désastre de santé publique comparable, dans ses effets, à celui de l'amiante.

Face à la crise du travail et ses effets délétères, **notre société a-t-elle des raisons de craindre l'engagement de responsabilité d'un médecin du travail pour veiller, témoigner, permettre l'action de prévention individuelle et collective ?** Le gouvernement et le patronat le pensent. **Le minimum serait un débat démocratique.**

Santé et démocratie sont-elles condamnées à se détériorer de concert ? **Cette réforme majeure est-elle si honteuse politiquement qu'elle doive être cachée ?**

Ne restons pas figés ! Ne nous transformons pas en témoins impuissants !

Nous appelons les médecins du travail à la RÉSISTANCE: si la loi tend à faire de la médecine du travail une médecine d'entreprise, ne lâchons pas les valeurs fondamentales de notre métier.

Dominique HUEZ

Président de l'association Santé et Médecine du Travail (SMT)

SYNDROME DE TAKO-TSUBO

CHEZ UNE RESPONSABLE

D'UN SERVICE D'AIDE À DOMICILE

Annie LOUBET, médecin du travail

Paule a dix-huit ans et demi lorsqu'elle commence à travailler, en octobre 1980, pour un remplacement de deux semaines, comme aide-ménagère. Ses parents sont agriculteurs. Elle est titulaire d'un CAP et d'un BEP de sténodactylographie. Elle souhaite travailler dans un bureau. Comme elle le dit aujourd'hui, avec humour : « *Je suis rentrée pour un remplacement de deux semaines ; trente ans plus tard, j'y suis encore* ». Elle est célibataire et vit seule semble-t-il.

Elle va ainsi travailler comme aide-ménagère à trois-quarts de temps et plus parfois (150 h par mois) pendant vingt ans, en recherchant sans chercher vraiment un travail administratif. Elle n'a pas de problème de santé important. Quelques réactions cutanées l'ont amené à porter des gants de coton sous les gants de ménage. Elle signale quelques lombalgies en cas de séances de repassage prolongées : elle est grande et très souvent chez les personnes âgées aidées, il n'y a pas de table de repassage, on repasse sur la table de cuisine. Elle se déplace en voiture d'une maison à l'autre. Pour elle, ce travail n'est pas vraiment pénible pendant les quinze premières années. Le problème, c'est la précarité ; une personne âgée hospitalisée et ce sont des heures en moins et un salaire qui baisse sans chômage technique. En 1992, elle fera un stage de formation lui octroyant un diplôme (CAFAD), formation qui ne lui a pas appris grand-chose, dira-t-elle.

À partir de l'année 2000, elle va travailler à mi-temps au service administratif de l'association d'aide-ménagère tout en restant à mi-temps aide à domicile. Elle me dira cette année-là : « *Les gens deviennent exigeants, on devient la femme de ménage. Avant, on avait un autre statut dans le regard des gens. Je travaille en mettant des limites !* ». Le travail administratif est varié, elle découvre l'informatique : elle prépare les feuilles de planning de ses collègues, fait des courriers, crée les nouveaux dossiers, s'occupe du renouvellement des dossiers. Il faut jongler pour les congés : assurer les congés des aide-ménagères tout en assurant la permanence auprès des personnes âgées ; ces dernières sont moins autonomes,

plus exigeantes, les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer restent longtemps à domicile. Quand elle a commencé à travailler, la moyenne d'âge des personnes aidées était de soixante-dix ans, maintenant c'est beaucoup plus souvent plus de quatre-vingts ans.

« *Ce travail, avec ces personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, c'est une grosse responsabilité : il y en avait une, c'était n'importe quoi avec le gaz. La consigne pour nous, ne pas sonner, entrer sans respirer et aller vérifier le gaz d'abord. Un monsieur seul déambulait la nuit dans la campagne avec un fusil, j'avais peur du fait-divers. Une autre me demandait de ranger le sucre sous le lit et le café dans le lit car elle croyait que sa fille venait chez elle la nuit. Chez un autre, j'ai un peu peur ; il a un appareil respiratoire compte tenu de ses problèmes pulmonaires liés au tabac, et il fume en même temps. Les médecins généralistes ne nous croient pas toujours* ». Beaucoup d'inquiétude, même si cela ne relève pas de sa responsabilité : la prise de médicaments pour les personnes aidées, qu'il s'agisse de personnes âgées ou de patients plus jeunes mais isolés sortant de service de psychiatrie.

Le travail administratif se complique avec la mise en place de l'APA et du GIR qui va déterminer le nombre d'heures d'intervention hebdomadaire chez les personnes âgées. À partir de 2004, elle a un poste à temps plein strictement administratif. Elle s'occupe toujours des « enquêtes » chez les personnes âgées lorsqu'il s'agit de réévaluer le temps d'aide pour refaire les dossiers à déposer auprès des organismes financeurs de la dépendance : les demandes auprès des CRAM doivent être faites tous les ans au lieu de tous les deux ans, les enveloppes des CRAM diminuent d'année en année avec l'arrivée de l'APA. Il faut gérer les contrats de travail des vingt-cinq aides à domicile quand l'association est mandataire pour une personne âgée employeur (embauche mais aussi licenciement en cas de décès) et ceci représente environ soixante-dix personnes âgées. Il faut aussi organiser les

congé des aide-ménagères, pourvoir à l'organisation de leur remplacement auprès des personnes âgées, en essayant de ne pas trop perturber celles-ci dans leurs habitudes « c'est du sur mesure », d'être juste pour préserver un temps de travail équitable pour les aides à domicile, d'assurer le lien avec les familles. Il faut revoir régulièrement les dossiers APA car des couples très dépendants sont maintenus à domicile avec des interventions des aide-ménagères trois heures par jour, y compris les week-ends, et ce sera quatre aides ménagères différentes qui interviendront. Parfois les relations avec les familles sont difficiles et parfois les familles sont loin. Il faut aussi gérer les relations avec les équipes d'infirmières qui interviennent pour les toilettes, mais qui passent moins de temps avec les personnes âgées que les aide-ménagères.

À partir de 2009, pour Paule, le travail se complique encore avec l'arrivée dans le canton d'un opérateur du secteur marchand de l'aide à domicile. Désormais, pour des raisons « d'objectivité » et pour éviter tout conflit d'intérêt, les enquêtes CRAM pour évaluer les besoins des personnes âgées sont faites par les assistantes sociales : les dossiers prennent du retard, doivent être refaits plusieurs fois, car les assistantes sociales n'ont pas la connaissance de l'évolution et du suivi des personnes âgées pour renseigner correctement les dossiers, mais ne peuvent être jointes facilement au téléphone, pour les rectifications indispensables. Les dossiers APA sont difficiles à mettre en place avec des dotations d'une seule heure quotidienne : difficile d'organiser le travail pour une heure d'aide à domicile. En même temps les enquêtes étant faites par un tiers indépendant, l'assistante

sociale, Paule perd peu à peu la relation avec les différentes personnes âgées, relation source de meilleure connaissance de la personne âgée dont elle a besoin pour organiser le travail et pour savoir que l'organisation mise en place est la plus satisfaisante pour tous (personnes âgées, aides à domicile, famille).

Le travail est devenu plus stressant, pas seulement parce que des personnes âgées de plus en plus dépendantes sont maintenues à domicile : mais le travail administratif est plus lourd, dépend de plusieurs personnes et d'administrations différentes ce qui empêche souvent l'anticipation, anticipation indispensable pour que les familles n'aient pas à faire l'avance des prestations. Faire face à des situations d'urgence : la personne âgée trouvée morte, la personne âgée à hospitaliser, l'aide-ménagère malade à remplacer au pied levé, « on sait faire maintenant » ; le stress n'est pas là.

Fin juillet 2010, à quelques jours du départ en congé de sa collègue responsable de l'association, à l'heure du petit déjeuner, Paule va présenter une douleur thoracique irradiée au bras gauche, qui persistera toute la journée sans l'empêcher d'aller travailler. Elle ne consultera le médecin que le lendemain et sera hospitalisée en cardiologie. C'est bien un syndrome coronarien aigu, survenant chez une femme non ménopausée, dit syndrome de tako-tsubo. Il n'y a pas de maladie coronaire sous jacente, il survient en général après un stress. Pourtant, pas d'autre stress que le stress professionnel chez Paule, **ce souci quotidien de l'organisation du travail au service de personnes âgées à domicile.**

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 : Dominique HUEZ

Comité de rédaction : Alain CARRÉ, Josiane CRÉMON, Annie LOUBET, Dominique HUEZ, Jocelyne MACHEFER, Alain RANDON, Nicolas SANDRET

Ont participé à ce numéro : Alain CARRÉ, Josiane CRÉMON, Albert DAVID, Benoît DE LABRUSSE, Jean-Marie EBER, Claude GARCIA, Dominique HUEZ, Florence JÉGOU, Annie LOUBET, Jocelyne MACHEFER, Alain RANDON, Camille SIBILLE

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie ROTOGRAPHIE — 93 100 Montreuil

DES FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX À L'ISCHÉMIE CÉRÉBRALE TRANSITOIRE

Jocelyne MACHEFER, médecin du travail

Remarque : ce texte peut se lire directement à partir du chapitre « Bilan clinique et professionnel de la consultation d'avril 2009 ». Toutefois, les deux premiers chapitres apportent des éléments intéressants.

M^{lle} L... née en 1953, sans enfant, vit avec son compagnon récemment retraité (il va reprendre ponctuellement son activité de consultant en tant qu'auto entrepreneur). M^{lle} L..., titulaire d'un bac G1 et d'un niveau capacité en droit, a repris des études en marketing commercial à l'âge de trente ans.

TRAJECTOIRE PROFESSIONNELLE

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES INITIALES : après un premier poste d'accueil en aéroport, elle travaillera dans l'immobilier : vente de maisons de caractère ; puis dans la décoration : travail en coopération avec bureaux d'études et architectes.

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES À L'ENTREPRISE ACTUELLE : salariée d'une entreprise de placement de main d'œuvre de la ville de S..., M^{lle} L... a été embauchée en 1984. Elle choisit de travailler dans une agence tout juste créée pour s'imposer un premier challenge. Alors qu'elle est d'abord secrétaire commerciale de l'agence, le médecin du travail note : « Ce poste ne correspond pas à sa formation professionnelle ». En août 1985, elle est secrétaire et prend la responsabilité de l'agence. Le médecin note : « Elle a la responsabilité de l'agence sans en avoir le salaire ». En 1987, les fonctions de responsable d'agence et d'attachée commerciale sont clairement reconnues. Elle a toujours conservé ce poste avec un fort investissement jusqu'à aujourd'hui. L'entreprise qui comportait trente-cinq agences en 1984, en compte aujourd'hui plus de trois cents en France et s'est développée à l'étranger.

TRAJECTOIRE DE SANTÉ

La notion de **surmenage professionnel** est prise en compte dans son dossier dès 1987.

CLINIQUE EN 1987

On trouve des notions de douleur thoracique, de la région cardiaque, avec irradiation du bras gauche l'obligeant à s'arrêter : durée courte (une à deux mn), de céphalées occipita-

les et frontales, avec parfois des nausées d'accompagnement. Le médecin du travail note une TA à 12/7 mais aussi « un surmenage professionnel actuel +++ » (...) « Elle est très fatiguée avec de nombreuses manifestations fonctionnelles ». Des calculs vésiculaires sont également signalés. Elle est orientée chez le cardiologue qui constate : hypercholestérolémie ; hypertriglycéridémie ; HTA diastolique. Un test d'effort se révèle négatif mais avec « récupération médiocre et persistante d'une tension diastolique toujours élevée ».

CLINIQUE EN 1989 : HTA à 15/10 ; tachycardie à 100 ; douleur du membre supérieur gauche permanente ; angoisse. Elle a cessé l'hypolipémiant prescrit par le cardiologue. Elle est à nouveau orientée chez le cardiologue qui précise que l'examen est satisfaisant avec une tension artérielle initialement à 14/10 mais s'atténuant progressivement avec une chute à 12/8 en position debout. L'auscultation est marquée par le claquement des bruits du cœur, sans plus ; ECG normal. Le cardiologue, dès 1989, précise qu'elle « garde un surmenage d'ordre professionnel... une dizaine d'heures par jour » et que la symptomatologie s'atténue lorsqu'elle est en vacances.

Il préconise un bilan complet de cette hypertension diastolique persistante et une diminution de l'activité professionnelle au profit du sport et de la relaxation. Le bilan se révélera normal.

ELLE SERA REVUE 1991 : Elle est suivie en raison de calculs vésiculaires. La TA est à 13/8.

EN 1992 : Toujours au même poste, elle présente une TA à 16/10 mais n'a pas revu le cardiologue depuis deux ans. Son cholestérol est à 3g /l. La lithiase vésiculaire a été confirmée cette même année 1992 par échographie. Le médecin du travail note des migraines, de la « neurotonie avec un petit tremblement ». Elle vit maritalement. Elle fait du yoga.

EN MARS 1994 : Lors de la consultation systématique annuelle, on lit : « Depuis novembre 1993, fatigue, névralgie

membre supérieur gauche irradiant au sein gauche ; malaise dans une ambiance de surcharge de travail et de surinvestissement ; TA à 14/10, repassée à 13/10 ; troubles du sommeil ; cholestérol à 2,80 g/l ; yoga depuis septembre 1992 ; marche ; vélo ; travail plus de 8h/j ; mange à l'agence ».

EN 1995 : la TA est à 12,5/7 et l'examen est normal.

LORS DE LA CONSULTATION DE 1997, le médecin du travail précise qu'elle fait du démarchage sur plusieurs départements et relate un événement marquant en mai 1996 : « Malaise avec PC sans prodrome, ayant duré quelques heures. Se rendant en centre-ville pour acheter un repas tout préparé, elle a perdu connaissance... » ; « J'étais très fatiguée ». TDM cérébral et EEG sont pratiqués : normaux. Bilan cardiologique normal, bien qu'elle signale des palpitations. Sa TA est à 14/8. Un épisode plus paisible suivra de 1998 à 2003.

À LA CONSULTATION DE 1998, elle est sereine : elle va bien et sa TA est à 12/7. Le médecin du travail précise que son poste de responsable d'agence concerne deux villes à cinquante kilomètres de distance, ce qui multiplie les déplacements en voiture. On lit par ailleurs qu'elle a trouvé un nouvel équilibre affectif depuis dix-huit mois.

EN 1999, ON NOTE : une semaine d'arrêt en février ; fatigue et en août, une sensation d'oppression et de fatigue. Sa TA est à 12/7.

EN 2000 : sommeil irrégulier ; TA à 12/7

EN 2003 : son poste comporte des horaires de 9 h à 19 h. Elle habite à trente kilomètres de l'agence. Ses déplacements professionnels sont par ailleurs de 25 000 km/an. TA à 12/7. Elle a présenté une tendinite récidivante du tendon d'Achille.

EN 2004 : on lit qu'elle a fait un malaise en janvier, rattaché à la fatigue. Le mois suivant, sa TA est à 12/7.

EN 2005 : elle a présenté un lumbago rattaché à des problèmes de postures lors de la manutention de cartons et reconnu comme accident du travail. Les contraintes professionnelles signalées dès 2005 et jusqu'à ce jour sont : déplacements professionnels, surcharge mentale, horaires atypiques, stress professionnel. Elle est déclarée inapte temporaire et reprendra plus tard sans limite à l'aptitude. TA à 12/7.

EN 2007 : contraintes de poste identiques. TA à 13/8.

EN 2008 : elle reprend après un accident de travail d'avril 2008 (huit jours d'arrêt de travail) : elle a présenté des douleurs intercostales en raison, à nouveau, de manutention de cartons (accident de travail). L'aptitude est la suivante : « Apte avec aménagement de poste : pas de trajet en voiture de plus de 50 km par jour jusqu'en juillet 2008. »

EN 2009 : elle reprend après un arrêt classé rechute de son accident de travail de 2008. Elle est toujours tendue et présente des dorsalgies. Le médecin du travail met en évidence de nombreux trajets et limite l'aptitude ainsi : « Apte

avec restriction : pas de trajet professionnel en voiture à plus de 50 km de rayon de son agence ».

BILAN CLINIQUE ET PROFESSIONNEL DE LA CONSULTATION D'AVRIL 2009

Remarque : c'est la première fois que je rencontre cette salariée sur un nouveau secteur professionnel.

ANALYSE DE LA DEMANDE

Elle se présente à la demande de son cardiologue pour une visite médicale de reprise du travail après cinq semaines d'arrêt. Le cardiologue note le « stress professionnel » et le « surinvestissement », l'« hyperactivité » et souhaite un aménagement du poste de travail. Le cardiologue est amené à préciser les événements de 2008 :

« En avril 2008, suite à un mouvement de torsion du tronc au travail, apparition d'une violente douleur très contracturante avec malaise vaso vagal, chute tensionnelle à 7 relevant de l'appel du SAMU, d'une brève hospitalisation aux urgences avec caractère rassurant des examens cardiologiques, mais avec des contractures ++ dans un contexte de stress professionnel répété et d'hyperactivité... » Il rappelle le suivi cardiologique régulier et le taux de cholestérol à 3,20 g/l, la tension extrêmement instable, des pics tensionnels. Elle est par ailleurs suivie pour ostéoporose. Pas de tabagisme.

LA CONSULTATION D'AVRIL 2009 EST L'OCCASION DE ME FAIRE PRÉCISER SA SITUATION CLINIQUE RÉCENTE ET SA TRAJECTOIRE PROFESSIONNELLE

Elle a eu quinze jours d'arrêt en 2008, reconnus accident de travail en raison de la dorsalgie violente : elle considère aujourd'hui que cette dorsalgie est apparue dans un contexte d'anxiété... en janvier 2009. Elle a eu trente-sept jours consécutifs d'arrêt : rechute de l'accident de travail de 2008. Elle évoque à cette occasion des tensions musculaires et des dorso-lombalgies et sciatalgies chroniques invalidantes. Elle porte un lombostat pour les trajets.

Au plan professionnel, elle relate ses vingt-cinq ans de responsable d'agence avec, en réalité, un « mi-temps » consacré aux villes environnantes afin de réaliser :

- L'ouverture de l'agence de la ville de C... et sa fermeture actuellement d'où les aller/retour.
- Les coups de mains à l'agence de la ville de L..., il y a dix ans et ses aller/retour.
- L'installation de l'agence de la ville de F..., fermée actuellement.

« Je suivais commercialement ces agences ; ça marchait très très bien. La direction a souhaité restructurer il y a quatre ans. J'ai toujours énormément donné avec une première alerte en 1989. Un problème d'HTA d'où le suivi cardiologique depuis. » ; « À l'agence de la ville de C..., ils ont voulu quelqu'un de plus jeune que moi. Ça a débouché sur un turnover du personnel de l'agence. J'ai du reprendre il y a trois ans car ça périclitait » ; « J'ai

*toujours fait des interventions ponctuelles et état des lieux sur la ville de M... pour "éteindre les feux" » ...
« Je suis toujours allée sur la ville de F... »*

Pendant son exposé, je note la parole saccadée, rapide, la bouche sèche, le visage tragique.

L'évolution de l'organisation du travail en 2009 a des répercussions

L'année 2009 est difficile après la crise financière internationale de 2008. *« Le monde du travail est bousculé. Je n'ai pas les résultats que j'avais. On me met des objectifs que je ne peux tenir : je reçois des mails injonctifs, répétitifs, demandant des quotas non réalistes. D'autres fatiguent dans l'agence, à cause de cette pression. »*

Elle insiste sur son engagement avec vécu de non reconnaissance de la part de la hiérarchie. Elle détaille son investissement dans les entreprises utilisatrices, pour mettre en avant son éthique professionnelle à laquelle elle tient car donnant sens à son métier :

- par rapport à la sécurité, aux risques auxquels le personnel intervenant est soumis ;
- par rapport à l'aspect social de sa démarche, mission pour l'insertion et tout particulièrement de cas sociaux ;
- par rapport au respect de la législation dont il faut suivre l'évolution en permanence.

« Je préfère ne pas accepter le contrat proposé par l'entreprise utilisatrice si les conditions de travail ne sont pas suffisamment acceptables plutôt que d'avoir des fleurs pour le nombre de contrats décrochés et des reproches pour les accidents de travail à venir. En cas d'accident de travail, j'en fais l'analyse et recherche les actions correctives. » Et enfin : *« les audits analysant la sécurité, les postes de travail, la législation en rapport avec les contrats et le respect des normes qualité sur la ville de S... (où elle exerce) sont toujours positifs ! »*

Une nouvelle responsable de secteur, arrivée en 2008, se voudrait injonctive. Au plan organisationnel, ces postes de responsables de secteur se situent sous le grade de directeur de région. Cette nouvelle responsable a mis en place des « opérations coup de poing » : *« Elle désigne une ville. S'il le faut, je dois aller à l'autre bout de la région: on arrive dans une zone industrielle à plusieurs collègues... Il faut frapper aux portes des entreprises et prospecter en synergie avec les collègues. Mais le temps de déplacement sur la ville (jusqu'à cinq heures de route ou de train) n'est pas compté comme temps de travail ! »* ; *« Toutes ces entreprises visitées dans la journée, c'est plaisant, mais la nuit, les douleurs articulaires diffuses entraînent de l'insomnie. »*

« J'avais trois cents personnes à gérer. Avec la crise, il en reste cent et le suivi de gestion et l'écoute des trois assistantes » ; *« Toutes ces choses à faire dans un temps imparti très réduit, avec relance téléphonique ou informatique ! »* ; *« On me demande de reprendre le secteur commercial de la ville de L..., de celle de G... ».*

L'examen d'avril indique : des cervicalgies, des troubles du sommeil avec des nuits de cinq à six heures et récupération le week-end : nuits de dix à onze heures avec sieste l'après-midi ; des difficultés à dormir dans la nuit de dimanche à lundi ; une fatigue dès le réveil depuis cinq à dix ans, durant deux heures le matin mais sans somnolence postprandiale. Elle a conservé le désir de se lever, d'aller au travail mais elle a réduit ses activités sportives (marche, vélo, gym) en raison de dorsolombalgies et elle a cessé la vie culturelle et associative. Par contre elle jardine et aime la décoration, la peinture, l'écriture. Elle est sous ATARAX^o (12.5 mg le matin, 25 mg le soir) ; sa TA est à 15/10. À l'examen, malgré ce traitement, je note des tremblements, mains moites, paresthésies des extrémités, logorrhée, larmes, fatigue.

Face à cet épuisement professionnel, elle envisage sur ses conseils de rechercher les facteurs professionnels actuellement en cause et tout particulièrement du côté de la diminution des marges de manœuvre.

Elle commence à cogiter pendant la consultation :

- Comment la responsable de secteur peut-elle évaluer de façon identique les collègues sans tenir compte de l'ancienneté, de la fidélité des entreprises, de la confiance installée avec les entreprises utilisatrices et avec les salariés intervenants ?
- Pourquoi vouloir faire abstraction du chômage partiel dans l'automobile et la métallurgie ?
- Les tâches administratives se multiplient indépendamment du nombre de salariés et d'entreprises.
- Comment ne pas tenir compte du secteur vaste en raison du suivi d'agences des villes voisines ?

Je la reverrai dans un mois car elle souhaite échanger sur l'organisation du travail de l'entreprise et mon planning de ce jour ne le permet pas. Elle est apte à condition de ne pas dépasser un rayon de cinquante kilomètres lors de ses déplacements.

L'ANALYSE DE MAI 2009

Mlle L... évoque le bienfait de ses vacances passées, récentes et à venir et de son traitement antalgique. Elle diminue les rendez-vous avec les entreprises malgré le quota demandé. Elle a commencé à retourner sur l'agence de L..., mais pas quotidiennement. Elle se concentre sur la ville de S...

Elle retrace les interventions passées des chefs de région. Elle considère que pendant ses quinze premières années, on reconnaissait son travail. Son responsable de région se déplaçait régulièrement et lui donnait toute l'autonomie voulue : *« Nous étions encore une petite entreprise. »* Les dix années suivantes, deux régions ont été regroupées. Le responsable de secteur a appliqué la politique du laisser-faire et est resté distant. Depuis, il a été licencié. Depuis deux ans, une nouvelle responsable de secteur reprend en main quelques agences sur trois régions et resserre l'étau sur toutes ces agences sans distinction. Son management, à distance, essentiellement par téléphone et par courriels, serait rigide et ne tiendrait pas compte de la réalité du terrain.

Clinique : sa TA est à 13/10. Elle prend toujours de l'ATARAX° en cas de besoin.

Nous en arrivons à la même restriction d'aptitude et elle se dit plus sage, plus décidée à « mettre de la distance » entre son travail et elle.

BILAN DE LA CONSULTATION DE JUIN LA DISTANCIATION S'INSTAURE

Elle évoque son vécu de manque de temps face au surcroît de travail. Elle cherche à lâcher prise et dit avoir signalé par courriel à sa direction (à sa responsable de secteur, à son directeur de région) qu'elle ne tiendrait pas les objectifs demandés. Elle a mis à plat le modèle d'organisation qui lui est imposé en démontrant que c'est calqué d'une agence à l'autre, indépendamment de la réalité de terrain. Elle sait que sur d'autres régions, la pression n'existe pas de la même façon ou peu, par petit appel téléphonique. Elle note le vocabulaire guerrier du manager : « *Il faut attaquer* ».

Au plan clinique, L'accident du travail n'est pas consolidé. Elle attend beaucoup de ses congés à venir (dans deux mois !). Elle est sous MAGNÉ B6°, PARACÉTAMOL°, TÉTRAZÉPAM°, LAROXYL° en gouttes, ATARAX° : un demi le soir. Ce dernier mois, elle a souvent ressenti des paresthésies des quatre membres, contractures des membres inférieurs, mains moites. Les tremblements diminuent. À la reprise après congés, est apparu un bref épisode de diarrhée et de forte transpiration. Elle évoque une hyperémotivité s'accompagnant de vécu de tension musculaire. À l'examen, elle présente des contractures paravertébrales diffuses (cervicales, dorsales, lombaires).

Elle me paraît fatiguée mais apaisée, donnant l'impression d'avoir su convaincre sa responsable de secteur. C'est d'autant plus facile pour M^{lle} L... qu'elle a toujours des résultats corrects au niveau national. Elle est à nouveau déclarée APTE en limitant le rayon d'action à cinquante kilomètres.

CONSULTATION D'OCTOBRE 2009 UN PEU D'AUTONOMIE RETROUVÉE

Elle est suivie par un médecin de médecine physique fonctionnelle en raison de contractures persistantes du tronc, y compris en congés, par intermittence, avec des crampes musculaires diffuses, mobiles siégeant aux membres inférieurs et plus ou moins aux membres supérieurs. Elle est sous LAROXYL° avec de la kiné dont électrothérapie, une heure quinze par semaine. Sa TA est à 13,5 / 10,6 et le pouls à 77.

Elle présente une raideur lombaire (mains/sol : 35 cm) avec lasègue droit et gauche à 30°. Douleur à la pression L₄ - L₅ (++) et L₅ - S₁ (+++) et du premier trou sacré (droit et gauche). Aujourd'hui, elle se sent rouée de coups, au niveau lombaire. Elle évoque des « coups de barre » dans la matinée puis à partir de 17 h.

Lorsqu'elle évoque son travail, elle démontre sa prise de distance par rapport à la prescription mais l'investissement consenti pour y arriver semble, lui aussi, source d'épuisement. Elle a, en effet, rencontré sa responsable de secteur à qui elle a fait part de son management vécu comme déshumanisé, du vécu d'absence de reconnaissance, de la remise en cause des compétences, de la pression exercée pour accroître le nombre de rendez-vous dans les entreprises. Elle a contre argumenté, mettant en avant son ancienneté, la confiance et la fidélité des clients. Elle a « emmené » sa responsable de secteur dans les entreprises pour le lui démontrer. Elle a planifié et obtenu que la responsable de secteur rencontre les assistantes de M^{lle} L... et réponde à leurs questions. M^{lle} L... affirme avoir pu lui dire : « *Si je ne peux plus faire du nombre, c'est que je ne peux plus. Physiquement, je ne peux plus.* »

Depuis, les courriels de sa responsable de secteur diminuent, sans qu'elle ait officialisé sa décision. Or, M^{lle} L... a encore remporté, avec son agence, un challenge où elle est classée deuxième sur trois cent agences. La cohésion de l'agence est toujours intacte. On lui a reproposé de s'occuper de l'agence de la ville de L..., ce qu'elle a refusé !

Toutefois, elle dit ne pas compter ses heures et les horaires officiels 9 h-12 h puis 14 h-18 h se prolongent jusqu'à 19 h et les heures de train ne sont pas incluses dans le temps de travail.

Elle est épuisée mais elle âgée de cinquante-sept ans et elle espère tenir à ce rythme, certaine d'avoir convaincu sa responsable de secteur. Le fait qu'elle ait pris du recul par rapport à l'organisation du travail et son analyse critique possible, dicible, me rassurent. M^{lle} L... repart avec sa fiche d'aptitude et ses restrictions d'interventions à cinquante kilomètres.

LE CRASH D'OCTOBRE 2009

Si elle a su gagner la confiance de sa responsable de secteur, par contre, elle n'a pu échapper à une réunion commerciale des responsables d'agences, organisée dans la ville de R... par le directeur régional, début octobre. Cette réunion faisait suite à des départs « volontaires » ou des licenciements de responsables d'agences. Ils étaient peu nombreux (cinq) à cette réunion d'octobre et depuis, le responsable de l'agence de R... a été licencié (cinquante et un ans).

M^{lle} L... explique que ce jour-là, les propos « incisifs » « balancés » par le directeur régional aux responsables d'agences étaient difficiles à répéter : « *Je n'ai pas pu les répéter le soir, en rentrant chez moi* ». Aujourd'hui encore, visage tragique, yeux embués, elle ne parvient pas à répéter ces propos : « *C'était hyper dévalorisant. On était des nuls, moi qui suis super investie !* » ; « *J'ai honte de répéter... qu'il fallait qu'on se bouge le cul... Qu'on n'était pas comme les France Télécom où une personne s'est jetée par la fenêtre. Les collègues étaient aussi indignés que moi !* » ; « *Pendant l'intervention de ce chef de région, avec affichage des résultats individuels, il fallait argumenter devant les autres, sans pouvoir le faire. J'étais*

la première à être confrontée à cette critique et ne m'y attendais pas. J'ai commencé à avoir des pulsations (frontales, temporales), des difficultés de concentration. À la sortie, je me suis écroulée en sanglots, submergée, anéantie. Mes collègues m'ont aidée et accompagnée au train. » ; « À 19 h 20, pendant le retour en train, j'ai ressenti une douleur et engourdissement du bras gauche, de la joue gauche et une altération de la vue de l'œil gauche. »

Il est étonnant de constater qu'elle est rentrée chez elle sans consulter : « **Je me suis dit qu'avec le contenu de la réunion, c'était pas le moment de se prendre un arrêt de travail** » ! Pendant les trois jours qui suivent, au bureau, elle présente lombalgies, vécu de tension globale et engourdissement du côté gauche du visage. Mi-octobre, une semaine après le « crash », elle constate une asymétrie du visage « bouche partant sur le côté ».

Par hasard, elle est convoquée deux jours plus tard (J+10) dans le bureau du médecin conseil à propos de l'accident du travail d'avril 2008, avec rechute 2009, toujours non consolidé et toujours en soins (kinésithérapie et électrothérapie). Le médecin conseil ne consolide pas et confronté aux troubles neurologiques, pose l'hypothèse d'ischémique cérébrale transitoire (ICT). Le médecin traitant, le même jour, découvre l'état de sa patiente et l'oriente aux urgences pour doppler, scanner. Le neurologue qui la reçoit pratiquera une IRM une semaine plus tard (J+17) qui se révélera normale.

Mais c'est une journée où elle n'a pu aller travailler. Alors, onze jours après les événements à l'origine des troubles neurologiques, M^{lle} L... adressera un courriel à sa responsable de secteur pour s'excuser de cette journée d'absence en précisant son passage par les urgences et le motif.

Pendant tout le mois suivant l'IRM, elle décide de visiter toutes les entreprises du secteur agro-alimentaire ! Épuisée, à la mi-novembre : « J'aurai fait tout ce que je devais faire », elle aura un arrêt de travail de trois semaines (rechute accident de travail). Début décembre, l'employeur fait une déclaration d'accident du travail relatif le « malaise » dans le train, après la journée régionale d'octobre. La CRAM lui adressera un formulaire à remplir afin d'explicitier son « malaise » survenu dans le train.

LA CONSULTATION DE MI-DÉCEMBRE 2009

Mi-décembre, jour de la consultation, neuf semaines après le « crash », elle m'en fait d'abord le compte rendu. Je tente de mettre en forme le diagnostic clinique correspondant aux événements. Je constate que M^{lle} L..., qui a présenté depuis la journée régionale, un hyper éveil et syndrome de répétition de l'évènement traumatique (les images du responsable et ses propos s'imposent à la conscience malgré ses efforts et la présence attentive de son entourage ; les propos et le comportement du directeur régional d'octobre 2009 sont encore difficiles à me restituer, tardivement, par bribes, les mots n'arrivant pas à sortir ; avec les yeux embués), conserve un syndrome d'évitement vis-à-vis de

son directeur de région. Elle serait bien incapable de le rencontrer. On peut poser le diagnostic de syndrome post-traumatique (F43.0 de la classification du CIM 10).

Nous reprenons point par point les symptômes apparus initialement, pendant la confrontation au directeur régional d'octobre :

- Elle a alors un vécu de tension musculaire de tout le corps et une lombalgie croissante, se sent alors incapable de se détendre.
- Elle se sent contractée avec une oppression thoracique.
- Mains moites, bouche sèche.
- Elle tente de réprimer un tremblement des mains.
- Elle présente une tachycardie, des acouphènes, des pulsations des tempes jugées rapides.
- Elle cherche à se contrôler à tous prix ; a peur de perdre le contrôle ; a la sensation d'être à bout ; elle a des céphalées frontales, temporales et la tête dans un étau qui se resserre ; elle a peur que ça éclate.
- Elle est émotionnellement au bord des larmes.
- Les bruits, les paroles de son interlocuteur lui semblent lointains (dépersonnalisation).
- Elle n'a plus d'espoir.
- Elle dit avoir des difficultés croissantes de concentration, la situation lui semble irréelle (déréalisation).
- Elle réprime ses larmes jusqu'à exploser en sanglots à la sortie, sur le trottoir, ne pouvant plus contrôler ce débordement.

On retrouve ainsi la « réaction aigüe à un facteur de stress de gravité moyenne » (F43.01 du CIM 10) qui précède l'ischémie cérébrale transitoire puis le syndrome post-traumatique.

Sa fiche d'aptitude indique alors : « **APTE sous réserve d'amélioration rapide des conditions managériales de travail avec contraindication formelle au management par le stress et en limitant ses déplacements à un rayon de 50 km** ».

Le service des ressources humaines de son employeur demandera par courrier recommandé (janvier 2010) des précisions par rapport à cette fiche d'aptitude. J'y réponds ainsi :

« Votre courrier du ... m'est bien parvenu mais il est néanmoins resté sans réponse à ce jour, car nous sommes dans l'attente de l'avis de la CRAM, service AT/MP en ce qui concerne l'accident du travail d'octobre 2009 de M^{lle} L.... Pour l'instant, le secret médical s'impose et c'est l'avis inscrit sur la fiche d'aptitude du .. décembre 2009 renouvelé le .. janvier 2010 qui prévaut. Cet avis s'appuie à la fois sur la clinique constatée, massivement en lien avec des éléments de la sphère professionnelle et aussi sur les fiches d'aptitude antérieures, limitant les déplacements à un rayon de cinquante kilomètres. Il s'agit bien d'un rayon d'action de cinquante kilomètres, ce qui équivaut à deux allers retours par jour, si besoin, pour se rendre dans une ville voisine jusqu'à cinquante kilomètres de distance environ.

Espérant pouvoir reprendre rapidement contact avec vous (tout dépend de la réactivité de la CPAM à réception des élé-

ments diagnostiques complémentaires fournis par la consultation de pathologie professionnelle) je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées. »

Elle accepte alors l'idée d'une consultation en pathologie professionnelle car elle a, malgré tout, conscience d'aller trop loin et de prendre des risques pour sa santé.

LA CONSULTATION DE JANVIER 2010

Elle permet de faire le point sur l'évolution de ses conditions de travail : **son directeur de région** qui a commencé sa carrière aux mêmes fonctions et en même temps qu'elle, **l'a appelée après les fêtes de fin d'année et lui a reproché de ne pas se remettre en cause. Il n'a pas apprécié la déclaration du malaise en accident du travail car le CHSCT, dit-il, va s'en emparer. La fiche d'aptitude ne lui convient pas non plus mais il ne l'a toutefois jamais contestée de façon officielle.**

Elle n'a pas répondu mais au fil de la conversation, elle lui a dit son incapacité à faire autant de visites d'entreprises que ce qui lui est demandé et son choix à elle de privilégier sécurité, législation et qualité... « *Il faudrait être bon partout sans moyen supplémentaire* ». Elle n'a plus de syndrome d'évitement à son égard.

« *Maintenant, c'est fini de partir à 21 h. Je fais des horaires corrects* ». Elle dit avoir tout fait pour l'entreprise : « *Je n'ai plus rien à prouver. Je continue la prospection à mon rythme et sans dépasser les horaires. Ils prendront la décision qu'ils veulent. Je ne partirai pas de moi-même.* »

Au plan clinique, elle a rencontré son cardiologue qui l'a rassurée par un nouveau bilan cardiaque. Si l'inaptitude s'avérait nécessaire, elle se dit prête à l'accepter. Elle continuerait à travailler comme consultante pour des entreprises. Au plan administratif, le malaise n'a pas été reconnu comme accident de travail par la CPAM, bien que le médecin conseil ait donné un avis favorable.

La consultation permet de valider le document à destination de la consultation de pathologie professionnelle, document correspondant à la monographie ci-dessus. Mais j'apprends que le malaise ne peut être reconnu accident de travail. Après avoir pris contact avec le service AT/MP de la CPAM, un courrier à destination de la consultation de pathologie professionnelle complète ainsi la monographie :

« *Cher collègue,*

Le service AT/MP de la CPAM n'a pas les éléments suffisants pour reconnaître le "malaise" du .. octobre 2009 de M^{lle} L... en AT. En effet :

- *Le terme de malaise n'est pas un terme clinique suffisant pour un accident de travail.*
- *Le service AT/MP de la CPAM n'a pas eu de certificat médical initial, en l'absence de consultation de M^{lle} L..., le jour même de l'accident de travail.*
- *Le "malaise" a été déclaré accident de travail tardivement (deux mois après) par son employeur.*

➤ *Aucun document médical ne fait le lien entre "malaise" et la réunion organisée par le directeur régional du même jour.*

Or, selon mon hypothèse, M^{lle} L... a présenté une réaction aigüe à un facteur de stress et des manifestations neurologiques d'origine vasculaire (ICT) y ont fait suite, dans le train du retour. Nous n'avons aucun élément complémentaire sur le diagnostic de ces manifestations somatiques, le neurologue qui a suivi ce dossier étant lui-même en arrêt de travail actuellement. L'hypothèse d'une ICT reste posée.

Selon le service AT/MP, la confirmation d'une réaction aigüe à un facteur de stress du .. octobre 2009, avec syndrome post traumatique secondaire dont un syndrome d'évitement ayant persisté jusqu'aux congés de fin d'année, soit trois mois, reliés aux évènements de la réunion organisée par le directeur régional de M^{lle} L..., pourraient éclairer le dossier dans le but de reconnaître le "malaise" en accident de travail. L'ICT pourrait également être mis en lien avec l'évènement traumatique et l'épuisement professionnel... »

LA CONSULTATION DE PATHOLOGIE PROFESSIONNELLE DE JANVIER 2010

Extrait de compte rendu : « ... On notera qu'antérieurement à l'accident, M^{lle} L... présentait un état d'épuisement professionnel caractérisé (CIM 10-Z73.0) mentionné dès 1987 dans le dossier de médecine du travail et qu'elle a présenté le .. octobre 2009, pendant la réunion régionale de R..., une réaction aigüe à un facteur de stress (CIM 10-F43.0). Dans les heures qui ont suivi, elle a présenté des symptômes neurovasculaires ayant fait retenir le diagnostic d'accident ischémique transitoire par les urgentistes puis par le neurologue. M^{lle} L... est toujours sous KARDÉGIC^o depuis.

Dans les semaines qui ont suivi, elle a présenté un syndrome post-traumatique associant la triade : syndrome de répétition, syndrome d'évitement, hyper vigilance (CIM 10 - F43.1)... ».

ÉPILOGUE

Un an après, aucun membre du CHSCT n'a contacté M^{lle} L... Le médecin conseil, muni d'un courrier du médecin du travail et de la confirmation diagnostique du médecin de consultation de pathologie professionnelle, accepte volontiers la notion d'accident du travail mais comme souvent, c'est du côté administratif que ça bloque. M^{lle} L. a reçu une réponse négative pour cette prise en charge au titre de l'accident du travail et quelques temps plus tard, paradoxalement, de nouveaux formulaires pour renseignements complémentaires ! Elle va tenter de faire avancer son dossier.

Elle est prise en charge par un médecin de médecine physique fonctionnelle pour une fibromyalgie, exerce toujours, avec prudence, le même métier et espère une inaptitude en 2012.

HISTOIRE DE BOULANGER

Annie LOUBET, médecin du travail

Monographie clinique
présentée lors de la Journée de Printemps SMT du 19 mars 2011

Michel est né en 1965. Il est le cinquième d'une fratrie de sept. Ses parents sont agriculteurs et il a vingt-deux ans quand je fais sa connaissance en 1987. Il vient de faire son service militaire après avoir fait un CAP de boulanger.

Il travaille depuis trois mois lorsque je le vois en visite d'embauche. Visite d'embauche banale : je note simplement une dermatose sèche couvrant la face palmaire de la main droite, bien circonscrite, prurigineuse, avec parfois des crevasses. Je lui recommande de prendre éventuellement l'avis d'un dermatologue. Il travaille de minuit à 9 h du matin, six jours sur sept. Ils sont trois : deux boulangers dont le patron et un pâtissier. Il dort en général de 15 h à 22 h et aide ses parents à la ferme selon la saison.

Les années suivantes, je n'aurais pas beaucoup plus d'information sur le travail. L'approvisionnement des trois pétrins est manuel par sacs de 50 kg. On utilise en moyenne 600 kg de farine par nuit. La fabrication reste artisanale, une grosse partie est façonnée à la main. Michel participe à toutes les étapes de la fabrication, mais est souvent au four. Il qualifie son travail de dur (les horaires, le travail le week-end et les jours fériés), mais l'ambiance est bonne ; il apprécie de transmettre aux apprentis quand il y en a. « *C'est un plaisir de faire du pain, on en apprend tous les jours : tout est intéressant.* » Il est toujours célibataire : « *Être à son compte, j'ai l'âge mais faut-être poussé par quelqu'un.* »

EN OCTOBRE 2001, le patron prend sa retraite : le nouveau patron est plus jeune que lui. Michel est déstabilisé, il me dit avoir du mal à vouvoyer le patron qui veut réduire ses horaires de travail et organiser le travail différemment. Néanmoins, il vient travailler avec plaisir « *Je prends le travail comme il vient* ». Il est souvent seul au four, « *pourtant ce serait mieux de cuire à deux* ». La plaque eczémateuse de la main n'a pas évolué et il n'a jamais consulté. Il n'a aucune manifestation d'intolérance à la farine, aucune douleur.

EN 2002, Michel signale que ses horaires ont changé : il commence plus tard en fonction de l'humeur du patron. Il travaille toujours six nuits sur sept mais on est passé de cin-

quante à soixante heures hebdomadaires à trente-cinq heures et quelques heures supplémentaires. Il est le seul ancien à être resté ; il a le sentiment qu'on le pousse à partir. Le travail est intense « *Si on a 5 mn, il est toujours là pour pousser ; on fait de la moins bonne qualité qu'avant. Mon collègue casse du matériel, il ne lui dit rien. Je voudrais m'installer mais je n'ai pas de femme* ».

OCTOBRE 2003 : il n'y a plus d'horaire fixe ; c'est trente-cinq heures en six jours ; il commence à 3 h et part quand le patron lui dit et n'apprécie pas de ne pas savoir à quelle heure on finit. Il est le seul boulanger avec le patron, qui maintenant fait la pâtisserie. Il n'y a pas de conflit réel mais une tension. Pourquoi, ce jour-là évoque-t-il le suicide d'un ancien salarié, le départ d'autres salariés, l'accident mortel d'un jeune boulanger. Il rumine beaucoup et s'en va en me disant « *Si un jour vous voyez dans le journal qu'on m'a mis dans la caisse...* »

DIX-HUIT MOIS PLUS TARD : un accident à la ferme lui a valu une fracture de clavicule et un arrêt de six semaines. Il a encore quelques difficultés à lever le bras. Au travail « *C'est toujours la course permanente. On ne soigne pas le travail comme on devrait le faire* ». Pendant cet arrêt de travail, l'eczéma de la main a totalement disparu. Au niveau de l'épaule et de la clavicule, malgré quelques douleurs et quelques difficultés à lever le bras, le résultat esthétique et fonctionnel est bon.

DÉCEMBRE 2006. Michel travaille maintenant à partir de 3 h du matin mais jusqu'à ce que le travail soit fini ; il part en même temps que le patron qui lui vient à partir de 11 h. Il travaille seul le week-end et vient plus tôt alors : « *Il faut courir deux fois plus vite, on n'en fait jamais assez, il n'y a plus d'apprenti ; le patron a même enlevé la radio. On a dû prendre ses méthodes.* » L'eczéma des mains a réapparu, il n'y a pas de gêne respiratoire, le test spirométrique est parfait. Il n'a pas beaucoup l'occasion de discuter avec la vendeuse (belle-mère du patron). « *Je vois bien que je ne suis pas fou, mais on me pousse à partir.* » La tension artérielle s'élève un peu.

FIN SEPTEMBRE 2008 : la situation n'a guère évolué. Les horaires sont les mêmes. L'eczéma des mains a disparu mais le VEMS est un peu abaissé. « *Je mets le poing dans la poche ; je travaille seul le dimanche car il va à la chasse et le mardi, il trouve toujours que j'ai été trop long, ça agace ; lui il travaille vite.* » Dans les faits Michel travaille à la tâche. « *On ne soigne pas le travail, on vous rabaisse tout le temps, c'est dur quand on sait qu'on ne traîne pas pourtant. Le patron travaille à un rythme insoutenable pour moi.* » La TA est à 16/10 et à l'auscultation pulmonaire et au test spirométrique, il y a un petit spasme bronchique. Je l'adresse à son médecin traitant, en évoquant les facteurs professionnels (travail de nuit, relations tendues avec le patron). Michel a alors quarante-trois ans.

31 OCTOBRE 2008 : visite spontanée de Michel à 8 h du matin après une nuit de travail (il a attendu mon arrivée et s'est garé en cachant sa voiture pour que personne ne voit qu'il était venu voir le médecin du travail). Il me signale que depuis juillet une plaquette insecticide, dont il a pris les références (insecticide à 2 % de pyrèthre) et des photos qu'il me montre ont été installées sur un des murs du fournil. Pour lui, cette plaquette est à l'origine de céphalées d'apparition récente chez lui. Il évoque alors un malaise vagal survenu il y a trois ans lors de l'arrosage au travail de l'anniversaire d'un collègue : « *Pour moi, ils avaient mis quelque chose dans mon verre* ». Il enchaîne sur des problèmes de voiture qu'il a eu du temps de l'ancien patron : un accident de durite et des roues desserrées. Depuis qu'il garde ses clefs dans sa poche, il n'a jamais eu de souci ! Même s'il y a actuellement une authentique pression à la production, quel lien avec ce qui commence à ressembler à un délire de persécution. Après son départ, je téléphonerai à son médecin traitant pour lui faire part de mon inquiétude.

FIN JANVIER 2010 : visite systématique. Michel a eu la grippe le dimanche, beaucoup de fièvre ; il est néanmoins allé travailler le mardi sous TAMIFLU° et avec un masque, en se sentant fiévreux pendant quelques jours. Il travaille seul avec le patron qui fait la pâtisserie ; l'activité a un peu baissé (un hôpital en moins dans les gros clients). Il y a deux magasins, plusieurs dépôts et une entreprise de restauration collective (neuf cents repas/jour) à livrer. Il a toujours les mêmes lésions eczématiformes de la paume des mains, pour lesquelles il n'a toujours pas consulté car il se méfie « *Si c'est à cause de la farine, je ne voudrais pas qu'on m'empêche de travailler* », met un masque pour les travaux de nettoyage. La TA est limitée à 16/9. L'auscultation pulmonaire relève des râles bronchiques fins des deux bases.

LUNDI 24 JANVIER 2011 : Michel a pris rendez-vous ce lundi qui est son jour de repos. Il me fait part de céphalées au travail depuis trois semaines associées à des douleurs des épaules ; il se sent courbatu, patraque, avec des trous de mémoire. Tout disparaît dès que l'air est renouvelé. Pour Michel, c'est encore l'insecticide, responsable selon lui de la récurrence de son eczéma des mains ! Il s'en plaint auprès de son patron, qui lui n'a pas de symptômes et lui a répondu « *Je ne suis pas médecin* ». Il fait très froid et je pense immédiatement à la possibilité d'une intoxication à l'oxyde de

carbone. J'en explique tous les risques à Michel, qui me confirme que toutes les aérations ont été obstruées pour économiser la chaleur, que la VMC est arrêtée depuis le changement de patron alors que l'ancien patron avait toujours insisté sur le fait qu'il ne fallait jamais arrêter la VMC.

ACTUELLEMENT, il y a à la fois une augmentation du prix des matières premières et des céréales et pour faire le pain, il faut de la chaleur en sortie de chambre froide ! Je lui édite immédiatement une documentation sur ce risque et lui demande d'en parler à son patron. Michel m'objecte qu'il n'y a que lui qui a mal à la tête et pas son patron : il admet que ce dernier n'est pas dans la même zone pour préparer la pâtisserie et donc moins exposé. Il me dit qu'il n'osera pas en parler à son patron. Je lui remets la documentation sur le droit de retrait. Refus catégorique de Michel d'abandonner le pain en cours de fabrication. À force d'insistance, il s'engage à en parler la nuit prochaine à son patron et s'arrêtera à 8 h pour me dire ce qui s'est passé.

Il s'arrête le lendemain matin à 8 h ; il a remis la documentation au patron en précisant bien qu'il était venu me voir. Rendez-vous est pris avec le chauffagiste qui doit venir régler le brûleur le lundi suivant. Les obstructions d'aérations n'ont pas été enlevées.

Les deux jours suivants, j'essaierai de joindre le patron vers 7 h 30 du matin, mais il est déjà rentré chez lui et donc pas joignable. J'annonce donc à la vendeuse ma visite pour le samedi matin à 5 h (heure d'ouverture du magasin). Le patron rappellera dans la matinée pour me dire que le rendez-vous est pris avec le chauffagiste, que ce n'est pas la peine de me déranger. Je lui réexpliquerai toute la gravité des intoxications au CO et le nombre de morts que j'ai eu à connaître dans la région.

Lors de mon passage, le samedi matin à 5 h du matin, je constaterai que tous les aérations ont été désobstruées, que la localisation du laboratoire pâtisserie, explique que seul Michel ait eu des symptômes, mais que ce fournil étant au rez-de-chaussée d'un immeuble dont l'étage est vide, il est difficile à chauffer.

Lors de sa première visite spontanée fin octobre 2008, Michel signalait déjà des céphalées mais à aucun moment je n'ai pensé à une intoxication au CO. Fallait-il intervenir seule ou obtenir que Michel, bien informé, ose prendre la parole ? Aurait-il fallu envoyer Michel au labo pour une confirmation biologique bien aléatoire, puisque survenant au plus tôt deux heures après la fin du travail, au risque d'un résultat peu probant qui aurait peut-être invalidé le diagnostic sans éliminer le risque indiscutable ?

BIEN SÛR : importance de la mise en scène de la visite du fournil. Venir le samedi à 5 h montrait mon inquiétude et la gravité du risque encouru.

PROBLÈME BIEN RÉEL DE LA FABRICATION DU PAIN : coût des matières premières (gaz et céréales), hiver froid et nécessité de maintenir la chaleur pour que la pâte fabriquée la veille qui a levé pendant la journée en chambre froide, soit réchauffée avant d'être enfournée.

PROBLÈME DE LA TRANSMISSION DES SAVOIR-FAIRE DE PRUDENCE DANS UN MÉTIER : l'ancien patron avait toujours insisté sur la nécessité de ne pas neutraliser la VMC.

L'INTERVENTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL : encore et toujours obtenir que le salarié bien informé accepte de poser le problème lui-même à l'employeur. En l'occurrence, en terme de délai, il était le premier à pouvoir intervenir sur la situation. Autant par le passé, sur une situation un peu similaire de risque d'intoxication oxycarbonée dans un bureau commercial installé dans un dépôt mal chauffé, alertée par une assistante terrorisée à l'idée d'en parler (elle était venue voir sur les conseils de son médecin traitant) ; j'avais fait une visite surprise du dépôt en début de matinée, feint une

sensation de malaise (céphalées) et feint de découvrir le chauffage d'appoint en cause, en présence du patron.

Encore et toujours, l'essentiel du travail de prévention s'effectue dans le cabinet ; la visite des locaux de travail constituant le plus souvent de la mise en scène.

Bibliographie

- http://www.invs.sante.fr/presse/2010/communiqués/cp_monoxyde_carbone_061210/index.html
- http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/co_bulletins_co.htm
- [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accespar-reference/tf%20140/\\$file/tf140.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accespar-reference/tf%20140/$file/tf140.pdf)

UNE SIMPLE RIXE EN ENTREPRISE ?⁽¹⁾

Benoît DE LABRUSSE, médecin du travail

UNE BANALE ALTERCATION ?

Octobre 2008. C'est Monsieur B..., venu en consultation spontanée, qui m'informe de la RIXE : il y a trois jours, il a été agressé physiquement par sa responsable Madame G... Elle lui reprochait de n'avoir pas fait son travail de nettoyage : « Elle s'est mise à crier dans l'usine, elle m'a agrippé le bras au point de me faire des bleus. »

Déjà l'année dernière il s'était plaint à moi du « harcèlement » de cette chef. Son médecin l'a mis arrêt maladie, et il vient une nouvelle fois me demander conseil car à cinquante-six ans il espère pouvoir bénéficier d'une cessation d'activité. Sous quelle forme ?

Au téléphone le directeur, M. C..., me parle de l'indiscipline de M. B... et du comportement « comme une furie » de M^{me} G... À première vue on pourrait considérer que :

- C'est une banale altercation entre deux salariés, un conflit interpersonnel, en somme ?
- C'est l'affrontement de deux caractères difficilement conciliables : un « peu ardent au travail » et une petite « cheffailloise » qui veut prouver son autorité.
- C'est un problème disciplinaire, et pas médical, à régler au sein de l'entreprise ?
- En tant que médecin du travail je n'ai surtout pas à prendre parti ?

.....

1 – Ce cas clinique a été utilisé lors d'une séance d'Évaluation des pratiques professionnelles d'un GAPEP de l'association de FMC E PAIRS

- Mais la souffrance morale des protagonistes est bien présente et ne fait-elle pas partie de la santé au travail ?
- Mais ce n'est pas un simple conflit privé entre deux personnes, car il se déroule dans le cadre du travail, et donc dans une relation de subordination (qui n'est pas aussi simpliste que ça) ?
- Mais l'organisation du travail de l'entreprise n'a elle pas joué un rôle ?
- Le médecin du travail ne peut-il pas (doit-il pas ?) être acteur ?

Quand chaque détail a son importance

IL Y A DEUX PROTAGONISTES PRINCIPAUX

MONSIEUR B..., 56 ANS, 1,75 M

Comme souvent, dans ces entreprises agroalimentaires de notre région, c'est un ancien agriculteur qui continue à travailler ses quelques hectares de vigne. Il n'a pas de qualification particulière. Depuis dix ans il s'occupe du nettoyage dans l'entreprise. Il passe l'aspirateur, conduit l'autolaveuse, passe le Karcher[®] sur les sols, vide les poubelles des ateliers, etc.

Il a réussi à arrêter de fumer pendant six mois, mais en est actuellement à ses vingt cigarettes par jour. Il ne se passe pas d'années, sans que je note de courts arrêts de travail pour petits accidents de travail (ex. coupure) ou pour « malaise »,

lombalgies récidivantes, sciatalgies, périarthrite... Bref, il « porte » son âge et aspire à une retraite qu'il ne pourra pas prendre avant plusieurs années. Il boit son demi-litre de vin par jour et quelques pastis.

En 2004, il a eu un accident du travail avec quarante jours d'arrêt suite à une brûlure chimique au pied par un produit nettoyant à base de soude. Il portait ses chaussures de sécurité au lieu des bottes « car elles sont trop lourdes ».

En 2005, il a participé à une séance d'information/sensibilisation au risque chimique que nous avons organisé dans l'entreprise.

En 2007, nouvel accident de travail chimique : il utilisait le Karcher^o à l'extérieur par jour de mistral, et a reçu du produit de nettoyage caustique au visage. Le lavage immédiat a permis de limiter la brûlure et l'arrêt n'a été que de trois jours.

MADAME G... 43 ANS, 1.60 M

Trois enfants, a une formation de technicienne (Bac+2) de laboratoire. Elle ne cache pas le fait d'avoir été embauchée, il y a une dizaine d'années, quand son mari était directeur d'une unité voisine du groupe. Il a depuis quitté l'entreprise. Ses fonctions ont évolué il y a trois ans et elle est devenue responsable de l'hygiène avec deux à trois salariés sous ses ordres, dont M. B... Elle travaille à temps partiel et y trouve un équilibre entre sa profession et sa vie familiale. C'est une femme avenante qui exprime un volontarisme certain.

Bien entendu, sa narration de la rixe différait : elle était uniquement dans sa fonction hiérarchique de réprimande et si elle s'était agrippée au bras de M. B..., c'était dans un geste de défense face à un bras qui se levait sur elle...

L'ENTREPRISE

C'est une entreprise agroalimentaire de fabrication de sauces d'environ cent salariés qui fait partie d'un groupe rassemblant deux cents personnes en France et à l'étranger. C'est une entreprise très implantée localement où existe un noyau de cadres qui font tourner l'entreprise depuis au moins quinze ans. Mais elle est en difficulté financière depuis au moins dix ans. Le diagnostic communément admis est que le PDG est un commercial qui ne s'est jamais préoccupé de la fabrication et n'a pas fait les investissements industriels indispensables.

Monsieur C..., a consacré toute sa carrière à ce PDG. Il est directeur de cette entreprise depuis sa création. Il est accablé par la nécessité de jongler avec les fournisseurs qui ne sont payés qu'avec retard. Il investit toute son énergie à faire tourner l'usine et doit en plus se confronter aux délégués syndicaux qui réclament des conditions de travail moins dangereuses. Implicitement la production passe avant tout et il n'a pas les moyens d'investir dans la sécurité. Ce n'est pas un mauvais bougre, il a toujours été très « humain » avec les salariés, mais ce n'est pas « meneur d'hommes ». Je ne suis pas sûr qu'il a toute latitude pour embaucher et gérer le personnel.

Les CHSCT sont très conflictuels, mais ouvriers et directeur, continuent à se tutoyer et ne semblent pas se tenir rigueur des vifs propos échangés. Bref une gestion des rapports humains très directe où les concepts de « ressources humaines » sont sur une autre planète.

Il y a bien une RRH, M^{me} P... mais c'est une secrétaire qui a évolué dans ce poste à la suite des démissions successives de ses responsables, et qui semble un peu dépassée par la situation.

MAIS LA SANTÉ AU TRAVAIL EST BIEN PRÉSENTE PAR LA SOUFFRANCE MORALE DES PROTAGONISTES

Je recevrai, trois fois Monsieur B..., dans les huit mois suivants. Même en observant bien, je n'ai pu constater de traces sur les avant-bras suite à l'altercation, mais il exprime une profonde blessure narcissique d'avoir été ainsi traitée par cette supérieure. Même s'il ne l'évoque pas ouvertement, être commandé par une femme lui était difficilement supportable. Il portera plainte à la gendarmerie contre M^{me} G... (classée sans suite).

Il sera très soutenu par le syndicat de l'entreprise, ce qui lui permettra d'échapper à un licenciement disciplinaire et de ne « bénéficier » que d'un avertissement écrit sans conséquences. Après huit mois d'arrêt de travail, le médecin conseil de la Sécurité Sociale, le consolidera. Suite à un plan de réduction des effectifs son poste de travail sera supprimé et j'aurai à me prononcer sur son aptitude à occuper un poste de manutention *a priori* contre-indiqué compte tenu de ses pathologies ostéo-articulaires.

À mon étonnement, il acceptera sans rechigner ce poste et je vérifierai sa bonne adaptation physique et l'absence de plaintes et d'arrêts de travail... Neuf mois plus tard, il aura enfin acquis ses trimestres nécessaires pour aller cultiver sa vigne à temps plein.

Je recevrai cinq ou six fois M^{me} G... pour de longues consultations. Elle était très perturbée par ce conflit, dès les premiers jours je l'adresserai à un correspondant psychiatre habitué à ces situations qui certifierait par écrit l'état de stress post-traumatique. Il lui fallut deux mois de réflexion pour prendre de la distance avec l'événement et pouvoir commencer à analyser sa situation. Elle évoquera ses carences managériales.

Elle est passée de l'état d'anxiété à l'état de réactivité, sans épuiser ses ressources psychiques vers un état dépressif. Elle fera son deuil de l'entreprise, et se projettera dans un autre avenir professionnel. Après neuf mois d'arrêt de travail (en AT enfin reconnu), les négociations avec la direction n'ayant pas abouties, la seule solution sera l'inaptitude médicale constatée par le médecin du travail.

DES RELATIONS DE SUBORDINATION

Nous n'étions pas dans un simple conflit interpersonnel. S'il y avait affrontement de deux personnalités, deux carac-

tères différents, cet affrontement résultait bien d'une situation de travail. Il y avait une donneuse d'ordre et un exécutant de ces ordres. *A priori* une situation simple : « Je commande, tu obéis. »

Mais du colloque singulier avec les protagonistes la situation apparaît bien plus complexe :

- M. B... s'était déjà plaint, l'année précédente, de « harcèlement » par sa responsable. Il évoquait la surveillance permanente, les reproches fréquents, etc. Donc la situation conflictuelle couvait depuis longtemps et n'avait pas été résolue.
- Il se pose donc la question du management de M^{me} G... M^{me} G... me rappelle, que deux ans auparavant, elle m'avait exposé ses difficultés avec sa hiérarchie. C'est tout juste si je retrouverais dans le dossier médical trois mots manuscrits (à l'époque je ne faisais pas encore des feuilles blanches séparées, des « dire » des salariés en souffrance). Elle ne se sentait pas soutenue : quand elle signalait à ses supérieurs ses difficultés avec ses subordonnés, rien ne se passait. Elle restait seule avec son problème managérial à résoudre.

Mes trente ans de relations avec M. C..., directeur, me permettent d'avoir des conversations directes. Il m'éclaire sur le caractère rétif à tout ordre de M. B..., ses multiples pauses cigarettes à l'extérieur, depuis l'interdiction de fumer dans l'entreprise.

Il évoque aussi le comportement « hystérique » de M^{me} G..., ses emportements, ses cris, bref son autoritarisme.

M^{me} O..., chef du service de M^{me} G..., auprès de qui je suis allé « tâter l'ambiance » prendra la défense de sa subordonnée et évoquera le « mauvais caractère » de M. B... Tout au long de cette histoire, elle restera en contact avec M^{me} G...

Aucun des protagonistes n'évoquera clairement le fait que M^{me} G... est une femme, encore jeune, en position hiérarchique envers M. B... qui est un homme d'âge mûr. Je pense que sa représentation mentale de la femme est intervenue dans son comportement professionnel, dans sa difficulté à accepter des ordres de cette responsable. On peut aussi s'interroger sur les paroles de M. C..., l'utilisation des mots « hystérique, furie ». Un tel vocabulaire aurait-il aussi été utilisé si c'était un homme qui avait « poussé un coup de gueule » ?

LES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL MONTENT AU CRÉNEAU

En quelques jours les délégués du personnel montent au créneau, ils me contactent, saisissent l'inspection du travail, exigent un CHSCT extraordinaire. Bref ne jouent-ils pas leur rôle de défense des salariés ? Mais ce ne sera que la défense que d'un salarié, M. B...

M^{me} G... (du fait de son statut cadre ?) ne sera pas défendue ; des sanctions seront demandées contre elle. La direction transigera sur la sanction, purement formelle, de M. B...

Le CHSCT :

Je retranscris le compte rendu du CHSCT ci-dessous, (*sic*) : *Réunion extraordinaire demandé par membres du CHSCT au sujet, de l'altercation de M. B... et M^{me} G... Retour sur les faits qui les ont opposés :*

- Refus d'obtempérer de M. B... envers sa supérieure hiérarchique agressive.
- Harcèlement de M. B... par M^{me} G... (elle le cherche partout dans l'usine, lui crie dessus, lui fait des reproches ...).
- Serrage du bras (marque à l'appui).

Les mesures seront prises après la fin des témoignages faits au sein de l'entreprise par les membres DP validé par le CHSCT et la direction. M. C... ne souhaite pas la réintégration de M^{me} G... pour remédier au problème qui l'oppose avec de nombreuses autres personnes de l'entreprise.

Les déclarations d'accidents ont été faites après la date de l'incident car c'est le docteur L... (médecin du travail) qui leur a conseillé. M^{me} G... s'est arrêté plus d'une semaine plus tard.

Les responsabilités de la direction n'ont pas été mises en cause malgré qu'elle savait qu'il y avait déjà eu des problèmes avec cette dame, elle a juste été recadrée verbalement (elle s'est calmée ponctuellement).

Pour M. B... avertissement écrit pour des faits similaires.

Pour remédier à de tels faits ne faudrait-il pas faire des formations de management ?

Avant la reprise des deux parties (s'il y a), M^{me} V... (inspectrice du travail) demande leurs fiches d'aptitude et une visite médicale.

Il est à noter que pour les représentants du personnel :

- la rixe est considérée comme une « altercation » et pas un accident du travail ;
- le mot « harcèlement » est utilisé par les DP ;
- il est fait état du souhait du directeur de se séparer de M^{me} G... ;
- évocation de la responsabilité de la direction pour son inertie ;
- ce sont bien les carences en « management » qui sont évoquées ;
- et, plus intéressant, la question de la passivité et donc de la responsabilité de la direction est posée.

Ce compte rendu relate imparfaitement les « dire » du médecin du travail et fait notamment l'impasse sur l'évocation de la souffrance morale des deux protagonistes.

MAIS L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE L'ENTREPRISE N'A ELLE PAS JOUÉ UN RÔLE ?

Nous avons vu, dans les lignes précédentes, la faible réactivité de la direction de l'entreprise.

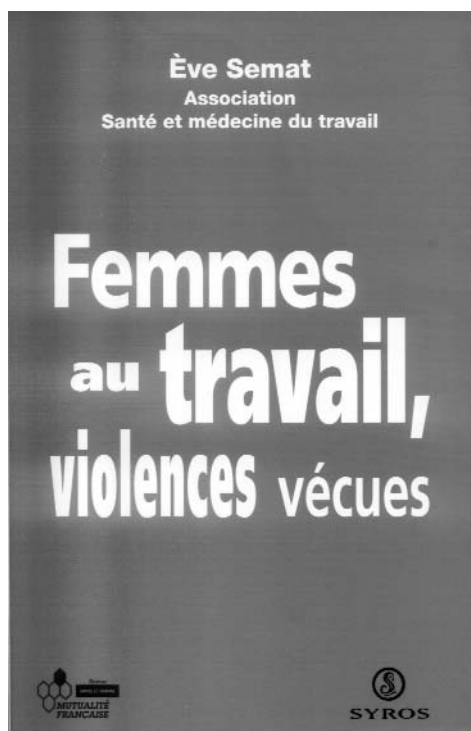
- La rixe n'est pas considérée comme accident du travail, mais comme un différend interpersonnel. Seul le traumatisme physique de M. B... est accepté, par contre le traumatisme psychique de M^{me} G... n'est pas pris en compte. Il y a donc incompréhension à la demande de déclaration en accident du travail et même contestation quand l'accident de travail de M^{me} G..., après un premier refus suivi d'une contestation, sera reconnu par la Sécurité Sociale, huit mois plus tard.
- M^{me} P..., qui joue le rôle de DRH, ne semble pas au courant de la réglementation de la Sécurité Sociale sur les rixes.
- Il n'y avait aucune véritable organisation de type Ressources Humaines dans l'entreprise : la fonction était considérée comme purement administrative et occupée par une secrétaire aux compétences limitées dans ce domaine.
- La direction ne s'est pas préoccupée des carences managériales de M^{me} G... et ne l'a pas épaulée quand elle a, une première fois, été en difficulté avec M. B...
- La direction a laissé M. B... « en faire à sa tête » et n'a pas réagi aux alertes de M^{me} G...
- Le directeur M. C... était soupçonné d'avoir été en rivalité avec le mari de M^{me} G...
- Le CHSCT a eu partiellement un rôle « ouvriériste » en ne défendant uniquement M. B... et presque pas M^{me} G...
- Seule la production primait dans la politique de l'entreprise.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL NE PEUT-IL PAS (DOIT-IL PAS ?) ÊTRE ACTEUR ?

La déclaration d'accident du travail n'ayant pas été faite par l'entreprise, j'ai conseillé les salariés et « demandé » à l'entreprise de la faire. Il était important de reconnaître les faits comme résultants du travail et pas comme un simple conflit interpersonnel. Important pour les deux protagonistes, mais aussi pour la direction et pour les instances représentatives du personnel. Quels que soient mes *a priori*, il m'a paru indispensable de traiter les deux salariés sur le même plan. Il n'y avait pas pour moi d'agresseur ou d'agressé, de responsable et de victime, mais deux salariés en souffrance. Tout au long de cet épisode, j'ai toujours placé la rixe dans le cadre du travail c'est-à-dire dans des relations de subordinations hiérarchique, de compétences professionnelles, d'épanouissement personnel dans le travail, de dysfonctionnement organisationnel.

Être à l'écoute, cela suppose de la disponibilité (recevoir plusieurs fois chaque salarié) et du temps d'écoute lors de chaque consultation. Être disponible mais aussi faire progresser chez les deux protagonistes la prise de conscience de la situation, des orientations professionnelles envisageables, tout en leur laissant l'initiative des décisions.

Il faudra du temps de réflexion, maturation, pour que chacun des deux salariés arrive à une solution professionnelle.



Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Ève SEMAT
Vente en librairie – Prix : 28,20 € –
Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75013 Paris
Tél. : 01 44 08 83 80 Télécopie 01 44 08 83 99

HÉLÈNE, TRAVAILLER POUR SOIGNER

L'IRRÉPARABLE...

Camille SIBILLE, médecin du travail

PREMIÈRE CONSULTATION VISITE D'EMBAUCHE EN AVRIL 2010

Hélène est infirmière, elle vient d'avoir cinquante ans, c'est une belle femme, vêtue avec simplicité, mais avec beaucoup d'allure. Elle va prendre un poste de jour à temps plein dans un service de gériatrie, dans le cadre d'une mutation, elle vient d'une maison de retraite d'un département voisin.

Hélène est infirmière depuis 1983, elle a toujours travaillé, dans différents hôpitaux, mais aussi en PMI, en maison de retraite, le plus souvent à temps partiel. Elle explique son parcours professionnel diversifié par la profession de son mari : pompier professionnel. La famille s'est déplacée au rythme des affectations de son mari et elle, en tant qu'infirmière, n'a jamais eu de problèmes pour retrouver un poste.

Hélène a deux enfants, un fils né en 1984 et une fille née en 1986. Son père est en bonne santé, sa mère est décédée en 2005 d'une décompensation cardiaque, elle avait été soignée pour un cancer du sein. Hélène a deux frères et une sœur en bonne santé. L'an dernier elle s'est séparée de son mari et c'est pour cette raison qu'elle souhaite travailler à temps plein.

Dans ses antécédents, Hélène évoque un érythème nouveau apparu après la naissance de son deuxième enfant en 1986. Cet érythème a précédé une sarcoïdose qui a été traitée par la cortisone pendant six mois et qui n'a laissé aucune image pulmonaire sur la dernière radiographie pratiquée.

En 1994, Hélène est restée plusieurs mois en arrêt de travail pour une sciatique, elle a été opérée d'une hernie discale L₄-L₅, et ne présente aucune symptomatologie douloureuse actuellement. Par ailleurs Hélène a été opérée en 2009 d'une rupture du ligament croisé du genou droit, sans séquelles.

Hélène est malentendante : son déficit auditif est apparu pendant l'enfance, à l'âge de huit ans, lié à une atteinte bilatérale du nerf auditif. Il a nécessité un appareillage à partir de l'âge de quinze ans. Aujourd'hui Hélène a un implant interne cochléaire à gauche mis en place en 2008 et un appareil auditif externe à droite. Durant le temps de l'entretien, à

aucun moment, elle ne manifeste de difficultés à entendre mais elle sait qu'elle peut être gênée dans certaines situations et elle redoute que son handicap soit connu.

En 1994, Hélène a présenté une première crise comitiale nécessitant la mise en route d'un traitement antiépileptique. Elle est suivie par un neurologue et depuis 2006 elle est sous NEURONTIN 600° 4 cp/j et KEPRA 250° 2 cp/j. Malgré ce traitement bien suivi, elle présente trois ou quatre crises par an, sous forme d'absence, le plus souvent au repos, très rarement au travail.

Les antécédents médicaux et les traitements sont importants, et dans cette consultation, l'histoire professionnelle est peu évoquée. Ce qui est discuté, c'est la question du handicap auditif dans le travail de soins et la symptomatologie liée à l'épilepsie. Hélène a beaucoup de réticences à parler de sa surdité, elle n'a jamais voulu faire de demande de reconnaissance de travailleur handicapé, encore aujourd'hui, elle ne le souhaite pas. Dans le service, toute prescription médicale doit être écrite. Nous évoquons la nécessité du fax pour toute consigne donnée par téléphone, par exemple par l'interne de garde. Je lui propose de reprendre contact avec le service de santé au travail si nécessaire.

DEUXIÈME CONSULTATION VISITE DE REPRISE APRÈS MALADIE EN SEPTEMBRE

Hélène revient en consultation dans le cadre d'une visite de reprise maladie. Elle présentait un prolapsus vésical et utérin, elle a subi une hystérectomie totale par voie basse fin juillet. Elle doit reprendre son travail dans quelques jours. Elle est toujours suivie par son neurologue, qu'elle a revu en consultation et qui a maintenu le même traitement antiépileptique. Hélène n'a travaillé que trois mois dans le service depuis son embauche. Elle n'a pas rencontré de difficultés liées à son handicap auditif. Elle n'a présenté aucune crise depuis son embauche. Sur le plan somatique, il n'y a pas de contre-indication à la reprise du travail.

J'ai appris par ailleurs les difficultés que l'équipe soignante de son service avait rencontrées au début de l'été. En effet,

plusieurs aides-soignantes et infirmières ont décidé d'alerter le cadre infirmier sur le comportement de deux collègues, aide-soignante et infirmière, qui manifestaient à l'égard des patients des propos et des gestes de maltraitance, dont elles avaient été témoins et qu'elles jugeaient inadmissibles. Suite à cette alerte, la direction des soins et la DRH ont exigé pour intervenir que les soignants notifient par écrits ces accusations. Dans un premier temps, les équipes n'ont pas voulu faire un écrit officiel, mais après avoir reçu l'assurance de la part de leur cadre que cette démarche resterait confidentielle, elles ont accepté de signer un courrier. Les conséquences ont été les suivantes : mutation de l'aide-soignante dans un autre service et démission négociée de l'infirmière mise en cause. Dans le cadre de la négociation, l'infirmière a eu accès à son dossier et donc au courrier de ses collègues, elle a manifesté auprès d'elles sa colère. Les soignantes agressées par leur collègue ont le sentiment d'avoir été trahies par leur direction et en plus, elles trouvent les mesures prises injustes et totalement inadaptées à la problématique. C'est seulement à ce stade que j'ai été informée de la situation par les soignants.

Spontanément Héléne ne me fait part d'aucune problématique dans son travail, et pourtant elle semble inquiète, mal à l'aise. Quand je lui demande comment elle a vécu cette situation de conflit au sein de l'équipe, elle m'explique combien cet épisode a été douloureux pour elle. Elle n'a jamais travaillé avec l'infirmière puisqu'il n'y a qu'une IDE par poste, elle a travaillé avec l'aide-soignante sans rencontrer de problème particulier. Mais elle était opposée à toute dénonciation, à tout écrit, par principe. Sa position a été très mal perçue par ses collègues qui lui ont reproché de prendre parti alors qu'elle était nouvelle et qu'elle connaissait mal la situation. Aujourd'hui, Héléne, malgré une certaine appréhension à retrouver ses collègues, manifeste son souhait de reprendre le travail.

Mais en octobre, nous apprenons qu'Héléne est de nouveau en arrêt maladie. Début décembre nous lui adressons un courrier pour lui proposer de prendre contact avec nous, si elle le souhaite, en vue d'une consultation. Héléne téléphone, elle nous prévient qu'elle a demandé à son neurologue de nous écrire et elle prend rendez-vous fin décembre.

Le courrier du neurologue, adressé au médecin traitant, est le suivant :

« L'évaluation neuropsychologique d'Héléne ne met en évidence que des difficultés liées à l'état psychologique : il n'y a aucun argument en faveur d'une atteinte organique c'est-à-dire dégénérative sous-jacente. J'ai vérifié cliniquement qu'il n'y avait pas d'anomalie aux membres inférieurs puisque Héléne se plaint également de troubles de la marche, en particulier d'instabilité locomotrice ou de buter avec les pieds. La souffrance psychique est majeure. Le traitement par SEROPLEX 10° matin et soir est bien pris, mais c'est surtout un accompagnement psychiatrique qui me paraît le plus indispensable. Je prends contact avec le médecin du travail de façon à ce que soient bien perçues les difficultés professionnelles dans le contexte d'un syndrome anxiodépressif sévère. Je renouvelle le traitement antiépileptique sans

modification, ainsi que le traitement psychotrope. Je lui demande de te revoir dans un mois, je la reverrai à sa demande dans quatre mois. »

TROISIÈME CONSULTATION FIN DÉCEMBRE PENDANT L'ARRÊT MALADIE

Héléne est en arrêt maladie depuis plus de deux mois. D'emblée, elle exprime sa détresse, sa souffrance, elle n'arrive plus à penser, elle ne sait plus quoi faire. Depuis plusieurs mois, avant même la séparation conjugale, elle se plaignait de troubles de la mémoire qu'elle n'avait pas voulu signaler à l'embauche de peur de perdre son métier.

En septembre, elle était dans l'attente de la réalisation des tests neuropsychologiques prescrits par son neurologue et elle était terrorisée à l'idée d'apprendre qu'elle pourrait avoir une maladie d'Alzheimer. Aujourd'hui Héléne sait que les tests sont normaux, mais elle doute toujours, elle raconte la perte de papiers, les oublis répétés, la difficulté à écrire, à rédiger une lettre, les critiques incessantes de son mari qui lui reprochait ses oublis, ses pertes de mémoire.

Dans son service, elle redoutait surtout les erreurs de médicaments, aussi bien dans la distribution des comprimés que dans la préparation des dosages. Elle décrit des troubles de l'élocution, « *les mots accrochent* » dit-elle. À la relève, il lui semblait qu'elle n'utilisait pas les bons mots, que ses collègues échangeaient des regards complices, sans oser lui faire de remarques. Elle me raconte un événement qui l'a terriblement angoissée, et qui a entraîné l'arrêt maladie. Un jour, elle est en train de distribuer les médicaments, elle entend la patiente lui dire « *Ce ne sont pas ceux que je prends d'habitude* » elle est en train de donner à M^{me} DURAND les médicaments de M^{me} DUPONT, elle est prise d'une peur panique, « *une trouille pas possible* » dit-elle. « *Et en même temps, je me rendais compte que je faisais une bêtise et je n'arrivais pas à me reprendre. Les derniers jours de travail, je ne faisais plus que ça : vérifier les médicaments. Au lieu de participer au travail collectif, à l'activité de nursing avec les aides-soignantes, je passais tout mon temps à la vérification des médicaments.* »

En faisant le récit de ses derniers jours de travail en octobre, Héléne exprime avec beaucoup d'émotion une grande souffrance, sa perte d'assurance, ses angoisses, sa peur de perdre son travail. En écartant toute atteinte dégénérative, le neurologue a confirmé la décompensation psychique. Mais Héléne refuse toute idée de prise en charge en psychothérapie.

Héléne a déjà été prise en charge sur le plan psychologique après le décès de sa mère, dans les mois qui ont précédé la séparation conjugale. Elle a mis fin brutalement à cette prise en charge. Elle accuse la psychologue d'avoir rompu le secret professionnel au sein de la famille, d'avoir informé sa fille de l'imminence de la séparation, Héléne s'est senti trahie, elle n'a plus confiance.

Dans le hors travail, Héléne est moins perturbée que dans le travail. Elle ne décrit aucun trouble obsessionnel compulsif,

aucune crise de panique dans sa vie privée. Spontanément Hélène ne rattache pas son état dépressif à son travail mais à son histoire personnelle, au traumatisme de la séparation conjugale dont elle a pris l'initiative, au décès de sa mère en 2005, une mère qui s'est toujours tu, qui n'a jamais rien dit, qui ne l'a jamais protégée de son père, et qui a préféré sombrer dans l'alcoolisme. Hélène évoque alors son père, les abus sexuels dont elle a été victime à partir de huit ans et dont elle n'a jamais pu parler jusqu'à la rencontre avec son nouveau compagnon. Ce père toujours menaçant, même de l'autre côté de la France, ce père devenu grand-père et qui invite aujourd'hui sa petite fille à venir habiter chez lui le temps de ses études d'infirmière. Ce père auquel elle doit encore et toujours faire face, mais comment protéger sa fille de ce qui n'a jamais été nommé ?

L'histoire infantile vient éclairer de manière singulière les décompensations somatiques qu'Hélène a présentées tout au long de sa vie. Le travail n'est pas aujourd'hui perçu par Hélène comme facteur déclenchant de la décompensation psychique, mais on peut faire l'hypothèse que l'activité de travail a joué un rôle dans le maintien ou dans la perte de son équilibre psychique. Je reprends donc avec elle son histoire professionnelle.

Hélène a fait des études d'infirmière après son bac, elle est devenue IDE en 1983, elle a travaillé dans un service de chirurgie de l'hôpital de W... sur un poste de jour, puis sur un poste à mi-temps après la naissance de son fils, puis sur un poste à mi-temps de nuit aux urgences et en chirurgie après la naissance de sa fille. Elle s'est arrêtée six mois en maladie pour sa sarcoïdose et elle a été déclarée inapte au travail de nuit aux urgences. Elle a été reclassée dans un service de long séjour toujours sur un poste à mi-temps. Cette expérience a été intéressante mais courte car on lui a proposé alors un poste en consultations de gastro-entérologie, deux jours par semaine, complété par quelques journées sur le poste en long séjour. Elle y est restée un an, puis son mari a été muté.

Hélène a occupé alors un poste à l'hôpital de X..., un poste en soins de suite aux urgences, elle effectuait les plâtres, les pansements, elle travaillait du lundi au vendredi de 8 h à 17 h, mais il s'agissait d'un remplacement de neuf mois. Elle a pris ensuite un poste en endocrinologie, mais au bout de quinze jours, elle a dû quitter l'hôpital, les horaires de pompier professionnel et ceux d'IDE en service hospitalier n'étaient pas compatibles avec une vie familiale. Elle a travaillé ensuite comme puéricultrice en PMI jusqu'en 1991 et la nouvelle mutation de son mari à Y...

Hélène a pris un poste d'IDE à 50 % à la maison de retraite de l'hôpital de Y1..., elle était la première infirmière à prendre ce poste occupé jusqu'alors par des religieuses, tout était à organiser et à mettre en place, elle s'y est engagée avec plaisir, et est restée dans le poste jusqu'en 2000. Pour se rapprocher de son domicile, elle a pris un poste à la maison de retraite de Y2..., elle aimait son travail et en 2002, pour les dix-huit ans de son fils, elle a pris un poste à 75 % jusqu'en 2009.

Le récit d'Hélène sur sa vie professionnelle reste très chronologique, peu d'évènements, peu d'anecdotes, comme si les souvenirs manquaient, comme si la précarité liée aux mutations répétées du conjoint, le temps partiel avaient perturbé l'engagement subjectif dans le travail. Le récit s'enrichit à partir du travail en maison de retraite. À cette époque, Hélène ne comptait pas ses heures, elle se sentait responsable, respectée dans son travail.

En 2008, Hélène s'est séparée de son mari. En 2009, elle a rencontré un nouveau compagnon chez qui elle vit. Elle a pris un nouveau poste d'IDE à 75 % à la maison de retraite de Z... Mais les problèmes surgissent rapidement, la surveillante considère le contrat comme un trois quart de temps mensuel, contraignant Hélène à venir travailler tous les jours, avec des horaires variables, parfois pour trois heures. Hélène n'est pas concertée pour le planning, elle doit faire des astreintes, ce qui n'avait pas été prévu lors de l'embauche. Elle a été pendant plusieurs années responsable de l'organisation de son service, elle ne veut pas se laisser faire, elle se sent rabaisée. De plus, à ce moment de sa vie, le travail est devenu secondaire et sa vie affective primordiale, elle raconte comment tout a changé pour elle, elle a découvert une relation amoureuse, une vie de femme où elle n'était plus soumise, une sexualité, une sensualité qu'elle ne connaissait pas. C'est à ce moment-là qu'elle a commencé à douter dans le travail. La surveillante l'a accusée d'avoir égaré des documents médicaux, elle s'est défendu, elle a cherché avec ses collègues, et finalement elle a retrouvé ces ordonnances chez elle. Elle n'y comprenait rien, se persuadait qu'elle avait des problèmes de mémoire, la surveillante la traitait de « nulle », elle se sentait « détruite ». La situation est telle qu'elle demande sa mutation en avril 2010.

Quand elle prend son poste dans le service actuel, Hélène présente un syndrome anxieux généralisé qui n'est pas mis en visibilité lors de la visite d'embauche. Comment la question de la maltraitance et celle de la dénonciation viennent-elles résonner avec l'histoire singulière d'Hélène, avec son refus de dénoncer son père ? Comment Hélène peut-elle continuer son activité d'infirmière sans le soutien d'un collectif soignant auquel elle s'est opposée ? Le risque d'erreur sur les prescriptions médicamenteuses cristallise toutes ses angoisses et entraîne l'arrêt maladie. Les résultats tant attendus des tests neuropsychologiques sont normaux, et ne peuvent pas soulager la souffrance d'Hélène qui présente un état dépressif majeur.

Il me semble alors nécessaire de faire avec Hélène l'hypothèse que le travail exercé entre 1995 et 2008 a joué un rôle protecteur permettant de contenir l'angoisse, mais aussi d'entrer dans une demande de soins après le décès de sa mère. Hélène a vécu toute sa vie avec un secret, dans le souvenir de quelque chose d'irréparable et quand elle arrive à le mettre en mots, en récit avec son compagnon, elle peut alors exprimer une souffrance qu'elle avait tue, et les crises d'angoisse se multiplient : peur de l'oubli, peur de perdre la mémoire, d'avoir une maladie d'Alzheimer. Depuis 2009, Hélène reconnaît que les problèmes rencontrés dans le travail, difficultés d'organisation, fonctionnement du collectif

ont modifié son plaisir, son intérêt, son engagement dans le travail et que le travail n'a pas joué le rôle protecteur qu'il aurait pu jouer. En fin de consultation, Hélène accepte l'idée d'une prise en charge psychiatrique. Cette prise en charge demande du temps, et je lui conseille de faire une demande de congé longue maladie.

QUATRIÈME CONSULTATION, À LA DEMANDE D'HÉLÈNE EN FÉVRIER 2011

Hélène revient en consultation, à sa demande début février, elle est actuellement hospitalisée dans une clinique psychiatrique, elle vient pendant ses heures de sortie car elle est très inquiète pour son avenir professionnel. Elle vient de perdre son compagnon, âgé de cinquante et un ans, qui est mort dans ses bras, d'une crise cardiaque, un matin de janvier. Hélène, malgré la douleur, raconte : l'urgence vitale, l'appel au secours, les premiers gestes, les tentatives de réanimation, impossible... Elle me dit alors : « *Ce que j'ai redouté chaque jour pendant ma vie d'infirmière, je l'ai vécu chez moi, dans l'intimité.* »... Dans un premier temps, Hélène fait face à la situation, elle prend en charge l'organisation des funérailles avec les enfants de son compagnon mais le lendemain, la douleur est trop forte, elle est seule, elle est désespérée, elle prend des médicaments. On la retrouvera inanimée chez elle, le lendemain. Elle est hospitalisée, reste quatre jours dans le coma, avant d'être prise en charge en milieu psychiatrique.

Hélène n'était pas mariée avec son compagnon, elle se retrouve seule, sans logement, trop angoissée pour reprendre un travail, elle voudrait retourner dans le secteur d'Y... où sa fille habite. Hélène vient demander conseil : doit-elle demander sa mutation tout de suite ? Pourra-t-elle reprendre un poste d'infirmière ? Rassurer Hélène sur ses droits de congé longue maladie, lui dire qu'elle doit prendre le temps de se soigner, prendre contact avec le médecin psychiatre, évoquer la possibilité d'une reprise dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique quand elle ira mieux. Tout ceci fait partie de la prise en charge thérapeutique.

COMMENTAIRES

Je voudrais dans cette observation mettre en visibilité mon activité, insister sur l'importance du suivi médical, de l'accompagnement, de la disponibilité du service de santé au travail sans lesquels il n'y a pas de clinique possible. Je voudrai attirer l'attention sur le temps particulier de la consultation en santé au travail quand le salarié est en arrêt maladie depuis plusieurs semaines. Cette consultation n'est pas dans une contrainte de temps aussi bien pour le médecin que pour le salarié. Le salarié est à la fois intégré dans le travail, puisqu'il a toujours sa place dans son service, dans l'établissement, mais il est à distance de son activité, son corps n'est plus engagé dans l'activité. Il ne s'agit pas d'une visite de pré-reprise du travail où l'enjeu des conditions de la reprise du travail peut envahir le temps de la consultation. C'est une consultation souvent riche sur le plan clinique, permettant de mettre en visibilité les liens qui se sont tissés entre activité et histoire singulière.

Chère lectrice, cher lecteur

L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel – 10 000 € (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 88).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

LE MÉDECIN DU TRAVAIL POUVAIT-IL PRÉVENIR LE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE ?

Jocelyne MACHEFER, médecin du travail

Mi-octobre 2010, Monsieur M..., ouvrier de découpe désossage travaillant en abattoir de bovins se présente en consultation de reprise du travail. Huit jours plus tard, je reçois un appel téléphonique du médecin traitant m'informant d'une tentative de suicide de ce salarié sur son lieu de travail.

La consultation de reprise du travail comportait-elle des éléments cliniques qui auraient pu faire craindre et éviter ce passage à l'acte du salarié ?

LA PREMIÈRE CONSULTATION DATE DE JUILLET 2009

La première consultation de juillet 2009 est une visite de pré reprise à la demande du médecin traitant suite à un accident de travail : traumatisme ayant entraîné un volumineux hématome pré-sternal et sous le sein gauche et une déchirure de la paroi abdominale gauche avec prescription d'un mois d'arrêt de travail.

Or, pour sa reprise, le salarié qui en a discuté avec son employeur prestataire de service, doit être affecté à un poste physiquement moins dur. Pour cela, il va changer d'entreprise utilisatrice (abattoir) et donc de secteur géographique de travail : il va passer du nord au sud du département. En changeant de site, il change de médecin du travail... Le dossier n'étant pas accessible alors qu'il s'agit d'une première consultation, le recueil de l'histoire clinique et de la trajectoire professionnelle se révèle fastidieux. Le côté chronophage du recueil apparaît aussi en raison d'une consultation faite dans un climat de fausse urgence, un jeudi, vingt-quatre heures avant le départ en vacances du médecin, alors que le salarié doit reprendre le travail le lundi suivant.

TRAJECTOIRE PROFESSIONNELLE

Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, marié, père de deux enfants. Initialement, dès l'âge de vingt ans et pendant dix-sept ans, il fut salarié d'un magasin de grande distribution, au poste de charcutier traiteur. Monsieur M... a démis-

sionné en 2003 pour un poste de salarié d'une entreprise prestataire de service mettant à disposition du personnel, spécifiquement et uniquement auprès des abattoirs. Dans le passé, ces entreprises prestataires n'existant pas, cette activité était exercée par des tâcherons et leur activité était considérée comme très rémunératrice. La tâche était et reste physiquement très dure avec primes de pénibilité et de rendement.

ANTÉCÉDENTS CLINIQUES

Depuis 2001, il présente une succession de pathologies d'hyper-sollicitation, TMS touchant le rachis, les membres supérieurs, le thorax, l'abdomen. Il a présenté des maladies professionnelles et accidents de travail successifs qui sont « monnaie courante » à ces postes de travail de découpe bœufs, veaux, porcs... :

- 2005 : opéré d'épicondylite droite.
- 2006 : réopéré d'épicondylite droite ainsi que du syndrome cubital au coude droit et de syndrome du canal carpien droit ; ténosynovite de l'annulaire droit.
- 2008-2009-2010 : déchirures musculaires répétées de la paroi abdominale.

Outre les pathologies professionnelles ou à caractère professionnel, ce salarié est traité en 2009 pour un asthme, une HTA et prend aussi un traitement à base de MOPRAL^o et TRANXÈNE^o. Il présente une lipomatose diffuse assez impressionnante du tronc et de la partie postérieure des deux bras. Le sujet insiste sur la gêne occasionnée par ses lipomes en ceinture et de l'hypochondre gauche et surtout du flanc gauche. Cette zone serait plus particulièrement douloureuse en raison d'une première déchirure musculaire inguinale gauche datant d'octobre 2008, alors qu'il tirait sur une épaule de bœuf et d'une nouvelle déchirure musculaire au même endroit, il y a un mois (juin 2009). Il n'a pris qu'une semaine d'arrêt (accident de travail) en octobre 2008, selon lui contre l'avis du médecin traitant qui voulait lui prescrire un arrêt d'un mois. Il annonce qu'une intervention pour exérèse de « kystes » de la paroi est programmée courant septembre

2009. Il précise qu'une échographie et un doppler ont été pratiqués (mais il ne les a pas apportés) qui confirment des kystes de paroi en regard de la déchirure musculaire abdominale. Ce salarié semble en faire des tonnes avec son corps, ses kystes, ses douleurs de paroi. Que la pathologie soit réelle et visible, palpable, j'en conviens ! Mais l'intensité de la plainte me semble disproportionnée (troubles somatoformes ?). Dans l'attente de cette intervention, une reprise en mi-temps thérapeutique sur un poste « doux » est demandée par le médecin traitant.

Le directeur technique, contacté par téléphone, accepte d'éviter le démontage d'épaules qui consiste, entre autres, à tirer en force vers soi trois cents épaules de vingt à cinquante kilos par jour et dit pouvoir privilégier le parage des petits morceaux (aiguillettes) et « l'épluchage » pendant le mois de mi-temps thérapeutique.

UNE PÉRIODE FASTE JUSQU'À L'INTERVENTION CHIRURGICALE DE SEPTEMBRE 2009

Ce salarié a repris le travail début août 2009 sans fiche d'aptitude jusqu'à une visite médicale de reprise qui n'aura lieu qu'à la mi-septembre 2009 ! Sa fiche mentionne le mi-temps thérapeutique. Les restrictions d'aptitude, respectées, sont rappelées.

Il est opéré fin septembre 2009 sous anesthésie générale. Il évoque un « curetage » de kystes et lipomes abdominaux. Pas de compte rendu ni d'avis particulier du chirurgien. Il reprend le travail fin novembre 2009, avec visite médicale de reprise dans les huit jours. Il travaille alors sur un poste de parage adapté à son état de santé (charges de dix kilos), avec ceinture de maintien de sa paroi abdominale. Jusqu'à mi-septembre 2010, il reste affecté au parage sans problème particulier.

NOUVEL ACCIDENT DE TRAVAIL À LA MI-SEPTEMBRE 2010

Mi-septembre 2010, monsieur M... est muté sans discussion sur la ligne des « avants » : il s'agit de déplacer et manipuler des pièces de bœuf de cinquante kilos, environ vingt à l'heure. Un nouvel accident de travail se produit : déchirure musculaire abdominale, comme en 2008 puis en 2009, en tirant sur les « avants ». Un arrêt de travail de quatre semaines a été prescrit.

La reprise effective a eu lieu mi-octobre 2010 sur un poste de finition donc sur poste « doux ». Ce jour-là, ma secrétaire m'informe d'un appel du directeur technique de l'entreprise prestataire indiquant le refus par Monsieur M... d'affectation à un poste doux (finition) : « *Monsieur M..., en arrêt AT pendant un mois, a repris hier sur un poste de finition, poste moins dur. Il a refusé de prendre ce poste. Rappeler le directeur technique.* »

Le lendemain, le directeur confirme qu'un poste doux est à disposition des salariés reprenant après AT/MP ; qu'il s'agit

d'un protocole et que Monsieur M... a enfin accepté, vingt-quatre heures après la reprise, de travailler à ce poste de finition.

Le directeur technique est habituellement très ouvert à la discussion et accepte les demandes d'aménagement de poste. Son rôle est souvent un casse-tête. Ce directeur remplace lui-même les absents sur plusieurs départements quand il n'a pas d'autre solution. Il fait un nombre incroyable de kilomètres de jour comme (et surtout !) de nuit.

Quelques jours plus tard, lors de la consultation de reprise, le salarié me fait part d'emblée de son mécontentement d'être affecté à ce poste. Il aurait voulu reprendre à son poste antérieur. On lui aurait signifié qu'il était affecté au poste finition comme le prévoit le protocole de reprise après un arrêt maladie ou accident de travail. Il apparaît tendu, ressasant à voix haute sa mutation en finition, vécue comme punition injuste. Je ressens, pendant la consultation, une pression importante du salarié qui dit et répète compter sur moi pour une aptitude plus élargie à l'issue de l'examen. J'ai du mal à contenir son agitation et sa logorrhée et du coup, du mal à réfléchir, du mal à retenir son attention. Il doute de la notion de protocole lorsque je l'informe de mon échange téléphonique avec le directeur technique.

La clinique orienterait vers un poste doux :

- Douleur abdominale du flanc gauche lors du passage assis/debout, antéflexion/debout, à la toux, à la palpation abdominale.
- HTA : 16,4/10,4.
- Tachycardie à 103 !

Au plan social, il a besoin d'argent :

- En finition, le salaire est moindre car aucune prime de pénibilité n'est envisageable.
- Sa conjointe est au chômage.
- Il lui faut rembourser les prêts d'acquisition de sa maison pendant encore un an.
- J'apprends qu'après la reprise de décembre 2009, il a déjà eu des pertes de salaire à plusieurs reprises, mais semble-t-il sans justification, qui ont entraîné des confrontations avec sa direction. Ces querelles semblent avoir été mal vécues car exigeant une dépense d'énergie excessive. Toutefois, il a pu récupérer son dû.

À partir des approches clinique et sociale, quelle part des choses ? Quelle décision d'aptitude envisager ? Le bien-fondé d'une reprise progressive à un poste adapté comme celui de la finition est évident au plan clinique et donne raison aux dirigeants. Ce qui est inacceptable pour Monsieur M... selon ses arguments. Pour abonder dans le sens du salarié, la durée prévue d'un mois est réduite à quinze jours. Il accepte.

Sur la fiche, on peut lire : « *Apte en finition jusqu'à fin octobre puis apte au parage des arrières et apte sur petits morceaux au parage des avants. À revoir mi-novembre 2010.* » Cette rédaction de la fiche s'est faite avec son accord. La formulation semble l'apaiser. Il pense que si je le revois mi-novembre, on lui fichera la paix d'ici là. Le visage grave, il

a l'air préoccupé. Il me semble qu'il a du mal à penser, qu'il est en attente de protection du médecin du travail, que l'échange verbal est, de ce fait, déséquilibré. Son calme, à la sortie, et ses remerciements, me font espérer un retentissement positif sur sa tension artérielle et sa tachycardie dont j'informe son médecin par courrier. Il est toujours en soins (kinésithérapie). L'accident de travail n'est pas consolidé.

UNE TENTATIVE DE SUICIDE HUIT JOURS PLUS TARD

Le .. octobre 2010, le médecin traitant m'appelle et m'interpelle, Monsieur M... dans son bureau : « *Vous étiez au courant de la tentative de suicide de Monsieur M... sur son lieu de travail ?* » Le médecin traitant n'a pas encore de feuille d'accident de travail et me demande quelle démarche suivre. Je lui explique qu'en l'absence de déclaration d'accident du travail par l'employeur, le salarié a deux ans pour déclarer lui-même son accident. Je propose de rencontrer le salarié début novembre en « pré-reprise » pour étudier cette démarche. Dans l'après-midi, le salarié rappellera pour m'informer de la réception à son domicile d'une déclaration d'accident émanant de son employeur. J'apprendrai par la suite que le médecin traitant a fait un certificat médical d'accident du travail évoquant un harcèlement moral avec tentative de suicide.

DES INFORMATIONS PRÉCIEUSES DÉBUT NOVEMBRE 2010

RETOUR SUR LA CLINIQUE DU TRAVAIL D'OCTOBRE 2010

Lors de la consultation dite de pré-reprise de novembre 2010, le salarié se confie et revient sur les événements qui ont suivi son accident de travail de la mi-septembre 2010 :

➤ Malgré une fiche d'aptitude limitant les efforts physiques, il a été muté pendant une heure en fin de journée « aux avants », pièces de cinquante kilos, ce qui a entraîné un nouvel accident du travail par déchirure musculaire. Ce jour-là, lors de l'accident, il a été renvoyé chez lui sans passage par l'infirmerie, ce qui le consterne. Pour lui, cela signifie un abandon de poste, en l'absence de feuille accident ou de justificatif d'absence.

➤ Puis à son retour, mi-octobre, il a été convoqué seul face à trois responsables (P-DG, directeur technique et chef d'équipe, ce dernier étant arrivé après les autres) qui lui ont signifié sans ménagement leur exaspération du fait de ses accidents de travail et absences répétés. Il aurait même été accusé d'avoir simulé l'accident du travail de la mi-septembre. La confrontation aurait duré une heure pendant laquelle le P-DG lui aurait dit que les accidents de travail coûtent cher à son entreprise. Que celle-ci est pénalisée par le médecin du travail, l'inspection du travail (!) : « *Il y a des amendes à payer ; la participation aux bénéfices diminue avec les accidents de travail et ça pénalise tous les autres salariés* ». Monsieur M... dit qu'à ce moment-là, il ne comprend pas ce qui lui arrive et encore moins les reproches que lui fait la direc-

tion. « *J'y connais rien, à leurs trucs.* » Il est contraint d'accepter une affectation sur un poste de finition, décision qu'il vit comme une sanction malgré qu'on la justifie auprès de lui comme étant la procédure habituelle lors d'une reprise après un arrêt prolongé.

➤ Entre la date de sa reprise du travail de la mi-octobre et le jour de sa tentative de suicide, un collègue de retour après un arrêt AT (torticolis) a pu reprendre le travail à son poste habituel sans « bénéficier » du soi-disant protocole. Il semble que ce soit un élément déterminant de son passage à l'acte. Cette différence de « traitement » semble lui confirmer que le poste doux qui lui est attribué soit purement et simplement une décision de sanction injuste à son égard.

➤ La tentative de suicide sur le lieu de travail s'est manifestée sous forme d'une crise d'agitation où le salarié, un couteau à la main, a informé son chef d'équipe de son imminent passage à l'acte : s'exprimant pendant la consultation il dit : « *Je l'aurais fait* », « *Ils m'ont ridiculisé* », « *J'ai lancé un SOS* ».

CONCERNANT LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

Il décrit, en ce début novembre, les symptômes qui ont accompagné l'entretien avec les trois membres de sa direction et qui correspondent à une réaction aigüe à un facteur de stress (F 43.0 du CIM 10) : il semble avoir été dépassé et avoir souffert de ne pouvoir se défendre, comme si sa pensée faisait défaut (tête vide), évoquant un état de déréalisation. Le tout s'est accompagné alors de douleur violente dans la poitrine, respiration difficile, douleurs abdominales, suivi d'un violent mal de tête ayant persisté pendant tout cet entretien.

Lors de la consultation de la mi-octobre, il était dans l'incapacité de parler de l'entretien avec les trois dirigeants. Je ne disposais alors d'aucun élément événementiel qui aurait pu m'alerter sur un état de souffrance et sur les motifs. Je ne pose pas alors l'hypothèse diagnostique de réaction aigüe à facteur de stress. Toutefois, on pouvait le reconnaître à travers :

- Hyperactivité neurovégétative : tachycardie à 103.
- Symptômes de tension (fébrilité, incapacité à se détendre) : « *Il apparaît tendu* »... « *J'ai du mal à contenir son agitation et sa logorrhée* ».
- Symptôme non spécifique de difficultés de concentration : « *J'ai du mal à retenir son attention.* »
- Un facteur de stress constamment remémoré : « *ressassant à voix haute sa mutation en finition* », l'absence de syndrome d'évitement indiquant que l'on n'est pas encore dans le syndrome de stress post-traumatique.

Lors de la visite médicale de « pré-reprise » de début novembre 2010, Monsieur M... présente un syndrome post-traumatique persistant :

➤ Syndrome de répétition : « *La nuit, ça me hante. Je les revois comment ils m'ont traité le .. octobre. Des conflits, il y en a eu, mais pas comme ça ! S'il n'y avait pas eu cette confrontation on n'en serait pas là aujourd'hui.* »

- Syndrome d'évitement : il est actuellement incapable de retourner au travail, de se confronter à ses responsabilités.
- Hyperéveil, nuits courtes, réveil précoce sans pouvoir se rendormir.

Le syndrome post-traumatique se complique d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel (F41-2 du CIM 10) avec des idées suicidaires résiduelles sans projet actuel précis : palpitations brèves quand il pense au travail, jambes molles, myalgies diffuses, tremblements, sueurs, paresthésies des mains, vécu de strangulation, céphalées fréquentes anciennes, diarrhées fréquentes ; alternance anorexie/boulimie, perte du désir d'aller au travail, troubles du sommeil à type de réveil précoce sans pouvoir se rendormir, vécu de culpabilité, perte d'estime de soi (« *Ils m'ont ridiculisé vis-à-vis de ma famille, de mes collègues* »).

À la mi-octobre, en visite de reprise du travail, il n'en était pas encore là. Il était toujours au travail, sans syndrome d'évitement.

*IL RETROUVE UNE APTITUDE À LA PENSÉE
ET UNE ANALYSE RÉTROSPECTIVE
DE QUESTIONS ORGANISATIONNELLES INÉDITES*

Concernant l'entreprise, la discussion de début novembre sur l'organisation révèle des éléments importants. Notons d'emblée que l'analyse qu'en fait Monsieur M... indique le début d'un vrai travail de réflexion et d'analyse de la réalité des contraintes organisationnelles. À propos de son conflit financier de fin 2009, Monsieur M... précise que le directeur lui aurait dit, devant témoins, en janvier 2010 : « *T'as qu'à me mettre une claque dans la gueule ; je me ferai un plaisir de te licencier.* » Mais Monsieur M... avait finalement eu gain de cause au plan financier.

Monsieur M... indique son dévouement pour l'entreprise qui l'emploie, acceptant toujours les demandes de son directeur technique. Il est allé ainsi travailler sur quatre départements : « *On partait à la semaine et les frais étaient bien pris en charge.* »

Monsieur M... précise que « *ça s'est arrêté depuis janvier 2010* ». « *J'ai été à la soupe.* », « *Je restais chez moi ; je prenais des congés sans solde car y'a pas de boulot. D'autres ont changé de secteur d'activité... d'autres, comme moi, sont restés chez eux.* »

Monsieur M... revient sur l'année 2009 ou une autre entreprise prestataire concurrente a décroché un contrat au détriment de l'entreprise qui l'emploie, dans un gros abattoir de bovins. Monsieur M... a dû changer de secteur géographique d'activité et se rendre du sud au nord du département. Il faisait alors du covoiturage avec son chef d'équipe. Dans cette nouvelle entreprise utilisatrice, Monsieur M... qui venait de faire une déchirure musculaire, alternait tous les deux heures aux postes durs avec son responsable « redevenu simple ouvrier ».

À ce stade de l'exposé, il dit : « *J'ai peur de me retrouver face à eux ; et peur de mes propres réactions. Leur faire mal à eux, ça ne vaut pas la peine.* » Ses idées suicidaires sont

toujours présentes : « *Comme ça, ils me laisseraient tranquille* »... Alors qu'il venait de prendre la mesure des difficultés organisationnelles de son entreprise, il se remémore l'entretien de mi-octobre : « *Mon chef m'a trahi. Il dit devant le patron qu'il ne savait pas que j'avais des difficultés.* »

À ce stade de notre échange, il précise : « *Je ne suis pas prêt à me confronter à mes collègues dans l'entreprise utilisatrice, ni à refaire du covoiturage avec mon chef.* » Par contre, il envisage de « nouveaux challenges » sur d'autres sites où intervient l'entreprise prestataire de services qui l'emploie.

Il revient alors sur son dévouement : « *Juste avant Noël 2009, j'ai travaillé de 12 h à 20 h. Le lendemain, je recommençais à 3 h pour finir à midi. Ils avaient même prévu trois heures du matin à 17 h. L'entreprise utilisatrice s'y est opposée. Si vous ne le faites pas, vous êtes pénalisé... T'es pas venu ; tu vas t'en rappeler !... C'est du harcèlement.* »

Il revient sur la fiche d'aptitude de la mi-octobre 2010 qui limitait l'aptitude avec des restrictions : une semaine plus tard, elles n'auraient plus été respectées. Il aurait fait des remplacements sur de « gros morceaux à mettre en viande hachée (VHS) ». « *Il fallait prendre de gros colliers, de grosses épaules à mettre en bac, de 19 h 30 à 20 h 30, car il n'y avait plus de travail en finition !* » Or, il revient à nouveau sur le fait qu'un collègue a retrouvé son poste de désossage après accident de travail, sans passer par le protocole de poste doux en finition. Il exprime alors un vécu de « marginalisation, injustice, hypocrisie, manque de franchise ». Mais il finit par déclarer que la finition est un poste récemment attribué à son entreprise prestataire qui, de tout temps, faisait le travail le plus dur.

Et par expérience (brève) sur ce secteur, j'avais noté que la finition était réservée aux salariées femmes de l'entreprise utilisatrice ou d'entreprises de travail temporaire, aux enfants du personnel en période de congés et au fils du directeur technique, lui aussi en période de congés. Si la finition est une acquisition nouvelle de l'entreprise prestataire de service, la mise en place récente du protocole s'explique. Or, ce ne peut être qu'une décision récente, ce que Monsieur M... reconnaît.

On peut se demander *a posteriori* si cette entreprise prestataire a bien la main d'œuvre appropriée pour ces tâches de finition. Quoique quelques femmes aient une formation spécifique au « travail de la viande en abattoirs » sur ce secteur riche en entreprises de l'agro-alimentaire.

Le cheminement de la pensée de Monsieur M... lui fait accéder à l'idée soit de reprendre dans un autre abattoir que celui où il a fait sa tentative de suicide, soit de quitter l'entreprise et son mode viril. Il interroge autour de lui et ENVISAGE, grâce à son expérience passée, un poste chez un artisan boucher ou charcutier traiteur dont il sait qu'ils se font rares et sont « mal » payés. Nous sommes à quinze jours de la crise suicidaire passée et la réflexion va bon train.

SYNTHÈSE

Peut-on désormais répondre à la question de départ : était-il possible de prévenir la tentative de suicide de Monsieur M... ?

Deux particularités de ce dossier attirent mon attention : la notion de langage du corps et celle de l'identité virile comme défense.

Dès la consultation de juillet 2009, je constatais : le salarié « en fait des tonnes avec ses kystes et ses lipomes ». C'est que la clinique ne présentait pas de caractères de sévérité qui auraient permis de mesurer l'inquiétude de ce salarié que je voyais pour la première fois. L'inquiétude avance alors masquée, avec pour expression **ET COMME LANGAGE**, le corps. Or, si le corps ne tient plus, le risque est la perte d'emploi alors qu'il faut payer la maison. Alors que ce métier rapporte si on expose ce corps à des défis, des challenges collectifs qui tournent autour de la puissance, de la virilité, supports d'un mécanisme défensif de métier dans les abattoirs. La maladie est un frein à la puissance, et est même révélatrice du leurre du mythe de la toute-puissance. Se révèle alors la finitude du corps au masculin. Tout aménagement de poste dans ce dossier peut être menace à l'identité virile. D'abord parce que l'aménagement de poste s'applique à un corps défaillant. Ensuite parce que toute discrimination dans l'attribution du poste doux est interprétée comme punition, sanction par l'intermédiaire de l'atteinte ciblée de la virilité :

➤ La crise psychique de Monsieur M... atteint son paroxysme lors de la différence de « traitement » de son collègue qui, de retour après accident du travail, ne passe pas par le poste « doux » ! Le collègue dont on flatte la virilité quand on attribue à Monsieur M... le poste

réservé aux femmes, aux ENFANTS DU PERSONNEL en période de vacances scolaires.

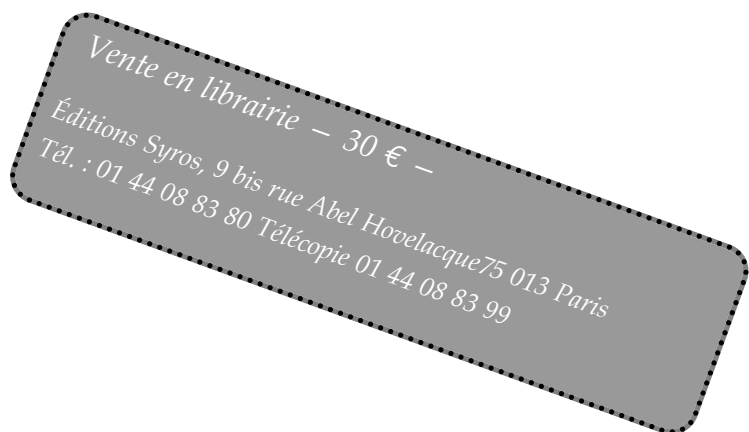
➤ Dans le cas présent, le salarié ne fait aucune allusion à des problèmes entre collègues de l'entreprise prestataire ni avec ceux de l'entreprise utilisatrice. Il évoque à un moment donné la cohésion autour de l'humour entre salariés, humour dont il fait volontiers usage, habituellement.

Était-il possible de prévenir la tentative de Monsieur M... ? La réponse est « bien sûr que non ! ». Dans le cas présent, bien que le sujet ait été en état de réaction aigüe à un facteur de stress lors de la visite médicale de reprise d'octobre 2010, rien n'aurait pu laisser prévoir une pseudo-discrimination secondaire entre deux salariés reprenant le travail après accident du travail.

Cette monographie m'a toutefois permis, *a posteriori*, de mieux appréhender mes propres réactions pendant la consultation et de les requalifier en « réactions à de la clinique » :

➤ Si le salarié « semble en faire des tonnes avec ses symptômes », c'est peut-être qu'il ne mentalise pas sa souffrance. Souffrance liée à son corps défaillant initiant une fragilisation de son identité virile.

➤ Si les tensions, agitation, difficultés de concentration du sujet m'empêchent de penser, il est important de réagir en posant une hypothèse diagnostique, ici de réaction aigüe à un facteur de stress et de rechercher d'autres symptômes afin d'en établir le diagnostic effectif. Tout en sachant que le traumatisme peut être indicible et que l'on aurait tort de forcer (violier) les barrières comme on aurait tort d'édifier des barricades là où le sujet peut et souhaite son propre dévoilement en consultation.



APPROCHE COLLECTIVE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN MÉDECINE DU TRAVAIL INTÉRÊT ET LIMITES DES PIÈGES À ÉVITER

Jocelyne MACHEFER, médecin du travail

LES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES DANS LE DOMAINE DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX LA BASE DE DOCUMENTATION EST L'ISTNF(1)

La directive-cadre européenne n°89/391 CEE, parue au JO L 183 du 29.06.1989 « définit une obligation générale de sécurité dont le chef d'entreprise est débiteur et propose une démarche globale de prévention des risques professionnels, guidée par le principe primordial de l'évaluation des risques » ... « tant au niveau de la sécurité que de la santé physique, mentale et sociale des salariés. » Des mesures préventives appropriées sont attendues en conséquence.

La loi N° 91-1414 du 31 décembre 1991 qui transcrit la directive-cadre européenne du 12 juin 1989, impose l'évaluation des risques aux chefs d'entreprise afin de mettre en place les solutions préventives les plus adaptées pour la protection des salariés (ex article L.230-2-alinéas 1 à 3, devenu L.4121-1 à L.4121-3). On retiendra plus particulièrement l'ex article L230-2-2^{ème} alinéa devenu L.4121-2 :

- « 1° Éviter les risques.
- 2° Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités.
- 3° Combattre les risques à la source.
- 4° Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de tra-

.....

1 – CZUBA Céline, Les évolutions législatives et réglementaires dans le domaine des Risques psychosociaux, document istnf.fr, mars 2010

vail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé.

5° Tenir compte de l'état d'évolution de la technique.

6° Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux.

7° Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L.1152-1.

8° Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle.

9° Donner les instructions appropriées aux travailleurs. »

Remarques : C'est assurément un profond changement culturel en termes de prévention des risques professionnels en France, puisque l'employeur passe de l'obligation de moyens (respect de normes et règlements techniques) à l'obligation de résultats. Toutefois, aucun document écrit n'est alors exigé. D'autre part, malgré une finalité louable visant à protéger les salariés des risques psychosociaux et des pratiques abusives, la mise en avant du harcèlement moral sera initialement un frein à l'analyse des multiples conditions organisationnelles de travail à l'origine de souffrance et de harcèlement (!) au travail. La souffrance analysée ainsi se trouvera initialement réduite à un conflit entre deux personnes (un bourreau, une victime), l'affaire, jugée

au tribunal, hors des murs de l'entreprise faisant craindre « l'économie », à court terme, d'une analyse de l'organisation défaillante. Toutefois, les jurisprudences sont en constante évolution, comme nous le verrons (chapitre 4).

Le décret du 5 novembre 2001 (ex art. R.230-1 devenu R.4121-1) prévoit l'obligation de formaliser les résultats de l'évaluation des risques professionnels dans le « document unique », tenu à disposition des représentants du personnel, du médecin du travail et des différents préventeurs. Dix ans après la loi N° 91-1414 du 31 décembre 1991, l'obligation d'un document écrit s'est finalement imposée.

8 Octobre 2004 : Accord-cadre Européen sur le stress au travail. L'accord qui engage contractuellement les partenaires sociaux européens signataires à combattre le risque de stress en entreprise, s'appuie sur la directive n°89/391 CEE. Le stress professionnel survient « lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et ses propres ressources pour y faire face », selon cette définition qui est un choix de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Placer en premier la perception par l'opérateur, de l'écart entre les exigences de la situation et ses capacités d'y faire face, mettant en avant le doute du sujet, omettant la critique des contraintes professionnelles pathogènes, est tout à fait discutable. La définition de Hans SELYE, par exemple, plus équilibrée « le stress est la réaction de l'organisme face aux modifications, exigences, contraintes ou menaces de son environnement, en vue de s'y adapter » ne sera prise en compte ni dans cet accord-cadre, ni par la suite, que ce soient le rapport NASSE/LÉGERON (2008), l'Accord National Interprofessionnel (ANI) de 2008 ou l'Arrêté d'extension de l'ANI du 23 avril 2009.

La directive 2006/54/CE 5 juillet 2006 : relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail (refonte). On y trouve une définition du harcèlement dont le harcèlement sexuel, également considérés comme discrimination.

26 avril 2007 : Accord-cadre Européen sur le harcèlement moral et la violence au travail. Les partenaires sociaux européens condamnent le harcèlement moral et la violence au travail et reconnaissent son retentissement social et économique.

Accord National Interprofessionnel (ANI) de juillet 2008 : signé par le patronat et les partenaires sociaux, l'ANI est la transposition en Droit français de l'accord-cadre européen signé en octobre 2004 par les partenaires sociaux européens. Il vise à prévenir et à combattre le stress dans les entreprises. La définition du stress reste la même.

6 mai 2009 : parution au J.O. de l'arrêté d'extension du 23 avril 2009 de l'ANI. Il oblige toutes les entreprises à conclure un accord sur le stress au travail

13 janvier 2010 : modalités de mise en œuvre de la négociation sur le stress préconisées par le ministère du travail. Bien que les entreprises de plus de 1 000 salariés soient

invitées à engager les négociations sur les risques psychosociaux avant le 1^{er} février 2010, au 3 décembre 2010, sur 1 300 entreprises concernées, 230 seulement avaient signé un accord sur le stress au travail.

LE RAPPORT NASSE/LÉGERON, « RELATIF À LA DÉTERMINATION, LA MESURE ET LE SUIVI DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL, DU 12 MARS 2008 » UN FREIN À LA PENSÉE ET À L'ACTION !

UN RAPPORT ÉTRIFIÉ, LIMITÉ AU « STRESS »

Ce rapport, dès le premier chapitre « définir et délimiter les risques psycho-sociaux », cite les nombreuses situations qui y font référence : « stress, harcèlement moral, violence, souffrance, suicide, dépression, troubles musculo-squelettiques, etc. », pour préciser que « (...) la grande variété des thèmes sous le vocable de risques psychosociaux est source d'une grande confusion. Ces thèmes recouvrent en effet les déterminants et les effets, sans distinguer les causes et les conséquences »(2) ! Mais alors, plutôt que de rétablir une classification plus adéquate à partir de cette liste, facteurs de risques d'un côté (harcèlement, violence, situation stressante ou de tension au travail) et risques de l'autre (stress perçu, souffrance, suicide, dépression, TMS), ce rapport se limite « à l'étude du stress et ses conséquences sur la santé mentale » et seulement mentale ! « des individus » sans jamais s'embarrasser d'une définition du bien-être : « (...) le stress où causes et conséquences se rejoignent et se renforcent de sorte que le gain de bien-être au travail qu'il serait possible d'obtenir par une réduction du stress a une chance sérieuse de réduire aussi les autres catégories de troubles »(3). Ambition qui laisse entrevoir de beaux jours aux consultants d'approche comportementalisme dont P. LÉGERON lui-même fait partie. N'y a-t-il pas là conflit d'intérêt ?

UNE APPROCHE HYGIÉNISTE ?

On lit dans ce rapport, citant la *Health Safety Exécutive* de Grande-Bretagne que « le risque se définit comme la probabilité qu'une exposition au danger entraîne un dommage et les stratégies de prévention se doivent de faire en sorte que l'exposition soit nettement en dessous du niveau où vont apparaître les dommages ». On pourrait se rassurer à bon compte en remarquant notamment, dans ce rapport, trois centres d'intérêt : l'**amont** regroupant les risques liés aux conditions d'organisationnelles de travail ; le **médian** évoquant les risques liés aux réactions du sujet ; l'**aval** abordant les conséquences cliniques. L'entreprise doit développer une prévention primaire, secondaire et tertiaire. Cette démarche se calque sur l'OIT (2000) indiquant « les interventions pour réduire le stress peuvent être primaires (réduction à la source du stress), secondaires (aider les indi-

.....

2 – Philippe NASSE/Patrick LÉGERON, *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, 12 mars 2008, p.7

3 – *Ibid*, p.8

vidus à développer des compétences à faire face au stress) et tertiaires (prendre en charge les individus affectés par le stress) ». Mais la prévention primaire inclut, selon le rapport NASSE/LÉGERON, « une évaluation précise par l'entreprise non seulement des facteurs de risques mais aussi des populations les plus touchées »(4) ! Or, le dépistage de populations touchées ne peut appartenir à la prévention primaire puisqu'il signe l'échec de la prévention primaire. De même, la prévention secondaire n'est envisagée là, ni pour modifier les conditions de travail collectives ni pour adapter le travail à l'homme : « **Les programmes de prévention secondaire ont pour but d'aider les individus à gérer plus efficacement les exigences et contraintes du travail en améliorant leurs stratégies d'adaptation aux sources de stress ou en renforçant leur résistance au stress en soulageant les symptômes associés au stress** »(5).

Il s'agit bien, selon eux, d'adapter l'homme aux contraintes (et non d'adapter le travail à l'homme, donnée de base en ergonomie) et de **soigner** ceux qui ne résistent pas ! Mais alors, on se situe au niveau de la réparation, c'est-à-dire de la prévention tertiaire ! On ne peut que partager l'avis d'Yves CLOT remettant en cause le « trouble de l'adaptation du sujet » qu'il faut considérer bien au contraire comme un « trouble de l'adaptation de l'organisation du travail lui-même »(6). Du même coup, la **prévention tertiaire** selon ce rapport inclut « le traitement, la réhabilitation, le processus de retour au travail et le suivi des individus qui souffrent ou ont souffert de problèmes de stress ou de santé mentale ». Il est alors question de guérir l'individu, y compris par de la thérapeutique au travail « assistance psychologique, numéro d'appel d'aide et de soutien aux salariés, consultations spécialisées ». À aucun moment, il ne sera proposé de « guérir » le travail pathogène. Ni de faciliter la reconnaissance des pathologies en maladies professionnelles, ce qui correspondrait à la réparation, qui se rattache pourtant aussi à la prévention tertiaire !

NOTION D'« INDICATEUR GLOBAL »

Le rapport NASSE/LÉGERON, en déplorant l'absence, en France, d'un indicateur global « qui permettrait d'observer simultanément l'état de santé mentale des personnes concernées et celui de leurs conditions sociales de travail », minimise, de fait, l'arsenal des enquêtes existantes utilisant les précieux apports, en l'épidémiologie, de KARASEK et de SIEGRIST (qu'il cite pourtant), comme les enquêtes Sumer (DARES), Samotrace (INVS), SIP (DARES-DREES). La double enquête SIP (2006-2010) vise à étudier les interactions entre santé, travail et itinéraire professionnel. **La post-enquête SIP du LEEST, réalisée en 2008** sur d'un échantillon tiré au sort à partir des enquêtés SIP de 2006, mise en place en raison des résultats troublants de SIP 2006 rendant le travail responsable de nombre des problèmes de santé, recherche d'éventuels biais dans l'estimation des liens entre santé, travail et itinéraire professionnel. La post-enquête réalisée à

.....

4 – *Ibid*, p.37

5 – *Ibid*, p.38

6 – Yves CLOT, *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Ed. La Découverte, 2010, p.110

partir d'entretiens ouverts « *interrogeant le vécu subjectif du travail, pivot des arbitrages effectués tout au long de la trajectoire, dans une dynamique intégrant souhaits et contraintes, vie privée et professionnelle, sens du travail et enjeux de société* »(7), viendra conforter les résultats de l'enquête SIP 2006. Mieux, elle indiquera que nombre de salariés, pour ne pas décompenser, ont quitté à temps l'entreprise privée par une démission salubre ou obtenu une mutation « thérapeutique », notamment dans le service public. De plus, la post-enquête SIP, « dans l'interrogation sur les problèmes de santé » indique des écarts :

- « Sur la déclaration des maladies, accidents et handicaps avec une sous déclaration, en tant que *maladies*, des problèmes de santé mentale et des troubles musculo-squelettiques et lombalgies actuels et passés... »
- « Dans l'évaluation des liens entre santé et travail,
 - ◆ avec sous-estimation des changements » (comme la démission dans le privé ou comme la mutation) « mis en lien avec le souhait de préserver sa santé psychique
 - ◆ avec une sous-déclaration des « petits » accidents de travail sans séquelles ni conséquences sur l'itinéraire professionnel mais néanmoins révélateurs des conditions de travail sur une période donnée.
 - ◆ avec l'omission de certaines pathologies passées ou actuelles pouvant renvoyer à des risques professionnels passés, méconnus ou déniés (sinusites chroniques, pathologies pulmonaires...) »(8).

La recherche d'indicateur global, proposée dans le rapport, exaspère les médecins du travail dans la mesure où elle tend à retarder la nécessaire analyse du réel du travail et de ses modes organisationnels afin de supprimer les facteurs de risque. Les demandes de consultations spontanées se bousculent, de même les visites médicales de pré-reprise et/ou de reprise après maladies à caractère professionnel en lien avec l'organisation du travail défailante.

Cette recherche d'indicateur global exaspère les médecins du travail dans la mesure où elle entretient la confusion avec la mise en avant du « stress » et de ses « composantes dites environnementales et individuelles ». Clairement, la soi-disant « composante environnementale du stress » est à classer au chapitre des **facteurs** de risques psychosociaux. Le modèle de KARASEK, cité dans ce rapport comme « approche ergonomique du stress » est bel et bien une approche par **facteurs** de risques et plus précisément par **facteurs organisationnels** de risques psychosociaux. Dans ce modèle de KARASEK, avoir à la fois une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle au poste de travail est défini par M. VÉZINA comme « *Job Strain* », à traduire par « tension au travail » et non « stress au travail », afin justement d'éviter la confusion entre risques et facteurs de risques.

.....

7 – *Post-enquête qualitative SIP, rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et parcours de santé*, sept. 2008, intro, p.6

8 – *Post-enquête qualitative SIP, rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et parcours de santé*, sept 2008, p.307

Cette recherche d'indicateur global désespère les médecins du travail dans la mesure où elle semble ignorer leurs alertes en voulant les cantonner dans le dépistage du stress et des décompensations au travail (prévention tertiaire). Pourtant, les imagine-t-on cantonnés dans le dépistage du saturnisme ou du mésothéliome pleural, au mépris de la prévention primaire ! Ce soi-disant manque d'indicateur global permet-il pour autant de remettre à plus tard l'obligation de sécurité de résultats de l'employeur en termes de santé et de sécurité des salariés ? La jurisprudence bouscule ce rapport d'experts.

L'EXTERNALISATION DE LA GESTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Surtout, le rapport NASSE/LÉGERON remet à plus tard une première synthèse tout en préconisant une nouvelle enquête psychosociale nationale à la recherche de cet indicateur global. La proposition du rapport NASSE/LÉGERON de confier à des médecins et infirmières du travail les questionnaires « visant la mesure de la santé mentale ou de la détresse psychologique et celui cherchant à cerner l'exposition aux risques psychosociaux » dans le but d'élaborer un indicateur global de risques psychosociaux infaillible (!), séduit les entreprises dont certaines n'ont pas attendu ce rapport pour mettre en place un dépistage du stress par questionnaires, dont l'objectif est de prendre en charge les plus fragilisés, (présentés comme fragiles !). Des groupes industriels font appel à consultants pour mettre ces questionnaires en place de façon systématique dans leurs établissements. L'engouement des employeurs pour l'externalisation de la prise en charge des **conséquences** de facteurs de risques psychosociaux professionnels est inversement proportionnel à leur démarche préventive qui viserait à réduire les facteurs de risques. Externalisation *via* des sous-traitants (consultants), certains à l'approche comportementaliste pour l'amélioration des performances des salariés repérés, plaçant le médecin du travail dans un rôle de « fossoyeur », dépistant les plus fragiles à partir de questionnaires de diagnostic clinique (stress, états de stress post-traumatique, dépression ou état anxieux réactionnels...). Ces questionnaires mis en ligne en salle d'attente de certains SST étant analysés globalement, au plan statistique, par le consultant et non par le médecin du travail, afin de cibler les « populations à risques » par établissement, par service dans un établissement... Il ne reste plus au médecin du travail qu'à écarter les sujets décompensés, ceux-ci étant pris en charge soit par le service d'urgence des hôpitaux, soit par le médecin traitant via le spécialiste local, soit par un second consultant, aux frais de l'entreprise. Ne peut-on parler, dans ce dernier cas, d'exercice illégal de la médecine du travail ? Un **suivi thérapeutique** étant également proposé par ce second consultant, ne doit-on pas parler de double exercice illégal de la médecine du travail ? Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) s'est d'ailleurs montré très vigilant par rapport aux dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux dans l'entreprise(9), séparant bien l'activité de médecin du travail de celle de « médecin écoutant » de la

9 – CNOM, *Recommandations sur les dispositifs de prise en charge des risques psychosociaux*, 24 octobre 2008

cellule d'accompagnement. Le CNOM interviendra en 2009 pour soutenir les médecins de *France Télécom*, incités à participer aux réunions des Cellules d'écoute et d'accompagnement dans l'entreprise, dans leur refus de participer au dévoilement de cas individuels, totalement contraire à l'éthique et au code de déontologie médicale. Le secret médical doit être préservé(10). Yves CLOT analyse ainsi la problématique : « *C'est très souvent l'organisation qui manque de ressources pour répondre aux demandes des opérateurs de pouvoir travailler correctement* » ... « *Et c'est l'écart perçu par eux entre ce qu'il faudrait faire et ce qu'ils sont tenus d'accomplir qui produit des déséquilibres dommageables aussi bien pour leur santé que pour la qualité du travail.* »(11). L'INRS, dans une note documentaire intitulée *Prévention des risques psychosociaux : et si vous faisiez appel à un consultant*, considère qu'il faut « *combattre le risque à la source (prévention primaire). Elle est centrée sur le travail et son organisation, et renvoie à une prévention collective des risques* » ... « *La gestion individuelle des risques psychosociaux (prévention secondaire) a pour but de renforcer la résistance des salariés au stress (stages de gestion du stress, coaching, relaxation...).* Elle ne s'attaque pas aux causes réelles du problème et son effet ne se maintient pas dans le temps »(12).

Alors que ce projet NASSE/LÉGERON d'enquête nationale n'a jamais vu le jour, les médecins du travail constatent l'accroissement des consultations de sujets en souffrance alors que tarde, dans l'entreprise, la mise en place du nécessaire dialogue sur le travail, sur les difficultés à faire un travail correct ! Les CHSCT sont souvent informés de la mise en place de questionnaires à l'élaboration desquels ils ne sont pas associés.

OCTOBRE 2009 : RAPPORT GOLLAC, À LA DEMANDE DU MINISTÈRE DU TRAVAIL

LE STRESS ?

Contrairement au rapport NASSE/LÉGERON, le rapport GOLLAC ne considère pas le stress comme seule donnée fiable en matière de risques psychosociaux.

RISQUES OU FACTEURS DE RISQUES ?

Contrairement au rapport NASSE/LÉGERON, le rapport GOLLAC sépare clairement les risques des facteurs de risques et considère que « *La littérature épidémiologique fournit des éléments convaincants sur les effets des facteurs de risque psychosociaux au travail sur la santé. Les mécanismes étiologiques susceptibles d'expliquer l'association entre les facteurs psychosociaux et des indicateurs de santé notamment cardiovasculaire relèvent des effets des stresseurs de type psychosocial.* »...« *Cette littérature a notamment souligné*

10 – CNOM, *Respect de la déontologie : le CNOM soutient les médecins du travail de France Télécom*, 1^{er} décembre 2009

11 – Yves CLOT, *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Ed. La Découverte, 2010, p.110

12 – INRS, *Prévention des risques psychosociaux : et si vous faisiez appel à un consultant*, ED 6070, avril 2010, pp.6 et 7

leurs effets importants sur les maladies cardiovasculaires, les problèmes de santé mentale et les troubles musculo-squelettiques. Les études ont montré un accroissement du risque de ces pathologies pouvant atteindre 50 % à 100 % en cas d'exposition aux facteurs psychosociaux au travail. Or ces trois domaines de santé constituent des enjeux majeurs en termes de santé publique »(13).

DÉFINITION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX(14)

Michel GOLLAC part de la notion de **risque pour la santé**. La définition des risques psychosociaux dépend alors de la définition de la santé, évolutive, y compris à l'OMS :

- « Il s'agit de **risques pour la santé**, mentale mais aussi physique, créés au moins en partie par le travail à travers des mécanismes sociaux et psychiques ».
- « Si la santé est l'absence de maladie, le **risque** correspond à un **surcroît de probabilité de survenue d'une maladie** ». Les indicateurs de risques psychosociaux, et notamment ceux du médecin du travail, sont alors à chercher du côté de la maladie due au travail.
- « Si la santé est "un état de complet bien-être physique, mental et social" [OMS], le **risque** est soit la **diminution de la probabilité** de cet état de complet bien-être, soit la **diminution du degré de bien-être**. »
- Les indicateurs et notamment pour le médecin du travail, seraient alors un vécu subjectif du travail négatif, éventuellement en lien avec une souffrance infra-clinique (mal être non décompensé).
- Selon l'OMS, « la **santé mentale** est (...) un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ». Cette définition considère la santé comme un « état » mais d'un sujet actif qui se réalise au sein de la communauté. Se rapproche-t-on du travail comme lieu indispensable au maintien de l'identité et de santé du sujet ? Les indicateurs de risques psychosociaux au travail seraient à chercher du côté du Vécu subjectif du travail dont le travail empêché.

DU RISQUE AUX FACTEURS DE RISQUE

Cette approche du risque permet de mieux envisager les **facteurs de risque** dans l'entreprise, et en particulier les organisations pathogènes. M. GOLLAC sélectionne six dimensions temporaires de facteurs de risques psychosociaux regroupant une quarantaine d'indicateurs provisoires :

- les exigences du travail, par exemple la pression temporelle ;
- les exigences émotionnelles, par exemple les tensions avec le public ;
- le manque d'autonomie et de marges de manœuvre ;

.....

13 – Michel GOLLAC, DARES-DREES, *Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail*, Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, Introduction, Octobre 2009

14 – Michel GOLLAC, CREST, *l'observation statistique des risques psychosociaux*, 27 novembre 2008

- la mauvaise qualité des relations au travail : par exemple le manque de soutien, le manque de reconnaissance ou la qualité insuffisante du *leadership* ;
- les conflits de valeur, c'est-à-dire les problèmes d'éthique et de conscience professionnelle (qualité) ;
- l'insécurité de l'emploi et de la carrière.

Michel GOLLAC précise que ces six dimensions temporaires permettent des améliorations des questionnaires de la seconde enquête SIP (2010), dont les résultats sont prévus en 2011. Ce rapport, en écho à la demande d'indicateur global de NASSE/LÉGERON, qui raisonne en niveau d'exposition au risque et de probabilité de dommages encourus, accepte-t-il, lui aussi, l'idée de dose admissible, au-delà de laquelle le dommage surviendrait ?

Peut-on raisonnablement imaginer pouvoir mesurer un niveau d'exposition aux risques psychosociaux ? En pronostiquer les conséquences ? Et accepter un risque psychosocial du fait d'un faible risque de dommages encourus ? S'agit-il du risque au sens qualitatif avec ses niveaux de gravité ? S'agit-il du risque au sens quantitatif (en nombre et pourcentage de salariés atteints) ? Sommes-nous là, comme le pense Y. CLOT, dans un schéma de veille sanitaire, dont l'objectif (prévenir les risques psychosociaux) ne serait pas atteint en raison des difficultés, dans l'entreprise, à remonter des conséquences à l'empêchement de faire un bon travail ? Passant définitivement à côté du réel ? « Il m'arrive de penser que la prévention des risques psychosociaux, loin de permettre le développement du pouvoir d'agir des salariés sur la qualité de leur travail, autorise leur déclassement au rang de sujets "faibles" à accompagner dans leur souffrance et à réformer dans leur comportement. »(15). « La distinction entre des victimes et des responsables de la souffrance psychique cède la place à une distinction entre des individus et un environnement risqué. D'ailleurs, le flou de la notion de risques psychosociaux est pensé comme un facteur de consensus permettant d'échapper à la recherche des coupables »(16).

Qui dit « mieux » ? Compte-tenu de la connaissance du médecin du travail de l'entreprise et de ses contraintes, on peut craindre la médecine d'entreprise, au service de l'économie et non plus de la préservation de la santé des salariés, par une pratique de tri de main d'œuvre : sélection à l'embauche, inaptitude des sujets fragilisés par leurs conditions de travail délétères. L'eugénisme n'est pas loin. Il faut soutenir, tout au contraire, l'apport des indicateurs des six dimensions de facteurs de risques de M. GOLLAC, à utiliser, en tant que médecin du travail comme **alerte collective** dont le but sera, pour l'employeur, de **remédier aux facteurs de risques psychosociaux professionnels**. C'est-à-dire en associant les salariés, en leur redonnant du pouvoir d'agir et en encourageant les collectifs et la participation des CHSCT. Avec, comme point de repère, comme boussole, la notion

.....

15 – Yves CLOT, *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, Ed. La Découverte, p.135, 2010

16 – Marlène BENQUET, Pascal MARICHALAR, Emmanuel MARTIN, *Responsabilité en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008)*, Revue Sociétés Contemporaines, N°19, 2010, cité par Alain CARRÉ

d'obligation de sécurité de résultat des employeurs et les jurisprudences récentes.

L'ÉVOLUTION DES JURISPRUDENCES

Les jurisprudences évoluent constamment, y compris en prenant en compte le mode de gestion : « *Peuvent caractériser un harcèlement moral les méthodes de gestion mises en œuvre par un supérieur hiérarchique dès lors qu'elles se manifestent pour un salarié déterminé par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet d'entraîner une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.* »(17)

Le harcèlement est constitué qu'il y ait ou non intention de l'auteur : « *Il résulte d'une part de l'article L.1152-1 du Code du travail que le harcèlement moral est constitué, indépendamment de l'intention de son auteur, dès lors que sont caractérisés des agissements répétés ayant pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte aux droits et à la dignité du salarié, d'altérer sa santé ou de compromettre son avenir professionnel, d'autre part de l'article L.1154-1 de ce code que la charge de la preuve d'un harcèlement moral ne pèse pas sur le salarié. Doit dès lors être cassé l'arrêt d'une cour d'appel qui, pour débouter un salarié de sa demande de dommages-intérêts pour harcèlement moral, retient qu'il ne démontre pas que les agissements dont il se plaint relèvent d'une démarche gratuite, inutile et réfléchie destinée à l'atteindre et permettant de présumer l'existence d'un harcèlement.* »(18)

Des condamnations récentes indiquent, de plus en plus, une mise en avant de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur. Dans les deux exemples qui suivent, le juge se prononce sur l'organisation collective de l'entreprise. Dans le premier cas, la cour admet la consultation du CHSCT par le CE sur un projet d'entretiens individuels de salariés avant sa mise en œuvre. Dans cet arrêt, la Cour de cassation considère que l'obligation de sécurité de résultat pesant sur l'employeur lui « *interdit dans l'exercice de son pouvoir de direction, de prendre des mesures qui auraient pour objet ou pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés* »(19). Dans cette affaire, « *Le juge de fond peut suspendre la mise en place d'une nouvelle organisation s'il estime qu'elle compromet la santé ou la sécurité des salariés* »(20). Dans le second exemple(21), l'employeur envisage une nouvelle organisation de la maintenance et de la surveillance

.....

17 – Légifrance.gouv.fr, Cour de Cassation, chambre sociale, audience publique du mardi 10 novembre 2009, n° de pourvoi 07-45321

18 – Légifrance.gouv.fr, Cour de Cassation, chambre sociale, audience publique du mardi 10 novembre 2009, n° 08-41497

19 – Cass. Soc. 28 nov. 2007, n°6-21964

20 – LACHMANN Henri, *Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail*, Rapport d'information n° 642(2009-2010), DÉRIOT Gérard, Commission des affaires sociales du Sénat, *Mal-être au travail : passer du diagnostic à l'action*

21 – Cass. soc. 5 mars 2008, société SNECMA, n° 06-45888

d'un établissement « Seveso ». Le CHSCT, informé et consulté, désigne un expert, émet un avis négatif de même que le CE ; l'employeur passe outre. Un délégué syndical saisit le tribunal de grande instance pour que la note de service affichant la nouvelle organisation soit annulée. La cour d'appel accueille la demande et le pourvoi en cassation est rejeté par la Cour de cassation.

Dans deux jugements, « *Tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, l'employeur manque à cette obligation lorsqu'un salarié est victime sur le lieu de travail d'agissements de harcèlement moral ou sexuel (arrêt n°1, pourvoi n° 08-44.019), ou de violences physiques ou morales (arrêt n°2, pourvoi n° 08-40.144), exercés par l'un ou l'autre de ses salariés, quand bien même il aurait pris des mesures en vue de faire cesser ces agissements* »(22).

Toutefois, les textes de proposition de loi en cours et notamment le L.4624-4 ne visent-ils pas à impliquer le médecin du travail et à limiter la responsabilité de l'employeur, notamment en matière de facteurs de risques psychosociaux ? « *Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver* » ? Mais depuis quand le médecin du travail prescrirait-il des modèles organisationnels ? Et *quid* de l'obligation de sécurité de l'employeur ? Une obligation partagée avec le médecin du travail ?

APPROCHE COLLECTIVE DES RISQUES ET FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN MÉDECINE DU TRAVAIL : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Les approches collectives à partir des observations recueillies lors des consultations individuelles sont-elles comparables aux questionnaires ?

LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

Les éléments cliniques, glanés au fil des consultations du médecin du travail, foisonnent incontestablement d'informations incontournables sur les risques et facteurs de risques psychosociaux professionnels.

➤ L'écoute compréhensive

Les salariés sont de plus en plus demandeurs de visites médicales spontanées parfois dans l'urgence, de visites médicales de pré-reprise. Ces consultations avec leur médecin du travail, fort longues, qui partent du principe de la centralité du travail dans le maintien de l'identité du sujet, sont basées sur l'écoute compréhensive. Elles prennent en compte les qualifications et la carrière professionnelle du sujet, les éléments de changement dans l'entreprise, les failles de l'organisation du travail repérées par le sujet, l'existence ou non d'un collectif de travail. Cet échange et les pro-

.....

22 – Légifrance.gouv.fr, Cass. Soc., 3 février 2010, n° 08-44.019 et Cass. soc., 3 février 2010, n°08-40.144

positions d'interprétation du médecin du travail participent de l'accompagnement et de l'aide non substitutive à la pensée du sujet. En évitant notamment les interprétations psychologisantes, freinant la pensée sur le travail. L'approche des risques psychosociaux démarre au cabinet médical. De nombreux éléments cliniques, susceptibles d'attirer l'attention en consultation, méritent d'être pris en compte, notamment parce que le médecin du travail peut passer des données individuelles à leur traitement collectif.

➤ « **Indicateurs** » de **facteurs de risques psycho-sociaux professionnels**

♦ **Les difficultés concrètes des salariés au poste de travail**, sont prises en note sur le dossier médical individuel avec deux impératifs : inscrire d'emblée qu'il s'agit du **récit** du salarié et noter ses dire entre guillemets. Difficultés techniques, organisationnelles, relationnelles... s'accumulent comme autant de « clinique du travail ». Cette expression est intéressante dans la mesure où elle exprime bien que c'est le travail, son organisation qui sont « malades ».

♦ **Le vécu subjectif du travail** : une liste de vingt-trois « indicateurs » est en attente dans la base de données *Stétho*^o, au registre « vécu du travail » (source : Service de santé au travail ST72). Concentrant nombre d'items retenus par KARAZEK, SIEGRIST, GOLLAC dont quelques éléments sont assimilables à la souffrance infra-clinique (ex : « vécu de solitude » (en annexe), la liste est plus complète que l'enquête EVREST (exploitée régionalement et non par entreprise). Les « indicateurs » ne prennent sens que dans la mesure où leur choix fait consensus entre le salarié et le médecin du travail qui les lui propose **en fin de consultation**. En l'absence de l'écoute compréhensive et du récit subjectif du salarié, ces indicateurs individuels n'ont aucun sens.

➤ « **Indicateurs** » de **risques psychosociaux en lien avec le travail**

♦ **La souffrance infra-clinique** comme, par exemple, le sentiment d'inutilité, d'inefficacité, de non reconnaissance; le vécu d'injustice ; la résignation ; le sentiment de solitude, d'isolement, de honte, de peur ; la pensée opératoire en tant que défense individuelle, le déni du danger souvent collectif et de ses conséquences, la difficulté à faire face aux événements...

♦ **La régression des investissements extraprofessionnels** (culturels, sportifs, associatifs) souvent associés à la surcharge de travail.

♦ **Les addictions réactionnelles** (tabac, alcool, voire sport...).

♦ **Les TMS** incluant le Tableau 57 des maladies professionnelles, les lombalgies.

♦ **Les troubles cardiovasculaires** dont l'HTA, l'ischémie cérébrale transitoire ou l'AVC, l'infarctus.

♦ **Les troubles du sommeil.**

♦ **Les troubles digestifs.**

♦ **L'anxiété et la dépression réactionnelles, la paranoïa induite.**

♦ **Les idées suicidaires avec ou sans projet précis ; le suicide.**

♦ **L'épuisement professionnel : le burn out.**

♦ **Les accidents de travail** comme la réaction aigüe aux facteurs de stress et le syndrome post-traumatique qui peut y faire suite ; accidents dus à la violence actionnelle ou réactionnelle.

♦ **Les arrêts de travail** et visites de reprise du travail qui en découlent.

♦ Un item sur le **stress au travail** existe souvent dans le dossier médical informatisé.

Cette liste non exhaustive, montre par sa richesse, combien le médecin du travail peut glaner d'indicateurs divers allant des indices discrets aux signaux explicites voir d'alarme.

Quand déclencher l'alerte et sous quelle forme dans l'entreprise ?

➤ **De la veille à l'alerte collective**

♦ La saisie informatique inclut le type de visites médicales (annuelle, de reprise du travail...), les orientations chez le spécialiste et la spécialité. Elle inclut la clinique médicale du travail dont les indicateurs de « vécu du travail », la souffrance infra-clinique et leur éventuelle décompensation en Maladie professionnelle indemnisable (MPI) le plus souvent déclarée par le généraliste ou en Maladie à caractère professionnel (MCP).

♦ La rédaction de la déclaration d'une maladie à caractère professionnel, le plus souvent par le médecin du travail, ne s'improvise pas.

♦ De même le traitement statistique des données collectives relatives à l'entreprise, son analyse et sa rédaction demandent un temps de réflexion, notamment quand il s'agit de risques et facteurs de risques psychosociaux. La démarche est chronophage. Et en service interentreprises, ce sont plusieurs entreprises qui méritent une attention particulière. Autant dire que consultations longues et analyse collective sont riches d'enseignement, donnent sens à notre métier, à condition de s'y consacrer au détriment des examens systématiques qui permettraient pourtant la veille sanitaire.

♦ Mais à partir de quel niveau et sous quelle forme formuler l'alerte collective à l'employeur ? À partir des facteurs de risques ou à partir des risques réels ? Faut-il attendre les pathologies décompensées ou intervenir dès la souffrance infra-clinique, le mal-être au travail ? L'expression répétée de vécu subjectif au travail négatif au fil des consultations suffit-elle, à elle seule, à décider le médecin du travail à déclencher une alerte collective dans l'entreprise ?

➤ **L'approche collective**

Les trois degrés d'alerte collective rapportés ici sont le résultat des discussions des *Journées de Printemps 2010* de l'Ass. SMT. Tous les cas de figure ne pouvant être représen-

tés et encore moins imaginés, la classification demande *métis* et pragmatisme.

- ♦ **Alerte collective haute : lorsque les risques psychosociaux** présents, correspondant à nombre de MPI et/ou MCP, voire des idées suicidaires en entreprise, il est urgent, dans cette situation d'échec de la prévention primaire, d'alerter les membres du CHSCT par une fiche d'entreprise et/ou le CE par un rapport « annuel » d'activité.

- ♦ **Alerte collective modérée** : si les risques psychosociaux se cantonnent à la **souffrance infra-clinique et au vécu du travail négatif** mais avec des indicateurs du service RH, comme l'absentéisme, le *turn-over*, les coups de gueule ou la violence physique, voire la dégradation de matériel à l'atelier, ou de véhicules sur le parking, l'accroissement de AT/MP, des rebus en fabrication et pour peu que les instances représentatives soient silencieuses ou inexistantes, il est normal d'alerter l'entreprise, éventuellement avec une fiche d'entreprise étoffée de données chiffrées sur les éléments redondants.

- ♦ **Alerte collective « molle »** : en cas de vécu du travail négatif répété mais avec un CHSCT efficace, un délégué syndical actif, il paraîtrait normal que le médecin du travail participe au CHSCT en observateur, sans prendre la parole à la place des représentants du personnel. Une fiche d'entreprise dans ce contexte risque, elle aussi, de nous faire occuper le terrain à la place des salariés. C'est-à-dire de leur confisquer leur pouvoir d'agir. Alors que leur prise de parole peut « guérir le travail » donc être bénéfique à la fois pour la santé des salariés et la production. Toutefois, pour peu que l'établissement concerné fasse la sourde oreille aux revendications des salariés et invite le médecin du travail au grand show sur le stress, show organisé par un consultant pour l'ensemble des médecins du groupe industriel, afin de mettre en place une grande enquête sur le stress, comment ne pas être tenté, en tant que médecin du travail, non par la fuite mais par un recadrage de l'approche des facteurs de risques psychosociaux ? La posture de médecin préventeur devrait pour le moins être une alerte molle, un courrier recommandé à la direction.

LES QUESTIONNAIRES D'ENQUÊTE D'ENTREPRISE SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Qu'apportent les consultants de grands groupes industriels, mettant des questionnaires de dépistage systématique du stress, anxiété et dépression à disposition des médecins du travail de leurs établissements, c'est-à-dire de services de santé au travail autonomes et de services de santé au travail interentreprises ? Et quand cela concerne plusieurs milliers ou dizaines de milliers de salariés d'un même groupe industriel, répartis dans plusieurs dizaines d'établissements aux fabrications aussi diverses que variées ?

Le médecin du travail connaît des consultants sérieux. Et qui travaillent sans questionnaire, le plus souvent. L'ARACT, pour ne nommer que cette instance, a introduit les questionnaires, notamment pour montrer les liens TMS/conditions de travail. Je crois que l'on se fait vite une opinion sur le

consultant et ses méthodes et surtout ses objectifs (qui doivent être écrits), sur le respect des règles ou pas.

- ♦ **Le traitement statistique** par le consultant dépossède le service de santé au travail (dont le médecin ou l'infirmière auront donné de leur temps sans être partie prenante de l'analyse des résultats). Or, si le médecin du travail participe en toute confiance aux enquêtes nationales comme SUMER, il n'a pas le choix du consultant dont il ne peut se porter garant, ni en terme de confidentialité, ni en terme de validité des outils et méthodes statistiques.

- ♦ **L'interprétation** du questionnaire échappe au médecin qui risque d'avoir du mal à se faire entendre et comprendre, pour peu que sa propre analyse collective à partir des éléments de l'écoute compréhensive en consultation ne soit pas superposable à celle des questionnaires auxquels il aurait participé.

➤ La démarche devrait pour le moins se conformer à un certain nombre de règles incontournables

- ♦ **Les objectifs** : dans le cas de conditions délétères de travail, ce que le médecin du travail attend du consultant de l'employeur n'est pas la mise à disposition de questionnaires de dépistage de soi-disant « populations à risques », dans le but de leur prise en charge pour améliorer leur résistance, leurs performances, encore moins les cellules d'accompagnement et de suivi des sujets décompensés. Le médecin du travail a son propre réseau allant du médecin traitant *via* le spécialiste aux urgences des hôpitaux. Il attend bel et bien que l'entreprise, y compris, si besoin, avec l'appui initial de **questionnaires de mise en évidence de liens** entre des risques et facteurs de risques psychosociaux professionnels, valorise l'expression de leurs difficultés par les salariés et encourage les collectifs. Qu'elle se donne les moyens d'analyser avec la participation des instances représentatives (CHSCT ou DP selon la taille de l'entreprise) ce qui freine le pouvoir d'agir des salariés et les empêche de faire un bon travail. Le questionnaire ne fait souvent que retarder l'analyse du réel des problèmes au travail, de l'empêchement de travailler.

- ♦ **L'analyse du travail** : les questionnaires doivent comporter un chapitre sur les conditions d'organisationnelles du travail et ses contraintes, les régressions logistiques permettant, sur les grands nombres, d'inscrire le lien santé/travail.

- ♦ **La CNIL** : la démarche d'enquête par questionnaires doit avoir été autorisée par la Commission nationale de l'informatique et de la liberté.

- ♦ **Les questionnaires** : individuels, ils doivent préserver l'anonymat dans leur contenu individuel et lors de l'analyse statistique des données collectives.

- ♦ **Validation des questionnaires** : il doit s'agir de questionnaires validés par les experts scientifiques tant au plan clinique que dans le champ conditions de travail.

- ♦ **La saisie des données**, surtout si elle est faite par le salarié lui-même, doit se faire dans de bonnes conditions,

la salle d'attente n'étant pas la meilleure solution, ni la proximité du service des ressources humaines.

➤ **Conduite à tenir pour le médecin du travail**

♦ **Savoir dire NON !** Quand les règles ne sont pas respectées, Il faut alors savoir dire non. Et d'autant plus que l'investigation du travail n'est pas envisagée ! Mais face à la pénurie de médecins du travail et au manque de visites systématiques, le refus catégorique des questionnaires sans explications par le médecin du travail risque de déclencher l'incompréhension des salariés et des membres du CHSCT. On peut à la fois dire non, l'écrire de façon argumentée à l'employeur et aux membres du CHSCT (règles non respectées), tout en précisant accepter une version papier des questionnaires sans la saisie informatique, c'est-à-dire en privant le consultant de leur traitement statistique. La version papier est alors proposée avec courrier explicatif à chaque salarié par le secrétariat médical, pour être rempli avant la consultation. L'interprétation est pratiquée en fin d'examen.

♦ **Compléter la version papier avec un questionnaire sur les conditions de travail.** Le questionnaire du consultant ne concerne que les risques cliniques. Il est impératif de rajouter un questionnaire conditions de travail (facteurs de risques) validé scientifiquement, comme le dernier questionnaire SUMER, ou les quarante indicateurs des six dimensions de M. GOLLAC.

♦ **Archiver les questionnaires papier, santé et conditions de travail,** datés, dans le dossier médical du travail, pour participer à l'instruction des liens santé/travail en temps voulu. Ne pas archiver le questionnaire travail et archiver le seul questionnaire clinique pourrait nuire au salarié lors d'une éventuelle instruction à venir.

♦ **Le consultant a-t-il pouvoir d'interdire ?** Le consultant peut-il considérer que cette étude est sa propriété et de ce fait, interdire au médecin du travail l'usage des questionnaires papier ? Bien sûr que non puisque ce sont des questionnaires validés par les experts scientifiques, à notre disposition. Par contre, des questionnaires, propriété du consultant, non validés scientifiquement, ne seront pas utilisés ! Le consultant peut-il nous interdire le rajout du questionnaire conditions de travail ? Bien sûr que non, puisque le médecin du travail agit en responsabilité, en toute indépendance et avec des questionnaires conditions de travail validés scientifiquement.

♦ **Un appui :** le médecin du travail peut demander par écrit l'appui du médecin inspecteur du travail par rapport à sa démarche de refus du questionnaire ne comportant pas d'investigation du travail et donc des liens santé/travail.

♦ **L'évaluation des facteurs de risques psychosociaux :** comme la CRAM et l'inspection du travail, le médecin du travail doit, lors du CHSCT, récuser la démarche par questionnaire en demandant à l'employeur s'il a fait l'évaluation des **facteurs** de risques psychosociaux professionnels de son établissement (la réponse est tou-

jours négative) et lui fournir le guide de l'INRS *Prévention des risques psychosociaux : et si vous faisiez appel à un consultant*, ED 6070, avril 2010. La fiche d'entreprise sur les risques et facteurs de risques psychosociaux tombe alors à pic, démontrant que sans user des questionnaires, le médecin a nombre d'informations (indicateurs, comme dit l'INRS !) à apporter pour alerter l'entreprise. Si nous n'en sommes qu'aux facteurs de risques, aux récits et vécus du travail négatifs, avec un mal-être sans souffrance infra-clinique ni décompensation, notre fiche d'entreprise est révélatrice de deux extrêmes : le consultant aux questionnaires strictement réservés à la clinique, sans liens santé/travail, côté prévention tertiaire ; le médecin du côté de la prévention primaire, rappelant à l'employeur qu'il est tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs.

APPROCHE COLLECTIVE DES RISQUES ET FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN MÉDECINE DU TRAVAIL : DEUX EXEMPLES

PREMIER EXEMPLE :

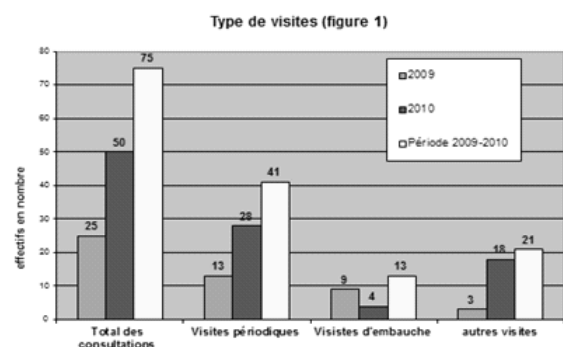
DU MAL-ÊTRE AUX DÉCOMPENSATIONS

RETROUVER DU POUVOIR D'AGIR

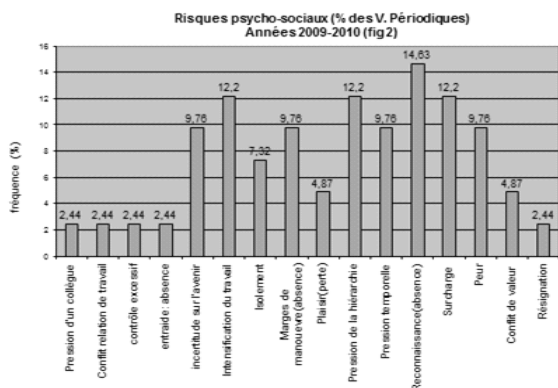
L'entreprise est une association loi 1901 de soixante-trois salariés en 2009, travaillant dans le créneau « social, santé, éducation » dotée d'un CHSCT dont les membres récemment élus ont une présence timide mais bien réelle et se donnent pour objectif d'inscrire les risques psychosociaux dans le document unique. Le médecin du travail présentera ses indicateurs sous forme d'histogrammes (figures 1 à 4) en novembre 2010 pour alerter employeur et CHSCT des facteurs de risques et risques psychosociaux perçus en consultation et des conséquences cliniques. Une discussion s'en suit en CHSCT, alimentant la fiche d'entreprise qui suivra.

Ce qui suit est issu de la fiche d'entreprise :

« Sur deux ans, 75 consultations ont été attribuées à l'entreprise (fig. 1). En réalité, les effectifs changent peu en 2010 (67) malgré 13 embauches en deux 2 ans, posant l'hypothèse d'un turn-over. Surtout, malgré 75 consultations, seuls



41 salariés ont eu droit à une visite systématique en deux ans. Car il faut noter 18 "autres visites" pour la seule année 2010 (21 sur deux ans) comportant 10 visites de pré-reprise centrées sur 2010 et une consultation en urgence en raison de réaction aigue à un facteur de stress.



➤ « Les indicateurs de vécu du travail » (fig. 2) sont analysés sur les périodes 2009 et 2010. L'expression d'un mal-être, de difficultés particulières à faire leur travail concerne 9 sujets. Si l'on exclut les sujets en visite d'embauche car non concernés et si l'on considère les seules visites périodiques, on remarque que 9 sujets sur 41, soit 22 % des sujets expriment ce mal-être au travail : la surcharge (5) est associée par trois fois à l'absence de reconnaissance, dont deux fois à la pression de la hiérarchie. La pression de la hiérarchie est associée par trois fois à l'absence de reconnaissance. La peur (4) (9,76 %) est toujours associée à l'incertitude sur l'avenir (4) (9,76 %). Précisons qu'il ne s'agit pas de l'avenir de l'entreprise mais de celle du sujet qui se sent menacé de perte d'emploi. Le sentiment d'isolement y est associé trois fois sur quatre, la pression de la hiérarchie comme l'absence de reconnaissance trois fois sur quatre. Deux tendances émergent des histogrammes et sont à approfondir :

♦ Une tendance à la surcharge (5) notamment en raison d'association avec le vécu de pression de la hiérarchie (2) ou de manque de marges de manœuvre (2), correspondent au poste tendu (Job Strain du modèle de KARAZEK) avec ses risques somatiques. De plus, dans ce contexte, lorsque la reconnaissance symbolique n'est pas au rendez-vous, le risque de décompensations psychiques est à craindre.

♦ Une tendance nette à la peur (4), avec vécu d'isolement (3), associée à une pression de la hiérarchie (3) et/ou absence de reconnaissance (3) qui orientent vers l'inhibition et le risque de décompensations psychiques.

➤ Les orientations médicales (fig.3): on constate que 3 salariés sur 25, en 2009, sont orientés vers un spécialiste soit 12 % des consultants, tous types de visites confondus. Par contre, se sont 8 salariés sur 50, en 2010, soit 16 % des consultants, tous types de visites confondus qui sont orientés vers le spécialiste. On peut faire les remarques suivantes : pour l'ensemble des salarié sui-

vis, ce sont 7 personnes qui ont été orientées chez le cardiologue. Cela représente environ 10 % des consultations. Ce résultat est aussi intéressant qu'inquiétant car il est inhabituellement élevé. Il s'agit d'orientation nouvelle, pour des pathologies récentes, indépendantes d'un possible suivi cardiologique antérieur. Il ne faut pas analyser ces orientations et ces pathologies cardiaques comme étant systématiquement dues au travail. Toutefois, certaines des hypertension artérielles récentes semblent devoir être liées au vécu de tension au travail (Job Strain).

♦ D'autres pathologies cardiovasculaires, ne puisant pas leur origine dans le travail, pourraient elles-mêmes s'aggraver du fait d'une organisation pathogène du travail.

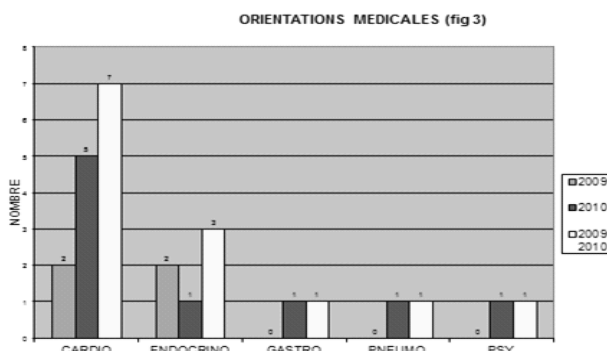
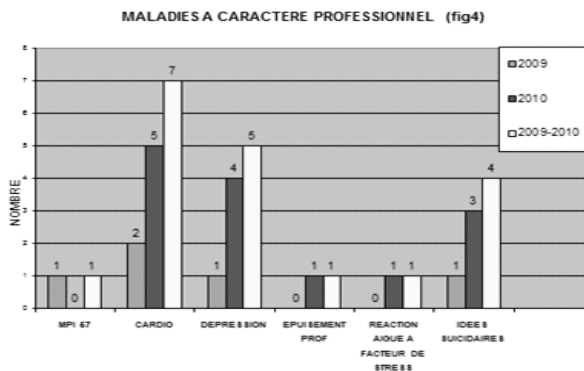
♦ D'autres salariés, en état de souffrance psychique décompensée, étaient déjà pris en charge avant la consultation. Ceci explique le faible nombre d'entre eux orienté vers le psychiatre.

➤ Les maladies à caractère professionnel

♦ On peut noter une maladie professionnelle relevant du tableau 57 (tendinite) reconnue, déclarée en 2008, enregistrée en 2009.

♦ Les maladies à caractère professionnel non indemnisables car n'ayant pas été déclarées sont les suivantes :

- Dépression réactionnelle : 5 (12 %) dont 4 (9.75 %) avec idées suicidaires
- Épuisement professionnel : 1
- Réaction aigue à facteur de stress suivie de syndrome post traumatique : 1



Remarque : ce sont sept maladies à caractère professionnel sous forme de décompensation psychique qu'il faut prendre en compte, soit 10 % des consultations. Ramenées aux 41 visites périodiques, ces sept maladies à caractère professionnel correspondent à 17 % des salariés en visites périodiques.

Les cas d'hypertension récents n'ont pas été intégrés dans cette approche.

➤ Le vécu subjectif du travail négatif et le risque de décompensation

L'attention est attirée par le vécu de surcharge et les **indicateurs** fréquemment associés de pression de la hiérarchie, manque de marges de manœuvre qui engendrent un risque **théorique** de conséquences cliniques notamment cardiovasculaires. Or, les orientations chez le médecin traitant en raison de pathologie cardiovasculaire sont fréquentes. L'épuisement professionnel est aussi à craindre et un cas clinique a été constaté. L'absence de reconnaissance dans ces conditions est source de décompensations psychiques.

S'y associe une autre série d'indicateurs orientant vers la notion de peur et d'incertitude sur l'avenir et au vécu d'isolement, de pression de la hiérarchie. Ces indicateurs peuvent faire craindre les décompensations psychiques. Or, à ces indicateurs correspondent des décompensations psychiques effectives. »

➤ Les éléments de la discussion en CHSCT inclus dans la fiche d'entreprise

« S'il ne revient pas au médecin du travail de s'en faire l'écho dans le détail, il faut remarquer la richesse des échanges. Le besoin de parole amorcé lors de cette rencontre doit pouvoir continuer pour laisser émerger les difficultés du travail et **rechercher des propositions collectives de solutions.** »

Cette discussion a permis de préciser certains points comme :

- ♦ La notion de reconnaissance symbolique est relative au jugement, par les collègues et par la hiérarchie, du travail de chacun en termes d'utilité, d'efficacité et de « belle ouvrage ». Elle est essentielle au maintien de la santé. Bien que les difficultés de négociation salariale évoquées ne soient pas négligeables, la notion de nécessité de récompense face à l'effort accompli n'émerge que rarement en consultation, contrairement au manque de reconnaissance : l'engagement du personnel dans le travail a été décrit lors du CHSCT comme « engagement » « sans compter son temps », « en rajoutant au travail prescrit beaucoup de prises d'initiatives ». La notion de « don de soi » a été citée comme une caractéristique de nombre de métiers de l'établissement, ce qui se retrouve généralement dans les métiers du social, de l'éducation et de la santé. Face à cet engagement, « les témoignages de reconnaissance sont rares alors qu'on travaille beaucoup, avec assiduité, en respectant les horaires ». Le risque d'épuisement existe car la baisse des marges de

manœuvre est effective. Un souhait de contrepartie existe au sein de l'établissement.

- ♦ La notion de « manque de temps pour les échanges informels sur le travail » a été citée. Il manque du temps pour discuter, autour d'un café, des situations compliquées. Ces échanges informels se construisent à partir de collectifs basés sur la confiance. Confiance élaborée au sein des équipes à partir des jugements sur la capacité du collègue à faire un bon travail. Et c'est souvent là que s'échangent les ficelles de métier pour plus d'efficacité. Les causes de la régression de ces collectifs sont à la fois :

- ♦ L'avènement des « 35 » heures (en fait, 33 h 15) avec quelques embauches mais une diminution des temps de « respiration ».

- ♦ La réorganisation du travail avec renforcement des groupes de travail. Ces groupes grignotent le temps consacré à l'accompagnement individuel des stagiaires et au temps d'enseignement. Ils peuvent entraîner une insatisfaction en termes de qualité de l'approche individuelle des dossiers non compensée par l'approche collective en groupe de suivi. Il est rappelé à cette occasion que les groupes de travail sont très différents des collectifs informels car imposés et non basés sur la confiance. L'évolution vers plus de groupes de travail n'est pas une évolution vers plus de collectif. C'est même le contraire par manque de temps.

- ♦ L'organisation du travail a changé en dix ans : Missions différentes et accroissement des objectifs ont été cités sans entrer dans le détail. La nécessité d'y intégrer tout le personnel a-t-elle engendré des réactions de peur, d'inquiétude sur l'avenir ? La question a été posée. Mais lors des consultations qui révèlent la peur, il s'agit d'un sentiment de peur dans sa relation de subordination à la hiérarchie. Peur de la confrontation, de la prise de parole, notamment sur les difficultés rencontrées dans le travail.

Certaines évolutions récentes de l'enseignement, en termes de polyvalence, ont pu donner l'impression d'interchangeabilité en gommant les spécificités dont l'enseignement ne peut, pourtant, s'improviser. Le dispositif qualité, à cadre souple, « norme les indicateurs de résultats » sans juger sur les actes et sans analyser les moyens (ou leur absence) pour atteindre ces résultats.

➤ Prévention

Les indicateurs du médecin du travail sont-ils des éléments objectifs ? Bien qu'il s'agisse d'indicateurs et non d'enquête épidémiologique, on ne peut négliger ce qui émane des consultations. Classiquement, en épidémiologie, le vécu subjectif du travail est indicateur objectif, prédictif en terme de santé publique, dans le champ santé/travail. Indicateur annonçant un risque d'accroissement des pathologies et de l'absentéisme. Or, les deux grandes tendances annoncées par les indicateurs de facteurs de risques psychosociaux semblent un écho aux manifestations somatiques (cardiaques) et aux décompensations psychiques rencontrées au fil des examens. L'entreprise XXX doit, me semble-t-il, porter

son attention, au quotidien, sur le vécu des contraintes organisationnelles des salariés aux postes de travail. L'écoute sera centrée sur ce qui fait concrètement difficulté dans le travail, en évitant systématiquement toute psychologisation. Elle prendra en compte des notions comme « le vécu d'intensification du travail » (on travaille de plus en plus vite) et/ou « le vécu de densification du travail » (on fait de plus en plus de choses à la fois), « le vécu de surcharge ».

Pour prévenir les décompensations, il faut alors accroître les marges de manœuvre du personnel, l'autonomie devant s'accompagner de moyens supplémentaires (par exemple techniques, organisationnels, en personnel, en formations et en temps). Le soutien social est important à préserver ou restituer. Tout changement ayant des répercussions, celui-ci sera expliqué puis accompagné de cette écoute centrée sur le travail afin de remédier aux difficultés exprimées par le personnel, **toujours par la recherche collective des solutions**. Si besoin, il peut être fait appel à une entreprise extérieure. Un guide INRS de prévention peut vous y aider : l'édition INRS est référencée ED6070 ».

➤ Discussion

Dans cette entreprise que je découvre en 2009-2010, compte tenu de la masse d'informations recueillies concernant quarante et une personnes vues en visites systématiques en deux ans pour un effectif de soixante-trois personnes en 2009, il y a matière à une alerte collective ! Cette expérience préfigure-t-elle la pratique des médecins du travail de demain ? Un rôle de dépistage tardif ? Quoi qu'il en soit, des données classiquement issues du rapport annuel ont été mises en perspective avec des données des dossiers individuels analysées collectivement comme les indicateurs de facteurs de risques, le vécu subjectif du travail et la clinique.

Les indicateurs de facteurs de risques et risques psychosociaux de cette entreprise ont clairement permis d'ouvrir le débat en CHSCT fin 2010. La fiche d'entreprise reprend à la fois, dans son contenu, ces indicateurs et des éléments de discussion du CHSCT. Elle sera annexée au compte rendu du CHSCT et affichée. Aidera-t-elle au retour du pouvoir d'agir ? La fiche d'entreprise a été d'emblée acceptée dans son contenu. Pourtant en 2008, à l'aide d'un questionnaire individuel distribué à l'ensemble du personnel, des délégués tiraient déjà, mais sans succès, la sonnette d'alarme. Le compte rendu avait été jugé polémique et n'avait donné lieu à aucun débat en CHSCT pour cette raison.

SECOND EXEMPLE

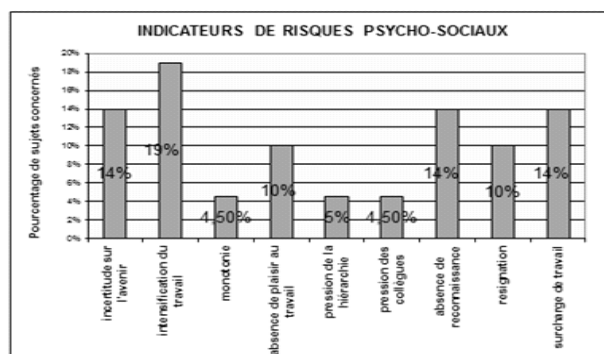
ATTENTION, QUESTIONNAIRES !

➤ Le contexte

Dans cet établissement de cent personnes, rattaché à un grand groupe industriel, travaillant en 5X8, j'ai l'impression d'une entreprise vieillissante dont les heures de réussite sont loin en arrière. On sent une aisance financière passée et l'absence de renouvellement du parc machines actuel s'accom-

pagne d'une impression de grand désordre. Le risque chimique passe par l'usage de produits cancérigènes, caustiques, toxiques pour la reproduction, dans un climat de « déni » du risque par la direction accusant les opérateurs les plus « imprégnés » (indices biologiques d'exposition au CMR quatre fois supérieur à la maximale admissible) de ne pas respecter les règles d'hygiène. « Et l'alcool n'expliquerait pas une bonne partie des imprégnations, docteur ? » Ici, on n'a jamais entendu parler des addictions réactionnelles, pour tenir au travail. Et comment se fait-il que les plus concernés soient, de façon décroissante et sans les nommer, ceux de la tour des mélanges, de la maintenance, et enfin de l'outillage ? Cette ambiance des cavernes, dans l'industrie chimique, n'allait pas dans le sens de l'ouverture et de l'écoute des problèmes rencontrés pour faire un bon travail. Ceci explique que la lecture de la première fiche d'entreprise partielle de juillet 2009 (consacrée aux CMR et produits caustiques) n'ait pu être lue qu'en septembre et que la deuxième fiche d'entreprise partielle de novembre 2009, centrée sur les risques psychosociaux, ait été refusée en CHSCT de décembre par l'employeur : « J'aurais préféré que vous veniez m'en parler dans mon bureau ». Elle ne sera présentée qu'au CHSCT d'avril 2010, grâce à l'inspection du travail à qui j'ai demandé appui par écrit. À l'automne 2009, un autre contexte se profile à l'horizon : les trente médecins du travail des établissements français du groupe industriel sont invités à une journée de réflexion sur le stress au travail. N'ayant pas de liens de subordination avec le « médecin dit coordinateur » du groupe, j'avais décidé de m'y soustraire, ce qui contrariait ce dirigeant évoquant un projet d'enquête sur le stress au sein du groupe. Cette fiche d'entreprise de fin 2009 vise à recadrer la prévention et à rappeler à ce dirigeant que le le dépistage de pathologies dues au travail, y compris à l'aide de questionnaires, signe l'échec de la prévention primaire. Or, la mission première du médecin du travail est d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

➤ La fiche d'entreprise de novembre 2009



♦ Les indicateurs de « vécu du travail »

« Il faut remarquer que 42 salariés sur 66 ont passé leur visite médicale périodique en 2009 auxquels il faut rajouter 4 embauches. Du fait de visites médicales répé-

tées pour certains salariés, ce sont 53 consultations qui ont été réalisées, concernant 46 salariés.

L'âge moyen des 46 salariés est de 45 ans. Lors des consultations, plus d'un salarié sur trois (c'est-à-dire 13 salariés), a exprimé un vécu du travail référant aux risques psycho-sociaux.

Si les femmes sont plus fréquemment concernées (en pourcentage), les hommes sont néanmoins plus nombreux (en nombre).

La surcharge de travail (14 %) concerne l'encadrement et l'intensification du travail est signalée en production. L'ambiance s'est dégradée et 14 % du personnel ne croit plus en l'avenir de l'entreprise. La souffrance infra-clinique apparaît, sans décompensation : le vécu d'absence de reconnaissance (14 %) s'accompagne souvent de résignation (10 %), d'absence de plaisir au travail (10 %), sans état dépressif et signe la rupture entre salariés et direction. »

♦ le récit de l'empêchement de travailler

« **Les changements annuels ritualisés de dirigeants** »

La direction, géographiquement loin du site, serait donc peu présente selon les salariés, rendant la possibilité d'échange avec le dirigeant incertaine :

“Quand il est présent, il est en réunion et nous trouvons rarement l'occasion de lui parler de nos problèmes”.

“Au siège, peut-on prendre la mesure de ce qui se passe ?”. Les prescriptions sembleraient coupées du réel du site XXX ou vécues comme telles.

Changements organisationnels répétés

“Nous changeons régulièrement de direction et c'est l'occasion de changements organisationnels répétés”.

“Il faut refaire ses preuves à chaque changement de direction, réacquiescer la confiance du nouveau dirigeant” : “C'est usant !” ... “On y perd notre énergie et beaucoup de temps”.

“Les séries dureraient plusieurs semaines. Maintenant, on fonctionne avec de petites commandes. Les outils, faut toujours être en train de les changer. Avec moins de personnel.

Cette répétition du changement organisationnel, qui peut être interprétée comme mettant en cause le modèle précédent, finit parfois par faire douter de l'efficacité du modèle à venir. La résignation peut émerger à cette occasion : “On n'y croit plus”.

Non transfert des savoir-faire

“Il faut six mois à un an pour faire un bon régleur”. Les savoir-faire semblent se perdre du fait du non remplacement de personnes parties en retraite. Ce phénomène, doublé du vécu d'intensification du travail au détriment de la qualité, du produit, fait douter de l'avenir :

“On a des réclamations” ... “On ne remplace pas les qualifiés partis en bloc en préretraite en 2008 et on

fonctionne avec de l'intérim”. Ceux qui sont embauchés ne restent pas. L'arrivée, de lignes de production après fermeture d'un site européen s'est faite sans anticipation : absence de préparation technique, absence de sécurisation des installations, matériel de production usagé. »

Sous-emploi des compétences

Le travail de régleur qui demande six mois à un an d'apprentissage, devient ennuyeux quand le régleur maîtrisant son sujet, constate son rôle réduit à des manutentions en bout de lignes.

Cette activité ne semble pas correspondre au capital des connaissances qui donnent l'impression d'être sous-employé par rapport aux compétences.

Intensification

“On lance une deuxième ligne, une troisième sans avoir stabilisé la première. On court partout et on fait du rebus. Tout est désorganisé.” ... “On ne va pas pouvoir continuer à se jeter partout !”.

La cadence au rangement des barres peut être élevée lors d'un lancement de production : quatre opérateurs remontent alors la ligne et il peut n'en rester qu'un pour ranger les barres et les contrôler pour toutes les lignes.

Sous-qualité de l'outillage

À l'outillage, les effectifs ont fondu avec les départs à la préretraite. Le changement d'outils se ferait sans avoir le temps de les préparer, peaufiner avec minutie. Ceci générerait deux postures du personnel d'outillage : soit faire de la résistance pour faire un bon travail, quitte à faire attendre le contremaître sous pression, soit faire une préparation d'outillage « à la va vite » avec une totale incompréhension d'une telle situation : “On a déjà autant de rebus en deux ans (fin février 2009) que pour toute l'année 2008”. »...

♦ Discussion

Si on analyse les grandes lignes de cet extrait de la fiche d'entreprise, on peut se dire qu'une alerte « molle », c'est-à-dire un courrier recommandé au directeur aurait pu suffire. Fin 2009, l'entreprise en est au stade des rebus, sans accident du travail depuis plusieurs années. La flambée des accidents du travail se situera dès le premier semestre 2010. La souffrance infra-clinique est néanmoins présente. Mais dans ce contexte particulier de projet d'enquête sur le stress, le médecin de l'établissement doit pouvoir rendre compte de sa propre analyse qui vise à la prévention primaire : redonner du pouvoir d'agir, pour un retour au bien être au travail, indépendamment du projet d'observatoire par questionnaires. La fiche d'entreprise, face à ce projet, rappelle l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur.

➤ **De l'Accord National Interprofessionnel (ANI) à « l'Observatoire médical du stress, de l'anxiété et de la dépression (Omsad) »**

Le groupe industriel, à la signature de l'ANI de juillet 2008, ne tarde pas à faire appel à un consultant externe qui pro-

pose un « OMSAD » basé sur des questionnaires (Q) individuels cliniques **en ligne**. Les cinq Questionnaires comportent : Critères sociodémographiques, Stress perçu (Q validé : PSS), Soutien social perçu modifié (Q : SSP P), Attribution du stress au travail (oui/non) ou à la sphère privée (oui/non), Anxiété et Dépression (Q validé : HADS). Les questionnaires sont saisis en ligne par le salarié en salle d'attente et commentés en consultation. L'analyse statistique est du domaine du consultant externe.

♦ **Le consultant recherche des « populations cibles représentatives »** qu'il souhaite classer par âge, sexe, qualification ! Les populations cibles sont celles comportant le plus de sujets stressés ou décompensés. Les exemples cités : « les femmes non diplômées de plus de 50 ans » ou « les hommes cadres de 35-40 ans » ! La faille du dispositif est à peine croyable : les questionnaires d'enquête du consultant ne posent aucune question sur le travail ni sur les difficultés professionnelles !

♦ **L'absence de questions sur le travail** : Comment le consultant peut-il bien envisager une prévention primaire sur une « population cible » sans question sur le travail ? Il propose une « *Analyse qualitative avec réunions d'identification des facteurs de stress de la population cible repérée* ». Le consultant envisage une approche comportementaliste visant à rendre les sujets plus « résistants » et à « améliorer leurs performances ». Il adapte l'homme au travail au mépris des contraintes organisationnelles professionnelles et au mépris de l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur. Mais en l'absence de prévention primaire, d'autres « catégories » non encore atteintes continueront d'être exposées et décompenseront plus tard ! De plus, les populations cibles « consolidées » vont devoir retourner affronter des contraintes inchangées !

Et quand bien même on arriverait à parler du travail dans ces « réunions qualitatives », en quoi la population cible serait-elle plus qualifiée pour en parler, sans analyse sur le terrain, avec les collègues ?

Comment le consultant peut-il bien envisager une prévention primaire sur une population cible au niveau du groupe industriel ? Aucune, puisque les établissements ne partagent pas les mêmes problématiques organisationnelles qui permettraient, (on peut rêver) avec une simple télécommande, de reprogrammer une organisation collective commune !

♦ **Les petits effectifs laissés pour compte** : à l'inverse, un consultant qui ne s'intéresse qu'aux « populations cibles représentatives » abandonne les petits effectifs qui peuvent se résumer au **sujet « isolé »**, confronté aux facteurs professionnels de stress, ayant éventuellement décompensé dans son service. N'est-il pas, pourtant, représentatif d'un mal-être plus global et de décompensations à venir ? Et comment, après une telle intervention du consultant, le médecin du travail de l'établissement *lambda* pourra-t-il aborder les difficultés réelles du travail exprimées concrètement en consultation ? Quand et comment les partenaires sociaux pourraient-ils bien met-

tre à plat l'empêchement de travailler à partir des données du consultant ?

♦ **Notion de « populations cibles représentatives par établissement »** : la démarche du consultant est la même dans chaque établissement du groupe industriel. La critique est superposable : « les populations cibles » repérées ne permettent aucune prévention primaire.

♦ **La non-préservation du secret médical** : pire encore, le consultant promet une analyse possible par **Service** dans un établissement ! Or, le questionnaire individuel socioprofessionnel regroupe : catégorie d'âge, sexe, ancienneté, qualification, niveau de formation, nom de l'entreprise ou établissement, du service (exemple : magasin, son numéro). Dans un établissement de cent personnes, où travaillent deux ou trois personnes par service (service RH, achats, outillage, expéditions, conditionnement), le repérage nominatif des sujets concernés par les décompensations semble bien facile. Le médecin du travail qui participerait à cette enquête pourrait se retrouver condamné pour violation de secret médical. Y compris s'il a accepté la saisie des données par l'opérateur. Y compris dans la salle d'attente. Une infirmière du travail en lieu et place du médecin du travail courrait les mêmes risques.

➤ **Conduite à tenir**

♦ **La responsabilité professionnelle engagée** : la responsabilité du médecin du travail pourrait-être engagée à plusieurs niveaux. On se retrouve dans le plus mauvais cas de figure où un médecin du travail participerait à une enquête « santé/travail » sans investigation sur le travail et qui viserait à adapter l'homme au travail, ce qui est contraire à ses missions. La préservation du secret médical ne peut être garantie. De plus, La CNIL n'a pas été sollicitée pour cette enquête qui s'adresse à plus de dix mille salariés. L'absence de lien de subordination au médecin coordonnateur du groupe industriel (qu'il n'a pas choisi) lui permet de refuser la participation à la démarche.

♦ **Le refus de participation** : il m'a semblé impératif de refuser de participer à une démarche qui engagerait la responsabilité professionnelle du médecin du travail. J'ai accepté l'idée d'une version papier, sans transfert des données au consultant donc sans saisie informatique. Cette position qui permet le consensus face à ceux des salariés qui souhaitaient s'y soumettre, passe par un impératif, rajouter un questionnaire qui investigate le travail.

♦ **Le questionnaire conditions de travail** : il m'a paru indispensable d'adjoindre un questionnaire « SUMER » papier sur les contraintes professionnelles individuelles afin que les salariés et membres du CHSCT appréhendent l'ensemble des missions du médecin du travail et connaissent la démarche tronquée du consultant. Les questionnaires papier peuvent toutefois, en l'absence de questions sur le travail, se révéler dangereux, comme le rappelle Dominique HUEZ dans son texte intitulé

« *Quelle place de l'équipe médicale en médecine du travail dans les dispositifs mis en place par les accords de prévention des risques psychosociaux des organisations du travail délétères ?* » : ...« *Dans les affaires engageant le droit, ils servent de preuve pour stigmatiser telle soit disant fragilité individuelle.* »

♦ **Lettre au médecin inspecteur régional** : j'ai alerté le médecin inspecteur de la démarche du consultant, de ma volonté de m'y soustraire et de mon argumentation inscrite dans mon projet de troisième fiche d'entreprise de juin 2010. J'ai ainsi obtenu l'appui écrit du médecin inspecteur qui ne conçoit pas de démarche en santé au travail qui ne questionnerait pas le travail.

♦ **Une troisième fiche d'entreprise !** Une nouvelle fiche d'entreprise (la troisième en dix-huit mois), relevant les failles du dispositif du consultant, adressée en juin 2010, n'a pu être lue au CHSCT de juillet en raison d'un troisième refus de cet employeur. Lors du CHSCT de septembre 2010, un nouveau directeur, arrivé depuis huit jours, en a reporté la lecture. Une lecture qui s'est faite dans une ambiance sereine au CHSCT de décembre 2010 : ce nouveau directeur vient de passer trois mois à l'écoute des salariés et leurs représentants et à la résolution collective des problèmes sur le terrain, rétablissant la confiance. Au prix de montagnes de rebus, d'un *turn-over* édifiant, de quelques jours de grève, d'une montée en flèche de la

tension au travail (*Job Strain*) et des accidents du travail pendant le premier semestre, sans compter une maladie professionnelle (tendinite de la coiffe de rotateurs) reconnue en CRRMP grâce au descriptif détaillé des contraintes par le médecin du travail et un cas de décompensation (épuisement professionnel suivi de dépression).

➤ **Discussion**

Contrairement au premier exemple, la pratique du médecin du travail se révèle course d'obstacles où l'usage des indicateurs de risques et facteurs de risques psychosociaux n'apporte rien à l'employeur qui semble manager le médecin du travail comme le reste de l'entreprise. Comme le personnel, le médecin est dans l'empêchement de travailler et comme le personnel, le médecin du travail se voit prescrire une organisation de son activité indépendamment de la réalité. Réalité rappelée dans des fiches d'entreprise interdites de lecture en CHSCT à trois reprises. Durant toute une année, les tentatives de mission préventive du médecin du travail se transforment en conflit médecin/employeur où le médecin se situe du côté de la prévention primaire alors que l'employeur qui ne veut pas entendre parler, le range du côté du dépistage, au mépris de ses obligations de sécurité de résultats en santé et sécurité au travail qui s'imposent règlementairement à l'employeur.

les 23 Indicateurs Stétho de « Vécu du travail »

- Autonomie (absence)
- Bien-être au travail
- Conflit de valeur
- - non qualité
- Conflit de relation de travail
- - agression physique ; agression verbale ; Collègue ; Hiérarchie ; Externe ; interne
- Contraintes de temps
- Contrôle excessif
- Entraide (absence)
- Incertitude sur l'avenir
- - emploi, salaire
- Injonctions paradoxales
- Intensification du travail
- Isolement
- - relationnel ; décisionnel ; géographique
- Marges de manoeuvre (absence)
- Monotonie
- Peur
- Plaisir (perte)
- Pression temporelle
- - délai de production ; dépendance des collègues ; réponse immédiate clients
- Pressions de la hiérarchie
- Pressions des collègues
- Reconnaissance (absence)
- Résignation
- Respect (absence)
- Sous charge
- Sur charge

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

PRÉSIDENT : Dominique HUEZ

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Alain CARRÉ – Josiane CRÉMON – Annie LOUBET – Jocelyne MACHEFER – Nicolas SANDRET

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER : Alain RANDON

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Benoît DE LABRUSSE

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Marie-Andrée CADIOT, Benoît DE LABRUSSE, Jean-Marie EBER, Claude GARCIA, Alain GROSSETÊTE, Michel GUILLAUMOT, Florence JÉGOU, Claire LALLEMAND, Gérard LUCAS, Martine MANGIONE, Brigitte PANGAUD, Michèle PRÉVOST, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Martine TAVERNIER, Claire THOMASSIN, Jean-Louis ZYLBERBERG

EXEMPLE D'UNE PRATIQUE ÉLABORÉE POUR RÉPONDRE À LA NÉCESSITÉ DE VENIR EN AIDE À UN SALARIÉ EN SOUFFRANCE DU FAIT DU TRAVAIL LA « RÉUNION TRIPARTITE » SUR LE TRAVAIL

Claude GARCIA, médecin du travail

OBSERVATION CLINIQUE

Madame F... est adjointe administrative territoriale dans une collectivité territoriale en Île-de-France. Elle a cinquante-six ans et travaille à temps plein depuis avril 2008. Elle s'occupe de l'accueil des administrés à la mairie.

Je la vois pour la première fois en mars 2010 à sa demande. Elle a été en arrêt maladie en janvier 2010, pour ce que mon assistante qui constitue son dossier médical nomme « souffrance au travail ». Puis en accident de service (accident de travail) courant mars 2010 (chute en butant sur des colis au sol) avec une reprise quelques jours plus tard. Elle est actuellement sous ZOLOFT^o et XANAX^o.

Dès le début de la consultation, elle déclare : « *Je suis très mal à mon travail.* » Je lui demande comment les choses ont commencé. Elle m'explique ses « *débuts difficiles pendant un mois et demi avec sa chef de service et avec ses collègues où elle a dû assimiler toutes les informations, sans aide véritable* », on lui répondait : « *Prends des notes* », ou encore « *Je ne sais pas* ».

En août 2009, seule à l'accueil, elle avait une feuille d'inscription à porter au service enfant. Elle est allée aux toilettes en portant la feuille et en sortant des toilettes, sa chef lui a reproché d'avoir laissé l'accueil seul. Ses collègues ne l'avaient pas remplacée alors qu'elle leur avait demandé de le faire. Elle déclare « *venir me dire aujourd'hui ce qu'elle subit* ». Mais elle ajoute : « *Mon travail me plaît car je m'entends très bien avec les administrés* ».

Il y a deux semaines, elle est allée voir le directeur général des services « *avec lequel ça ne s'est pas très bien passé* », dit-elle. Une réunion de service s'en est suivie, décidée par le directeur, réunissant sa chef et ses collègues : « *Cela a été mon procès* », déclare-t-elle, (cette réunion avait eu lieu le début mars). Au décours de la consultation, elle me relate un autre épisode où une collègue lui avait fait un reproche devant un usager et où elle s'était sentie humiliée.

Elle évoque l'épisode plus récent de sa chute et de son accident de service, devant une collègue qui est alors sortie du local de travail sans l'aider. Elle relate également ce sentiment de « *ne pas exister devant sa chef de service* » à l'occasion de sa non information qu'elle pouvait postuler à travailler un dimanche d'élections pour gagner un peu plus d'argent. Un sentiment d'injustice aussi au moment de sa notation où il lui était reproché une « absence de droit de réserve » lors de l'épisode de l'altercation devant l'usager, alors que, dit-elle, elle « *n'était pas à l'origine de cette altercation* » et « *qu'aucun reproche n'avait été adressé à sa collègue* », précise-t-elle. Cet épisode avait entraîné un avertissement écrit le 19 mars, jour de la consultation.

Elle m'explique « l'épisode de la boîte à monnaie » (quelques pièces servant à faire l'appoint) qui a été supprimée et dont elle apprendra plus tard, alors que ses collègues le savaient déjà, qu'il avait été constaté qu'il manquait trois euros et que cela en avait été la cause.

À la fin de la consultation qui a duré plus d'une heure, je propose à M^{me} F... l'organisation d'une **réunion tripartite**

début avril 2010. Cela afin de lui permettre de se constituer des notes à propos de tout ce que l'on vient d'évoquer. Notes qui lui serviront de canevas pour la réunion. Je lui en explique l'objectif : lui permettre d'expliquer, dans un cadre sécurisé en présence du médecin du travail, les difficultés concrètes qu'elle rencontre dans son travail et le cadre de la réunion. Je lui explique le rôle que j'y tiendrai **en explicitant** au cours de cette réunion **le sens de la parole du salarié, validé au cours de la consultation médicale par ce dernier**. Elle accepte cette réunion tripartite.

Les déterminants organisationnels identifiés ici peuvent être résumés de la manière suivante : dysfonctionnement du collectif de travail, dysfonctionnement de l'information, atteinte au sens du travail et aux valeurs professionnelles de M^{me} F... (l'accusation de non-respect du devoir de réserve, mise en porte-à-faux devant un usager), altération du principe d'équité organisationnelle, non reconnaissance de l'apport de M^{me} F... de la part du collectif et de la hiérarchie (épisodes de la période de formation, épisode des toilettes, de la chute, épisode des élections). Les conséquences de tous ces dysfonctionnements aboutissent à une souffrance éthique, une souffrance par atteinte à la dignité de M^{me} F..., par atteinte du sens de l'équité (avertissement qu'elle est seule à avoir reçu).

À la fin de la consultation, je rédige ma fiche de visite de la manière suivante : « *Je demande l'organisation d'une réunion tripartite le jeudi 8 avril 2010 après-midi, réunissant la salariée, la hiérarchie et le médecin du travail dans le cadre des dispositions de l'article L.4624-1 du Code du travail* ».

Je reçois dans les jours qui suivent une note de la part de la direction générale des services dans laquelle cette dernière se dit « *totalemment favorable à cette réunion, étant régulièrement interpellée par les collègues de M^{me} F... sur son attitude extrêmement agressive [...]* ». « *De plus — écrite —, son comportement n'est pas professionnel* ».

Lors de la réalisation de cette réunion tripartite, M^{me} F... est en mesure d'aborder les différents sujets qu'elle a évoqués au cours de la consultation avec le médecin du travail. Elle relate précisément les épisodes mentionnés. Elle fait observer (élément qui n'avait pas été relaté au cours de la consultation et qui est simplement évoqué sans entraîner de réaction de la part de la hiérarchie) que des difficultés existaient déjà dans ce service avant son arrivée. Elle peut redire qu'elle « *aime beaucoup son travail mais qu'elle ne peut envisager de rester à son poste* ».

On évoque alors en séance l'éventualité et les possibilités d'une mutation dès qu'un poste se libèrera. Elle déclare qu'elle est « *prête à attendre si elle sait que ça finira* ». Au cours de la discussion, la hiérarchie — en la personne du directeur général et en présence de la chef de service de M^{me} F... — est amenée à reconnaître qu'elle considère que M^{me} F... « *n'est pas la seule fautive dans ce qui se passe et que ses collègues ont aussi leur part de responsabilité* ». Le principe d'une mutation prochaine est acté. La séance se termine dans un climat serein, après m'être assuré que M^{me} F... avait pu exprimer ce qu'elle avait à dire.

Tout au long de cette réunion sur le travail de M^{me} F... et au fur et à mesure que cette dernière évoquait et racontait les différents épisodes vécus par elle, je me suis attaché à faire le lien entre ce qui était exprimé par M^{me} F... et les déterminants organisationnels déjà repérés. J'ai annoncé que je reverrai M^{me} F... dans les prochains jours pour faire le point avec elle.

Je la revois effectivement quelques jours plus tard. Elle me déclare : « *Cette réunion m'a fait du bien, je me sens mieux depuis. Dans le service on me laisse tranquille. Je sais que je vais quitter le service et ça me soulage* ». Elle me remercie pour mon implication. Je rédige ainsi ma deuxième fiche de visite : « *Au cours de la réunion tripartite, il a été acté le principe d'une mutation de service. Étudier la possibilité d'un exercice professionnel orienté vers le service aux usagers. En attendant cette mutation, il faudra continuer de préserver de bonnes relations interpersonnelles dans le service. À revoir dans un mois* ».

Je la revois en mai 2010 et elle me déclare : « *Je me sens bien* ». On convient de se revoir en septembre 2010. Entre temps, elle a changé de service le et a été mutée au CCAS où elle assume la gestion du partage des repas aux personnes âgées et l'organisation des manifestations culturelles. Elle déclare : « *Je suis heureuse mais j'ai des angoisses car j'ai un peu perdu confiance en moi. Mais je suis très bien au travail* ».

Je la revois en janvier 2011 au cours de sa visite périodique et elle déclare alors : « *Au travail, c'est impeccable* ».

LES PRÉ REQUIS CONCEPTUELS ET MÉTHODOLOGIQUES DE LA « RÉUNION TRIPARTITE »

OBJECTIF : Donner la possibilité au salarié en souffrance d'exprimer les difficultés concrètes en lien avec l'organisation du travail, qu'il rencontre. Lui permettre, dans un cadre sécurisé déterminé par le médecin du travail et qui s'impose à l'employeur, d'exprimer le point de vue du « travailler », sa mise en visibilité qui ne peut se faire entendre par le management malgré parfois de vaines tentatives de la part du salarié.

L'objectif recherché est de restituer du pouvoir d'agir au salarié en souffrance de part le fait de son travail en lui permettant de regagner en quelque sorte une capacité à être acteur dans sa situation de travail.

Nous ne sommes pas ici dans un contexte où la pluralité des cas de souffrance au sein d'un collectif de travail permet de socialiser ce qui fait difficulté dans le travail par l'intermédiaire, par exemple, d'une « alerte médicale de risque psychosocial » délivrée par le médecin du travail au sein d'un CHSCT. Nous sommes ici confrontés à un cas individuel que le médecin du travail, consulté par le salarié qui en a pris l'initiative et qui en attend légitimement une aide, se doit de prendre en charge. Nous sommes aussi plus précisément ici dans un cas de figure où le salarié, interrogé sur ce fait précis, ne souhaite pas ou ne peut pas (pour des raisons qui lui

appartiennent) être soustrait de son poste de travail par une décision concertée d'inaptitude médicale « thérapeutique » au poste qui lui permettrait de préserver ses droits sociaux. Dans ce cas de figure, le salarié souhaite garder son travail et rester dans son entreprise mais la situation qui lui est faite ne peut pas durer sans conséquence pour sa santé mentale. Il faut donc envisager une solution qui permette de modifier la situation de travail sans le mettre en danger (c'est bien entendu un objectif majeur) tout en respectant le secret médical !

Les cas dans lesquels cette solution est envisagée et proposée aux salariés sont malgré tout assez limités puisque sur une durée de trois ans j'en ai recensé douze dans ma pratique. Je les propose à des personnes qui sont en situation de souffrance importante, voire aiguë et qui ont besoin de la présence du médecin à leurs côtés pour faire face à la situation qui leur est créée au travail. Dans la plupart des autres cas je vais rédiger des recommandations très circonstanciées et contextualisées, au titre de l'article L.4624-1, que je prends soin de valider auprès du salarié.

Il s'agit également d'exercer dans le cadre strict du consentement éclairé, ce qui suppose au cours de la ou des consultations précédant la réunion tripartite, de bien en expliquer les objectifs, les conditions nécessaires pour atteindre les objectifs que l'on s'est fixé, le cadre et les conséquences possibles. Une des conditions majeure avant de déclencher le processus est que le salarié, au cours de ces consultations, exprime clairement son adhésion à ce qui lui est proposé car de toute façon il déclare clairement que « cela ne peut plus continuer comme cela ». La décision n'est jamais prise au cours de la première consultation mais après une période de réflexion de la part du salarié.

Une des conditions du succès de cette réunion est de bien expliquer au préalable au salarié que la tendance constante des employeurs est toujours de porter la discussion sur des thèmes visant à la psychologisation. Cette tendance doit être expliquée et lorsqu'elle est anticipée, ce qui doit impérativement être le cas, l'expérience (sur plusieurs années de pratique) montre que l'écueil est évité avec succès.

Cette réunion tripartite, si elle est décidée conjointement, nécessite au préalable une véritable préparation en amont. Ce n'est pas une réunion, comme souvent les salariés en ont déjà eu avec leur manager pour tenter désespérément et en vain de leur expliquer ce qui ne va pas, quand bien même ils auraient pu obtenir une rencontre pour leur en parler (ce qui n'est pas toujours le cas). Elle ne peut être envisagée et proposée par le médecin du travail qu'après avoir investigué, au cours de sa consultation de clinique médicale du travail, les déterminants de l'organisation du travail avec le salarié dans un souci maximum de contextualisation en temps et en lieu de la problématique rencontrée.

Il s'agit aussi à cette occasion pour le médecin du travail d'éliminer le risque d'instrumentalisation toujours possible. Donc, démarche compréhensive mutuelle qui est déjà un pas indispensable qui va dans le sens du recouvrement de la capacité d'agir du salarié : c'est d'ailleurs une étape essen-

tielle qui va le mettre en situation de décider d'accepter ou de rejeter la proposition qui lui est faite de participer à cette réunion sur le travail. Au cours de cette consultation préalable qui peut durer plusieurs heures, il est clairement expliqué la nécessité de restituer des éléments concrets et contextualisés de manière à élaborer et à comprendre ce qui fait sens dans cette histoire singulière : très souvent le médecin du travail pourra alors repérer des éléments divers se rattachant à des facteurs déjà identifiés dans la littérature consacrée (intensification du travail, individualisation, disparition des coopérations, mise en concurrence des salariés, évaluations individuelles à partir de critères quantitatifs ne tenant pas compte de la dimension coopérative du travail, travail suspendu, perte de sens, conflits éthiques, etc.). Ainsi se construit progressivement et en amont avec le salarié le contenu de la réunion tripartite à venir. Il lui est conseillé en quelque sorte de réaliser des « mini chroniques » qui l'aideront par la suite dans sa compréhension de ce qui se joue dans son vécu actuel et passé. Il s'agit de notes dont la fonction est pour le salarié de l'aider à resituer son histoire dans le temps et dans un contexte, ce qui l'aidera au cours de cette réunion où l'on ne parlera que du travail.

Mais cette réunion tripartite, si elle est décidée conjointement avec le salarié, se traduira par une recommandation du médecin du travail à l'employeur, faite dans le cadre de l'article L.4624-1 du Code du travail. Cela pour bien montrer à l'employeur qu'il s'agit d'une décision du médecin du travail et afin, en quelque sorte de dédouaner le salarié vis-à-vis de son employeur : cette décision est prise sous la seule responsabilité du médecin du travail.

Au cours de cette réunion, et dès le début, le cadre est annoncé à l'employeur : il lui est tout d'abord rappelé son obligation de sécurité de résultat vis-à-vis de la préservation de la santé de ses salariés. Précisé également qu'il s'agit d'une réunion **sur le travail** décidée par le médecin du travail. Précisé également qu'il ne s'agit pas ici d'un tribunal ou de juger mais simplement de comprendre ensemble et de tenter de trouver des pistes de solutions. Il est annoncé qu'à l'issue de cette réunion le médecin du travail reverra le salarié en consultation et qu'il sera amené à faire des recommandations à l'employeur, toujours dans le cadre de l'article L.4624-1 du Code du travail.

Tout en veillant à rester vigilant sur le déroulement de la réunion, en recentrant parfois le débat si nécessaire en anticipant les tendances quand il le faut, de manière à permettre la parole sur le travail et uniquement sur le travail, le médecin du travail explicite le sens de cette parole sur le travail, en faisant les liens nécessaires avec les déterminants organisationnels à l'origine de cette souffrance qui s'exprime aussi au cours de cette réunion mais qui ne peut alors être renvoyée à une quelconque psychologisation tant les liens avec les conditions de réalisation du travail apparaissent clairement. Cette souffrance prend alors un statut de souffrance légitime.

Dans le décours de cette réunion tripartite le salarié est revu à plusieurs reprises sur convocations programmées du médecin du travail pour suivre l'évolution de la situation et la

tenue des engagements pris par l'employeur devant le médecin du travail au cours de cette réunion tripartite.

Au cours du temps, le cadre, le contenu, la conceptualisation, le déroulement de ces réunions se sont construits et enrichis progressivement. Il n'y a jamais eu de retours négatifs. Dans le cas contraires elles auraient été immédiatement supprimées. Je n'ai eu que des retours positifs, y compris de collectifs de travail qui avaient bénéficié indirectement de changement de la part des méthodes de management. Pour moi, cela a véritablement constitué le jugement d'utilité, celui en provenance des bénéficiaires.

Ceci est bien sur loin d'être une recette à appliquer systématiquement. C'est simplement quelque chose que j'ai essayé de construire, avec le temps, avec le souci constant de répondre à des demandes d'aides individuelles tout en respectant le secret médical, en respectant la volonté explicitement exprimée par le salarié en souffrance, dans le cadre de son consentement éclairé, en m'inspirant du concept du nécessaire accroissement du pouvoir d'agir du salarié en souffrance.

VEILLE MÉDICALE EN RISQUES PSYCHOSOCIAUX DU POINT DE VUE DES ORGANISATIONS DU TRAVAIL UN EXEMPLE CONCRET DANS LA MÉTALLURGIE

Dominique MARY, médecin du travail

Avertissement : le document présenté pour la discussion de pratique en médecine du travail de Veille et d'Alerte pour prévenir les risques des organisations du travail pour la santé est très proche d'un document réel présenté en Comité d'Entreprise et en CHSCT par le médecin du travail. Un certain nombre d'informations ont été modifiées pour en préserver l'anonymat dont les lieux, métiers et années.

TROUBLES PSYCHIQUES EN RAPPORT AVEC LE TRAVAIL EN 2009

Concernant la partie quantitative, sont investigués principalement :

- les états de souffrance en rapport avec le travail,
- les épisodes dépressifs notables en rapport avec le travail,
- les états réactionnels aigus en rapport avec le travail,
- la démobilitation professionnelle,
- les troubles du sommeil en rapport avec le travail.

Les agents concernés par ces symptômes de psychopathologie au travail et ceux concernés par les rachialgies et TMS en rapport avec le travail sont décomptés, s'ils sont concernés par un symptôme au minimum, comme présentant un risque de pathologie psychosociale d'origine professionnelle.

On trouvera, dans les pages suivantes une longue partie de commentaires compréhensifs par Section professionnelle de

la responsabilité du médecin du travail. L'intérêt éventuel de celle-ci est de permettre, et de rendre visible ce qui n'est considéré souvent que comme des événements individuels sans liens avec le travail. Il est aussi d'ouvrir des pistes d'interrogation concernant les évolutions possiblement délétères de l'organisation du travail, pour la faire évoluer en un sens plus compatible avec un engagement dans le travail permettant la construction de la santé des hommes et des femmes.

Le commentaire vaut globalement pour les risques psychosociaux entraînant un risque de psychopathologie en rapport avec le travail. Généralement, c'est le suivi de l'indicateur « Souffrance en rapport avec le travail » qui est pris en compte du fait de sa sensibilité et qui permet ainsi d'appréhender des évolutions, avec toute la prudence nécessaire du fait du faible nombre d'agents dans certaines sections, et du fait des évolutions en nombre et agents dans chacune des sections.

Cette partie qualitative est rédigée après réinvestigation de l'ensemble des dossiers médicaux individuels des agents en

souffrances professionnelles en rapport avec leur travail. De ces données monographiques individuelles en est rédigée une monographie collective par petite collectivité professionnelle.

EXTRAITS DE L'INVESTIGATION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL EN 2009, PRINCIPALEMENT DES PSYCHOPATHOLOGIES

Pour les 438 agents suivis en 2009 dans ce secteur professionnel, globalement le risque psychopathologique des organisations du travail pour les agents que nous suivons comme médecin du travail montre une prévalence de 29.2 % et une incidence de 14.6 %.

En 2008 prévalence 27.5 %, incidence 12.8 % ; en 2007, prévalence 30.3 % incidence 16.7 % ; en 2006 prévalence 27.9 %, incidence 10.8 % ; en 2005 prévalence 27.3 %, incidence 8.6 % ; en 2004 prévalence 29.5 %, incidence 18.4 % ; en 2003, prévalence 23.5 %, incidence 9.4 % ; en 2002 prévalence 29.6 %, incidence 10.2 % ; en 2001 prévalence 36 %, incidence 16.8 % ; en 2000 prévalence 13 %, incidence 7.1 % .../...

SERVICE DE MOYENS

SECTION MAITRISE D'OUVRAGE (22 PERSONNES)

Très net apaisement de la situation professionnelle malgré une situation difficile pour l'Outillage logistique début 2009.

➤ **Le risque psychosocial professionnel en 2009** concerne 18.2 % des agents dont 4.5 % de nouveaux cas. En 2008 concerne 30.4 % des agents dont 17.4 % de nouveaux cas. En 2007 prévalence 34.8 %, incidence 17.4 %.

➤ **Souffrance psychique professionnelle en 2009** : prévalence 13.6 %, incidence 4.5 %. En 2008 prévalence 26.1 %, incidence 8.7 %. En 2007 prévalence 31.7 %, incidence 8.7 %. Certains agents vivent mal de devenir surveillant des prestataires. Certains chargés d'affaire sont très surchargés professionnellement. La pression du temps réel, le découpage objectif des activités n'ont pas favorisé la mise en discussion de règles professionnelles qui permettraient de hiérarchiser l'urgence apparente de l'urgence réelle, qui permettraient de construire les conditions objectives du remplacement et de l'entraide entre collègues. Le développement défensif du « chacun pour soi » fragilise les postures professionnelles collectives et fragilise grandement le travail des collègues restant devant les problèmes de santé individuels dont une partie s'explique par la fragilisation liée à un activisme professionnel sans régulation, activisme professionnel bien utile à l'organisation du travail ! La période de grève a pu avoir des répercussions ultérieures négatives sur le « travailler ensemble ».

➤ **Outillage logistique** : une alerte de risque psychosocial a été énoncée le 26 mars 2009 pour la section

Outillage Logistique de service de moyens. « *Le médecin du travail fait alerte pour danger grave et imminent de risque psycho-social du fait des conséquences "non régulées" de dysfonctionnements organisationnels majeurs du "groupe d'agents de l'outillage logistique".*

Le médecin du travail constate que ces agents trop engagés dans leur travail n'ont plus la possibilité de "prendre soin de leur santé du fait de leur travail".

Le médecin du travail recommande :

- ♦ *De supprimer toute activité de travail de mutualisation ou de foisonnement avec les autres activités de la section "outillage logistique", tant que les moyens humains de ce "groupe d'agents" n'auront pas été renforcés. Antérieurement il y avait cinq chargés d'affaire logistique, aujourd'hui moins de trois.*
- ♦ *À la direction du service de prendre des mesures objectives et mesurables d'allègement de la charge de travail de ce groupe d'agent.*
- ♦ *D'instruire cette alerte de danger grave et imminent pour le groupe outillage logistique en CHSCT. »*

La confrontation individuelle des agents à la surcharge professionnelle reste très difficile. « Les demandes d'achat peuvent ne pas être validées ». Le vécu d'insatisfaction de ne pas satisfaire professionnellement les collègues persiste. Fin 2009 le médecin du travail constate encore une très forte charge de travail pour la section outillage logistique et a exprimé son inquiétude si un des postes n'était pas remplacé à court terme.

SERVICE DE MOYENS

SECTION MÉTHODE (16 PERSONNES)

Dégradation très importante de la situation de cette section qui touche 9 agents sur 16. Difficultés majeures à constituer de nouvelles compétences et à pérenniser les coopérations avec le secteur travaux. Le médecin du travail y fait alerte pour risque psychosocial.

➤ **Le risque psychosocial professionnel en 2009** concerne 56.2 % des agents dont 18.7 % de nouveaux cas. En 2008 concerne 35.3 % des agents dont 17.7 % de nouveaux cas. En 2007 prévalence 41.2 % des agents, incidence 23.5 %.

➤ **Souffrance psychique professionnelle en 2009** : prévalence 50 %, incidence 18.7 %. En 2008 prévalence 29.4 %, incidence 5.9 %. En 2007 prévalence 35.3 %, incidence 17.6 %. 2009 : le management en difficulté n'a pas pu trouver une issue aux difficultés multiples et hétérogènes des agents de cette section. La construction nécessaire de nouvelles compétences dues aux départs d'agents s'est faite souvent sans véritable accompagnement et dans de grandes difficultés. Dans ce contexte, certains ont développé un activisme professionnel qui s'est retourné contre leur santé. Certains agents vivent des modifications inachevées de l'organisation du travail comme vident de sens, même s'ils n'ignorent pas qu'une partie est liée au manque objectif de ressources humaines. « *Il faut un vrai qui fait quoi !* ». L'hétérogénéité des

engagements professionnels, l'absence de moment de véritable discussion sur les désaccords professionnels qui s'accumulent, le désengagement professionnel protecteur de certains, contribuent à casser les coopérations. « *C'est ma capacité à me protéger qui va passer devant !* ». Des activités dont sont objectivement responsables des chargés d'affaire de la section ne sont pas dans son périmètre comme les activités puisards. Des agents qui doivent travailler sur les méthodes ne le font qu'à 30 % de leur temps du fait de leur intervention nécessaire sur les multiples activités où ils sont les seuls compétents. « *Nos chargés de surveillance sur les échafaudages ne sont pas formés !* ». Plusieurs agents sont en surcharge professionnelle majeure. La nouvelle organisation est perçue concrètement comme ayant aggravé les conditions de réalisation du travail. « *Avant on travaillait avec le Technique, maintenant ce n'est plus la même section !* ». De nombreux agents qui se sont très fortement engagés professionnellement sont confrontés à des engagements de reconnaissance professionnelle non tenus « *J'en ai marre de former des gens pour des compétences qu'on ne me reconnaît pas !* ».

Parfois l'espoir n'est que dans la programmation d'un changement de service. Pour les chargés d'affaire combustible la césure des travaux a aggravé la situation des coopérations ordinaires. Certains ont vécu de véritables périodes de surcharge. L'été 2009, les chefs de chargement ont été en difficulté majeure ; il est arrivé que le chef de chargement soit aussi responsable de l'équipe de Fonderie. Certains agents pensent que les « compromis professionnels » liés aux circonstances dégradées ont été dangereux. Ils en ont perdu l'intérêt de leur métier où ils étaient très engagés.

SERVICE DE MOYENS

SECTION ELECTRO MÉCANIQUE (34 PERSONNES)

La situation d'électromécanique reste toujours très précarisée du fait de passif dans l'organisation du travail. Elle est nettement moins dégradée qu'en 2007, l'incidence de nouveaux agents en difficulté diminuant très nettement.

➤ **Le risque psychosocial professionnel en 2009** concerne 38.2 % des agents dont 8.8 % de nouveaux cas. En 2008 concerne 41.8 % des agents dont 13.9 % de nouveaux cas. En 2007 concerne 64.3 % des agents dont 35.7 % de nouveaux cas. En 2006 concerne 44.1 % des agents dont 14.8 % de nouveaux cas. En 2005, respectivement 51.5 % et 12 %. En 2004 respectivement 52.8 % et 33.3 %.

➤ **Souffrance psychique professionnelle en 2009 :** prévalence 26.5 %, incidence 5.9 %. En 2008 prévalence 38.9 %, incidence 8.3 %. En 2007 prévalence 57.1 %, incidence 17.9 %. En 2006 prévalence de 38.2 %, incidence de 8.9 %. En 2005, prévalence 45,4 %, incidence 12,1 %. En 2004, prévalence 41,7 %, incidence 25 %. En 2003, prévalence 36,1 %, incidence 13,9 %. En 2002, prévalence 43.2 %, incidence 5.4 %. En 2001 respectivement 45.9 % et 5.4 %, En 2000 47 % et 8 %. En 1999

respectivement 41.2 % et 8.8 %. En 1998 32.3 % et 8.8 %.

2009 : des agents de Commun de site vivent difficilement d'avoir des périodes « sans travail », et d'autres d'être surchargés. Diversifier ces activités avec d'autres tâches redonne goût au travail. La réorganisation de la répartition des tâches des techniciens supérieurs a provoqué des dérégulations du travail : « *mon chef voulait me donner une nouvelle mission en plus, j'ai dit non !* ». D'autres agents sont inquiets de presque accidents électriques. Les chargés d'affaire sont étranglés dans les spécificités de leurs compétences très spécialisées. « *Les personnes compétentes partent !* » « *Je vais devoir faire des suppléances pour des travaux où je ne suis pas compétent.* » « *Je ne suis pas d'accord pour qu'un intérimaire vienne suppléer ma mission très spécialisée !* » La surcharge de travail de certains chargés d'affaire entraîne des somatisations professionnelles invalidantes. Des agents n'arrivent plus à prendre soin de leur santé. Certains agents qui pensent déployer des compétences au-delà de la définition de leur fonction, faute d'être reconnus, envisagent de faire une demande de mutation. Les activités professionnelles des chargés d'affaire se développent dans les petits secteurs où les agents sont solidaires entre eux. « *Je n'ai pas confiance en la hiérarchie pour rattraper le coup !* » « *Notre maîtrise est perdue !* » Des agents ont l'impression d'avoir un « non management technique ». En 2009, « *on a géré au jour le jour : c'était à l'heure prêt !* » La hiérarchie de proximité semble en grande difficulté. Les questions techniques ne sont pas portées de façon homogène. Alors « *j'en suis au stade du renoncement !* »

Nombre d'agents ne comprennent pas le sens de la réorganisation en préparation en 2009. La mise en oeuvre du processus de « concertation » concernant la fusion où les agents ont souvent l'impression de n'avoir pas été entendus a laissé des traces.

La partie « Fonderie » est toujours fragile malgré un très bon collectif de travail. « *On ne peut tenir nos exigences. On perd des compétences partout !* » « *Je ne devais pas être sur modèle 6, j'y ai été tout le temps.* » « *On se prive du constructeur de la machine de chargement pour 7 !* » « *Il y a un an on a fait des propositions pour changer l'organisation de notre travail. On n'a rien retenu de ce qu'on a proposé.* »

SERVICE DE ROBINETTERIE

SECTION PRÉPARATION CONTRÔLES, (27 PERSONNES)

Dégradation très importante de la situation fragilisant les collectifs de travail pour laquelle le médecin du travail a fait alerte pour risque grave le 17 février 2009 dans un contexte de difficulté managériale majeure et de déficit de moyens humains et de compétences constituées. Alerte médicale de risque psychosocial maintenue du fait de l'inquiétude majeure sur le renouvellement des compétences et de l'impossibilité de certains agents de protéger leur santé.

➤ **Le risque psychosocial professionnel en 2009** concerne 37 % des agents dont 25.9 % de nouveaux cas. En 2008 concerne 33.3 % des agents dont 23.3 % de nouveaux cas. En 2007 concerne 29 % des agents dont une incidence de 25.8 %. En 2006 concerne 14.3 % des agents dont 0 % de nouveaux cas. En 2005, respectivement 33.3 % et 11.1 %. En 2004 respectivement 52.2 % et 17.4 %. En 2003 respectivement 45.9 % et 16.7 %. En 2002 respectivement 46.1 % et 11.5 %. En 2001 respectivement 34.5 % et 31 %, en 2000 respectivement 3.7 % et 3.7 %.

➤ **Souffrance psychique professionnelle en 2009 :** concerne 25.9 % des agents dont 14.8 % de nouveaux cas. En 2008 concerne 30 % des agents dont 16.7 % de nouveaux cas. En 2007 prévalence 12.9 %, incidence 9.7%. En 2006 prévalence de 10.7 %, incidence de 0 %. En 2005, prévalence 33 %, incidence 11 %. En 2004, prévalence 47,8 % et incidence 8,7 %. En 2003, prévalence 45,8 %, incidence 16,7 %. En 2002, prévalence 46.2 %, incidence 11.5 %. En 2001 34.6 % et 30.7 %. En 2000 respectivement 7 % et 7 %. En 1999, prévalence 7 %, incidence 0 %.

2009 : il y a un sentiment très partagé d'une crise majeure du management de proximité du côté des compétences à apporter, de la compréhension des situations. « *Il y a des chargés d'affaire qui gèrent du papier et qui sont très mal par rapport à leurs méconnaissances pour lesquelles ils n'ont pas d'appui !* » « *Il n'y a pas de compagnonnage !* » Des agents souffrent d'un déficit majeur d'accompagnement par rapport aux nouvelles tâches qui leur sont confiées. Les difficultés non prise en compte de l'acquisition de compétences déstabilisent les collectifs de travail. « *J'estime que ce n'est pas à moi de palier les défauts de compagnonnage d'un collègue !* » « *Si je passe préparateur, comment je vais récupérer les compétences nécessaires ?* » Il y a une dégradation collective du travailler ensemble, de plus en plus d'agents se refermant sur le secteur qu'ils maîtrisent et refusant d'entrer dans le soutien de collègues en difficulté professionnelle qu'ils jugent sans fin. Des agents ont une inquiétude majeure pour le devenir de l'activité qu'ils effectuent. Qui fera le travail demain, une fois que le collègue avec qui on travaille sera parti. « *Le bateau dérive !* » De nombreux agents ont le sentiment d'un manque de dialogue, de considération : « *On n'a pas les moyens pour réaliser ce qui est annoncé !* » « *On signe des chèques en blanc ; on demande des moyens pour avoir des chargés de surveillance, et on n'en met pas !* » « *J'écris ce que je ne peux pas faire !* » « *La situation s'est considérablement dégradée depuis début 2008.* » « *On va maintenant appliquer les procédures !* » « *Après l'expérience ratée des groupes de travail, je n'ai plus envie de me mettre de l'espoir !* » On n'a plus le temps de pérenniser nos activités. On ne peut plus se mettre à jour. Face aux difficultés professionnelles, certains ont le désir de partir faute de soutien hiérarchique. « *Je ne me prends plus le chou !* » « *On est montré du doigt pour les ESS.* » « *Le chef était toujours en conflit et surveillait tout par rap-*

port à des suspicions de tricherie ! » « *Sur des documents essentiels, il y en a qui ont signé des documents erronés et ne savaient pas vérifier les vrais !* »

« Les opérations de maintenance 2009, on les a fait à l'arrache ! J'utilise mon. » Les activités de certains agents hors temps réel doivent être abandonnées pour aider les chargés d'affaire en grande difficulté. « *Il faut se former sur le terrain avec les professionnels, le système actuel ne le permet pas !* » « *Le REX des opérations de maintenance ne se fait pratiquement plus.* » La situation est aggravée par les collègues qui se désengagent. « *On ne peut plus prendre le temps de mettre à jour les bases de données collectives. Et il y a pourtant dix prestataires qui travaillent dans la section.* »

Il y a un manque criant de compétences et de moyens humains. Ainsi sur les contrôles non destructifs, les ressources vont passer de cinq chargés d'affaire à trois chargés d'affaire, peut-être deux. « *Pendant les vacances il a été impossible de savoir qui est son remplaçant !* » « *Il n'y a pas de vision à court et moyen terme !* » « *Le jour de la réembauche, je n'ai pas pu reprendre ! Maintenant je veux que la direction m'écrive !* »

Des agents très expérimentés pour protéger leur santé ne voient pas d'autre solution que de demander à arrêter les opérations de maintenance de tranche. « *La parole donnée n'est pas respectée.* » « *Je n'ai pas envie de partir, mon travail est très intéressant, mais c'est insupportable ! Si cela déborde, c'est de leur faute !* » « *La confiance est cassée ! Notre section est déstructurée !* » « *Je n'ai plus confiance dans la capacité de l'entreprise de prendre en compte les difficultés professionnelles.* » Des agents ont un vécu profond d'injustice par rapport au fait qu'on leur demande sans fin, sans limite. De plus en plus d'agents n'arrivent pas à protéger leur santé dans la période très difficile de maintenance industrielle. De nombreux agents annoncent que la deuxième partie de 2010 sera très difficile du fait de déficits prévus de compétences. Des agents parmi les plus expérimentés et les plus engagés sont atteints par la lassitude et sentent le besoin de se protéger. Mais le désir de partir s'accompagne d'une culpabilité de « lâcher les collègues en difficulté ». De nombreux agents n'ont comme perspective que le départ de la section pour se protéger. La culpabilité de ne pas arriver à bien travailler touche de nombreux agents. Pour certains agents, le rapport au travail est très profondément cassé : « *Ici je n'ai plus rien à faire, je n'ai plus envie de bosser. Je ne fais que la partie obligatoire, j'essaie de ne plus aller aux réunions !* ». La souffrance éthique malmène très fortement ces techniciens de haut niveau.

Il y a eu beaucoup plus de troubles du sommeil, de troubles cognitifs en rapport avec le travail, de bouffée d'angoisse en rapport avec le travail nécessitant une hospitalisation et de somatisations professionnelles envahissantes en 2009. La mise en place d'un nouveau management fin 2009 a apporté de l'espoir, et la possibilité que les questions concrètes puissent être écoutées.

Certains agents ne peuvent se résigner à s'isoler et maintiennent les coopérations au risque de leur santé ; il y a un risque pour eux. Dans ces conditions très dégradées, le médecin du travail a été très inquiet en 2009 pour la santé de plusieurs agents pour lesquels il a pu craindre un retournement de la violence contre soi. Il a allié alors attitude thérapeutique et socialisation des causes collectives.

Ce risque peut ré-émerger en 2010 devant la conjonction d'incidents techniques, de déficits de compétences suffisantes et disponibles et du rétrécissement des espaces de coopération professionnelle. La dégradation de la situation pour la section contrôle de service de robinetterie explique l'alerte du médecin du travail énoncée le 17 février 2009

« Le médecin du travail fait alerte collective pour risque psychosocial grave pour la situation de la section "contrôle" de service de robinetterie dont la prévalence de pathologie en rapport avec le risque psychosocial touche 33 % des agents dont 23 % de nouveaux cas (en 2007 respectivement 29 % et 26 %, en 2006 respectivement 14 % et 0 %), et pour ce qui est de la souffrance au travail de 29 % et 16 % (en 2007, respectivement 13 % et 10 %, en 2006 respectivement 11 % et 0 %).

La situation personnelle (qui a provoqué l'alerte) s'inscrit dans de très graves difficultés organisationnelles de la section contrôle en termes de management, de déficit de compétences en nombre et acquisition, avec une situation qui va se détériorant. Un certain nombre d'agents pour se préserver ou pouvoir continuer à faire leur travail "s'isolent professionnellement de plus en plus". Nombre d'agents ont l'impression de ne pas être entendus pas la hiérarchie, la confiance se détériore profondément.

Le médecin du travail recommande au chef d'Unité de considérer cette situation collective comme très dégradée et de l'instruire. »

SECTION PRÉPARATION MÉCANIQUE (27 PERS)

Détérioration majeure de la possibilité de travailler à Préparation mécanique sans précariser sa santé. En l'état, sentiment de perte d'espoir de voir prise en compte une situation professionnelle se dérégulant rapidement, encore protégée par une ancienne dynamique de « travailler ensemble » particulièrement riche. Mais elle ne résiste pas devant la disparition des compétences et l'absence de relève. Le médecin du travail y fait alerte médicale de risque psychosocial.

➤ **Le risque Psychosocial professionnel en 2009** touche 37 % des agents dont 25.9 % de nouveaux cas. En 2008 touche 23.1 % des agents dont 15.4 % de nouveaux cas. En 2007 concerne 12.5 % des agents dont 4.2 % des agents. En 2006 concerne 7.1 % des agents dont 3.6 % de nouveaux cas. En 2005, respectivement 10,7 % et 0 %. En 2004 respectivement 16.7 % et 10 %. En 2003 respectivement 22.2 % et 3.7 %. En 2002 respectivement 33.3 % et 18.5 %. En 2001 respectivement 21 % et 21 %. En 2000 respectivement 0 % et 0 %.

➤ **Souffrance psychique professionnelle en 2009 :** touche 25.9 % des agents dont 14.8 % de nouveaux cas. En 2008 touche 15.4 % des agents dont 12 % de nouveaux cas. En 2007 prévalence 8.3 %, incidence 4 %. En 2006 prévalence de 3.6 %, incidence de 3.6 %. En 2005, prévalence 4 %, incidence 0 %. En 2004, prévalence 10 %, incidence 3,3 %. En 2003, prévalence 22,2 %, incidence 3,7 %. En 2002, prévalence 29 %, incidence 14 %. En 2001 22.2 % et 22.2 %. En 2000 prévalence 0 %, et 0 % en 1999.

2009 : malheureusement comme annoncé en mars 2009, la situation du travail s'est très fortement dégradée courant 2009. Le vécu de surcharge de travail est majeur pour les agents. C'est tout *Préparation mécanique* qui est dégradé. « *J'ai rarement vu autant de situations stressantes. Plus on en fait, plus il faut en faire !* » « *En opération de maintenance mes nuits sont interrompues, je me réveille spontanément à deux heures du matin.* »

« *Ce qui m'angoisse ce n'est pas le technique, mais le prescriptif avec des délais de plus en plus courts. On ne nous laisse plus le temps de bien faire notre travail !* » « *On se retrouve tous dans des impasses au niveau du boulot.* » « *On ne peut plus appliquer la réglementation !* » « *On a des façons de fonctionner aberrantes !* » « *On rentre chez soi le soir et on ne sait plus comment on s'appelle !* » Envahissement du travail, troubles cognitifs. « *On ne comprend plus, il n'y a plus d'espoir. Je ne vois pas d'amélioration dans un futur proche !* » « *La grève est le révélateur du non dialogue !* »

« *J'ai peur que cela casse l'ambiance, le collectif !* » « *Mon travail est envahi par tout ce qu'on me demande en plus !* » « *Des agents n'osent plus prendre leurs vacances ! Des agents perdent totalement la capacité de préserver leur santé.* » Ils doivent être protégés médicalement le temps qu'ils la récupèrent. « *C'est très désorganisé ; on prépare et cela ne peut se réaliser comme prévu. C'est usant !* »

Préparation mécanique est le produit d'une longue histoire d'un collectif de travail harmonieux et compétent qui faisait la force et la fierté de cette section de préparation. Mais : « *On ne peut plus faire le travail comme il faut !* » « *On essuie le manque d'anticipation hiérarchique. Il n'y a pas de pépinières !* » « *Cela me désole de voir un service sacrifié !* » « *C'est la désorganisation complète avec une augmentation de la charge de travail en opération de maintenance.* » Le transformateur symbolise les problèmes s'accumulant. Les éléments sur ce sujet pour 2010 sont particulièrement inquiétants.

Contrairement aux prévisions, il n'y a jamais eu deux électriciens. Le plan de remplacement des compétences n'est pas connu des agents. Des agents envisagent alors de partir de la section. « *Je préfère quitter le bateau plutôt que de continuer comme on va !* » « *Si on est mécanicien, on ne peut pas avoir la compétence d'un électricien !* » Des agents vivent comme une injustice qu'on ne puisse pas les libérer d'un poste où ils ont beaucoup

donné et où ils précarisent leur santé. « Travailler dans l'urgence tout le temps, cela va cinq minutes ! »

D'autres agents sont bien conscients des risques pour leur santé, mais le principe de réalité du travail les rattrape et ils ne peuvent se protéger. « Tous les quinze jours je regarde la bourse de l'emploi ! » « Ils m'ont dit que si je trouvais quelqu'un pour me remplacer, ils me lâcheraient ! » La lassitude professionnelle se développe massivement. Des agents tentent difficilement de se désengager pour se protéger.

L'histoire collective du travail passé permet aux agents, malgré des atteintes à leur santé différentielles, de garder une compréhension de la responsabilité des déterminants du travail, ce qui fait un peu « contention » face aux risques majeurs pour la santé d'agents qui ne pourraient plus supporter de « mal travailler ». Mais la dynamique collective ne résistera pas s'il n'y a pas de perspective professionnelle humainement supportable.

La surcharge de travail est d'ores et déjà directement responsable d'atteinte à la santé de plusieurs agents : somatisations rhumatologiques handicapantes, effondrement dépressif, bouffées d'angoisse traitées comme urgence médicale, décompensation de pathologie antérieurement bien régulée, manifestations cardiaques devant être explorées. Une accumulation de pathologies de surcharge. La situation du pôle transformateur n'est pas isolée dans préparation mécanique. Elle en est plutôt représentative.

Alerte du médecin du travail pour le *Pôle Transformateur de Préparation mécanique* portée à la direction et au CHSCT le 28 janvier 2010 : « Le médecin du travail fait alerte collective pour l'ensemble des agents du pôle transformateur et leurs appuis concernant les répercussions individuelles délétères de la surcharge professionnelle en 2009.

Le médecin du travail constate, sauf à ne pas avoir l'information, qu'il n'y a pas de pépinière pour ces activités alors que plusieurs agents sont sur le départ (remarque du 9 juillet 2008).

Particulièrement le médecin du travail constate qu'un seul agent possède actuellement la compétence électrique sur les alternateurs, et que la compétence sur les turbines est fragilisée à court terme.

Le médecin du travail constate que la maintenance industrielle qui devait être préparé à trois chargés d'affaire va l'être avec deux chargés d'affaire alors que la visite type 3 alternateur sera de la responsabilité de préparation mécanique ce qui est nouveau.

Le médecin du travail a eu à gérer plusieurs évènements de santé délétères pour plusieurs agents de ce pôle en 2009.

Le médecin du travail conseille que cet état de fait puisse être instruit par une réunion de mise en débat du constat du médecin du travail par celui-ci avec le collectif de travail, avant instruction par le CHSCT, ou toute autre proposition de « socialisation » compréhensive des difficultés du côté du travail. »

SERVICE PLANIFICATION MÉTHODE

ALERTE de risque psycho-social majeur pour le Service Planification méthode de décembre 2009 :

« Le médecin du travail fait alerte pour risque de danger grave pour la santé des agents, pour l'ensemble de PLANIFICATION MÉTHODE. Nombre d'agents sur-engagés professionnellement ne sont plus en situation de préserver leur santé. Cette situation est plus visible pour la planification, moins visible pour le "Projet" constitué majoritairement de cadres ; et pourtant la situation de ces derniers est encore plus inquiétante du point de vue du médecin du travail compte tenue de leur situation spécifique.

Au-delà des atteintes psychiques, de véritables risques graves pour la santé peuvent se déployer particulièrement du point de vue cardiaque. Cette organisation ne dispose d'aucune marge de manoeuvre. Les conditions objectives de mise en place du système organisationnel de planification en temps réel, dont des aspects pourraient être protecteurs pour les cadres qui ne peuvent jamais décrocher du travail, risquent en l'état d'aggraver la situation ».

➤ Méthode (22 pers.)

Fragilisation qui perdure et inquiète du fait des contraintes de disponibilité personnelle majeure et d'engagement excessif dans le travail pour la troisième année. Cette situation perdurant, la population de cadres perd la capacité de préserver sa santé au travail. Le niveau d'atteinte à la santé doit être appréhendé en prenant en compte la situation spécifique de l'encadrement qui ne donne pas à voir généralement ses difficultés de travail

♦ **Le risque psychosocial professionnel** concerne en 2009 22.7 % des agents (6), dont 9 % de cas nouveaux (2). En 2008 22.7 % des agents dont 13.6 % de cas nouveaux. En 2007 concerne 23.8 % des agents dont 19 % de nouveaux cas. En 2006 concerne 4.8 % des agents dont 0 % de nouveaux cas. En 2005, respectivement 9.5 % et 4.8 %. En 2004 respectivement 4.8 % et 0 %. En 2003 respectivement 0 % et 0 %. En 2002 respectivement 10.7 % et 3.6 %. En 2001 respectivement 23 % et 7.7 %. En 2000 respectivement 0 % et 0 %.

♦ **Souffrance psychique professionnelle** : concerne en 2009 22.7 % des agents (5) dont 9 % de nouveaux cas (2). En 2008 13.6 % des agents dont 9 % de nouveaux cas. En 2007 prévalence 14.3 %, incidence 4.8 %. En 2006 prévalence de 4.8 %, incidence de 0 %. En 2005 respectivement 9.5 % et 4.8 %. En 2004 respectivement 5.9 % et 0 %. En 2003 respectivement 0 % et 0 %. En 2002 respectivement 8 % et 4 %. En 2001 respectivement 8 % et 4 %. En 2000 respectivement 22.2 % et 0 %.

2009 : contenu de l'alerte du 3 décembre 2009. Très forte charge de travail des chefs d'arrêt de projet d'opération de maintenance et de sous-projet. La situation en 2009 a encore été plus difficile qu'en 2008. Certains agents sont culpabilisés de ne « pas

tenir » face à des contraintes humainement beaucoup trop sollicitantes qui envahissent toute leur vie. Ils peuvent perdre la capacité à pouvoir protéger leur santé. Il est impossible de prendre du recul en maintenance industrielle. « *Au bout du bout, tout le monde compense partout !* » « *Il n'est pas possible d'oublier le travail des hommes, même si on manage l'arrêt.* » « *L'opération de maintenance fonctionne parfois, avec des dates d'échéance dont tout le monde sait qu'il est impossible qu'elles soient tenues !* »

Les situations de suppléances de collègues se sont multipliées en 2009, perturbant gravement les activités de préparation un peu en recul. Les collègues de services centraux qui interfèrent avec les opérations de maintenances ont eux-mêmes inquiets des situations humaines qu'ils rencontrent à *PLANIFICATION MÉTHODE* du fait de la surcharge de travail.

Les nouvelles situations où il y a eu deux opérations de maintenance en parallèle, faute d'organisation humaine pouvant faire face à ces situations, a entraîné chez certains le sentiment de « mal travailler » dans des activités où le plaisir au travail était anciennement présent.

Pouvoir « bénéficier » de congés dans une perspective de préservation de sa santé est une véritable difficulté qui écartèle les agents entre laisser des collègues et une situation industrielle en grande difficulté et devoir se préserver. Il y a une impossibilité en opération de maintenance de quitter psychiquement le travail, celui-ci envahit leur activité cognitive. L'opération de maintenance reste présente tant par les sollicitations directes à domicile une fois le travail terminé malgré une très longue journée de travail, que par le fait que les activités continuant, il est impossible aux chefs de projet ou de sous-projet de ne pas en accompagner par la pensée le déroulé, quand ils ont quitté le site.

Pour l'année 2010 en VP par exemple, le déficit de compétences disponibles est tel qu'il n'y aurait qu'un seul responsable par secteur. Le système de planification informatique est tellement rigide qu'il détourne le travail des responsables de leur finalité.

Il n'est pas d'autres solutions pour leur permettre de préserver leur santé et de recouvrer pour certains la capacité de la protéger, que le relais de leur travail, une fois qu'ils ont quitté le site, puisse être pris par un autre collègue. Certains de ces agents ont perdu la capacité littéralement de prendre soin de leur santé tant leur engagement professionnel envahit leur fonctionnement mental. Les nombreuses situations perturbées rencontrées en 2009, la plus grande difficulté d'un certain nombre d'acteurs de la maintenance dont certains n'ont pas encore constitué toutes les compétences nécessaires, les situations précarisées de nombre de prestataires en difficulté réelle par rapport à des situations concrètes de travail, font que ces res-

ponsables pensent qu'ils sont indispensables, non seulement pour faire avancer le projet, mais aussi pour permettre aux collègues de pouvoir simplement faire leur travail.

Ce sont ces bases objectives de ce sur-engagement professionnel, au service d'une organisation du travail qui ne les protège plus, qu'il faut profondément réorganiser, avec à l'évidence, des moyens humains plus importants, pérennes, qui puissent suppléer aux événements de santé délétères qui s'accumulent. La mise en place expérimentale du système organisationnel de planification en temps réel nécessiterait que l'ensemble des postes soient créés et que les collègues en renforts, au-delà des compétences aient le temps de s'approprier l'arrêt. Sinon les responsables en place ne peuvent que constater que cette mise en place qui voulait apporter une aide objective, accroît au contraire leurs propres contraintes. « *Le système organisationnel de planification en temps réel n'est pas fait pour cliquer, mais pour aider !* »

Dans la situation de collègues malades du fait de ces contraintes, les mécanismes de suppléance entraînent une série de conséquences délétères en cascade, puisque le travail auquel était affecté ces collègues suppléants ne peut être effectué correctement, ce qui renforce le vécu de situation dégradée. À l'évidence cette organisation ne dispose d'aucune marge de manœuvre, et les coûts pour la santé ne peuvent que s'accroître. La situation et posture de cadre rend cette dégradation pour la santé peu visible pour la collectivité de travail, et plus grave, pour eux-mêmes.

➤ **Planification (17 pers.)**

Dégradation augmentant depuis deux ans, expliquée par la surcharge de travail en rapport avec les lourdes perturbations de Maintenance industrielle, la mise en place d'un outil informatique qui entrave le travail, le non remplacement d'absents, et l'inquiétude pour l'avenir liée à des futurs horaires de travail très contraignants

- ♦ **Le risque psychosocial professionnel** concerne en 2009 35.3 % des agents (6) dont 17.7 % de nouveaux cas (3). En 2008 23.5 % des agents (4) dont 17.7 % de nouveaux cas (3). En 2007 concerne 6.3 % des agents sans nouveau cas. En 2006 concerne 26.7 % des agents dont 26.7 % de nouveaux cas. En 2005, respectivement 6,7 % et 6,7 %. En 2004 respectivement 12,5 % et 6,2 %. En 2003 respectivement 31,2 % et 6 %. En 2002 respectivement 26,3 % et 15,8 %. En 2001 respectivement 27,3 % et 0 %. En 2000 respectivement 0 % et 0 %.

- ♦ **Souffrance psychique professionnelle** : concerne en 2009 29,4 % des agents (5), dont 17,6 % de nouveaux cas (3). En 2008 11,8 % des agents dont 11,8 % de nouveaux cas. En 2007 concerne 6,3 % des agents sans nouveau cas. En 2006 prévalence de 20 %, incidence de 20 %. En 2005, prévalence 7 %, incidence 7 %. En 2004, prévalence 12,5 %, incidence

6 %. En 2003, prévalence 31,3 % incidence 6,2 %. En 2002, prévalence 26,3 % et incidence 15,8 %. En 2001, 10,5 % et 0 %. En 2000 26,3 % et 0 %.

2009 : contenu de l'alerte du 3 décembre 2009. Les différentes figures d'organisation de la planification en période *Maintenance industrielle*, prestée ou non, avec ou non un préparateur de l'entreprise ont pu avoir des conséquences déstabilisantes du fait que ces organisations n'avaient pas du tout la souplesse nécessaire face au bouleversement permanent des plannings de *Maintenance industrielle*. La planification malgré les prolongations des arrêts a été faite à moyens constants.

Les savoir-faire pour ne pas avoir sa vie privée envahie cognitivement par le travail sont très perturbés. « *La nuit, c'est fini à 4 heures, je suis au boulot !* » « *2009, c'est la pire année !* »

Malgré une activité hors arrêt de tranche, les difficultés ont été présentes au plateau de planification maintenance – exploitation du fait de déficit de personnes non remplacées pendant six mois. Les fins de réunion de validation de planning ne sont pas respectées (16 h) par certains responsables d'exploitation, ce qui entraîne l'impossibilité de finir sa journée à 17 h.

Ces situations de déséquilibre entraînent une hyperactivité professionnelle possiblement déstabilisante pour les coopérations professionnelles, ouvrant à un activisme professionnel de certains, coûteux pour ceux qui ne veulent pas ou ne peuvent pas suivre à ce rythme. Les situations professionnelles difficiles peuvent ne plus être hiérarchiquement arbitrées.

Nombre d'agents ressentent difficilement l'augmentation des exigences professionnelles. Certains voient se multiplier les phénomènes de somatisations professionnelles.

La perspective de devoir travailler en 2X10 au système organisationnel de planification en temps réel déstabilise les agents et fragilise les coopérations. Les cadres organisationnels de cette réforme étant changeants et non pérennes entre ce qui est dit localement et remodifié nationalement font perdre confiance. La non adhésion à ce projet entraîne une très forte fragilisation de son avenir professionnel qui accroît le vécu délétère des réorganisations.

L'emploi de l'outil informatique est très difficile et perturbe de façon importante le travail. « *Avec l'outil informatique, on ne faisait plus notre travail, mais seulement faire fonctionner le logiciel !* » « *Avec l'outil informatique, on perd les repères !* » Et l'outil informatique ne serait pas compatible avec l'outil informatique plus global, alors pourquoi l'avoir déployé prématurément ? « *Il faudra encore une fois tout réapprendre.* »

Ce qui est inquiétant dans cette situation, c'est qu'il n'y a pas de situations de désengagements professionnels défensifs. Ceci est lié à la très forte pression du temps réel qui mobilise trop fortement l'engagement dans le travail et ne permet pas de prendre du recul et de protéger sa santé. Ne pas pouvoir tenir face au vécu de surcharge, l'inquiétude des nouvelles contraintes horaires majeures du travail en deux fois dix, (dont un éventuel quart de 16 h à 3 h du matin !) ne laissent comme perspective pour certains que le départ. Des choses sont annoncées organisationnellement, et après elles sont contre dites, ce qui malmène tous les acteurs.

CONCLUSION

L'indicateur global de risque psychosocial en rapport avec les organisations du travail construit par le médecin du travail, en 2009, est encore très élevé en ce qui concerne l'effectif de *Maintenance*, mais très légèrement moins qu'en 2007. Mais les causes en sont différentes : c'est maintenant « l'organisation ordinaire du travail de la Maintenance » qui est clairement fragilisée et responsable des événements délétères qui croissent et vont aller croissant sans d'énergiques mesures de prévention qui doivent impacter les moyens et la politique sociale.

Sont concernés par un risque « psychopathologique » en rapport avec leur travail 29,2 % des agents suivis médicalement (128/414 agents), (30,3 % en 2007), avec comme particularité que les nouveaux cas pour l'année 2009 représentent 14,6% des agents, 64/414, (16,9 % en 2007).

Il y a une petite amélioration d'une situation qui n'avait jamais été aussi détériorée qu'en 2007. En 2009 :

- 1,6 % des agents, 7 sur les 414 que je suis médicalement, présentent une dépression professionnelle moyenne ou grave, en rapport avec le travail, dont un nouveau cas.
- 22,6 % des agents présentent une souffrance professionnelle.
- 1,6 % (3 % en 2007) ont présenté une décompensation psychopathologique aiguë en rapport avec le travail à type de stress post-traumatique soit 7 agents (au lieu de 12 agents en 2007).
- 5,02 % des agents soit 22, (8,5 % en 2007), présentent des troubles rhumatologiques, principalement rachidiens (3,4 %), parfois des TMS (1,6 %), qui sont des somatisations professionnelles de « surcharge » qui les invalident et dont la cause est clairement la surcharge travail.
- deux agents ont présenté deux épisodes cardiaques graves que le médecin du travail met directement en lien avec le travail.

Le médecin du travail acte qu'on est définitivement sorti semble-t-il d'un épisode dramatique de harcèlement institutionnel. Mais que ce qui déstabilise la santé des agents a à voir avec les évolutions de l'organisation du travail dans ce sec-

teur de la métallurgie qui allient une intensification du travail, une imprévision du remplacement des compétences partant en retraite, une quasi absence de pépinière en *Maintenance* pour pallier à ces départs et prévoir les temps de compagnonnage nécessaire.

Il est symptomatique de noter que :

- Les secteurs des travaux de terrain semblent liés à une disparition programmée ; ce contexte entraîne une difficulté à se projeter de façon fiable dans l'avenir professionnel et tout autant à pouvoir réaliser concrètement son travail d'aujourd'hui. Cela malmène nombre d'agents qui n'ont pas d'autre choix selon eux que de partir ou évoluer, ou de se désengager professionnellement pour se protéger du mécanisme délétère que cela génère.
- Les secteurs de la *Préparation* et *Méthode* sont de plus en plus en surcharge professionnelle, et que cette situation est à l'origine de l'apparition de véritables « pathologies de surcharge » nécessitant des interventions de « sauvegarde de la santé » par le médecin du travail pour les agents concernés. La difficulté médicale en a été de ne pas victimiser ou handicaper à l'excès les agents, mais plutôt de leur permettre de réacquérir la capacité de prendre soin de leur santé pour se réengager professionnellement sans risque pour leur santé.

Ceci explique, comme l'indique le détail de la Veille médicale en risques psychosociaux des organisations du travail pathogènes rapportée dans ce rapport, que je fais donc Alerte comme médecin du travail dans ce Rapport Annuel Médical pour « Risque Psychosocial important » :

- pour la section *Méthode du Service de moyens* ;
- pour la section *Préparation Contrôles du service de Robinetterie* ;
- pour la section *Préparation mécanique du service Mécanique* ;
- pour le *Service Planification méthode*.

Le site industriel est maintenant confronté à une très grave crise de l'organisation du travail qu'on retrouve semble-t-il sur les autres Unités du territoire, pour laquelle la non anticipation du départ d'une génération de *Maintenance* est première.

Comme énoncé il y a un an, constatons que les agents sont :

- surchargés de travail ;
- le déficit de compétences constituées au long des années se fait de plus en plus sentir ;
- il n'y a pas de vraie pépinière, de compagnonnage

digne de ce nom ; l'urgence productive déborde les meilleures bonnes volontés ;

- la hiérarchie est trop souvent impuissante à pouvoir apporter un appui conséquent en termes de moyens ; elle est très souvent en situation d'injonction paradoxale, plus elle « comprend » les problèmes du côté du rôle des organisations du travail qui s'asphyxient progressivement, plus elle en est malmenée psychiquement ;
- la politique dite de « Renoncement » est désastreuse en terme de conception du « beau travail » et provoque une grave crise du sens du travail et des incompréhensions incommensurables ;
- la conscience d'avoir été complice d'actes qu'on réprouve du côté du « beau travail » provoque la honte de leurs actes pour certains agents, les conséquences délétères en étant catastrophiques alors.

EN PRATIQUE

Quel(s) usage(s) dans l'espace public interne de l'entreprise de la veille en consultation individuelle à l'analyse collective des dossiers médicaux ?

Le médecin du travail peut donner à voir et ébaucher des pistes de compréhension de l'évolution concrète des organisations du travail potentiellement délétères, en rendant compte des affects douloureux de petites collectivités de travail, avec ses notes cliniques recueillies au fil des consultations et un système de veille quantitatif. L'activité de travail et les rapports sociaux de travail sont ainsi interrogées, ce qui peut ouvrir à la compréhension des différents acteurs.

Dans les faits cette veille est présentée chaque année de façon détaillée en Comité d'entreprise et le débat qu'elle provoque tracé à son Compte rendu, à l'occasion de la présentation du Rapport annuel du médecin du travail. Parfois elle est présentée en CHSCT si les opportunités ou la gravité de situations l'exigent. À l'occasion d'alerte médicale importante du point de vue du médecin du travail, celle-ci est « tracée » par courrier au président et au secrétaire du CHSCT pour instruction d'un éventuel danger collectif qui pourrait relever d'une imminence de danger si des mesures conservatoires n'étaient pas mises en oeuvre. Dans de telles circonstances il a pu être proposé que le médecin du travail présente lui-même l'argumentaire de son alerte médicale au collectif de travail concerné. Le projet n'est pas alors d'ouvrir le débat sur la gravité médicale collective qui relève de la responsabilité et de la professionnalité du médecin du travail, mais sur ce qui fait difficulté concrètement dans les organisations du travail concernées, en le ciblant sur la validation et le développement de pistes de compréhension.

QUELLE PLACE POUR L'ÉQUIPE MÉDICALE EN MÉDECINE DU TRAVAIL DANS LES DISPOSITIFS MIS EN PLACE PAR LES ACCORDS DE PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX DES ORGANISATIONS DU TRAVAIL DÉLÉTÈRES ?

Dominique HUEZ, médecin du travail

Par professionnels de santé au travail nous parlons des personnes qui relèvent pour leur exercice professionnel du Code de la santé, c'est-à-dire des médecins du travail et des infirmiers(ières) du travail. Rappelons que l'exercice des médecins du travail est fondé sur la confiance adossée au secret médical c'est-à-dire à la préservation de ce qui advient aux oreilles du médecin du travail en ce qui concerne les situations individuelles. Agir sur le travail et son organisation pour préserver la santé d'une personne ne peut se faire qu'avec son consentement éclairé tout en préservant la confidentialité sur son état de santé. Agir collectivement passe par une contribution spécifique à l'identification des risques du côté du travail, par des dispositifs de veille et d'alerte médicale. Les informations ou alertes sont portées à la connaissance des employeurs, CHSCT ou représentants du personnel en cas de défaut de cet organisme.

Alors oui, si de tels accords RPS incitaient les médecins du travail à déployer des dispositifs de veille et d'alerte médicale de leurs responsabilités dont ils rendraient compte chaque année et en tant que de besoin, cela pourrait faire avancer la prévention. Mais ne confondons pas la participation à des enquêtes ou à des indicateurs généraux des entreprises, avec un dispositif de la responsabilité du médecin du travail. Le système de veille et d'alerte du médecin du travail doit être concret, lui permette d'agir préventivement à partir de ce qui fait difficulté dans des situations de travail de petites

collectivités de travail. La porte d'entrée en est le travail empêché tel qu'il advient à la compréhension du médecin du travail, ou les multiples figures de la souffrance psychique qui prennent sens dans le suivi d'une petite collectivité de travail. Socialiser de telles situations auprès des différents acteurs de l'entreprise et auprès des salariés pour qu'ils s'expriment et proposent des alternatives face à ces situations bloquées procède d'une démarche de prévention des effets délétères d'organisations du travail pathogènes.

De nombreux accords mettent en place des groupes pluridisciplinaires, de qualité de vie au travail, des cellules d'écoute... Ils sont souvent fondés sur un dispositif dont l'objet est de court-circuiter l'action des CHSCT. Sur ce point les médecins du travail du travail sont en position délicate. Conseillés des différentes parties donc des employeurs, ils ne peuvent refuser le principe de participer à de telles réunions de la responsabilité d'employeurs. Mais ils ne peuvent en être les animateurs pour l'employeur et ce qu'ils peuvent y dire collectivement doit pouvoir être dit au CHSCT ou à la représentation du personnel. Cela doit rester compatible avec un plan d'activité du médecin du travail discuté en CHSCT. Mais il y a une ligne blanche que ne doit jamais franchir un médecin du travail, c'est d'accepter d'instruire des cas individuels dans de telles instances. Même et encore plus, si cela est présenté dans un cadre de confidentialité des échanges.

Il n'y a aucun secret partagé du point de vue d'un médecin du travail, avec aucun acteur, comme l'employeur, le RH, l'assistante sociale, ou le représentant du personnel. C'est la responsabilité personnelle du médecin du travail qui est alors engagée en cas de divulgation de données médicales personnelles et ce dernier peut être condamné pour cela. Sinon c'est tout le dispositif médical du travail qui s'effondre. La forme la plus caricaturale en est la « cellule d'écoute » condamnée par l'Ordre des médecins où Responsable des ressources Humaines, Assistante sociale et Médecin du travail mettent en commun l'ensemble de leurs connaissances sur les personnes sans aucun secret.

Le médecin du travail ne peut non plus se voir prescrire par de tels dispositifs des actions en responsabilité qui engage sa responsabilité de moyens.

Ainsi la participation obligatoire pour le salarié, sous la responsabilité du médecin du travail, à des dispositifs d'observatoire individuels du stress dans le cadre du SST, où des questionnaires sont remplis qui n'instruisent jamais le lien santé-travail. Ces questionnaires individuels sont conservés dans le dossier médical du travail individuel. Dans des affaires engageant le droit, ils servent de preuve pour stigmatiser telle soit disant fragilité individuelle sans jamais, et pour cause, interroger le travail.

Ainsi la caution du médecin du travail à des dispositifs de la responsabilité de l'employeur pour gérer les conséquences collectives de drames psychopathologiques comme des « décompensations psychopathologiques aiguës » ou des processus suicidaires. L'employeur fait alors appel à des dispositifs privés « psychologisants » et enjoint au salarié d'accepter cette prise en charge « psy » hors du Code de la santé. Pour cela il a besoin de « l'abstention délictueuse » du médecin du travail qui laisse faire et utiliser sa fonction pour couvrir une telle prise en charge sans cadre de droit.

Ainsi le fait pour un SST de populariser le dispositif de numéros verts auprès de salarié en difficulté engage la res-

ponsabilité personnelle du médecin du travail qui cautionne cette action des ressources humaines de son entreprise. De plus un tel dispositif évite au médecin du travail d'agir. Avec les numéros verts il est impossible de savoir s'il s'agit d'un dispositif de soin qui relève du Code de la santé, ce que croit un salarié en difficulté, mais ce qui n'est jamais le cas en réalité. Dans de tels cas, des médecins du travail cautionnent es-qualité ce qui se présente comme dispositif médical ; ils sont la porte d'entrée médecine du travail auprès de leurs confrères. Cette pratique relève d'un exercice illégal de la médecine du travail, ces médecins n'ayant aucune délégation médicale de « médecin remplaçant » de leurs confrères. Ils procèdent de plus à une présentation mensongère de leur fonction ce qui est déontologiquement condamnable.

Le cautionnement par un médecin du travail poussé par un accord RPS pour faire effectuer une « autopsie psychique », ou *via* un audit d'employeur cautionné par le médecin du travail mettant en œuvre de tels dispositifs suite à des accords RPS, engage directement sa responsabilité juridique. En effet de telles « autopsies psychiques » après suicide, si elles sont pratiquées par des médecins psychiatres se présentant comme tels, doivent s'inscrire dans un exercice médical relevant du code de la santé et sont couvertes par le secret médical. Si elles ne sont pas effectuées dans un exercice relevant du Code de la santé, il s'agit d'un exercice illégal de la médecine. Quant à la méthodologie, elle est éminemment discutable puisqu'elle exclut le travail de son investigation et ne peut que stigmatiser telle structure psychique ou fragilité ponctuelle sans jamais avoir accès aux éléments explicatifs du côté du travail.

Rappelons que la loi ne permet pas que des soins médicaux puissent être pratiqués sous injonction ou contrôle d'un employeur. Alors face à des difficultés psychopathologiques majeures qui relèvent de l'urgence, l'employeur peut faire appel à des secours extérieurs qui éventuellement feront appel à une cellule d'écoute de la responsabilité du préfet pour « gérer l'ordre public social ». Un médecin du travail doit intervenir personnellement s'il est en situation de la faire. Sinon il peut adresser pour avis ou prise en charge d'urgence à tout spécialiste de la chaîne de soins, un salarié en difficulté psychopathologique. Il peut aussi rédiger un protocole médical spécifique pour agir, pour un infirmier du travail placé sous sa responsabilité professionnelle. Dans cette situation un infirmier n'obéit jamais aux consignes médicales générales d'une entreprise. Il agit en rôle propre donc en responsabilité professionnelle personnelle ou sous couvert de l'engagement de responsabilité d'un médecin du travail.



Vente en librairie – Prix : 17,50 € –
Éditions PRIVÉ – 2008 – 185 pages

PRÉCONISATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PROFESSIONNELLE INDIVIDUELLE

Congrès ass. SMT du 5 décembre 2010

Jocelyne MACHEFER, médecin du travail

INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU TRAVAIL

Si l'on retrouve une défense unanime de l'indépendance professionnelle des médecins, concrètement, rien n'en définit le début et les limites, aucune autorité n'est chargée de sa mise en œuvre ni de la faire respecter. La DIRECCTE n'est pas inscrite à l'Ordre des médecins et n'a pas pour objet de la faire respecter. Les Ordres médicaux départementaux vont jusqu'à écrire aux directeurs de services qui ne sont pas chargés de la faire appliquer. Sauf si le contrat de travail du médecin dit que le directeur donne les moyens de respecter le Code de déontologie. Qui se placera en arbitre en cas de conflit ? Le juge des prud'hommes s'estimerait-il compétent ? Des jurisprudences existent.

L'assemblée générale confédérale des médecins de France (USSMF) révèle que les médecins inspecteurs de Santé Publique ont les mêmes difficultés face aux managers quels qu'ils soient. Le problème se pose au niveau des Agences Régionales de Santé. Le problème de l'indépendance professionnelle est transversal aux métiers de médecin.

Cette question, primordiale, sera développée lors des journées de printemps 2011.

L'ALERTE – SAUVEGARDE INDIVIDUELLE PRÉCONISATIONS

LE SECRET MÉDICAL

Le D^r A..., premier médecin intervenant sur le thème de la sauvegarde individuelle, évoque le cas d'une animatrice de maison de retraite qui relate, en consultation, les reproches de sa directrice en raison de maladresse verbale. L'animatrice se dit en désaccord, en conflit éthique avec la directrice dont les reproches à haute et intelligible voix, devant pensionnaires et collègues de travail, ont eu des

conséquences cliniques (état dépressif) et une incapacité à retourner au travail. Initialement, la demande de cette salariée se situe du côté du harcèlement.

Le D^r A... qui fait référence au Code de déontologie et à la notion de secret médical, mais aussi à la nécessité de se rendre sur place pour étudier avec les dirigeants les conditions de la reprise du travail de cette salariée, dit les difficultés à parler des problèmes sans lever le secret médical. En service autonome, on est amené à se déplacer, à écrire, en raison de plusieurs cas de décompensation. On est alors plus à l'aise pour parler organisation du travail. Comment, dans ce cas de sauvegarde individuelle dans une maison de retraite, dire les conditions de travail sans révéler le diagnostic ?

Le D^r A... dit avoir rencontré ensemble la directrice et son RH régional et avoir mis sur la table le problème des reproches faits en public à cette salariée. Au fil de l'entretien, la directrice lui demandant : « Elle est vraiment malade, cette dame ? », le D^r A... s'entend encore répondre : « Mais oui, elle a un syndrome dépressif ». Réponse aussitôt regrettée : « Je m'en ressens encore toute cramée. C'est abominable ! »

Mais comment ne pas se faire surprendre quand on affronte, comme ici, le dialogue avec les dirigeants sur le thème du harcèlement apporté par le plaignant ?

- Travailler en réseau ?
- Quelle orientation ? Vers l'inspection du travail ?
- Quelles marges de manœuvre à part la MCP ou/et l'inaptitude ?
- Parler de l'organisation du travail ?

Le D^r A... dit avoir fini par mettre en exergue le fait que l'organisation avec deux chefs de service générait une ambiguïté. Le débat sur l'organisation du travail finit par émerger.

Mais la rencontre avec le dirigeant pourrait révéler ses propres difficultés avec le salarié. Que faire face à une révéla-

tion du dirigeant comme : « *Dès que je lui fais un reproche, il se met tout de suite en arrêt de travail* » ?

La rencontre du médecin du travail avec le dirigeant peut déboucher sur la création d'un poste fictif, notamment en maison de retraite, en raison du coût du licenciement pour inaptitude au poste et des fortes restrictions d'aptitude aux autres postes, après maladie professionnelle. Le retour au travail se fera avec une sous-charge de travail caricaturale, bien peu confortable, psychologiquement, par rapport aux collègues de travail.

LA NOTION DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

En réponse au D^r A..., le D^r B... évoque la notion du consentement éclairé. Le déplacement du médecin du travail dans l'entreprise se fait avec le consentement éclairé du salarié ou ne se fera pas. Il s'appuie sur l'article L.4624-1(ex article L.241-10-1) : « *Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. En cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail* ».

Selon le D^r B..., si le sujet est en souffrance, il paraît difficile d'appliquer l'article L.4624-1 sans le consentement éclairé du salarié. Le D^r B... propose une réunion tripartite au salarié, réunion regroupant médecin, salarié, employeur, dans un cadre protecteur où le salarié expose ses difficultés, où le médecin alimente le débat à partir des difficultés concrètes à réaliser le travail. Ainsi, l'employeur se trouve confronté à ses obligations de sécurité de résultat, sans tribunal. Le médecin du travail donne du sens au conflit éthique, à l'atteinte à la dignité. La problématique du secret médical est levée. Il est préconisé de formaliser les recommandations du médecin du travail, de le faire par écrit et d'assurer un suivi régulier du sujet.

REDONNER DU POUVOIR D'AGIR

La réponse du D^r B... ne fait pas l'unanimité. Pour le D^r C..., face au cas individuel de souffrance au travail, on ne peut être le sauveur du monde et agir à la place des personnes qui doivent prendre conscience de l'origine organisationnelle de leur souffrance. Mais comment leur redonner un pouvoir d'agir différent de la soumission à l'autorité pure et simple ?

Le D^r C... prend l'exemple d'une agence de trois personnes avec un cas de souffrance au travail. Il va rédiger une attestation simple sous forme de certificat médical : « *M. Intel présente une dépression et me relate des événements tels que des "engueulades" en public avec reproches itératifs. J'atteste, en tant que spécialiste en médecine du travail que sa souffrance est liée à une relation hiérarchique inadéquate.* »

Cette formulation de certificat médical ne fait pas l'unanimité dans la salle. Certains rappellent les modèles de formulation à utiliser, qui affirment le diagnostic (ici la dépression) et le lien avec « des événements de la sphère professionnelle vécus comme traumatisants ». Le syndrome de répétition (les événements s'imposent à la conscience de façon tenace et répétée) et le syndrome d'évitement (le sujet ne peut y retourner) aident au diagnostic de lien entre la clinique et les événements dont le médecin n'est pas témoin. Pour le D^r C..., cette attestation qui n'est pas utilisée fréquemment peut s'avérer bénéfique pour la santé du sujet.

PARLER DES DIFFICULTÉS

Pour le D^r D..., en l'absence de syndicats dans l'entreprise, il faut que les salariés puissent parler des difficultés en outre partagées du travail. On attend trop du médecin du travail qui n'a pas les moyens de solutionner les problèmes et qui se retrouve seul dans les PME, comme... l'employeur ! Trouver des solutions dépend en outre de l'ancienneté du conflit, de la forme perverse ou non du harcèlement, de la mise au placard volontaire. Il y a des conflits horizontaux, intersyndicaux... Les difficultés concrètes du travail doivent être abordées, afin de mettre chacun devant ses responsabilités en terme d'obligation de sécurité de résultats, avec des recommandations du médecin du travail.

LA TRAÇABILITÉ

Le D^r E... précise qu'il demande toujours un mandat au salarié pour se rendre sur les lieux de travail : qu'attendez-vous de moi ? Une étude d'activité qui est le plus souvent à l'origine de la problématique est effectuée en se rendant sur le poste. L'étude de poste est incluse dans le dossier médical. Lors de l'étude de poste, le silence est d'or et si un autre cas apparaît dans la discussion avec l'employeur, le médecin ne doit pas s'en préoccuper tant qu'il n'a pas étudié le dossier avec ce salarié.

Si le médecin estime qu'il y a un lien entre la clinique et l'activité, il doit rédiger :

- Un courrier au médecin traitant affirmant le diagnostic.
- Éventuellement un certificat mentionnant la clinique en lien avec le travail remis au salarié.

Les connaissances médicales permettent une grille de lecture et la spécificité du médecin du travail est de plonger dans l'étude du travail et des liens santé/travail. Le métier fait que l'on sait assez rapidement si le lien existe avec le travail. Ce qui met mal à l'aise, c'est quand on ne comprend pas. Les règles professionnelles sont les suivantes :

- Tracer au dossier médical, y compris les interrogations.
- La synthèse du dossier affirme, si c'est le cas, les liens santé/travail.
- L'attestation certifiée qui n'est pas la règle, peut être rédigée.

Quel risque à faire un lien santé/travail ? Dans le cas du syndrome post-traumatique, l'évènement auquel on n'a pas assisté est le plus souvent suffisamment précis pour que l'on

pointe le lien entre le diagnostic clinique et l'évènement traumatique. Si l'évènement à l'origine de la clinique est plus flou, le lien sera établi entre la clinique et « un mécanisme délétère au travail ». On peut ouvrir le droit et faire de l'alerte sur un cas et sur un poste et même de l'alerte collective à partir de l'aptitude individuelle. Par exemple, le médecin du travail fait une alerte pour une fonction dans une structure de l'entreprise.

SYNTHÈSE

La médiation peut être illusion de protection, en l'absence de cadre précis, à définir et construire avant l'intervention. Redonner du pouvoir d'agir peut aider le salarié à rencontrer son employeur seul. Ce n'est pas toujours le cas et certaines médiations bien préparées peuvent donner des retours positifs. Le vis-à-vis avec l'employeur doit s'apprendre.

PRISE EN CHARGE D'UN SALARIÉ EN SOUFFRANCE ET ISOLÉ OU COMMENT INTERVENIR SANS METTRE EN DANGER LE SALARIÉ ET EN RESPECTANT LE SECRET MEDICAL

Journée de Printemps de l'ass. SMT du 19 mars 2011

Josiane CREMON, Benoît DE LABRUSSE, médecins du travail, rapporteurs

Pour illustrer ce thème deux textes furent mis en débat :

- *Histoire de boulanger*, (voir le texte d'Annie DEVEAUX en page 13).
- *La réunion tripartite*, (voir le texte de Claude GARCIA en page 43).

HISTOIRE DE BOULANGER

La discussion autour de ce cas clinique permet aux participants d'évoquer **les difficultés d'intervention du médecin du travail dans les TPE** et d'élaborer **des Règles de Métier**

Aller dans les TPE n'est-ce pas entrer dans l'intimité des employeurs, souvent ils ont une relation étroite avec leur affaire. les rencontrer permet aussi d'approcher leurs propres difficultés professionnelles.

Faut-il un prétexte d'immédiateté pour intervenir (l'hypothétique intoxication au CO) ? Faut-il parler du risque de mort (par intoxication CO) à l'employeur pour être entendu ? L'employeur artisan est tout aussi concerné par les problèmes de santé au travail que ses salariés, car il fait le même travail.

Dans une TP, faire un écrit met parfois en difficulté l'artisan employeur, car l'écrit est souvent vécu comme une agres-

sion. Ne pas écrire c'est se donner la possibilité de construire un autre type de relation. Par contre le médecin du travail peut jouer de sa présence comme une règle de métier.

Certains médecins du travail utilisent la fiche d'aptitude comme une « ordonnance de prévention » en relation avec le poste de travail plutôt qu'en relation avec le salarié.

La FE (Fiche d'Entreprise) peut servir de moyen d'alerte, mais il est préférable d'avertir l'employeur : « *J'ai l'obligation de vous envoyer ce document.* »

Est évoqué l'intérêt d'obtenir l'accord raisonné du salarié à l'intervention du médecin du travail dans l'entreprise car il y a parfois des risques pour le salarié suite à nos interventions. D'où l'importance d'obtenir un « mandat » de la part de l'intéressé : « *Qu'attendez-vous de moi ?* »

Quelle attitude adopter quand l'employeur dénigre le salarié ? Une seule possible : revenir au contenu du travail.

LA RÉUNION TRIPARTITE

L'exposé de cette pratique professionnelle sera riche de réactions des participants qui restent pour la plupart dubitatifs.

Le mot MEDIATEUR est réfuté par l'auteur du texte. Pour lui cet intitulé suppose une neutralité entre les deux parties.

Or le médecin du travail se veut acteur : il prend parti pour la santé au travail du salarié suivant deux axes :

- La mise en mot de l'origine de la souffrance au travail.
- La mise en évidence du lien entre la souffrance du salarié et les dysfonctionnements organisationnels de la situation de travail.

Ce deuxième point sera au bénéfice du salarié qui pourra mieux comprendre les événements et augmentera sa capacité d'agir. Il en est de même pour la hiérarchie du salarié qui devrait mieux appréhender le sens des événements, comprendre ce qui lui arrive. N'est-ce pas notre cœur de métier ?

La présence du médecin du travail dans cette confrontation entre le salarié et sa hiérarchie :

- permet l'expression de la situation de travail que le salarié n'est pas toujours en mesure de verbaliser ;
- elle permet aussi d'éviter la psychologisation et la dérive vers l'individualisation des problèmes de santé du salarié, au détriment de la prise en compte des situations de travail.
- permet d'appliquer le principe « je ne parle pas du salarié en son absence ».

Est aussi posée la question du rôle du collectif :

- Pourquoi le salarié se trouve t'il isolé ? S'il y a un collectif de travail, il y a des DS et ou DP.
- Est-ce que ce type d'intervention ne se substitue pas à une intervention sur le collectif de travail ? Les dysfonctionnements du travail ne concernent probablement pas qu'un seul salarié.
- Mais si la situation de ce salarié est résolue, la question organisationnelle dans ce service n'est pas abordée et donc pas réglée.

Est aussi posée la question : ce rôle de tiers n'est il pas celui du DS (Délégué syndical) ou du DP (Délégué du Personnel) ?

- La relation avec un DP permet d'intervenir dans un cadre sécurisé. Chacun sait où est sa place.
- Par contre dans cette réunion tripartite, il y a inévitablement négociation sur la « force de travail » entre

l'employeur et le salarié et ceci dans une relation forcément inégale. Le médecin du travail a-t-il une place dans cette négociation de la « force de travail » ?

Les participants évoquent plusieurs difficultés d'une telle réunion tripartite :

- Comment respecter le secret médical, surtout dans le cadre de la souffrance au travail ?
- Comment réagir quand la hiérarchie aborde le problème de la compétence du salarié ?
- Tout n'est pas forcément exprimé, tant par le salarié que par l'employeur. Chacun pratique l'autocensure. Il reste des « non dits » qui laissent persister des ambiguïtés.

Le risque de dérapage est évoqué :

- Et si la réunion « tourne mal » ?
- Que se passe-t-il après, une fois que le médecin du travail n'est plus là ?
- Dans ce type d'intervention, le médecin du travail n'évolue t'il pas vers un rôle de DRH ? Ne risque t'il pas d'être entraîné vers des zones où il n'est pas compétent ?
- Risque, pour le médecin du travail de se faire instrumentaliser car inévitablement la réunion sera « racontée » donc déformée.

Le rôle de l'écrit est posé :

- À quel moment écrit-on ?
- Le danger de l'écrit : ne risque t'il pas de provoquer un « retour de bâton » pour le salarié ?
- Intérêt de l'écrit avant ce type de rencontre afin d'alerter sur la gravité de la situation et la nécessité de la sauvegarde.

Pour arriver à ce type d'intervention cela suppose que le médecin du travail prenne beaucoup de temps à collecter les informations sur la situation de travail, les incidents, etc.

De la discussion il est bien précisé que ce type de réunion tripartite est une pratique exceptionnelle pour le médecin du travail une ou deux fois par an. Elle ne peut avoir sa place qu'en l'absence ou défaillance du collectif de travail, et ne saurait donc être considérée comme une règle usuelle de métier.

ÉTATS PSYCHOPATHOLOGIQUES RÉACTIONNELS À UN ÉVÈNEMENT TRAUMATIQUE AU TRAVAIL

Fiche pratique médico-légale

Alain CARRÉ, Jocelyne MACHEFER, médecins du travail

SITUATION DE LA VICTIME D'UN ÉVÈNEMENT TRAUMATIQUE AU TRAVAIL

ELLE CONCERNE UN AGENT VICTIME D'UN ÉTAT PSYCHOPATHOLOGIQUE RÉACTIONNEL À UN ÉVÈNEMENT TRAUMATIQUE SURVENU DU FAIT OU À L'OCCASION DU TRAVAIL

Cet évènement traumatique peut être unique par exemple :

- Agression verbale ou physique avec un ou plusieurs collègues ou avec un client.
- Reproches d'un encadrant entraînant un trouble de la reconnaissance ou une situation d'injonction paradoxale.
- Décalage entre l'objet ou la réalisation de la tâche et un système personnel de valeurs (souffrance éthique).
- État émotionnel réactionnel suite à la présence sur les lieux d'évènements survenant à des tiers « *durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, ou menacés de mort ou de graves blessures, ou des évènements durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée* ».

Il peut s'agir d'évènements répétés de même nature ou de nature différente.

➤ L'état réactionnel peut être immédiat : il s'agit de **réaction aigüe à un facteur de stress**, de survenue immédiate, dans l'heure qui suit la confrontation à un facteur de stress psychique ou physique exceptionnel (classification F43.0 du CIM 10). Quand le facteur de stress est transitoire ou quand il est possible d'y remédier, les symptômes doivent commencer à diminuer dans les huit heures. Quand le facteur de stress reste actif, les symptômes doivent commencer à s'atténuer dans les quarante-huit heures.

➤ L'état réactionnel peut survenir à distance du traumatisme : ce syndrome post-traumatique ou état de stress post-traumatique correspond alors à la classification F43.1 du CIM 10. Il y eut confrontation – brève ou prolongée – à une situation ou à un évènement stressant exceptionnellement

menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Il survient dans les six mois suivant l'évènement stressant ou à la fin d'une période de stress.

LA CLINIQUE ET LA CLASSIFICATION DU CIM 10 :

La **réaction aigüe à un facteur de stress** (F43.0) peut se présenter sous diverses formes et aux degrés de sévérité suivants :

- Degré léger (F43.00). Il correspond aux critères de l'anxiété généralisée (F41.1)
- Degré moyen (F43.01). Il faut rajouter aux symptômes du degré léger (F41.1) au moins deux des symptômes suivants : retrait par rapport aux interactions sociales attendues, rétrécissement du champ de l'attention, désorientation apparente, colère ou agressivité verbale, désespoir ou perte d'espoir, hyperactivité inappropriée ou sans but, affliction incontrôlable et excessive, (compte tenu des normes culturelles).
- Degré sévère (F43.02). Il faut rajouter au niveau léger au moins quatre symptômes de la liste ci-dessus, à moins que l'on soit en présence d'une stupeur dissociative (F44.2).

Une première prise en charge médicale initiale est nécessaire et doit prendre en compte l'histoire médicale et professionnelle et la valeur du soutien social :

- En milieu de travail il est recommandé que cette prise en charge médicale soit confiée au médecin du travail qui connaît la victime et son travail ou a défaut au service d'urgence hospitalier compétent. La prise en charge médicale est exercée par des professionnels de santé relevant du Code de santé publique pour leur exercice. En tout état de cause le médecin du travail doit être rapidement informé.
- Un soutien non médical et bienveillant par l'environnement du collectif de travail ou de collègues sans

conflit d'intérêt dans les heures et les jours qui suivent le traumatisme favorise une évolution favorable

➤ En référence à la communauté des psychiatres, il n'y a aucun bénéfice médical à la mise en place d'un *debriefing* systématique.

Le syndrome post-traumatique ou état de stress post-traumatique (F43.1) comporte trois syndromes :

➤ Syndrome de répétition : le facteur de stress (traumatisme) est constamment remémoré ou revécu (*flashbacks* s'imposant à la conscience, rêves ou cauchemars répétés, voire cauchemar sans image, le sujet se réveillant avec difficultés respiratoires, tachycardie...), sentiment de détresse lors de la confrontation à des situations plus ou moins similaires.

➤ Syndrome d'évitement (apparu après le traumatisme) de situations associées au trauma ou similaires.

➤ Soit incapacité, partielle ou complète, à se rappeler des aspects importants de la période d'exposition au facteur de stress, soit syndrome d'hypervigilance, associant : hyperéveil, irritabilité ou accès de colère, difficulté de concentration, hypervigilance, réaction de sur-saut exagérée.

Un état psychopathologique réactionnel à un évènement traumatique au travail est un accident du travail (AT) qui doit être déclaré comme tel : la réaction aigue à un facteur de stress (F43.0) comme l'état de stress post-traumatique (F43.1) peuvent être déclarés et reconnus en AT. La classification du CIM 10 est un argument fort pour la reconnaissance en AT.

Car les éléments du travail qui en sont à l'origine se sont produits sur les lieux et ou dans le temps du travail et sont constatés par un préposé de l'employeur et/ou sont portés à la connaissance de l'employeur par des témoins, la victime ou ses ayants droits. L'état psychopathologique peut apparaître en temps différé, éventuellement hors du lieu de travail. Il doit toujours être constaté par un professionnel de santé.

COMME POUR TOUT AT

Seuls les accidents du travail n'ayant donné lieu à aucun acte médical peuvent être inscrits sur le registre d'accident bénin délivré par la CARSAT. Tout acte médical consécutif à cet accident, y compris la première prise en charge médicale individuelle, à l'exception de l'intervention immédiate du médecin du travail en urgence, relève d'un acte de soin. Cela implique par conséquent une déclaration CERFA.

Sauf état mental impliquant l'impossibilité d'exprimer sa volonté ou l'abolition du discernement, en référence au Code de la santé publique, **cet acte médical est soumis au libre consentement de la victime, dans sa réalisation et dans le choix du praticien.**

Tout médecin consulté dans ce cadre, y compris le médecin du travail, s'il constate un état pathologique lié à un accident du travail doit, en référence à l'article R.4127-50 du Code de la santé publique **rédiger un certificat médical initial (CMI), remis exclusivement à la victime pour faire valoir**

ses droits légitimes. S'agissant d'un accident du travail la prise en charge doit s'effectuer par les voies administratives spécifiques (prise en charge CERFA) **qui peuvent être différées** en cas d'impossibilité matérielle immédiate. **Il est exclu qu'un tiers, l'employeur par exemple, rémunère directement le médecin, ce dernier ne pouvant être à la fois en position de soignant et d'expert à la demande d'un tiers.** Au cas où cela surviendrait, un signalement au Conseil départemental de l'ordre des médecins pourrait être effectué ainsi qu'à la CPAM.

Toute obligation de soin d'un salarié, imposée par un employeur constitue un abus et une atteinte à l'intimité de la personne et à ce titre, constitue un délit.

Toute tentative d'un employeur de se procurer des éléments de santé personnel contrevient aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et peut être puni d'amende et de peines d'emprisonnement. Il n'y a aucun secret partagé du point de vue d'un médecin du travail, avec aucun acteur, comme l'employeur, les ressources humaines, l'assistante sociale, le représentant du personnel. C'est la responsabilité personnelle du médecin du travail qui est alors engagée en cas de divulgation de données médicales personnelles et ce dernier peut et devrait réglementairement être condamné pour cela. La forme la plus caricaturale en est la « cellule d'écoute » condamnée par l'Ordre des médecins où ressources humaines, assistante sociale et médecin du travail mettent en commun l'ensemble de leurs connaissances sur les personnes sans aucun secret.

En cas de prescription d'un arrêt de travail pour accident du travail d'au moins huit jours, il doit être effectué un examen médical de reprise par le médecin du travail. Cet examen a pour but d'évaluer la nécessité d'aménager le poste de travail ou de se prononcer sur l'impossibilité de reprendre le travail. (R.4624-21 et R.4624-22 du Code du travail). Le médecin du travail est informé de tout arrêt pour accident de travail de moins de huit jours et peut **procéder à son initiative à un examen médical (R.4624-24 du Code du travail).**

En cas de prescription d'un arrêt de travail, **pendant l'arrêt,** la victime peut consulter à sa demande le médecin du travail dans le cadre de préreprise « afin de rechercher les mesures nécessaires » à la reprise, qui ne se substitue pas à la visite de reprise (R.4624-23 du Code du travail).

SITUATION D'UN GROUPE D'AGENTS VICTIME D'UN ÉVÈNEMENT TRAUMATIQUE AU TRAVAIL

Chaque agent du groupe concerné est considéré comme présentant un état psychopathologique réactionnel à un évènement traumatique (voir chapitre précédent). Rappelons, une nouvelle fois, que la loi ne permet pas que des soins médicaux puissent être pratiqués sous injonction ou contrôle d'un employeur. Alors face à des difficultés psychopathologiques majeures qui relèvent de l'urgence, l'employeur peut faire appel à des secours extérieurs qui éventuellement

feront appel à une cellule d'écoute de la responsabilité du préfet pour « gérer l'ordre public social ».

Un médecin du travail doit intervenir personnellement s'il est en situation de la faire. Sinon il peut adresser pour avis ou prise en charge d'urgence à tout spécialiste de la chaîne de soins, un salarié en difficulté psychopathologique. Il peut aussi rédiger un protocole médical spécifique pour agir, pour un infirmier du travail placé sous sa responsabilité professionnelle. Dans cette situation un infirmier n'obéit jamais aux consignes médicales générales d'une entreprise. Il agit en rôle propre donc en responsabilité professionnelle personnelle ou sous couvert de l'engagement de responsabilité d'un médecin du travail. Le *debriefing* psychologique de groupe n'a pas démontré sa capacité thérapeutique. La réunion d'un groupe d'agents, dans un cadre thérapeutique, par l'employeur, sauf décision de la puissance publique, n'est donc pas légitime.

Par contre il est approprié que le pivot d'une réunion d'agents soit la question du travail, de son organisation et de ses conditions, de sa réalité, de ses moyens et de son résultat. Ces réunions relèvent des pouvoirs d'enquête du CHSCT qui a vocation à les organiser avec l'aide éventuelle du médecin du travail. Ce recentrage sur ce qu'inspire à chacun(e), du point de vue du travail, l'évènement, ce qui concrètement aurait facilité ou empêché sa survenue, permet à chaque membre du groupe de faire redémarrer sa pensée, sidérée par le traumatisme, sur le concret des situations de travail.

Rendre la parole au travail et à celles et ceux qui agissent de façon coordonnée pour faire ce qui n'est pas prévu par l'organisation du travail, leur permet de reconstruire leur pouvoir d'agir sur l'évènement. À ce titre, c'est la seule thérapeutique collective indispensable et efficace dans ces circonstances dramatiques.

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 32^e Congrès annuel se tiendra à Paris, les 10 et 11 décembre 2011 (PSA, Enclos Rey, 57 rue Violet 75015)

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 87 et 88

QUELLE MÉDECINE DU TRAVAIL POUR QUELLE RÉFORME ?

Association Santé et Médecine du Travail

Compte rendu des débats du Congrès de décembre 2010

SÉANCE DU MATIN

Le Congrès regroupe une trentaine de participants. La séance commence vers 10 h 15 après que chacun se soit présenté. La séance est présidée par le président de l'association. Le Conseil d'administration est présenté puis les thèmes abordés pendant le congrès sont énumérés :

- Après la nouvelle loi, quelles perspectives et pratiques possibles en médecine du travail ? Un service ou département de médecine du travail plus que jamais nécessaire pour l'équipe médicale
- La Pénibilité instrumentalisée du côté de l'invalidité pour ne pas changer les conditions de travail.
- Certification et normalisation en santé au travail, a déjà été abordé lors des deux réunions précédentes, mais les organisateurs aimeraient avancer sur cette question.

Des rapporteurs de séance sont ensuite désignés.

RÉCAPITULATIF DES DÉBATS DE LA JOURNÉE DE PRINTEMPS 2010

La séance commence par un récapitulatif de la précédente *Journée de Printemps*. Celle-ci portait, dans le cadre de la réforme, sur l'évolution du métier de médecin du travail. Le débat portait sur la responsabilité en termes de demande sociale par rapport à la mission de la médecine du travail. La question des relations de travail avec les psychologues, les médecins traitants, les intervenants extérieurs (liés à la commercialisation de la gestion du stress) a été discutée. Le caractère prédictif des atteintes à la santé a été également discuté mais il a été constaté qu'il existe peu de moyens en tant que médecin du travail pour changer directement l'organisation du travail (restructurations ou rythmes de travail). D'autres questions ont été débattues : « Quelles sont les limites de notre activité ? Comment border la question du thérapeutique dans l'activité clinique de la médecine du travail ? Comment on se situe par rapport à la pluridisciplinarité ? » Il est proposé d'en rediscuter et de notamment revenir sur une pratique davantage médicale que d'animation d'une équipe pluridisciplinaire. L'articulation, dans la clinique médicale du travail, entre individuel et collectif a beau-

coup été discutée à la réunion précédente. La question de l'aide que peut apporter un médecin du travail à un salarié « effondré » a également été abordée. La posture de praticien permet, à partir de l'état du salarié (confusion), de revenir sur la question du travail et de reprendre l'élaboration du salarié sur ce qui s'est passé. Si l'intervention du médecin du travail est plus tardive, elle sera beaucoup plus compliquée à traiter car le lien avec le travail sera moins évident pour le salarié dont le médecin de famille, voir le psychiatre aura la charge. Le terme de « thérapeutique » a aussi été discuté pour savoir s'il fallait l'employer et le lier ou non à la notion de soin. Le terme de « soin préventif » avait été avancé sans faire l'unanimité.

PRÉSENTATION DU TEXTE ENVOYÉ PAR UN PARTICIPANT

Un participant présente le texte qu'il a fait circuler sur le réseau SMT avant le congrès, pour ceux qui ne l'ont pas lu. Il s'agit de réactions au débat sur la réforme des retraites, qui s'est tenu dans le réseau, et à la création de départements médicaux dans les SST, ce qui ne serait pas forcément une bonne solution pour les relations avec les IPRP et les directions de services du point de vue de ces derniers et pour certains médecins du travail. Il traite également des notions de plaisir et de souffrance au travail qui semblent liées à la retraite à soixante ans et à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Il porte également une réflexion sur le problème démographique des médecins qui questionne leur pratique alors que ce n'est pas automatiquement ce que les médecins souhaitent se poser comme problème. Il existe une vision du métier directement percutée par l'impossibilité de le faire. Face au nombre trop important de salariés à surveiller, se pose la question du choix de ce qui est fait et de ce qui est supprimé. La visite d'embauche est ainsi importante car elle permet de nouer un premier contact avec les salariés. Comme les visites périodiques sont pré-payées, les directions de services font pression pour que les visites d'embauche soient maintenues. Les médecins n'arrivent pas à supprimer la visite d'embauche car elle fait partie du cœur du métier. Qu'est-ce que fait l'État ? Et que peut-il ? Entre les années 1980 et 2000, la situation a fondamentalement

changé. Comme la politique d'agrément ne servait à rien, il n'y a pratiquement aucun contrôle des SST. Une réflexion est souhaitée sur la manière de faire appliquer la réforme. La fiche sur la pénibilité peut avoir des conséquences énormes. Soit elle ne sera jamais faite, soit elle va « booster » les IPRP car les médecins du travail sont débordés. Il s'agit de discuter pour les cinq à dix ans à venir où il existera 4 000 médecins du travail qui surveilleront 6 000 salariés chacun. C'est dans ce contexte qu'il faut réfléchir à la pluridisciplinarité, à la délégation de tâches. Ce qui est très difficile à aborder, à penser si il y a beaucoup moins de médecins car il s'agit d'une remise en cause de l'exercice professionnel non pas pour des raisons éthiques mais pratiques.

CONTEXTUALISATION DU DÉBAT

Des données de contexte sont ensuite présentées pour organiser le débat. Le collectif Santé Travail dont est membre l'association SMT a été reçu par les sénateurs du Front de Gauche. Le SNPST qui en fait aussi partie, a également rencontré la commission des affaires sociales du Sénat.

Dominique HUEZ expose le texte qu'il a présenté au nom de l'association Santé et Médecine du travail au Sénat. Il y déclare qu'il existe un détournement de l'objet des SST car les employeurs peuvent faire agir directement les IPRP dans les TPE donc organiser l'évaluation des risques et la prévention de leur responsabilité mais par leur action. Il existe également une démedicalisation des SST (quelle place est donnée aux infirmiers par rapport celle des IPRP ou à l'intervention médicale ?). Des services sociaux sont envisagés dans les SST mais pas de services médicaux. Rien n'est écrit sur le statut d'indépendance des autres acteurs qui réfèrent au code de la santé. Si le médecin du travail est un « grand ordonnateur », il le sera également de pratiques non médicales. Puis, les plus précaires du marché sortent du dispositif ce qui amène à une gestion de la santé au travail et non à sa prévention. Est-ce que les services de santé au travail vont devenir des services de protection/prévention pour les employeurs des TPE ? S'agit-il d'isoler le service de médecine du travail qui a une mission de veille, d'alerte et d'assistance, au sein du SST ? Le texte de loi revient en arrière car rien n'y est dit sur le devenir de l'aptitude pour laquelle il semblait y avoir un consensus pour sa suppression. Vient ensuite la question de la gouvernance et du paritarisme. Un autre débat qui n'existe pas dans la réforme est : va-t-il rester une pratique médicale ou pas ? Il s'agit également d'aborder la question de la pluridisciplinarité qui est une pratique mise à disposition des entreprises et non de la santé des salariés.

Alain CARRÉ présente ensuite son texte portant sur la formation de CHSCT et souhaite orienter le débat sur la vision des représentants des employeurs qui l'a beaucoup surpris. L'une des réactions est de nier la réalité de l'exercice. Un certain nombre de représentants des travailleurs pense que le médecin du travail porte la négociation de la force de travail. Il s'agit de leur expliquer, qu'eux syndicalistes négocient la force de travail car plutôt que de voir éradiquer le risque

comme le médecin le recommande, ils préfèrent parfois toucher une prime. L'altération (subjective) de la santé au travail n'est pas l'atteinte (MP/AT). La Nation garantie la protection de la santé, l'employeur a quant à lui une obligation de résultat, il ne doit pas créer de maladies professionnelles ou d'accidents du travail. Alors que le médecin du travail a une obligation de moyens. Il y a également confusion entre deux secteurs de la prévention de la santé au travail, d'un côté les responsabilités de l'employeur et de l'autre la médecine du travail. Dans les grandes entreprises, les deux sont bien distincts alors que pour les PME, la réforme va mettre la médecine du travail comme moyen de prévention de la responsabilité des employeurs. Selon la théorie du CISME, la médecine du travail dans sa forme actuelle doit disparaître pour des raisons politiques. Pour la gestion des risques dans les TPE, les SST vont devenir des services de prévention pour les employeurs avec une participation médicale pour l'accompagnement des risques. C'est la fin du contrôle social majoritaire des travailleurs sur l'institution qui est une garantie d'indépendance pour la médecine du travail. Concernant le paritarisme des services, il faut faire attention aux conditions objectives d'indépendance. Les accréditations seront données par les Direccte mais aussi par les ARS, ce qui résulte d'une vision purement économique de la gestion de la santé. Selon lui, il existe une « fenêtre de tir » de quelques mois qui permettrait d'entraîner d'autres acteurs, tels que les confédérations syndicales. Le débat est ensuite lancé.

TRANSFERT DE RESPONSABILITÉ

Il existe une transformation, déstructuration des entreprises dont l'organisation est opaque, notamment pour ce qui est du contrôle social et des interlocuteurs des représentants des salariés. La fonction régaliennne de l'État devient alors une tâche impossible. Il faut prendre en compte le turn-over des salariés qui ne restent pas plus de deux ans dans les entreprises ce qui rend compliqué la visibilité de la santé au travail. Les risques changent de nature. Les RPS et les TMS sont difficiles à mettre en évidence. Et s'ils le sont par le biais médiatique, ils prennent de l'ampleur. Il y a un transfert de responsabilité par rapport aux risques professionnels. Les employeurs veulent les faire prendre en charge par les médecins du travail. Qui peuvent se retrouver devant les tribunaux.

Le patronat a pour projet un transfert de responsabilité. Les accords de branches étendus sont aujourd'hui « au-dessus » de la loi, il n'y a donc plus de contrôle. Par rapport aux missions des SST, le directeur du SST aurait davantage de poids. Les commissions sont organisées par projets et la commission médico-technique devient pluridisciplinaire, ce qui est contraire à l'indépendance du médecin du travail si les autres participants n'ont pas de statut. Dans certains secteurs professionnels comme celui des enfants du spectacle, des médecins non spécialisés en médecine du travail pourront faire les visites. L'avis motivé du médecin du travail est un piège vis-à-vis du secret médical. Les recommandations du médecin du travail peuvent aussi être un moyen de déresponsabiliser l'employeur.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL EST-IL UN « EXPERT » ?

Art. L.4624-4 de la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail présentée au Sénat : « *Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié les mesures visant à la préserver* ». Pour un des participants, ce sont des mesures générales visant à préserver la santé des travailleurs à titre collectif. Ce qui peut être dangereux pour les médecins qui vont se demander s'ils ont les compétences (« circonstancié »). Cet écrit semble réservé à l'employeur, ce qui transforme les médecins du travail en experts pour des tiers, ce qui change leur mode d'exercice. L'intervenant propose alors d'invalider cette proposition ou de la vider de son sens en donnant le conseil à l'ensemble de la communauté de travail. Il est pour que le médecin effectue une traçabilité des risques et effectue des prises de position publiques. Le médecin est pris entre deux feux car s'il ne dit rien il ne répond pas à l'obligation de moyens et s'il dit quelque chose, il engage sa responsabilité. Un médecin acquiesce en disant que l'on veut faire jouer le rôle d'expert au médecin du travail et le responsabiliser si les préconisations qu'il a faites ne permettent pas de prévenir l'ensemble des risques.

Un participant prend la parole pour parler de la financiarisation dont fait partie le débat. Les médecins du travail sont peu performants sur la question de la santé au travail même s'ils ont montré quelques choses. Il existe une illusion du pouvoir médical et de la protection assurancielle qui n'a jamais engagé personne. L'inaptitude pour préserver la santé d'un salarié dûment informé qui est un outil de mise en évidence, est peu employée par autocensure. Beaucoup de médecins sont séduits par le fait d'être animateurs de la pluridisciplinarité par déficit de réflexion sur leur propre métier. Pendant vingt ans, les médecins ont pris une position non pas d'experts sur la santé mais d'experts sur les conditions de travail, ce qui est un détournement. L'argument est qu'il n'y a personne pour le faire dans les entreprises alors qu'il y a les CARSAT pour ça. Il revendique que les médecins soient uniquement experts en santé au travail mais pas sur les conditions de travail dont ils doivent obtenir les informations (ce qui est le rôle des employeurs, les médecins sont d'ailleurs en droit de les critiquer sur le sujet). Il raconte ensuite une anecdote sur une réunion qui s'est tenue à la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique d'État (DGAFFP) avec les médecins coordonnateurs de la fonction publique. Ils ont proposé un projet de réforme de la médecine de prévention avec un « copier/coller » de la loi en cours, notamment sur la pluridisciplinarité dont le médecin préventeur sera l'animateur. Les médecins présents ont dit qu'animateur n'était pas suffisant, qu'il fallait en être les coordonnateurs. La majorité du corps des médecins du travail a intégré l'idée de faire le travail pour les employeurs. Selon lui, une réaction positive est de rappeler qu'ils sont là uniquement pour « dire la santé au travail pour les salariés » et que derrière il y a des mesures à prendre pour les entreprises. L'expert est celui qui apporte les connaissances, il revendique cette notion. Pour lui les médecins du travail sont dans la confusion de ce qu'ils veulent défendre, ils pen-

sent défendre leur rôle alors qu'ils sont dans un débordement d'une activité qui n'est pas la leur.

Un médecin est en désaccord sur le terme d'« expert ». Le terme d'expert est très utilisé dans le monde scientifique, il faut parler de « redistribution d'expertise ». Car la question du travail demande à ce que les salariés soient « experts de ce qu'ils font » et c'est là qu'il faut travailler avec eux. Travailler avec les gens dès qu'ils décrochent du travail et faire des consultations médicales de suivi pendant l'arrêt de travail. Le retour vers la médicalisation de la profession est un moyen de retrouver des compétences collectives.

Une autre médecin du travail prend la parole pour dire qu'elle aimerait voir des prises de positions concrètes. Elle se demande ainsi quelles visites privilégier. Les visites de reprise ou à la demande du salarié lui paraissent beaucoup plus intéressantes que les visites d'embauche. Elle questionne ensuite la notion d'expertise et trouve qu'elle sert plus à responsabiliser les gens qu'à construire quelque chose de collectif. Selon elle, les médecins qui veulent être coordonnateur de la pluridisciplinarité sont sur une position défensive pour ne pas être marginalisés ou exclus de l'analyse de la question du travail et ne pas être cantonnés au cabinet médical. Que proposer ?

UN CADRE PLUS GLOBAL

Un médecin propose de replacer le débat dans un cadre politique plus global qui est contraignant pour leur exercice. Il y a une tendance anglo-saxonne pour inverser le droit français et ce n'est plus la loi qui prédomine sur les accords des partenaires sociaux. La normalisation devient aussi de plus en plus importante et amène à un gouvernement par l'ISO dont l'ISO 26000 qui est une norme sur l'organisation de la santé au travail. Ce qui provoque la destruction des collectifs de travail. Au niveau européen, « BARROSO 2 » a nommé un groupe de haut niveau pour diminuer la charge administrative des médecins d'entreprise de 25 % et les responsabilités de l'employeur en termes de santé au travail qui coûtent cher sont en train d'être supprimées. En France, ils se sont attaqués à d'autres secteurs de la prévention avant la médecine du travail (tels que les CARSAT, l'ANACT mises sur le marché du travail de la gestion des risques et les CHSCT). La commission européenne a comme axe central de sa stratégie 2020, la « flexi-security ». Ce qui a été dit la veille à la réunion du comité consultatif santé/travail auquel il siège. Contradiction entre la directive européenne et son application en France qui ne respecte ni l'article 7, ni l'article 14. Ce qui peut être un point qui peut leur donner raison.

Une participante fait remarquer qu'il y a un niveau de discussion qui va de l'Europe aux problématiques mondiales mais il y a aussi un niveau d'activité où il est possible de reprendre la main (ce qui n'est pas forcément possible au niveau global). Elle ne trouve pas que la médecine du travail soit un métier politique, bien qu'il faille avoir un positionnement éthique clair pour l'exercer.

L'EXERCICE DU MÉTIER

Un médecin déclare qu'il lui semble important de réfléchir sur l'exercice du médecin du travail qui aura à suivre 6 000 salariés alors que les entreprises changent et que les problèmes du secteur des services ne sont pas les mêmes que ceux du secteur productif. Cet exercice se fait par la consultation clinique. Il part du principe que cet exercice sera dégradé car les médecins du travail sont formés très rapidement. Il dit avoir été formé en une semaine. Pour lui ce n'est pas en faculté que l'on forme les médecins et il a davantage appris « sur le tas ». Il a été audité par la commission IGAS et s'est rendu compte qu'ils ne connaissaient pas le métier.

Une participante déclare être intéressée par l'analyse des conditions de travail. Beaucoup de médecins se sont trouvés prescripteurs, ce qu'elle ne veut pas. Elle ne voit pas comment combiner ce que la commission aura décidé de ce qui devra être fait dans l'année et leurs actions dans les entreprises où il n'y a pas le problème choisi pour l'année. Elle revient ensuite sur la formation du médecin du travail en une semaine, ce qui pour elle dévalorise le métier. L'autre médecin répond qu'il estime ce métier beaucoup plus politique au sens du « politis » que technique. Il trouve que ce devrait être à des médecins du travail de former leurs pairs. Elle est d'accord sur le fait qu'on ne peut pas former aujourd'hui à l'université les médecins du travail de demain car l'apprentissage sur le terrain est très important.

Un médecin fait remarquer qu'il existe un élargissement de la fonction d'infirmier. La HAS a rédigé un document sur des protocoles de collaboration entre soignants. Le médecin du travail est chargé de l'expertise et les autres tâches sont transférées aux infirmiers. Il est intéressant de voir le parallélisme entre le secteur de la santé et le secteur de la santé au travail. Avec la réforme du LMD, il y a un changement de qualification des infirmiers qui va avec une importante transformation de leurs responsabilités (mais qui ne sont pas assez médicales). Ils doivent faire attention au transfert de responsabilité qui va aller avec.

Un participant prend la parole pour dire qu'aujourd'hui c'est l'entreprise qui doit fournir les données sur les conditions de travail au médecin. Dans les TPE-PME, les employeurs vont se tourner vers les IPRP dont c'est le métier. Aujourd'hui il y a cinq médecins pour un IPRP, donc c'est strictement infaisable de faire toutes les fiches de pénibilité. De plus les directions de services demandent aux IPRP de rapporter des fonds, des objectifs financiers. Comment l'articuler dans les services? Les médecins ont à rendre visible collectivement ce qu'ils ont observé individuellement (ce qui prend du temps). Ce temps de collectivisation de l'information devrait être réservé, il pourrait être pris sur celui réservé aux fiches d'entreprises qui ne servent à rien car elles ne sont pas utilisées. Le tiers temps est utilisé par la résolution de tous les problèmes individuels. Le travail collectif entre IPRP et médecins du travail ne pose pas de gros problèmes quand il s'agit de cas individuels. Les médecins du travail doivent être assistés sur ces problèmes pour aider les salariés. Ce qui peut amener un conflit par rapport aux objectifs des directions. La pluridisciplinarité ne peut être contournée car le

médecin ne peut pas tout faire. Il donne une anecdote sur un SST où il a travaillé et où deux médecins du travail étaient hospitalisés. En réunion, il a demandé s'il y avait un lien avec leurs conditions de travail. Tous les médecins trouvaient ça évident mais il n'y a eu aucun débat. Généralement, les médecins du travail ne portent pas de réflexion collective sur leurs conditions de travail. Il trouve ensuite que la suppression de la visite d'embauche est liée à celle de l'aptitude qui oblige de voir tout le monde alors que ce n'est pas possible. Le vide démographique en médecine du travail est également présent dans l'ensemble des corps médicaux. Mais les médecins du travail ne recrutent pas en masse à l'étranger car il n'y a pas de formations adaptées. Il n'y a donc pas de solution à court terme. La capacité a été supprimée car les conditions de travail des médecins généralistes se sont tellement dégradées, qu'il y a la peur que ça puisse marcher. La pratique des SST va changer. Quand il y aura dix IPRP pour cinq médecins, la médecine du travail va se trouver comme une partie de moins en moins importante d'un SST.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

DISCUSSIONS SUR LA MANIÈRE DONT ON SE DÉFINIT :

➤ **Expert ?**

Souci de trouver un mot qui exprime la compétence incontournable du médecin du travail. Avec les avis des médecins agréés, on contourne le médecin du travail ; or l'avis du médecin du travail (son expertise ?) doit être incontournable.

On nous dit de prendre des avis d'autres médecins pour étayer nos dossiers, on ne prend plus des avis seuls, sur les cas difficiles. Est-ce une dérive ou une manière de s'entraider ?

D'après un participant qui cite Nicolas DODIER, on peut pratiquer la médecine du travail comme expert, c'est-à-dire médecin qui dit ce qu'il faut faire (héritier de la médecine médico-légale) ou comme un avocat au service de la cause de la santé au travail. La posture d'expert le met mal à l'aise car elle est extérieure, alors que « l'avocat au service de la cause de la santé au travail » est un médecin du travail « de première ligne », qui se caractérise par sa *praxis* médicale.

➤ **Médecin des travailleurs ?**

Proposition du terme « médecin des travailleurs », mais ambiguïté par rapport à la médecine générale des travailleurs (et les travailleuses ?). Le terme « travail » permet de se concentrer sur l'activité (sans laquelle la clinique n'est pas possible) et de ne pas glisser vers la santé publique. Par contre, l'objectif est clairement la santé des travailleurs.

➤ **Référent ?**

Permet de désigner le médecin comme acteur incontournable, mais pas forcément expert. Le terme de référent évoque les médecins référents nommés dans les services pour chaque risque (exemple « médecin référent risques

psychosociaux »). Il n'est pas apprécié car les médecins du travail sont dans la globalité.

➤ **Médecin spécialiste de la santé au travail ou des maladies du travail / médecins spécialisés sur les effets du travail sur la santé**

Pas expert, mais clinicien. Les employeurs sont intéressés pour avoir un point de vue médical sur les risques collectifs mais ils ne veulent pas que ces avis spécialisés, experts, puissent ouvrir le moindre droit médico-légal !

LA PLURIDISCIPLINARITÉ : COMMENT CONSERVER SA POSTURE DE MÉDECIN DU TRAVAIL ?

➤ Le médecin du travail n'est pas le seul à pouvoir identifier des risques et faire des propositions : dans ce sens, la pluridisciplinarité est une bonne chose.

➤ Mais dans les SST, les médecins du travail côtoient des professionnels dont la mission est aujourd'hui de suppléer l'employeur dans sa mission de prévention (cela a été rendu très clair avec le projet de loi) : est-ce un risque ? Le médecin du travail a-t-il la légitimité pour les coordonner ou les diriger ? Non.

➤ IPRP, c'est une fonction, pas un métier. Mais où est son statut. La posture est différente. Comment collaborer ?

➤ Quels problèmes cela pose-t-il d'avoir des non-médecins dans un département médical, qui relève de la santé publique ? Faut-il créer des services de médecine du travail au sein des services de santé au travail ?

➤ La loi amène une confusion majeure dans les services du fait de la double finalité entre les acteurs. Malgré une majorité d'actions sur l'aide à l'employeur, il faut garder une posture de médecin, et un rôle de dévoilement et d'accompagnement de la santé au travail, singulière et collective. Ne pas confondre expertise et pouvoir de décision. Différence entre prévention médicale et prévention sanitaire.

➤ La commission de projet n'est-elle pas redondante par rapport à la CMT ? Quel contrôle social sur la commission de projet ? Les services peuvent-ils la refuser ?

LA FORMATION DE MÉDECIN DU TRAVAIL

➤ Pas assez basée sur l'expérience, trop déconnectée de la pratique, et donc insuffisante : il faut que la médecine du travail soit enfin enseignée à l'Université.

➤ Désaccord premier avec les universitaires qui ne comprennent pas la clinique médicale du travail : les médecins du travail sont des médecins de première ligne, qui font du suivi individuel et collectif des personnes. On ne fait pas seulement le lien santé/travail mais le lien atteint à la santé/travail. Avec ses conséquences médico-réglementaires.

LE POSITIONNEMENT DES MÉDECINS DU TRAVAIL PAR RAPPORT AUX SALARIÉS

➤ De plus en plus de consultations médicales à la demande : on accompagne des gens malades, on n'est pas dans la santé et on a de moins en moins de temps pour assurer la veille.

➤ Importance de la traçabilité : expliquer leurs droits aux salariés et leur parler des risques qu'ils courent.

➤ Ne pas prendre de décision à la place des gens.

➤ Mais il faut bien aller sur le terrain voir comment les gens travaillent pour éviter l'altération de leur santé et faire de la prévention primaire (même s'il est difficile de faire de la prévention primaire sans pouvoir de décision). Mais nommer et déplacer les questions, c'est prévenir.

➤ On fait de l'accompagnement individuel, le sujet qui sort du cabinet n'est plus comme avant, il a grandi un peu. La clinique médicale du travail, c'est un métier à part entière.

➤ L'alerte collective est indépendante de cet accompagnement individuel mais s'en nourrit totalement.

➤ Sur quels indicateurs s'appuie-t-on ? Pathologie décompensée ? Non décompensée ? Vécu du travail sans qu'il n'y ait de clinique ? Si on le fait trop tôt on dépose les acteurs de leur autonomie.

➤ Intérêt du tiers temps :

- ◆ pour comprendre le travail ;
- ◆ pour que le travailleur sache qu'on l'a vu, pour qu'on soit dans la situation d'un interlocuteur qui puisse comprendre ;
- ◆ pour qu'on garde le droit d'interpeller le travail.

LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL DE DEMAIN

Les pratiques sont en lien avec une certaine idée du métier, politique au sens du rôle assigné par la société à la médecine :

➤ Ce qu'on ne veut plus faire / ce qu'on refuse

- ◆ aptitude ;
- ◆ visites en rapport avec le « tout sécurité » ;
- ◆ l'instrumentalisation du côté de la sélection médicale de la main d'œuvre (« maintien dans l'emploi »).

➤ Qu'est-ce qu'on aimerait faire ?

- ◆ Conseil en entreprise ? Conseil à la communauté de travail, du point de vue de la santé des travailleurs (il faut que les salariés sachent d'où on parle).
- ◆ Ex : enquête sur un secteur en particulier.
- ◆ Petit « plan de santé au travail » : comment organiser son activité ? Peut permettre de construire de la connaissance sur les métiers.
- ◆ Être disponible pour recevoir ceux qui vont mal en urgence et non pas faire du prescriptif sur une branche...
- ◆ Faire la veille.
- ◆ Alerter.

SUR L'IDÉE D'UN « PLAN DE SANTÉ AU TRAVAIL »

ÉLABORÉ PAR LE MÉDECIN

(une planification libre de son activité) :

➤ C'est une stratégie défensive, résistante, (voire, offensive !) qui permet d'avoir un plan alternatif aux autres plans qu'on nous impose, et de ne pas être envahi par le quotidien et l'activité « pompier ».

➤ Permet d'« y aller avant que les gens soient malades » ? (est-ce possible ?)

➤ Attention à la redondance des études : beaucoup de médecins du travail font des observations de travail alors que cela a déjà été fait partout en France. Par exemple : les garagistes ! Le problème n'est pas tant de faire des « plans de santé » mais de mieux coopérer entre médecins.

SUR LES « RISQUES PSYCHOSOCIAUX »

➤ Réticence à employer le terme. « Risque psychosociaux » seul, ça ne veut rien dire, on décrit quelque chose qui est du domaine de l'effet, on ne nomme pas le risque qui en est la cause, l'organisation du travail.

➤ Illustre bien les positionnements difficiles des médecins du travail.

- ◆ Comment cette question traverse notre exercice ?
- ◆ Les RPS c'est éminemment culturel, politique, comment on va intervenir professionnellement sur ce secteur ?

➤ Quelles sont les organisations qui amènent des atteintes psychosociales ? Il y a des atteintes psychosociales dues à une organisation du travail ; c'est cette dernière qu'il faut modifier.

➤ Les RPS sont gérés par les employeurs de telle sorte que le risque est automatiquement mis sur l'individu.

- ◆ Il faut aller sur les lieux de travail, pas seulement traiter leur malaise. Ex : observation ergonomique faite sur une journée. Le médecin montre que selon la longueur de la file d'attente les employés dégradent leurs conditions de travail, ne reçoivent pas les gens comme ils veulent, etc. Observation remise au CHSCT et à l'employeur. Ça montre au patron qu'il paye des gens pour gérer une file d'attente et qu'il faut des gens en plus.

UN CAS D'ÉCOLE : LA SNCF

➤ La SNCF a formé une cellule RPS avec des psychiatres et des médecins, avec un rôle de conseil.

➤ Pôle de psychopathologie et consultations pour les gens qui sont en difficulté psychique.

➤ « Flash stress » : questionnaire. Peu d'items de travail et les médecins du travail n'ont pas été consultés. Résultat : 5 % de gens étaient très mal. La direction s'est dite : il faut qu'on arrive à les repérer pour avoir 100 % de gens qui vont bien ! L'objectif pour 2010 : former l'encadrement à repérer les gens qui ne vont pas bien.

➤ Films sur les RPS qu'on montre à l'encadrement : non-respect du secret médical et vision du médecin du travail pas en accord avec notre vision (archaïque, impensable, obsolète, etc.). Un salarié va consulter un médecin du travail. Après un entretien bidon, le médecin, en blouse blanche, lui dit « Tout va bien, vous êtes apte ». Il y a un mélange des genres parce qu'à la SNCF les médecins du travail étaient des médecins de soins jusqu'à une période récente. Le but est que le chef de service ait des notions médicales pour pouvoir repérer ceux qui ne vont pas bien.

➤ Les médecins du travail de la SNCF s'opposent à cette vidéo. Le CNO les soutient. Réunion houleuse, de grands pontes de la psychiatrie leur disent qu'il faut informer

sur ce que c'est que la dépression : « On est du côté des malades ! ». On a dit : « On n'est pas là pour repérer les gens qui ne vont pas bien. » – « Mais vous voulez les tuer ! »

➤ Beaucoup de non-respect soupçonné du secret médical. Beaucoup de collègues disent :

- ◆ « Il faut bien dire quelque chose aux employeurs ! »
- ◆ « Ils organisent des réunions où on parle de cas et où ils essaient de nous tirer les vers du nez. »
- ◆ « Ils essaient de fléchir sur les individus qui sont plus fragiles. Ils nous demandent de repérer les gens qui ne vont pas bien mais on leur dit : organisation pathogène. Une fois qu'on a repéré des choses qui ne vont pas bien dans l'organisation du travail, qu'est-ce qu'on fait ? »

EST-CE SPÉCIFIQUE ? AUTRES CAS :

➤ Dans un grand groupe, mise en place d'une cellule de dépistage soutien alcool/addiction. Les représentants syndicaux se laissent prendre au jeu, sous un discours « Ça apporte un soutien, une aide », c'est l'aspect « boyscout ».

➤ Dans l'industrie chimique, petite boîte locale de quatre-vingt personnes, rattachée à un grand groupe. Plaintes sur le travail qui se dégrade fortement. Proposition du médecin d'amener une fiche d'entreprise avec des indicateurs. Pas de possibilité de la présenter : recours à l'inspecteur du travail. Mise en place de questionnaires sans item sur le travail : prévention tertiaire. « Si j'accepte les questionnaires informatisés, le secret médical n'est pas préservé parce que certains services sont trop petits. La position de l'employeur c'est d'attendre les décompensations. Attention à ne pas mettre les doigts dans l'engrenage pour du dépistage. » Les représentants du personnel ne soutiennent pas le médecin.

➤ EDF : mise en place d'un numéro vert contesté par les médecins. Un collègue médecin du travail : « Le numéro vert, je vous arrête, je le connais, c'est le mien, c'est celui du médecin du travail ! ». Psychologues d'entreprise non cliniciens qui prennent en charge les personnes. Quand ils appellent on leur demande : « Est-ce que vous accepteriez de rompre l'anonymat ? »

L'interlocuteur du numéro vert est désigné par la direction. Commission d'examen plurielle : psychologue, Ressources Humaines, médecin... Des collègues médecins du travail émargent à ces commissions numéro vert pluridisciplinaires sans l'accord de leurs collègues. On a expliqué que c'était un « exercice illégal » de la médecine du travail, qu'il y avait empiètement sur le secteur de leur confrère. Ce sont des stratégies construites qui confèrent un rôle à un médecin du travail dans le cadre d'une rupture de secret. Ça détruit la confiance des gens. Des collègues trahissent le secret parce qu'ils ne sont pas surs d'eux, pourtant on n'a pas à justifier le secret, c'est notre cadre d'exercice, de confiance, la zone de déploiement de notre compétence.

➤ Autre exemple de prévention RPS. Dérive du protocole signé en 2008 par tous les syndicats : on parle clairement de repérage des gens fragiles. Numéros verts, « tickets psy », proposés aux gens qui ne vont pas bien. Les conducteurs de métro sont confrontés au suicide : on pourrait facilement reconnaître ce risque parce qu'il ne dépendrait pas de l'organisation du travail ! On insiste sur le divorce, sur tout ce qui n'est pas lié au travail. Un médecin est nommé comme responsable de la cellule de prévention des RPS. Ce médecin pouvait empiéter sur les secteurs d'autres médecins du travail. Mais les syndicats n'y étaient pas défavorables. Les élus CHSCT sont assez démunis car ils ne sont pas formés à la psychopathologie du travail. Ces cellules les soulagent d'une prise en charge qu'ils ne sont pas capables de faire.

RÉFLEXIONS AUTOUR DES CAS

- Les syndicats se font souvent manipuler par la direction, ils ont pu signer pour des dispositifs décidés par les employeurs, mais ils se sont pas rendus compte que derrière il y avait du repérage des cas fragiles.
- Comme médecins du travail on n'est pas responsa-

bles de toutes les « saloperies » que font les entreprises par rapport aux RPS. Par contre on a nos propres responsabilités. On a raison de défendre le principe de mise en responsabilité du médecin qui ne respecte pas son cadre d'exercice. Par rapport à un suicide advenu, on se met à la disposition de la famille qui doit pouvoir accéder aux traces du dossier médical individuel en tant qu'ayant droit pour comprendre, et on porte des questions sur le plan collectif côté travail.

➤ Tout ce qui se passe dans le service de médecine du travail engage la responsabilité du médecin du travail. Il faut la confrontation des points de vue entre pairs pour déployer ses responsabilités professionnelles dans ces contextes bien souvent inédits dans l'expérience concrète du médecin du travail. Exemple des groupes de pairs (GAPEP), où on instruit le cas clinique à plusieurs.

➤ Participer ou non aux groupes RPS mis en place par les directions ? Jamais de discussion sur les cas individuels, jamais de caution d'une pratique préventive de l'entreprise, garder un positionnement médical et non de gestion des ressources humaines, partir quand on est en désaccord éthique.

DE L'AGRÈMENT À LA DÉMARCHE DE PROGRÈS - VERS L'ACCRÉDITATION DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL ?

Congrès ass. SMT du 5 décembre 2010

Jocelyne MACHEFER, médecin du travail

DÉVELOPPER DES STRATÉGIES

QUELS RISQUES LIÉS AUX LABELLISATIONS DE L'H.A.S ?

Introduction de D. HUEZ : l'accréditation est empêchement de penser les pratiques, en raison de la prescription d'un cadre sans intégrer le sens des pratiques professionnelles réelles. Faut-il craindre l'arrivée de l'accréditation dans les services de santé au travail ?

LA PROBLÉMATIQUE

Elle peut être abordée par la notion de différence entre travail prescrit/travail réel. La conséquence de l'accréditation est le poids qu'elle exerce sur l'indépendance professionnelle, dans le déploiement de la pratique. Dans un premier temps, on est seul face à l'accréditation qui s'impose par injonction aboutissant à un état de subordination individuelle. Il est alors illusoire de se défendre seul ! Il faut, bien au contraire, une concertation entre collègues pour adopter une position commune.

Exemple : la démarche de qualité fixe le fonctionnement et une gamme en dehors du réel. Vient alors le jugement par rapport à une attente de résultat individuel. L'accréditation construit le masque pour ne pas montrer le réel et imposer une façade qui n'est pas le travail. Chacun, face à l'occultation du processus de travail, doit assumer les contradictions. Face aux difficultés et à l'accusation : « *Vous ne suivez pas la gamme* », il faut retourner la problématique : « *Nous n'avons pas les moyens de faire correctement notre travail* ».

Actuellement, la ligne officielle de la DGT est le maintien de l'agrément des services. Au 5 décembre 2010, le Sénat a supprimé le projet d'article L.4622-10 : « *Les missions des services de santé au travail sont précisées, sans préjudice des missions générales prévues à l'article L. 4622-2 et en fonction des réalités locales, dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu entre le service d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés* ».

représentatives au niveau national et des agences régionales de santé. Ce contrat fixe également les modalités des actions conjointes ou complémentaires conduites par les services de santé au travail et les services de prévention des risques professionnels des caisses de sécurité sociale dans le respect de leurs missions respectives. À cet effet, ces services échangent toutes informations utiles au succès de ces actions de prévention à l'exclusion des informations personnelles relatives aux salariés, venues à la connaissance des médecins du travail. »

Toutefois, qu'advient-il de l'article L.4622-12 ? « Le service de santé au travail interentreprises élabore, au sein d'une Commission de projet, un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service. Le projet est soumis à l'approbation du Conseil d'administration. Le projet s'inscrit dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article L.4622-10. »

ACTUELLEMENT

Une seule accréditation existe et concerne les médecins du travail de centrales nucléaires, *NF EN ISO/CEI 17025 Septembre 2005 : Exigences générales concernant la compétence des laboratoires d'étalonnages et d'essais*. La COFRAC, pour les SST du nucléaire, a pour tâche de vérifier la technique anthropogammamétrique imposée par des normes. L'état confie les tâches de vérification des techniques employées, techniques élaborées à partir de normes. L'AFNOR, organisme de normalisation français, théorise les normes. La COFRAC, dans le nucléaire, les vérifie pour le compte de l'État qui à travers l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) délivrera un agrément pour employer une mesure anthropogammamétrique dans un SST réputé indépendant parce que lui-même agréé par la Direccte. Notons que la direction d'EDF a tout fait généralement pour ne pas reconnaître le statut d'examen médical de la mesure anthropogammamétrique. Et que l'État ne bouge pas, protégé ou aveuglé par le processus d'accréditation alors bien opportun. Faut-il craindre l'arrivée de nouvelles normes sur le marché et leur reprise par l'état pour une application plus générale ? Celui-ci, pour laisser déployer une activité, pour habiliter, s'appuie sur un système d'accréditation.

SOMMES-NOUS PROTÉGÉS PAR L'HAS ?

L'HAS est entrée en écriture. Après le dossier médical, ce fut la norme de suivi des exposés à l'amiante (Scanner : oui/non). D'autres thèmes sont en cours d'écriture (dix). Faut-il craindre, avec le dossier médical, une « machinerie s'approchant progressivement de l'organisationnel » ? Un écrit sur la priorisation des visites médicales ? Faut-il craindre que l'HAS confie la vérification de l'application de la norme à la COFRAC, ou à un autre organisme de contrôle ? Selon C. SCHUCHT, la démarche de progrès s'impose déjà aux non médicaux avec des indicateurs pour une évaluation de la qualité au risque d'une division de perception qualitative des non médecins/médecins. Agrément et accréditation : l'un n'annule pas l'autre et peut conduire à une politique d'agrément fictive.

F. JEGOU pose la question des indicateurs acceptables ou non acceptables, en référence à l'éthique. D. HUEZ s'interroge

sur l'arrivée des normes dans le domaine médical. B. DE LABRUSSE assure que ça commence à émerger.

Pour D. HUEZ, un vrai système d'accréditation est, aujourd'hui, un « manuel qualité » à neuf paragraphes défini par des normes. À la base, n'est considéré comme « le travail » que le contenu du « manuel qualité ». Or, le système qualité est terrifiant à plus d'un titre :

- Il génère des vérifications.
- Celles-ci ne peuvent fonctionner qu'à partir d'indicateurs.
- Plus les indicateurs sont détaillés et plus le surcroît de travail consacré à les renseigner est envahissant. Plus ils sont généraux et plus ils figent le regard sur des problématiques latérales, secondaires, vides de sens.
- Ils ne reflètent pas la partie technique intelligente que peut apporter l'HAS., comme la norme HAS. du dossier médical.
- Il n'y a pas d'accord sans indicateurs quand d'autre part il faut des indicateurs qui puissent changer, en raison de la notion d'amélioration continue. Les fiches d'amélioration de la qualité ont pour objet de pointer les écarts par rapport au repère technique ou qualité. Si j'oublie de noter un indice ou si des documents sont égarés, l'audit Cofrac bute et s'interroge sur cette fiche non aboutie ; non fermée, en langage informatique.

Peut-on passer sa vie professionnelle dans ce modèle organisationnel ou peut-on en brider le fonctionnement ? La position de base des médecins du travail devrait être de s'opposer à ce modèle, contradictoire avec les écritures de l'HAS. auxquelles on ne pourra échapper.

Pour A. CARRÉ, la subversion est d'autant plus difficile qu'elle s'appuie sur une bureaucratie puissante. Lorsque les SST ont proposé la prime au nombre de fiches d'entreprises, on a pu résister. L'hôpital est traversé par des accréditations successives chronophages et à côté du travail. On y multiplie les réunions du personnel sans s'intéresser au contenu du travail. L'indicateur, par lui-même, ferme la porte du réel. Pour A. CARRÉ, il ne faut pas participer à la définition des indicateurs car en voulant « donner » du côté du réel, on aboutira à des indicateurs de plus en plus envahissants et lourds à gérer.

D. HUEZ ne propose pas mais pose la question, indépendamment des normes organisationnelles « mortelles », de la participation de l'association SMT à l'écriture des normes techniques de l'HAS, pour peser dans le débat. Il rappelle que le lobby de l'amiante tenta d'influencer l'HAS sur le suivi post-professionnel des sujets exposés. Il évoque le projet de l'état de supprimer décret et arrêtés définissant les pratiques de médecine du travail, pour en sortir. Avec des approches différentes : les décrets spéciaux vont passer par des normes HAS. Or, les systèmes accréditants prennent pour bases uniquement ce qui est écrit (indicateurs), indépendamment de ce qui peut exister vraiment, notamment en terme de difficultés dans le travail. À l'hôpital, si un résultat est mauvais, on modifierait l'indicateur pour une bonne correspondance avec l'attente de résultat !

B. DE LABRUSSE rappelle que pour les CARSSAT, le nombre de visites médicales de pré-reprise est un bon indicateur de maintien dans l'emploi, ce qui, pour un médecin du travail, est évidemment inapproprié. Il rappelle que dans la démarche de progrès en santé (DPS) de l'AFOMETRA, au chapitre six, on trouve une norme de contenu de la fiche d'entreprise ; il existe aussi une norme sur le transfert du dossier médical.

P. ABÉCASSIS évoque les indicateurs bidon produits par le médecin du travail comme le rapport technique annuel. Le ministère l'utilise pour remplir ses cases. Le médecin inspecteur en tire un au sort sur dix pour en faire la saisie. Le D^r LARCHE-MOCHEL, chef de service de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre, négocie une saisie informatique des rapports annuels qui ne passerait plus par les médecins inspecteurs.

G. SEITZ pose la question de l'origine des normes et signale qu'elles sont apparues avec la mise en concurrence, au ministère des finances et de l'industrie. Il s'interroge sur l'objectif des normes en santé/travail : la mise en concurrence des SST ? Selon lui, on ne peut échapper aux normes européennes qui nous font entrer dans un monde virtuel qui implote les SST. Il évoque les notions de prime au nombre de visites systématiques, au nombre de fiches d'entreprises, à l'origine de la division entre médecins du travail.

C. SCHUCHT remarque que les indicateurs et accréditations propres aux SST ne tiennent pas compte du rôle du généraliste ni de ce qui se passe dans les entreprises. Il rappelle que pour les inspecteurs du travail, l'indicateur sera le nombre de procès verbaux. Pour la justice, ce sera le nombre de PV, d'affaires classées ou pas par le substitut ou le procureur. On fixe, selon lui, la qualité des éléments de la chaîne, indépendamment de la transversalité des activités.

O. RIQUET remarque que le rapport annuel donne une idée de l'écart entre le prescrit et le réel. Elle observe que dans les hôpitaux, l'indicateur de consommation hydroalcoolique ne révèle en rien la difficulté à faire le travail. Le nombre de sujets exposés au risque de TMS annoncé dans le rapport annuel est-il vraiment rigoureux, se demande P. ABÉCASSIS ?

A. CARRÉ aborde la notion d'évaluation des pratiques et de référentiel des pratiques et se demande s'il est possible d'introduire des règles de métier avec les référentiels HAS.

D. HUEZ rappelle les principales normes ISO internationales éditées par l'AFNOR : 9000, 14001, 18001, 26000... Les normes techniques sont accrochées aux normes organisationnelles. Des normes techniques, voire hyper-techniques sont en écriture comme sur le dépistage du cancer de la vessie ou de l'ethmoïde. Nous n'avons pas de temps à y consacrer. Par contre, il faudrait se centrer sur les pratiques professionnelles où seuls, les universitaires pensent avoir réponse à tout. Il faudrait intervenir, peser sur les débats concernant la veille médicale et les risques psycho-sociaux. Sinon, d'autres vont le faire pour nous, avec des risques de voir apparaître des « formules » comme par exemple : « *Le suicide augmente avec la durée de l'arrêt de travail* » !

C. SCHUCHT se demande ce qu'il en est des autres professions médicales. D. HUEZ répond que du côté de

l'UNAFORMEC, on oublie le travail. Par exemple, si une norme doit être élaborée pour le suivi d'une HTA, elle ne prévoit pas l'approche des conditions de travail.

P. ABÉCASSIS revient sur la confusion qui entoure des notions comme : normes, bonnes pratiques, consensus à titre indicatif donc non contraignant dont font partie les recommandations HAS.

D. HUEZ approuve les repères professionnels et rappelle que c'est ce que l'ont fait, l'association SMT participant ainsi à l'élaboration de règles de métier. Or, l'HAS, qui s'appuie sur des connaissances scientifiques et des repères professionnels, les croise aussi avec l'intérêt économique ! Ces normes HAS sont reprises par les Agences Régionales de Santé. E-Pairs a permis de peser sur l'expertise bibliographique en amenant la pratique dans le débat.

A. GROSSETÊTE rappelle l'enjeu entre normes et bonnes pratiques : les médecins du travail ont essayé des repères professionnels pour ne pas réduire le métier à une appréciation des risques et pour maintenir le travail comme repère de réflexion ; pour ne pas appliquer des algorithmes hors pensée ; en amenant le vécu subjectif du travail.

Pour D. HUEZ, 80 % des médecins du travail savent que le réel ne passe pas par ces normes et s'appuient sur des repères professionnels. Mais on ne résistera, face à la stupidité, que par un travail intelligent. Toute la difficulté est d'élaborer notamment le sens des difficultés professionnelles.

Quelle suite donner à cette ébauche de réflexion ?

- Lister les travaux de l'HAS et repérer ceux qui sont à notre portée.
- Revoir la définition de Certification, Accréditation, Agrément, Repères, Recommandations. Qui gère ces concepts ?
- Repères entre pairs : s'appuyer sur les travaux de *E-Pairs*. Comment écrire les repères professionnels ? Les synthèses ne sont pas faites.
- Une réflexion peut être menée sur la façon dont l'HAS finit par élaborer un dossier médical correct, face à l'accréditation vide de toute pensée élaborée.
- S'opposer à une préoccupation sur la notion de qualité serait vain. Il faut subvertir la problématique de la démarche qualité sans s'y attaquer de front. À l'hôpital, le débat sur la qualité des soins en gériatrie met en évidence, par exemple : c'est nourrir les personnes sans mouliner l'aliment, c'est laver correctement le résidant. Or, les professionnels de l'hôpital qui désiraient faire un travail de meilleure qualité se voient complètement desservis par les normes.
- L'aptitude doit-elle être maintenue ? ou ne devrait-on pas plutôt instruire le lien santé/travail ? C'est notre spécificité et cette approche pourrait aussi être utilisée pour mettre en évidence notre travail et nos propres difficultés à faire notre travail. Le point de résistance semble bien être le métier et c'est là que doit être puisée notre capacité à résister à ce qui ne correspond plus à nos règles de métier.

L'INDÉPENDANCE DU MÉDECIN DU TRAVAIL COMMENT LA FAIRE RESPECTER ? CHAMPS D'INTERVENTION, LIMITES, STRATÉGIES

Journée de Printemps de l'ass. SMT du 19 mars 2011

Florence JÉGOU, Jean-Marie EBER, médecins du travail, rapporteurs

Le Code du travail nomme « l'indépendance » du médecin du travail qui est « garantie » pour l'ensemble de ses missions. Concrètement, cette indépendance reste une question aux limites mal définies. Ce manque de précision donne lieu à des interprétations différentes : directeurs de service et médecins du travail n'ont pas la même notion de l'indépendance nécessaire à l'exercice du métier. Les limites ne sont généralement pas le résultat d'un débat mais plutôt une « réalité » devant laquelle les médecins sont mis. Cette réalité reste plutôt floue, elle est acceptée de manière tacite, jusqu'au jour où, au détour d'un événement, les médecins se rendent compte que les conditions dans lesquelles ils ont pu travailler les ont empêchés de faire ce qu'ils auraient dû ou voulu faire, ou, pire, qu'ils peuvent être sanctionnés d'une certaine manière de travailler. À l'heure où se construisent de nouvelles règles de travail, avec des professionnels dont l'indépendance n'est pas définie non plus, il nous a paru important de faire le point sur ce que nous appelons « indépendance », ses limites, et ce que nous pouvons mettre en œuvre pour qu'elle soit respectée.

CHAMPS D'INTERVENTION QU'EST CE QUE L'INDÉPENDANCE DES MÉDECINS ?

Le Conseil de l'ordre définit l'indépendance médicale des médecins, plus large que l'indépendance technique. Elle passe par :

- la fixation personnelle de leur programme de travail ;
- l'administration de leurs moyens de production ;
- la liberté d'expression de leurs avis et de la mise en œuvre de leurs décisions.

L'Ordre des médecins ajoute que le terme d'indépendance technique est souvent utilisé dans les différents textes législatifs ou réglementaires, qui organisent la médecine de contrôle ou la médecine du travail et de prévention ou dans les statuts et contrats des médecins salariés. « Les

employeurs y tiennent car cela permet d'enfermer les médecins dans la zone limitée de leur décision médicale par rapport à un individu. » L'Ordre des médecins recommande donc de conserver « le terme d'indépendance *médicale* en le rapprochant de celui d'exercice médical ».

Le Code de déontologie médicale dans son décret du 6 septembre 1995 en donne une définition assez précise : « *En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.* »

Le Code du travail indique dans son article L.4622-3 que « *le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé.* ».

L'article L.4745-1 souligne que le fait de méconnaître les dispositions des articles L.4621 à L.4623 (dont l'article L.4622 donc) et les règlements pris pour leur application est puni, en cas de récidive dans le délai de trois ans, d'un emprisonnement de quatre mois et d'une amende de 3 750 €

L'art. L.4622-4 précise que les services de santé au travail, afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et d'organisation nécessaire à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, font appel :

- Soit aux compétences des caisses régionales d'assurance maladie.
- Soit à des personnes ou à des organismes dont les compétences sont reconnues.

Il est souligné que cet appel aux compétences est réalisé dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés.

En ce qui concerne les conditions d'exercice, l'article R.4623 précise que « l'indépendance du médecin est garantie dans l'ensemble des missions définies aux articles L.4622-2 et L.4622-4 ». De surcroît, le médecin est protégé en cas de licenciement par l'article R.4623-20 : « Il ne peut être envisagé et prononcé qu'après audition de l'intéressé par le comité d'entreprise, le comité inter-entreprises ou la commission de contrôle du service inter-entreprises. »

L'indépendance des médecins du travail n'est pas celle des autres médecins. La question de l'indépendance des médecins du travail est d'ordre public social. En particulier, personne ne pourrait lui reprocher d'avoir pris des positions contraires à celles d'un employeur.

Des textes existent donc, définissant cette indépendance. Mais est-elle comprise ou admise par tout le monde ?

LIMITES

Pour le médecin du travail, l'autorité première est le ministre du travail, donc le Code du travail. L'indépendance est définie dans l'intérêt de la prévention primaire c'est-à-dire le droit constitutionnel à la prévention de la santé. Si le médecin du travail perd son indépendance, il participe à la gestion des risques qui est de la responsabilité des employeurs. L'obligation de moyens qui pèse sur les médecins du travail, c'est l'obligation de moyens à donner à l'indépendance, notamment à l'indépendance organisationnelle : le secteur, l'effectif, le tiers temps et le temps connexe.

Mais en pratique, les moyens à donner à cette indépendance professionnelle sont réduits. En effet, comme le nombre de médecins est en diminution constante, les effectifs attribués aux médecins augmentent, les secteurs sont élargis, le tiers-temps réduit, en raison de la nécessité de « mettre des priorités », l'indépendance ou les choix du médecin sont limités. Ils sont d'autres fois soumis à une pression pour réaliser les consultations prévues par les textes ou pour sacrifier le tiers-temps même s'il est obligatoire et indispensable. Certains médecins se lancent d'ailleurs dans la production de chiffres, sans se poser auparavant la question de l'utilité, de la faisabilité, de l'exploitation qui peut en être faite. Au quotidien, les médecins du travail doivent gérer les tensions entre la contrainte réglementaire, le temps nécessaire aux consultations, aux demandes de terrain, et la participation à des « grands projets de Santé au Travail » relativement formatés. Dans ces « grands projets », la tentation de s'être enthousiasmé par les mots idylliques de façade empêche de penser l'activité réelle, et ceux qui voudraient éventuellement réfléchir avant de s'engager sont parfois mis à l'écart en étant suspectés de faire du mauvais esprit. L'enjeu est donc de ne pas dériver vers une situation où le médecin pourrait en perdre son identité professionnelle. Dans ce contexte de surcharge de travail et d'inquiétudes face à l'avenir du métier, le fait de devoir en permanence mettre en œuvre des priorités drastiques sur nos actions — y compris sur le temps consacré à penser notre propre activité — diminue la

réflexion et contrecarre finalement l'indépendance. Le scandale du MÉDIATOR° devrait nous faire réfléchir.

Des questions restent posées aux médecins du travail dans ce qui se construit du côté des services. Actuellement, l'organisation par les services d'actions collectives est une forme d'instrumentalisation. Les Commissions médico-technique sont à la main des directions des services avec un certain nombre de médecins du travail en position de servitude. Ces médecins pensent accompagner les décisions d'une pseudo-réflexion collective et aboutissent aux conclusions des plans santé-travail élaborés auparavant. Finalement, la dynamique des Services de Santé au travail n'est pas le fruit d'un travail des médecins du travail mais plutôt de plans décidés à l'avance. Les espaces de créativité professionnelle sont progressivement absorbés par les directions qui y voient un enjeu politique. Alors que la fonction de directeur de service est aujourd'hui de donner les moyens, quand il devient « référent en santé publique » ou en « santé-travail », c'est un glissement de pouvoir du côté de la direction des services. À la fin, plus personne ne sait où sont les responsabilités des employeurs, des IPRP, des médecins. D'après le Code du travail encore en vigueur, les médecins sont responsables de leurs actes, la direction des services doit leur donner les moyens. Il est important de contrecarrer les dérives, notamment au niveau des instances officielles.

En milieu hospitalier, l'indépendance de certains médecins est également mise à mal quand des consignes sont données de relâcher au plus vite les patients, alors que des examens complémentaires ou une surveillance médicale seraient encore nécessaires. Dans ces cas-là, les objectifs de santé publique sont remplacés par des objectifs financiers. Cela pose alors des questions éthiques aux médecins. Dans ce cas, la question de la subordination est forte, la médecine se heurte à des questions politiques.

En tant que salarié, le médecin du travail, le médecin inspecteur du travail sont soumis à une autorité : la direction des services pour le médecin du travail et la direction régionale du travail pour le médecin inspecteur. Le médecin salarié n'est pas indépendant : il est subordonné à son administration ou à la direction de son service pour l'organisation de son travail. Il est donc au cœur d'un conflit : est-il *d'abord* médecin (dans ce cas, les règles professionnelles des médecins s'appliquent en priorité) ? ou bien est-il *d'abord* un salarié (dans ce cas, les règles de subordination deviennent prioritaires) ?

D'un côté, pour s'assurer que cette indépendance n'est pas l'occasion pour un médecin salarié de prendre toutes les libertés, il y a un contrôle social : il n'y a pas d'indépendance sans contrôle. Les décisions du médecin du travail sont soumises à l'inspection du travail avec l'avis de l'inspection médicale du travail (dans le cas de contestations). Le contenu du travail est sous le contrôle de la commission de contrôle et des comités d'entreprises. S'il y a des abus, nous avons des arbitres de l'activité clinique avec un contrôle sur l'ensemble de l'activité. Notamment, le médecin doit également rédiger un plan d'activité annuel. Ce plan est d'ailleurs

rarement respecté d'ailleurs, en raison d'innombrables imprévus ou d'actions prioritaires à mener. Il est alors important et intéressant de justifier pourquoi le plan a été changé : l'indépendance ne se conçoit pas sans responsabilité.

Il est important ici de souligner le fait qu'aucun autre exercice médical n'est soumis à ces contrôles. L'indépendance des médecins du travail n'est donc pas celle des autres médecins.

Est-ce que ce contrôle permet une indépendance réelle des médecins du travail ?

D'un autre côté, quand il y a des atteintes à leur indépendance, qui instruit les plaintes ? Qui doit veiller au respect de l'indépendance des médecins ? Personne ne sait très bien qui est l'autorité référente. Cela a des conséquences administratives et juridiques. Sur le plan des principes, l'indépendance paraît être une évidence mais concrètement, quand elle n'est pas respectée, la question se complique.

COMMENT LA FAIRE RESPECTER ? STRATÉGIES

Le « garde-fou », c'est le Code de déontologie. Les conditions pour faire confiance à un médecin sont : le secret médical, l'indépendance, la compétence, le respect du droit. Cela sous-entend que le médecin du travail doit se conformer au Code de déontologie. Le service doit lui donner les moyens de respecter ce code. La responsabilité du médecin reste personnelle. Le médecin doit donc avoir l'initiative de l'objet de son travail, il doit avoir les moyens pour le réaliser. Il faut donc travailler la question de la tension entre la contrainte réglementaire et l'organisation. Il faut en particulier un effectif correct qui permet d'exercer son travail sans avoir à subir de pressions. Et quand il y a des pressions des employeurs pour travailler autrement, il faut mettre en visibilité ces pressions. Le médecin s'appuie sur ses compétences pour dire et décider avec ses pairs ce qui est tolérable ou pas. L'indépendance commence par l'indépendance organisationnelle.

Quand le temps médical devient précieux, les médecins du travail doivent en permanence faire des choix sur les priorités dans leurs actions. Il faut alors se demander ce dont les médecins du travail ont besoin comme moyens pour penser ce métier collectivement. Qu'est-ce qui est légitime ?

Quand des employeurs parviennent à atteindre l'indépendance des infirmières du travail, cela retentit sur l'indépendance des médecins. Les coopérations dans les services de santé au travail (médecin-infirmier, médecin-IPRP) doivent être explorés de manière à clarifier les domaines de compétences, de responsabilité. Mais il faut également clarifier les modes de coopérations entre les médecins eux-mêmes; par exemple entre les médecins qui souhaitent participer à des actions « institutionnelles » et d'autres qui voudraient y réfléchir avant. Cette clarification permet d'éviter que les discordes entre médecins finissent par servir les employeurs.

C'est justement dans cette situation de pagaille qu'ils pourraient en profiter pour stigmatiser les médecins qui cherchent à préserver leur indépendance professionnelle en pensant leurs propres pratiques professionnelles.

Les représentants du personnel doivent siéger dans les Commissions médico-techniques pour qu'elles ne puissent pas formater les médecins, de manière à croiser les informations avec le comité d'entreprise. De cette manière, le médecin, élu par ses collègues pour siéger à la CMT — ou autre instance — parle au nom des collègues. Il exprime les avis divergents et il travaille avec ces avis. Ensuite, un retour a lieu auprès des collègues pour une validation.

Le Conseil de l'ordre écrit que « *L'indépendance professionnelle fonde la confiance du patient. Son corollaire est la responsabilité personnelle du médecin. Indépendance, confiance, responsabilité, constituent les éléments essentiels du contrat tacite qui lie le malade et son médecin. Le contrat ne serait pas loyal si le médecin se disposait à agir sous d'autres influences que l'intérêt du malade. Cette indépendance constitue ainsi un droit du malade.* » Nous pourrions faire le rapprochement avec le secret médical sans lequel les salariés ne peuvent pas nous faire confiance. Le devoir d'indépendance est lié au devoir de secret professionnel. La question est donc également de poser l'indépendance comme un *devoir* et non plus comme un *droit*. Cela change alors complètement la façon dont nous pouvons aborder ce sujet: la demande du respect de l'indépendance des médecins est parfois traitée comme du « corporatisme médical », comme si les médecins voulaient être affranchis d'autorité au motif seulement qu'ils sont des médecins. En fait, quand l'indépendance est posée comme un *devoir professionnel*, au même titre que le secret professionnel, elle se déploie dans l'intérêt des salariés dans l'exercice de nos missions (le « *droit du malade* »). Ce n'est donc pas une question de « corporatisme médical ».

L'indépendance du médecin salarié doit être calquée sur celle des médecins libéraux. Sur ce sujet, le Conseil de l'ordre est clair : « *L'indépendance médicale des médecins salariés est directement issue de celle reconnue aux médecins libéraux et accepter sa remise en cause entraînerait, à terme très bref, la remise en cause de l'indépendance de tous les médecins* ».

Si l'action politique reste indispensable, les verrons se trouver peut-être justement dans la mise en évidence de dysfonctionnements locaux. Dans la situation actuelle, la question de l'indépendance oblige à penser son métier, et à le penser collectivement.

Bibliographie

- ◆ D' François-Xavier MERCAT, *L'indépendance technique des médecins salariés*, Rapport adopté lors de la session d'octobre 1999, Conseil national de l'ordre des médecins. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-independance-technique-des-medecins-salaries-695>
- ◆ Conseil national de l'ordre des médecins, *Indépendance professionnelle*, Article 5, 14 août 2009 <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-5-independance>

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 € 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 € 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 cœur de nos pratiques. Construire du sens (juin 2004)
- N°20 Somatisation, les mots du travail (juin 2005)
- N°21 Évaluation des Pratiques Professionnelles (juin 2006)
- N°22 Maltraitements organisationnelles, quelles pratiques cliniques ? (novembre 2007)
- N°23 Quelle évolution pour la médecine du travail ? (juin 2009)
- N°24 Préserver la médecine du travail ? (juin 2010)

L'accès à chaque article de quasiment tous les *Cahiers SMT*,
est en ligne.

Accessible sur le site internet de l'association

<http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahiers.htm>

« JE VOUS FAIS GRIEF DE VÉHICULER UNE CONCEPTION LIBÉRALE DE VOTRE MÉTIER »

X... Y...
DIRECCTE DE
.././2010

Albert DAVID

L'histoire est très illustrative des conceptions administratives et patronales en matière d'indépendance médicale. INDÉPENDANCE, voilà un mot fort beau et surtout, très consensuel. En effet, l'indépendance médicale, c'est comme la paix dans le monde : TOUT LE MONDE EST POUR. De même que quasiment personne n'avoue être « pour la guerre » dans le monde, personne, et surtout pas en matière de santé au travail, ne prétend vouloir aliéner l'indépendance des médecins à laquelle tous tiennent donc, administratifs et chefs d'entreprises confondus, comme un principe d'autant plus inaliénable... qu'ils la définissent à leur guise.

L'histoire se passe dans une région ni pire ni meilleure qu'une autre, fraîchement « RGPPée » en DIRECCTE, dans laquelle se retrouvent fonctionnaires et contractuels aux yeux desquels le « travail » a autant de sens que « les entreprises », la « concurrence », la « consommation » et « l'emploi ». Le médecin inspecteur auteur de ces lignes a, disons, une « certaine bouteille ». Comme il l'a fait sur d'autres sujets depuis sa nomination au siècle dernier, ledit médecin inspecteur réunit fin 2006, sur la base de l'article D.4624-30 du Code du travail, du volontariat, et – bien sûr – de l'information de leurs directions administratives, un groupe de médecins du travail issus des SST de la région, désireux de s'investir sur la question, au demeurant difficile et « sensible », des « **risques psychosociaux** » (RPS).

Ce groupe d'une douzaine de confrères commence à travailler, dès sa constitution, à la production d'outils pratiques à l'usage des praticiens de terrain. Quelques mois plus tard, il se voit officiellement confier et financer, par la DRTEFP, sur la base du travail déjà entrepris, la rédaction de la partie médicale d'un guide pratique destiné aux médecins du travail et aux agents de contrôle de l'Inspection du travail.

Il s'est ainsi créé un groupe de pairs, autonome sinon indépendant, « disputant » de leur sujet, convivial, professionnel

pendant et, disons-le, éprouvant du **plaisir** à travailler ensemble. Disons aussi que leur travail, se voulant pratique-pratique, connut un certain succès auprès des praticiens de terrain auxquels il était d'ailleurs spécifiquement destiné, y compris hors la région. Que ce succès porte ombrages divers, à tous les niveaux, n'étonnera que les ignorants du milieu.

Une fois ce travail terminé, la question s'est évidemment posée de la suite des travaux du groupe et, corollairement, de sa pérennité, d'autant qu'à l'évidence, elle posait problème aux administratifs :

- des SST car, pendant ce temps, les médecins « ne font pas de visites »... ;
- comme, plus étonnant, ceux de la DRTEFP pour lesquels un objet est gravement « non identifié » – et donc illicite – dès lors qu'il n'est pas inscrit sur une ligne budgétaire...

Unaniment, au printemps 2008, le groupe décide de poursuivre ses travaux : d'une part parce qu'un collectif de travail, efficient et reconnu, était né ; d'autre part, et surtout, face aux importants besoins en matière de RPS émanant du terrain. Bien faire et laisser dire, donc.

La suite ? Le conflit se tend...

De « petites phrases » lâchées ici ou là selon lesquelles le Groupe « n'existait pas », au « point de vue négatif » exprimé par telle administrative sur la « poursuite de ses rencontres » (*sic*), les médecins ont assisté, consternés, à la tentative de liquidation de leur Groupe. En effet, ces déclarations récurrentes n'ont pas manqué d'être reçues « cinq sur cinq » par certains directeurs et présidents de SST dès lors qu'elles provenaient de l'administration de tutelle elle-même : on offrait à des milieux patronaux dont on connaît les réserves, sinon les réticences, par rapport aux RPS, l'occasion de mettre fin à l'existence d'un groupe dont l'indé-

pendance était potentiellement « dérangement », sans parler du temps médical ainsi « récupéré ». Le management qui, comme nous le constatons au quotidien, s'attache à casser les collectifs de travail, n'en attendait pas tant pour déployer sa capacité de nuisance...

On a dès lors assisté à une offensive en règle visant à entraver le fonctionnement du Groupe :

- un médecin s'est vu requalifier *a posteriori* ses journées de présence au Groupe en tant que RTT, au mépris du Code du travail ;
- un autre confrère s'est vu explicitement « **interdire** » (*sic*) sa participation ;
- quelques médecins se sont vus menacer à ce niveau, sans passage à l'acte ;
- le Groupe s'est vu refuser, **sans aucune explication**, son inscription dans le cadre de l'Institut par un vrai/faux Conseil d'administration opportunément « élargi » à « certaines » directions de SST, remarquablement choisies et coordonnées pour l'occasion ;
- une réunion de « formation », ouverte aux IPRP et assistantes, n'a pas pu se tenir, empêchée par les directions administratives, au motif que la « formation » est soumise à autorisation desdites directions : il s'agissait pourtant de présenter un outil épidémiologique d'évaluation des RPS en entreprise. Problème administratif, sinon métaphysique : voilà qu'une entité qui « n'existait pas », produisait un travail... ;
- le « comportement » du médecin inspecteur a lui-même fait l'objet d'une outrageante **dénonciation publique** de la coordination des directeurs de SST dans le cadre d'une « motion » préalable à une réunion de convention tripartite : ce MIRTMO n'était-il pas blâmable, en effet, de s'étonner que le Groupe ait « disparu » du rapport administratif et financier soumis à la Commission de contrôle d'un SST ? Et ce, alors que deux de « ses » médecins participaient au groupe, lequel se réunissait dans « ses » propres locaux...

Il n'est pas anodin d'observer que les directions de SST ont choisi le cadre d'une réunion tripartite SST/CARSAT/DIRECCTE pour y **dénoncer un agent de contrôle** – le médecin inspecteur régional en l'espèce – qui pointait un **délit d'entrave caractérisé**, également observé par l'inspecteur du travail. En d'autres termes, les directions de SST sont venues clairement signifier à la DIRECCTE, l'administration réputée les contrôler, que si celle-ci souhaitait conventionner avec elles, peut-être conviendrait-il de « recadrer » quelque peu le médecin inspecteur régional... On peut dire qu'elles ont été écoutées et entendues.

Déjà, le prédécesseur de l'actuel DIRECCTE, peu de temps avant son départ, et après avoir longuement tergiversé, avait signé... sans l'envoyer, le courrier d'observations rédigé par un autre médecin inspecteur régional, suite aux graves atteintes à l'indépendance médicale survenues dans un SST interentreprises. Son successeur considère pour sa part que les directions administratives des SST doivent être en

mesure de « désigner les [médecins] volontaires » (*sic* – et il ne s'agit pas d'un lapsus) pour décider de leur participation à tel ou tel groupe.

Tout « naturellement », il les informe par écrit, après les avoir reçues à leur demande, qu'il ne « valide pas » le Groupe réuni par le médecin inspecteur au titre du Code du travail. Grave double faute d'un directeur qui se croit autorisé à :

- **invalider les modalités techniques, les thématiques, ou le mode opératoire de médecins dont les missions sont à eux confiées par le Code du travail et le Code de déontologie médicale ;**
- désavouer publiquement le médecin inspecteur en le décrédibilisant gravement auprès de services qu'il est chargé de contrôler.

Mais le pire était à venir chez ce directeur qui semble décidément confondre l'administration d'État avec une institution militaire à moins qu'il ne s'agisse d'une école maternelle. Dans un courrier de « mise en garde » remis « en mains propres contre signature » il n'adresse pas moins de quatre « griefs » au médecin inspecteur qui n'a donc qu'à bien se tenir :

- Trois d'entre eux relèvent d'opinions, de jugements de valeur ou de procès d'intention, lui reprochant en vrac :
 - ♦ d'« instrumentaliser » les médecins du travail membres du Groupe ;
 - ♦ de « stigmatiser » les responsables des services de santé au travail, employeurs de ces médecins ;
 - ♦ de « véhiculer une conception libérale » (*sic*) du « métier » de médecin inspecteur en refusant « d'intégrer le cadre administratif » (*après « un certain temps de service... »*), de « rendre compte » et « de transmettre (ses) productions » (*ce qui est factuellement inexact, et serait évidemment absurde*).

Ces « griefs », parfaitement subjectifs, pourraient être considérés comme blessants et /ou relevant d'un management mal maîtrisé. Ils ne peuvent par eux-mêmes – et heureusement – entraver les missions du médecin inspecteur.

➤ Le quatrième de ces « griefs » touche, lui, directement à son activité professionnelle et, en cela, soulève la question de l'indépendance : il lui est en effet reproché d'« avoir maintenu l'existence d'un groupe de travail dans un cadre administratif qui n'a pas été reconnu par la hiérarchie régionale ».

Car la conclusion vaut son pesant de plomb : « *Si les manquements que je vous reproche devaient perdurer, je me réserve la possibilité de leur donner les suites disciplinaires adéquates* ». Vous avez bien lu, chers confrères et amis : des menaces de sanctions... pour avoir travaillé, ni mal, ni pas assez, mais hors du cadre administratif ! Ubu n'est pas très loin.

Alors, la fin ? La détente ?

Plusieurs échanges de courriers, entretiens, et quelques mois plus tard, le Conseil de l'ordre, le chef de service de

l'Inspection médicale, particulièrement concernés, ont pris une position, plus ou moins claire, plus ou moins facile à prendre, sur une question « pas si simple »...

Le directeur n'a pas retiré ses menaces et a gardé le dernier mot dans un *statu quo* formel. Ni vainqueur ni vaincu, le but n'étant pas qu'il y en ait, mais que les médecins puissent travailler conformément à leur mission et à leur déontologie, au profit des salariés de leur région pour lesquels c'est un droit.

Le médecin inspecteur et ses confrères ont donc continué leur besogne. « Interdits » de réunion à la DIRECCTE, ils se sont réunis ailleurs... *Happy end*? Peut-être, car nouvel organigramme aidant, le DIRECCTE, qui venait d'une galaxie administrative voisine, est passé à une autre des nombreuses affaires qu'il doit gérer et a passé la main du « travail » à un autre directeur, chef du pôle « T » comme... travail.

Ce dernier, issu du corps de l'Inspection du travail, connaisseur de ses acteurs et de leur profil, est apte à comprendre la

difficulté qui peut exister, par exemple, dans le fait de devoir « contractualiser » avec des organismes que l'on contrôle. Le Groupe réuni par le médecin inspecteur a été intégré en tant que tel au Plan régional santé au travail : il eût été dommage de se priver de son expertise à ce niveau.

Il reste, en cicatrice, une vraie souffrance professionnelle chez des praticiens qui, comme tout un chacun, ont besoin de reconnaissance. À ce prix, le principe inaliénable de l'indépendance professionnelle médicale a pu être (provisoirement ?) conforté.

En toile de fond de cette indépendance :

- sa définition, qui doit être précisée,
- et, surtout, face à des administratifs loin de se vivre comme des « facilitateurs » conférant aux médecins les moyens nécessaires à leur fonctionnement, quelle autorité pour la faire respecter ?

NOTES DE LECTURE

DÉMÉDICALISER LA MÉDECINE DU TRAVAIL POUR ASSURER LA SÉCURITÉ JURIDIQUE DES EMPLOYEURS

Alain CARRÉ, médecin du travail

Cette note de lecture concerne trois articles rédigés en tout ou partie par Pascal MARICHALAR, sociologue à l'EHESS dont le terrain d'observation implique notamment la médecine du travail. Il serait intéressant d'explorer les raisons de son intérêt pour cette spécialité en voie de disparition. À défaut, on peut constater sa compétence dans ses investigations et la pertinence de son regard et de ceux de ses collègues.

Les trois articles éclairent deux réalités distinctes :

➤ Les pratiques en matière de risques liés à l'organisation du travail d'une grande entreprise autrefois nationale puis privatisée (Marlène BENQUET, Pascal MARICHALAR, Emmanuel MARTIN, *Responsabilité en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF [1985-2008]*, Revue Sociétés Contemporaines N°79, 2010).

➤ Le *lobbying* des employeurs concernant les services de médecine du travail puis de santé au travail pour maintenir sous leur contrôle exclusif ces services tout en margina-

lisant les médecins du travail, (Pascal MARICHALAR, *La médecine du travail sans les médecins, une action patronale de longue haleine [1971-2010]*, Revue Politix, Volume 23 - n° 91/2010).

➤ Le troisième article constitue une intervention dans l'espace public par un « point de vue » publié dans le quotidien *le Monde* (Pascal MARICHALAR, *La fin programmée de la médecine du travail*, Point de vue, 22 septembre 2010).

À EDF-GDF la reprise en main par les directions de ces entreprises du thème de la souffrance au travail est tristement exemplaire des pratiques des employeurs dans ce domaine. D'abord débordées par le concept, qui dégage des marges de manœuvre à une représentation nationale experte des travailleurs, et devant céder du terrain en matière de responsabilité, les directions de ces entreprises vont, comme le décrit cette étude, « reprendre la main » en utilisant un nouveau concept : les risques psychosociaux.

Malgré « la crise des suicides » qui « par la gravité des actes commis, fait pencher encore davantage la balance de

la responsabilité du côté de l'employeur », c'est en utilisant puis en subvertissant la notion de « risques psychosociaux » que les directions de ces entreprises vont reprendre l'avantage. Comme l'écrit l'auteur : « (...) dans un débat posé en termes de risques psychosociaux, plusieurs éléments concourent à rendre plus difficile l'imputation des responsabilités des accidents du travail, des suicides ou de la souffrance psychique. La distinction entre des victimes et des responsables de la souffrance psychique cède la place à une distinction entre des individus et un environnement risqué. D'ailleurs, pour les directions, le flou de la notion de risques psychosociaux est pensé comme un facteur de consensus permettant d'échapper à la recherche des coupables ».

Outre la diversion en responsabilité, le concept va permettre également de contourner les CHSCT en faisant traiter la question par des groupes *ad hoc* dans lesquels la représentation du personnel est marginalisée et que contrôle totalement l'employeur, jusqu'à ce que, profitant de la privatisation et de l'éclatement des entreprises, celui-ci supprime l'instance nationale HSCT qui constituait le socle de la prévention des risques pour la santé au travail dans ces entreprises.

Le deuxième article, élaboré à partir des documents internes et publics du CISME (association patronale fédérant l'emprise des organisations patronales, principalement celle du MEDEF, sur les services de médecine du travail, puis les services de santé au travail), identifie la stratégie patronale destinée à « démedicaliser » ces services. Le changement de dénomination promu par le CISME a pour objectif de faire oublier que la médecine du travail, telle que voulue par ses fondateurs, est une affaire de médecins et de médecine. Il s'agit d'affaiblir l'institution en promouvant une ouverture vers d'autres professionnels, infirmiers et intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) ayant des compétences dans le domaine de la santé, utilisés, malgré eux, comme contrepoids à la spécificité médicale. La poursuite de cet objectif est constante et obstinée malgré les vicissitudes des mandatures.

Cette position est favorisée (mais est-ce un hasard ?) par l'évolution du système de formation et de la réglementation. L'État et son administration réduisent considérablement les possibilités de formation en médecins du travail, en en faisant un internat de spécialité et en abaissant le *numerus clausus*. Ils rigidifient plus tard l'activité en milieu de travail, alors que le basculement massif de l'économie française vers les services au détriment de la production, du fait de la montée des atteintes psychiques et l'affaiblissement des collectifs, redonne toute son importance à la visite clinique individuelle. Enfin, cerise sur le gâteau, alors que la pluridisciplinarité était inscrite dans la Loi, les décrets d'application dénaturent ce qui aurait dû être positif, pour en faire un instrument à la main des employeurs. L'inéluçabilité de la fonte des effectifs de médecins du travail sert de cliquet aux changements, si bien qu'on peut estimer que toute réforme qui n'aurait pas pour projet de renverser cette tendance est une réforme de mauvaise foi.

Il y a une sorte de construction commune invisible, que l'analyse des sociologues met en lumière, sans la nommer, entre le patronat et l'État et son administration. Chacun inspirant et confortant l'autre dans une spirale fatale à la médecine du travail. La stratégie est l'inverse de la défense managériale « faire le mal pour le bien ». Il s'agit de plaider le mieux factice (qui s'avère rapidement pire) pour assurer une issue destructrice. Même si l'article ne les évoque pas, la question qu'on se pose, quand on observe l'enchaînement des faits et le soutien objectif réciproque entre l'État, son administration et la représentation nationale d'une part et le patronat d'autre part, est bien évidemment celle des conflits d'intérêt qui visiblement ne concernent pas que les experts.

L'objectif final est très exactement décrit par Pascal MARICHALAR dans son « Point de vue du Monde », *La fin programmée de la médecine du travail*. Il s'agit de pousser la stratégie à son terme. Il faut faire disparaître le lien entre médecine du travail et droit individuel constitutionnel à la protection de la santé au travail (conforté par la directive européenne de 1989) qui fonde la prévention primaire médicale. Il faut faire des médecins du travail des supplétifs, parmi d'autres, de la gestion des risques du point de vue de l'obligation de sécurité de résultat, en les spécialisant dans un rôle d'appui médical au management et de sélection médicale de la main d'œuvre. La médecine du travail, dont on se demande s'il ne faudra pas alors demander la suppression, aura subi une transmutation en médecine d'entreprise qui représente un retour dans le passé de soixante-quinze années.

Comme conclu l'auteur avec humour (qui est la politesse du désespoir) : « *Le fils de Paul WOERTH, médecin du travail du BTP dans l'Oise, spécialiste de la noyade, a non seulement refusé de porter secours à une profession qui semblait, mais lui a asséné un coup fatal* ».

Le nouveau texte de loi, avant discussion par l'Assemblée nationale, malgré quelques modifications de surface, maintient le cap. On ne peut pas dire que les organisations représentatives des travailleurs aient saisi la gravité de la situation. Leur réveil risque d'être trop tardif pour être efficace. Elles devront en répondre devant leurs mandants.

L'image du patronat français, qui se dessine en filigrane dans les trois articles est en harmonie avec ses résultats en matière d'obligation de sécurité de résultat. Notre pays est en peloton de queue européen des inégalités sociales de santé au travail. Pour ne prendre qu'un exemple, les écarts de mortalité entre chefs d'entreprise, qui meurent plus tard, et leurs employés et ouvriers, qui meurent plus tôt, sont supérieurs à ceux de leurs homologues suédois et britanniques.

Nul ne s'étonnera que la ligne directrice, qui relie ces contributions, soit la farouche volonté des employeurs d'échapper à toute mise en responsabilité.

Plutôt que de traiter la fièvre il faut casser le thermomètre dangereux que représente la représentation du personnel et la médecine du travail.

On pourrait penser que les employeurs comme le leur impose la réglementation, auraient le souci d'y répondre au mieux. En injonction paradoxale entre obligation de prévention et résultat économique, plutôt que d'en débattre avec la

représentation des travailleurs et d'assumer la prévention et la réparation, les employeurs français, fidèles à leur tradition historique, préfèrent le camouflage et recherchent, par-dessus tout, une sécurité... juridique.

LE PATRONAT VEUT SUPPRIMER LA MÉDECINE DU TRAVAIL QUAND LA PRÉVENTION DES PSYCHOPATHOLOGIES MET EN CAUSE LES ORGANISATIONS DU TRAVAIL INHUMAINES

Dominique HUEZ, médecin du travail

LES ENJEUX DU TRAVAIL

Nous passons les trois quart de notre vie éveillée au travail. Alors il n'est pas étonnant que notre santé puisse tant s'y jouer. Il n'est pas étonnant que nos maladies puissent y trouver une partie de ses sources. La santé comme les maladies ont de nombreux déterminants sociaux au-delà de nos histoires singulières et des déterminismes biologiques. Alors on peut comprendre que le travail ait un tel impact sur l'ensemble de notre santé physique et psychique ; même si notre vie affective, nos désirs et nos amours ne se jouent pas directement au travail.

Le travail est une sphère essentielle pour la construction du lien social. Nous y éprouvons notre capacité à faire avec autrui.

Mais le travail est aussi un lieu de subordination à l'employeur, un lieu d'abandon de responsabilité juridique. Ce cadre surdétermine, « les manières de servir », les « manières de diriger », la « conformation des êtres et comportements ». Il porte en germe un abandon de notre autonomie morale. Ainsi peut se développer un processus aliénant qui peut nous rendre étrangers aux autres, nous faire considérer comme « fou », nous isoler dans la « dé-solation ». Paradoxe de voir un des principaux lieux potentiels de construction du lien social et de la citoyenneté devenir le vecteur d'un possible effondrement social !

Faire avec les autres, engager notre corps et notre esprit dans une contribution pour transformer la matière, les choses, les services, nous engage donc tout entier. Notre santé s'y

construit ou s'y perd. Parfois, trop souvent pour certains, il faut tenir malgré tout, malgré ces souffrances, l'indignation qui nous malmène.

Et pourtant, tout n'est pas joué d'avance. Tenir ou résister aux effets délétères de certaines conditions de travail ne nous condamne pas à être enfermé dans une posture soumise ou aliénée si nous recouvrons notre capacité à penser ce qui nous malmène, la cause de nos maux.

Pour recouvrer notre capacité d'agir, de pouvoir puis vouloir participer à changer ce qui nous broie, pour pouvoir influencer sur le destin de nos vies, il nous faut pouvoir comprendre les déterminants des organisations du travail, des rapports professionnels, des modalités managériales qui structurent si profondément nos affects et notre santé. L'enjeu est de préserver ou regagner une capacité à être acteur de notre destinée, sans être aliéné par la façon dont nous réagissons à des conditions organisationnelles de travail parfois si délétères.

➤ Travailler n'est jamais « contribuer » dans la solitude. Notre confrontation au réel à travers ce qu'il faut faire, nous confronte aux autres, nous permet d'y prendre appui, nous y adosse.

➤ Travailler sous le regard des autres nous permet de pouvoir être reconnu pour ce que nous faisons, par la façon singulière dont nous y contribuons.

➤ Travailler nous permet de nous rattacher à une communauté d'appartenance mais aussi de nous en distinguer de façon singulière.

Alors ce cadre collectif où nous déployons notre façon de travailler pourrait être aussi un lieu et un moyen pour tenir, penser, comprendre ce qui nous malmène ou nous broie. Le soutien par une communauté d'appartenance et de valeurs partagées est premier et essentiel, avant le recours éventuel à une prise en charge médico-psychologique qui nous éloignerait de cette dernière.

Il y a un risque important, individuellement et collectivement, à prôner la médicalisation de toutes les situations de souffrances au travail. Comprendre avec les collègues, réfléchir ensemble, retrouver un espoir de pouvoir transformer des situations de travail est essentiel pour conduire sa vie. L'enjeu est de permettre de socialiser ce qui fait difficulté dans le travail, de donner à comprendre que ce qui fait souffrir telle personne concerne aussi ses collègues de travail, qu'il y a des déterminants communs.

Plus la mise en visibilité et débat potentiel pour transformer l'organisation du travail sera précoce, plus les atteintes à la santé individuelle pourront être réduites. Les CHSCT ou délégués du personnel ont un rôle majeur à y jouer. Le cadre réglementaire doit être élargi pour les TPE-PME.

C'est donc l'enjeu de la déclaration en accident du travail d'un stress post-traumatique. Malheureusement aujourd'hui, la caisse AT-MP (Accident du travail-Maladie professionnelle) qui gère pour les employeurs ces risques, multiplie les obstacles à cette possible reconnaissance, comme elle le fait encore pour nombre de tendinites professionnelles, les fameuses TMS. Même un suicide pourrait voir son lien avec le travail reconnu plus facilement par ce processus.

Les entreprises multiplient les obstacles pour empêcher que soit reconnu les effets du travail sur la sphère psychique. C'est socialement inacceptable. Mais ce comportement aggrave encore plus la situation de très nombreuses personnes et les enferme dans un statut de victime, dont la quête de justice et de réparation morale les broie dans les méandres et arcanes judiciaires mises en place par une société qui peine à oser nommer une réalité délétère qui touche des milliers de salariés chaque année.

Il y a aujourd'hui un fatalisme à devoir accepter comme inéluctable, les injustices, les souffrances, voire le harcèlement institutionnel du fait du travail. Et nous pourrions croire que nous sommes totalement impuissants. Parce que les marges de manœuvre des entreprises seraient resserrées, parce que la mondialisation s'étend et nous priverait de toute prise. Alors, on nous demande de mieux supporter, de renoncer, de nous conformer, d'instrumentaliser notre propre rapport au monde pour mieux gérer le stress engendré par un travail à la dérive.

Comme nombre de personnes rencontrées et malmenées dans des situations si douloureuses, nous restons comptables de nos existences et trajectoires. Penser à plusieurs, se regrouper pour agir, nous ancre socialement, structure notre rapport aux autres.

Partager des valeurs communes, mettre l'homme au centre de nos actions médicales, préserver notre autonomie morale

face à l'emprise de gourous et de la communication d'entreprise, permet de mieux appréhender le réel pour y engager notre responsabilité pour agir à notre place. Les déterminants psychosociaux des organisations du travail déstabilisent fortement le rapport au travail de nombre de salariés. Ce champ d'intervention professionnel devient ainsi incontournable pour les médecins du travail.

LA MÉDECINE DU TRAVAIL UN TÉMOIN GÊNANT

Dans ce contexte fort difficile, nous sommes aujourd'hui à l'aube d'une clarification de l'objet réglementaire de la médecine du travail. Possiblement de sa destruction. Tous les indicateurs sont au rouge quant au renouvellement de cette profession. La seule médecine d'accompagnement médical de travailleurs « réputés non malades » qui ne déploie pas la prescription pharmacologique comme réponse aux maux de notre société, risque de disparaître. Elle est pourtant bien peu pourvoyeuse de dépenses de santé. Bien au contraire ! La disparition programmée de la médecine du travail se nourrit-elle de sa capacité à « déranger » aujourd'hui, parce qu'elle interroge des organisations du travail trop souvent délétères ?

La médecine du travail contribue à instruire une réflexion sociale et civique sur ce travail, dont la spécificité française est d'accentuer encore plus les inégalités sociales de santé, d'exclure les travailleurs usés trop tôt du fait d'activités très pénibles.

La médecine du travail risque de disparaître parce que le MEDEF veut faire disparaître un témoin gênant et qu'il craint l'engagement de sa responsabilité pénale par un médecin du travail. La médecine du travail est une médecine de première ligne pour les personnes. Elle est une médecine de prévention primaire des dérives des organisations du travail et de leurs environnements délétères, aujourd'hui laissés à la liberté du plus fort.

La réforme proposée veut supprimer le fondement médical de l'exercice en médecine du travail. Ainsi pas de veille médicale et d'alerte engageant la responsabilité d'un employeur. Pas d'attestation médicale concernant les effets pour la santé des maltraitances des organisations du travail, pas de déclaration de maladie professionnelle. Dépression, suicide ou cancers professionnels resteront invisibles. Cette réforme supprime la pratique clinique individuelle dans la consultation médicale qui sert de socle à toute pratique préventive collective.

Actuellement, les médecins ont comme injonction impossible, faute de ressource médicale, à la fois de voir tous les salariés périodiquement et à la fois de prendre le temps avec les salariés en difficulté : alors comment s'en sortir ? Disons-le, ce qui dérange dans l'exercice du médecin du travail, c'est que sa mission auprès du salarié est aussi un devoir professionnel d'engager sa responsabilité médico-légale en certifiant le lien entre la pathologie et des éléments du travail. Ce qui dérange le patronat c'est que le médecin

du travail doit veiller et alerter médicalement, éventuellement en opposition aux intérêts immédiats des employeurs.

Le statut de médecin du travail lui interdit de prendre en compte la contrainte économique dans l'acte de prévenir et dépister les altérations de la santé du fait du travail. Cela le protège du conflit d'intérêt. Ce témoin est-il, aujourd'hui, un trop gênant ?

Certains voudraient transformer le médecin du travail en « manager » d'une équipe qui rester sans statut médical relevant du Code de la santé, sans statut d'indépendance vis-à-vis de la contrainte économique des employeurs.

La présence d'ergonomes, d'hygiénistes industriels ou de psychologues de l'activité de travail, en responsabilité comme IPRP, aurait pu être une chance pour les SST si leur exercice relevait du Code de la santé. Ces professionnels, auraient pu apporter une contribution majeure à l'identification des risques et leurs mécanismes.

Le projet de loi les place en gestion des risques pour les employeurs. La « pluridisciplinarité » est d'ores et déjà annexée au profit exclusif des employeurs. C'est un véritable détournement d'objet par des acteurs en conflit d'intérêt.

La médecine du travail témoigne de l'inacceptable pour la santé de chaque sujet au travail. Elle permet action ici et maintenant concernant des situations très concrètes sur les enjeux individuels et collectifs du « faire » et du « faire ensemble ». La médecine du travail interroge le fonctionnement social et la citoyenneté. C'est pour cela que ce gouvernement et le MEDEF veulent la supprimer.

OUI, la médecine du travail permet d'identifier des modalités managériales néfastes pour la santé. Elle permet d'identifier que l'évaluation individualisée des performances est dangereuse, que la sous-traitance et tous les mécanismes de précarisation font obstacle aux actions préventives des salariés parce qu'ils sont entravés par la mise en concurrence exacerbée, qui fait disparaître les acquis du droit du travail de protection de la santé. La médecine du travail met en évidence que l'absence criminelle de traçabilité des expositions des travailleurs aux agents chimiques dangereux et aux CMR par les employeurs constitue autant de pertes de chance en matière de santé.

OUI, il y a légitimité et urgence pour les CHSCT et les représentants du personnel à interpeller le médecin du travail sur ce qui ferait entrave à la possibilité de construire ou préserver sa santé au travail, sur l'effondrement des dynamiques de coopération soutenant les collectifs de travail concernant des mesures de sauvegarde pour la santé. Nous revendiquons comme médecin du travail cette responsabilité du point de vue de notre position de praticien indépendant !

OUI, il y a nécessité de construire un consensus politique pour un cadre d'exercice indépendant pour la médecine du travail face aux catastrophes sanitaires en santé au travail qui se profilent. Ce cadre d'exercice ne serait ni annexé au système de gestion des risques de la responsabilité des employeurs, ni au système assurantiel de la sécurité sociale, encore moins aux caisses AT/MP gérées par les patrons !

Nous affirmons qu'il serait contraire à la Constitution de la République et aux principes européens de prévention que l'État n'assume plus son devoir de protéger la santé des salariés. Aujourd'hui le projet de loi de réforme de la médecine du travail met en place une médecine de gestion médicale de la main d'œuvre et d'accompagnement du management de la gestion des risques, c'est-à-dire une médecine d'entreprise. PÉTAIN n'aurait pas mieux rêvé !

LA CENTRALITÉ DU TRAVAIL

La centralité du travail est une question politique de première importance. L'espoir politique serait de contribuer à une plus forte compréhension sociale de l'aspect central du travail dans le champ syndical et politique. Trop souvent l'emploi, le contenant qui permet de survivre ou de gagner sa subsistance, est encore confondu avec celui du travail, le contenu de l'emploi, bien peu visible.

Tant qu'il semblera interdit que les postures et droits citoyens puissent se déployer au travail, il sera difficile aux hommes et aux femmes, isolés trop souvent dans leur douleur morale, de penser que la responsabilité de leurs maux n'est pas que fautive, de ne pas être tenté de retourner la violence contre eux-mêmes. Conserver une autonomie morale pour comprendre le rôle d'organisations du travail qui peuvent maltraiter ou broyer, c'est permettre aux personnes d'en guérir, mais aussi de conduire leur destinée, et aux entreprises, parfois à l'insu de leur plein gré mais dans leur intérêt aussi, d'évoluer. Car il n'y a pas de travail sans contribution au sens plein du terme, des hommes et des femmes.

Un projet politique digne de ce nom devrait avoir pour objectif de désenclaver l'enfermement de la douleur morale qui nous empêche d'en penser les enjeux individuels et collectifs, pour comprendre les causes des maux qui nous rongent, et pouvoir agir pour construire notre santé au travail, malgré ses dérives. Un service public de la médecine du travail est nécessaire. Les contrats les plus précarisés doivent y avoir accès. Même pendant les périodes de chômage. Même pendant les arrêts maladie.

Les employeurs premiers donneurs d'ordre doivent être responsables de toutes les conséquences de leurs directives délétères, malgré les obstacles du droit commercial de la sous-traitance ou de l'intérim. Les salariés regroupés collectivement doivent pouvoir exercer *via* leurs représentants sur le modèle du droit d'alerte, un droit de veto au regard d'organisations du travail délétères ou inhumaines.

Bibliographie choisie

- ♦ ASSOCIATION SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL, *Des médecins du travail prennent la parole : un métier en débat*, Paris, Syros, 2000
- ♦ BILLIARD I., *Santé mentale et travail : l'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La Dispute, 2001
- ♦ CASTEL R., *Métamorphoses de la question sociale*, Paris, Folio, Gallimard, 1995
- ♦ CLOT Y., *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF, 2006
- ♦ CLOT Y., *Travail et pouvoir d'agir*, Paris, PUF, 2008

- ♦ DEJOURS Chr., *Conjurer la violence : travail, violence et santé*, sous la direction de, Paris, Payot, 2007
- ♦ DEJOURS Chr., *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Point Seuil, 2006
- ♦ DEJOURS Chr., *Travail usure mentale*, Paris, Bayard, 2000
- ♦ HUEZ D., *Souffrir au travail, comprendre pour agir*, Privé, 2008

- ♦ LECLERC A et al., *Les inégalités sociales de santé*, sous la direction de, Paris, La Découverte, 2000
- ♦ MOLINIER P., *Les enjeux psychiques du travail*, Paris. Petite bibliothèque Payot, 2006
- ♦ SEMAT E (ass.SMT), *Femmes au travail, violences vécues*, Paris, Syros, 2000
- ♦ THÉBAUD-MONY A., *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Paris, La Découverte, 2007

APPEL DE L'ASSOCIATION SMT (SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL) À LA REPRÉSENTATION NATIONALE

LE CONTEXTE

La Directive européenne de 1989 concernant « l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail » sépare la prévention en deux secteurs distincts :

- d'une part « les activités de protection et de prévention » ;
- et d'autre part « la surveillance de la santé des travailleurs ».

Dans le cadre des activités de protection et de prévention la directive impose aux employeurs, dans son article 7, de se doter de services de protection et de prévention pour la réalisation concrète de leurs obligations.

Alors que les entreprises de grande taille, notamment celles qui possèdent un service de santé au travail d'entreprise, se sont structurées selon ce modèle, Les PMI et PME voire les TPE qui constituent la majorité des entreprises françaises se trouvent démunies de structures adéquates susceptibles d'assumer ce rôle.

Constatant cette carence, alors que la directive est tout à fait précise et pertinente dans ce domaine, plutôt que d'imposer à toutes les entreprises de mettre en place ces services, les représentants de l'État, ont pris du retard dans la transposition de l'article 7. Pour apaiser leurs interlocuteurs européens, ils ont feint de considérer que les services de médecine du travail interentreprises jouaient ce rôle. Ils ont tenté tardivement, à partir de 2002, de transformer dans ce sens ces services médicaux, assurant en fait la surveillance de la santé des travailleurs, par deux artifices, en les intitulant ser-

vices de « santé au travail » (SST), et en leur conférant des compétences supplémentaires au moyen d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). Parallèlement la ressource en médecins continuait de s'appauvrir par insuffisance de formation de nouveaux médecins du travail.

La transposition de la directive européenne a conduit à confondre les deux secteurs dans les pratiques de la médecine du travail dans les services de santé au travail et en premier lieu, dans les services interentreprises. C'est à la suite de deux rapports, ceux de l'IGAS et du CES, dont la pertinence est parfois contestable et après l'échec d'une négociation entre les partenaires sociaux, qu'un cavalier législatif à l'intérieur de la Loi sur les retraites, portant sur les SST, a été promulgué. Il a été refusé par le Conseil constitutionnel. La proposition de Loi N°106 des sénateurs centristes reprend les mêmes propositions.

L'ANALYSE DE LA PROPOSITION DE LOI N°106 : UN PROJET QUI COMPORTE CERTAINES DISPOSITIONS INCOHÉRENTES ET DANGEREUSES POUR LA PRÉVENTION DES RISQUES POUR LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS AU TRAVAIL

La proposition de Loi fixe des missions précises aux SST, définit dans le détail l'opérativité de ces missions et impose une nouvelle gouvernance aux SST interentreprises (SSTIE).

Plusieurs de ces dispositions, si elles étaient adoptées, auraient pour effet de rendre encore plus difficile l'exercice de la médecine du travail notamment en contraignant l'indépendance des médecins du travail dans le choix des priorités d'action qui résulte, jusqu'à maintenant, de leurs observations en consultation comme en visite d'entreprise.

Une définition des missions des SST porteuse d'ambiguïté : se donner les moyens d'éviter toute altération ou assurer l'obligation de sécurité de résultat ?

Jusqu'alors la mission des SST est exclusivement exercée à travers celle des médecins du travail qui contribuent à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » dans le cadre d'une obligation de moyen.

Cette altération se définit comme une atteinte de l'état de santé par rapport à un état de bien-être au travail, qu'il soit observé à travers des signes objectifs ou perçus à travers un vécu.

Jusqu'à ce jour, le rôle des médecins du travail est de repérer ces altérations, d'identifier leurs liens avec les conditions et l'organisation de travail, d'alerter les entreprises sur l'existence de ces facteurs de dégradation de la santé, de conseiller les entreprises (employeurs comme salariés) sur ce qu'il convient de modifier ou de mettre en œuvre pour adapter le poste, et enfin, de trouver avec l'entreprise les solutions en interne permettant d'éviter par un reclassement une inaptitude suivie d'un licenciement.

À ce rôle s'ajoute celui de conseil en matière de réparation (maladies professionnelles entre autres) quand la réglementation le prévoit.

L'organisation de la prévention des risques dans les entreprises, les études et réalisations de modifications ou d'aménagements en vue d'une amélioration des conditions de travail (ce qui inclut les suites données aux avis des médecins), relèvent de l'entreprise elle-même et d'abord de sa direction, avec une obligation de résultat quant aux conséquences, sur la santé des salariés, des conditions de travail dans l'entreprise.

Il s'agit, ici, de deux missions séparées mais complémentaires.

Or, la proposition de loi N°106 (article **L.4622-8**) se propose, pour ce qui est des entreprises ne disposant pas, en propre, d'un service de santé au travail, d'abolir cette séparation des rôles et de créer, de fait, et par la loi, deux systèmes différents de Médecine du Travail : l'un pour les grandes entreprises, avec un secteur médical et un secteur de prévention et protection différenciés (ce qui existe actuellement), l'autre pour les autres entreprises (80 à 90 % des entreprises) pour lesquelles les rôles seraient fondus dans un même cadre : le Service de Santé au Travail Interentreprises (SSTIE), sans autre identification propre en interne que la création d'un service social.

Pour les SSTIE, l'article **L.4622-8** de la proposition introduit donc une confusion majeure dans la mesure où les missions du SSTIE ne seraient plus exercées par le médecin du

travail mais par une équipe pluridisciplinaire animée par les médecins du travail.

À cette équipe participeraient des professionnels qui relèvent des dispositions du code de la santé publique mais aussi des IPRP dont l'activité serait désormais d'aider l'employeur dans la gestion des risques.

Ainsi est entretenue la confusion entre les deux secteurs. Le déploiement de la directive n'est donc pas homogène pour les entreprises relevant d'un SSTE et celles bénéficiant des prestations d'un SSTIE.

Cette confusion a toutes les chances de se faire au détriment de la surveillance des salariés et de l'indépendance technique des médecins.

En effet, l'article **L.4622-10** de la proposition de Loi N°106 propose que les missions du SST soient précisées dans le cadre « d'un contrat d'objectifs et de moyens » conclu avec la DIRECCTE et la CARSAT après avis des organisations d'employeurs et syndicales et des ARS.

Il a notamment pour objet de fixer « les modalités des actions conjointes et complémentaires » entre les SST et les services prévention des CARSAT.

Cela substituerait à un contrôle administratif portant sur l'application de la réglementation, un contrôle du résultat d'objectifs décidés à distance des réalités de terrain.

Il est prévu, par l'article **L.4622-12** de la proposition, que pour les SSTIE, le contrat d'objectifs et de moyens inclut « un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service » élaboré au sein d'une « commission de projet » dont la composition n'est pas précisée. « Le projet est soumis à l'approbation du conseil d'administration » du SSTIE.

L'article **L.4622-13** de la proposition implique que toute convention interne ou externe doit être autorisée par le Conseil d'administration

Alors que l'article **L.4622-2** de la proposition indique que ce sont les SST qui « conduisent les actions de santé au travail », l'article **L.4622-14** précise que le directeur du SSTIE met en œuvre sous l'autorité du président les actions approuvées par le conseil d'administration dont le projet pluriannuel, « en lien avec l'équipe pluridisciplinaire ».

Les modifications de la gouvernance des Services de Santé au Travail, prévues par la présente loi, donnent, au travers de l'instauration du paritarisme avec voix prépondérante du Président et la disparition des commissions de contrôle dans lesquelles les représentants salariés étaient majoritaires, le pouvoir, aux seuls représentants employeurs de décider des orientations et objectifs à atteindre (ce qui est repris par l'article **L.4622-14**). Ce pouvoir de décision n'est plus « à côté » des objectifs que se fixent les médecins, mais il inclut le champ médical, retirant par là-même, aux médecins, la faculté de définir leurs priorités de travail en fonction de leurs observations.

Le chaînage de ces dispositions aurait donc pour effet de contraindre l'indépendance technique des médecins par

des actions ou des projets sous l'autorité du directeur et le contrôle du Conseil d'administration du SSTIE.

Par l'intermédiaire de la fixation d'objectifs l'obligation de moyen du médecin deviendrait une obligation de résultat qui pèserait sur son exercice privé de marges de manœuvre.

Une proposition de loi qui affaiblit le contrôle par les représentants des travailleurs et fragilise les médecins du travail :

➤ L'application de l'article L.4622-11 de la proposition de loi implique la disparition des commissions de contrôle. Or celles-ci jouent un rôle important tant dans l'organisation des services que concernant le respect de l'indépendance du médecin dans son exercice vis-à-vis des entreprises qui lui sont attribuées. Elles s'assurent qu'aucun médecin ne puisse être dessaisi d'une entreprise, voire licencié en cas de vues divergentes avec la direction du service sur les observations du médecin et les priorités qu'il se donne. La commission de contrôle est en situation d'exercer ce rôle beaucoup plus sûrement qu'un conseil d'administration paritaire, (qui en est dépourvu en droit).

➤ Les conflits ne pouvant plus être réglés en interne vont être renvoyés vers l'Inspection du travail qui, chargée de vérifier l'application de la loi, va se retrouver en position d'arbitrer des choix de travail et de modes d'action !

En résumé : cette disposition ne donne plus aucune protection d'indépendance technique et statutaire au médecin du travail notamment en matière d'emploi et d'attribution d'entreprises et le laisse sans défense face à des employeurs coalisés.

LES SEPT PRINCIPES QUI GUIDENT NOTRE ASSOCIATION : POUR UN SERVICE DE MÉDECINE DU TRAVAIL

➤ **La protection de la santé des travailleurs constitue une mission régalienne de l'État.** Comme tout service public, celui de protection de la santé des travailleurs ne saurait relever que de l'intérêt général. Son financement doit continuer de dépendre de ceux qui sont responsables d'éventuelles atteintes à la santé. Cela ne leur confère aucune qualité à intervenir majoritairement dans sa gouvernance.

➤ **Les services de médecine du travail (SMT) assurent la mission d'ordre public de prévention médicale de la santé des travailleurs.** Ils coopèrent notamment avec les autres organismes de prévention publics dans ce cadre exclusif. Leur contribution aux obligations de prévention des entreprises se déploie exclusivement du point de vue de la prévention de toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Par conséquent elle ne se substitue pas aux autres démarches de prévention des employeurs dans le cadre de leur obligation de sécurité de résultat que ces derniers organisent dans un cadre spécifique, par ailleurs.

➤ **Les orientations générales en matière de prévention médicale de la santé des travailleurs et leurs mises**

en œuvre régionales sont élaborées par l'État dans un cadre qu'il définit et sous sa responsabilité (Plans Santé-Travail nationaux ou régionaux, par exemple). Elles sont proposées aux services de médecine du travail qui, à l'issue d'une concertation interne de la commission médico-technique, définissent leur contribution et les moyens qu'ils entendent y consacrer. Le contrôle de l'activité des SMT est assuré dans le cadre de l'intérêt général par l'État avec la participation majoritaire des représentants des travailleurs et celle des employeurs. Les professionnels y participent à titre consultatif.

➤ **Le rôle des directions des Services de Santé au Travail consiste principalement à mettre à disposition les moyens nécessaires aux missions des équipes médicales de médecine du travail,** constituées de professionnels en santé au travail, construisant, entre eux, des coopérations dont la coordination technique est assurée par les médecins du travail. L'indépendance professionnelle des membres des équipes médicales est assurée dans le cadre du Code de la santé publique et du Code du travail. Le contrôle de l'activité des équipes médicales participe de leur indépendance. Il comporte un contrôle social et un contrôle administratif sur l'application de la Loi.

➤ **Les équipes médicales de médecine du travail comprennent des assistants en prévention des risques pour la santé des travailleurs (APRST)** dont l'exercice se déploie exclusivement du point de vue de la santé des travailleurs et dont l'indépendance est réglementairement garantie notamment par un contrôle social et administratif. Ces assistants (APRST), qui peuvent être des infirmiers, des techniciens en santé, des laborantins, etc. sont à distinguer des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) qui peuvent venir en appui des médecins sur leur demande, mais qui sont également les conseillers des entreprises pour ce qui est de l'autre mission des SST (aide à l'évaluation des risques, élaboration de propositions techniques ou organisationnelles visant à l'amélioration des conditions de travail).

➤ **Dans le but d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, les équipes médicales exercent une responsabilité de moyen en matière de repérage des dangers et des risques, de veille médicale sur les effets des risques professionnels sur la santé et le lien entre la santé et le travail, et informent explicitement chaque salarié et la communauté de travail sur le repérage et la veille médicale.** Ils conseillent la communauté de travail dans le cadre de leur mission et en fonction de leur compétence. Dès lors que les médecins du travail constatent, informent ou conseillent la communauté de travail, les employeurs sont tenus de leur apporter une réponse publique formelle.

➤ **Les équipes médicales assument également la mission de maintien au travail des travailleurs dans le strict respect des principes d'adaptation du travail à l'homme et d'absence de discrimination pour des motifs de santé.** Cela exclut que les médecins du travail se prononcent sur l'aptitude au travail, notion devenue proche de « sélection au

travail » depuis la montée du chômage, la réduction des effectifs dans les entreprises, la précarisation des emplois et l'intensification du travail.

NOS PROPOSITIONS EN MATIÈRE D'AMENDEMENTS : POUR LE RESPECT DES PRINCIPES FONDATEURS DE LA PRÉVENTION DES RISQUES POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL

De ce point de vue, nous appelons la Représentation Nationale à réécrire ou à amender la proposition de Loi N°106 pour assurer l'avenir de la prévention des risques pour la santé des travailleurs au travail, afin d'établir une égalité de traitement entre les salariés quelle que soit la taille de l'entreprise qui les emploie, dans le respect des principes définis par la directive européenne du 29 juin 1989 sur la sécurité et la santé des travailleurs au travail et afin de respecter les dispositions du Code de la santé publique et celles assurant l'indépendance des médecins du travail.

Nous proposons que ces amendements portent notamment sur des articles mettant en péril ces principes :

➤ Modification des articles L.4622-2, L.4622-8 de la proposition de Loi N°106

Le principe essentiel de la directive européenne d'une séparation entre les activités d'aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail et celles de surveillance de la santé des travailleurs doit être respecté dans la structure et les activités des SST.

Cela implique que comme dans les services d'entreprise, les services interentreprises se structurent autour de deux pôles l'un de médecine du travail, **identifié comme tel**, l'autre de prévention sécurité :

- ♦ le premier constitué d'une équipe médicale relevant des dispositions du Code de la santé publique constituée de médecins, d'infirmiers, d'assistants et d'intervenants en prévention de la santé au travail.

- ♦ le second constitué de salariés compétents désignés et d'IPRP (dans le cadre des obligations de pluridisciplinarité), dont le statut d'indépendance doit être conforme aux dispositions de la directive européenne et chargés d'apporter une aide en prévention et sécurité aux employeurs, éventuellement en lien avec les services prévention des organismes de sécurité sociale.

Cela implique que les missions du SST soient réparties entre ces deux pôles en fonction de leur spécificité.

➤ Modification des articles L.4622-2, L.4622-10, L.4622-12, L.4622-13, L.4622-14 de la proposition de Loi N°106

L'indépendance technique des médecins du travail doit être conforme à sa définition déontologique qui leur assure, l'initiative de leurs actions, les moyens de les mener, la liberté d'en faire état, dans le respect des lois existantes. Ils en répondent personnellement dans les formes réglementaires définies.

Du fait de leur responsabilité de moyens, cela exclut notamment que leur soient imposés des projets ou des contrats d'objectifs par lesquels ils seraient contraint d'abandonner l'initiative technique de leurs actions pour répondre à une obligation de résultat des employeurs.

Le médecin du travail assurant personnellement l'ensemble de ses fonctions, son indépendance technique ne saurait être subordonnée à une autorité hiérarchique, qui plus est, la plupart du temps, non qualifiée médicalement.

➤ Modification de L'article L.4622-11 de la proposition de Loi N°106

Dans les SSTIE, l'organisme chargé du contrôle social du fonctionnement et des activités du pôle chargé de la santé des travailleurs, ainsi que de celui de l'embauche, de la modification de secteur et du licenciement du médecin du travail doit être composé d'une majorité de représentants des travailleurs à l'image du comité d'entreprise des SSTE.

Ce Cahier n°25 m'a intéressé(e) :

- **Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 20 € pour ce Cahier et pour la réservation du Cahier n°26 (à paraître courant 2012)**
- **Je demande des exemplaires gratuits (port 5 €)**
numéro(s) :
nombre :

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

ASSOCIATION SMT

- LE BILAN 2010 -

RÉUNIONS TENUES

- Journée de Printemps le 20 mars 2010
 - ♦ *Pratiques et Responsabilité des médecins du travail face aux Risques psychosociaux induits par les organisations du travail*
- 31^e Congrès annuel les 4 et 5 décembre 2010 (Paris)
 - ♦ *Nouvelle Loi, quelles perspectives et pratiques possibles en médecine du travail ?*
 - ♦ *La pénibilité instrumentalisée du côté de l'invalidité pour ne pas changer les conditions de travail*
 - ♦ *Certification et normalisation en santé au travail*

PARTICIPATIONS ET ACTIONS

- Au sein de l'association *E-Pairs* (organisme d'évaluation des pratiques professionnelles en médecine du travail, dans le Collège national professionnel de médecine du travail (CNPMT), dans le Collectif Santé/Travail
- Présents au Congrès national de santé au travail de Toulouse

COMMUNIQUÉS

- Alerte sur la loi Santé et Travail (20 septembre 2010)
- Appel à la représentation nationale (26 décembre 2010)
- Avec le Collectif Santé/Travail : délégation au Sénat (13 décembre 2010)
- Appel à la manifestation devant le Sénat (13 décembre 2010)

PUBLICATIONS

- Le *Cahier S.M.T. N°24* a été tiré à 1 400 exemplaires, en juin 2010
- Communication : le site web a-smt.org, régulièrement consulté.

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Il a été procédé le 5 décembre 2010 à l'élection du Bureau et du Conseil d'administration.

- Président* : Dominique HUEZ (37)
Vice-président(e)s : Alain CARRÉ (75) – Josiane CRÉMON (38)
– Annie LOUBET (42) – Jocelyne MACHEFER (49)
– Nicolas SANDRET (75)
Secrétaire-Trésorier : Alain RANDON (94)
Concepteur-Réalisateur du Cahier SMT : Jean-Noël DUBOIS (2B)
Administrateur du site Web : Benoît DE LABRUSSE (84)
Conseil d'Administration : Pierre ABÉCASSIS (21) ; Marie-Andrée CADIOT (75) ; Benoît DE LABRUSSE (84) ; Jean-Marie EBER (67) ; Claude GARCIA (94) ; Alain GROSSETÊTE (69) ; Michel GUILLAUMOT (52) ; Florence JÉGOU (49) ; Claire LALLEMAND (37) ; Gérard LUCAS (44) ; Martine MANGIONE (94) ; Brigitte PANGAUD (75) ; Michèle PRÉVOST (79) ; Odile RIQUET (69) ; Gilles SEITZ (75) ; Martine TAVERNIER (06) ; Claire THOMASSIN (94) ; Jean-Louis ZYLBERBERG (75)

ORIENTATIONS 2011

- Publication du *Cahier S.M.T. N°25*
- Journée de Printemps 19 mars 2011
 - ♦ *L'indépendance du médecin du travail*
 - ♦ *Prise en charge du salarié isolé en souffrance professionnelle*

32^e CONGRÈS ANNUEL LES 10 ET 11 DÉCEMBRE 2011 À PARIS

(Enclos Rey, 57 rue Violet 75015 Paris)

(Voir page 63 pour les pré-inscriptions)

Alain RANDON

BULLETIN D'ADHÉSION

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

Tél. 06 79 72 44 30 / courriel : 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 2011
- Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation 2011

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 95 €, à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

Prénom :

Courriel :